



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONAUDIOLOGIA
CURSO DE FONAUDIOLOGIA**

TALLITA MARTINS ROCHA TEIXEIRA

**O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO INCENTIVO A
AMAMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Salvador
2016

TALLITA MARTINS ROCHA TEIXEIRA

**O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO INCENTIVO A
AMAMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado em cumprimento parcial às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do título de Bacharel em Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Ms. Carla Steinberg

Salvador
2016

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo cuidado e proteção.

Aos meus pais, Alceni e Neide, pela oportunidade de estar realizando esse sonho e pelo amor incondicional, e à minha irmã Taynara pelo companheirismo e amizade.

Ao meu namorado pela paciência, incentivo e confiança, e às minhas amigas e companheiras da faculdade (Lays, Leila, Vivi e Winnie) por dividirem, além de tudo, a angústia e felicidade desse momento.

À minha querida orientadora pela atenção, ajuda e força durante esse processo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
4 CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	
ANEXO 1 – Instrução aos autores	19
ANEXO 2 – Projeto de pesquisa	20

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO INCENTIVO A AMAMENTAÇÃO DE BEBÊS PREMATUROS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

PROFESSIONAL PAPER HEALTH IN ENCOURAGING PREMATURE BABIES BREASTFEEDING: A LITERATURE REVIEW

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E A AMAMENTAÇÃO DE RNPT

Tallita Martins Rocha Teixeira¹, Carla Steinberg²

¹ Graduanda em Fonoaudiologia, Departamento de Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador(BA) Brasil.

² Doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – UFBA, Professora assistente do Departamento de Fonoaudiologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador(BA) Brasil.

Autor da correspondência: Tallita Martins Rocha Teixeira

Endereço: Av. Professor Heitor Chamusca, 203, Centro, 43750-000, Mucugê-BA

Endereço eletrônico: tallita_teixeira@hotmail.com

Conflito de interesse: Inexistente.

RESUMO

O aleitamento materno traz benefícios importantes para a saúde dos bebês, porém em bebês prematuros esse ato se torna um grande desafio e gera situações distintas entre as mães quanto à disponibilidade e à decisão para amamentar ou não. O auxílio prestado pelos profissionais de saúde entra como um fator fundamental para a condução desse processo. Sabendo das dificuldades encontradas, o presente estudo tem como objetivo investigar o papel do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento materno de recém nascidos pré-termos. É um estudo de carácter quali-quantitativo, e foi utilizado como metodologia a revisão de literatura nas bases de dados SCiELO e BVS, tendo como descritores amamentação, aleitamento materno e prematuridade. Na análise dos 12 artigos selecionados, observou-se que muitas mães tem medo e insegurança para amamentar, principalmente quando se deparam com a imaturidade fisiológica dos seus filhos, mas com a ajuda da equipe de saúde, as angústias e incertezas vão diminuindo e elas se sentindo mais confiantes. Concluiu-se então, que os profissionais de saúde tem o papel de incentivar e auxiliar as mães, por meio dos cuidados embasados cientificamente e também pela humanização do cuidado, oferecendo ajuda e/ou mostrando alternativas para sanar suas dificuldades.

Palavras-chave: Profissionais de saúde, aleitamento materno, prematuros.

ABSTRACT

Breastfeeding has important benefits for the health of babies, but in premature babies this act becomes a great challenge and generates different situations among mothers, as to the availability and the decision to breastfeed or not. The aid provided by health professionals, comes in as a key factor in driving this process. Knowing the difficulties encountered, the present study aims to investigate the role of health professionals in encouraging breastfeeding newborn preterm infants. It is a qualitative and quantitative nature of the study, and was used as methodology the literature review in SciELO and BVS databases, with the descriptors breastfeeding, suckling and prematurity. From the analysis of 12 publications found, it was observed that mothers were faced with the physiological limitations of your child and believe that these will not be able to breastfeed, and they are unable to feed them. It was concluded that health professionals have the role to encourage and assist mothers through the care scientifically sound and also the humanization of care, offering help and/or showing alternatives.

Palavras-chave: health professionals, breastfeeding, premature.

LISTA DE ABREVIATURAS

AM – Aleitamento materno

BVS – Biblioteca virtual de saúde

MS – Ministério da Saúde

RN – Recém nascido

RPNT – Recém nascido pré-termo

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de cuidados intensivos

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

1 INTRODUÇÃO

Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho. Gera repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia, no desenvolvimento cognitivo e emocional, em sua saúde a longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe¹. Proporciona vantagens que transcendem o binômio mãe e filho, se estendendo à família².

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o aleitamento materno proporciona melhor desenvolvimento da cavidade oral, reduz a chance de obesidade e diminui o risco de alergias, hipertensão, diabetes e dislipidemia na criança, além de proteger a mãe contra o câncer de mama¹.

Algumas mães se veem impedidas de amamentar no primeiro momento após o nascimento da criança, por diversas situações. Uma das causas pode ser o parto prematuro e/ou uma gestação de risco. Medo, insegurança, culpa e preocupações são sentimentos que invadem a vida dos pais neste momento, pois se deparam com um bebê recém nascido, prematuro, frágil, de baixo do peso, e ainda incapaz de sobreviver sem cuidados especiais e intensivos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal³.

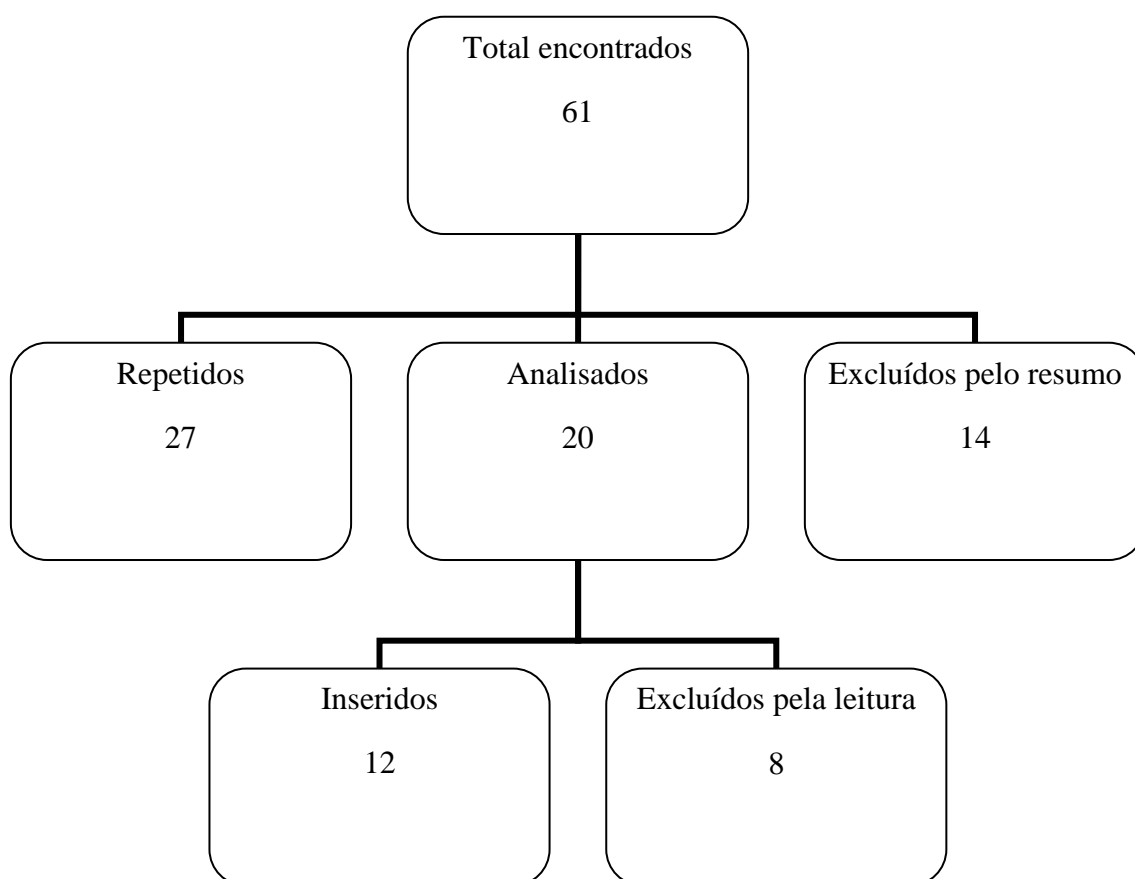
Assim, quando o bebê nasce prematuro, o estabelecimento do aleitamento materno constitui um grande desafio. A dificuldade surge em decorrência de diversos fatores, sendo que os mais evidentes estão associados às limitações fisiológicas. Além da imaturidade da criança, existem ainda fatores maternos como o medo, a insegurança ou depressão pós parto⁴.

Nesse cenário, os profissionais de saúde se deparam com diferentes situações entre as mães quanto à disponibilidade e à decisão para amamentar ou não, atribuindo-a ao desejo da mulher, ao apoio familiar, às orientações e às experiências anteriores². Sabendo dessas dificuldades encontradas, esse estudo buscou investigar papel do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento materno de recém nascidos pré-terms.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se refere a uma revisão de literatura, desenvolvida através da análise de artigos científicos indexados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e SciELO. Os descritores utilizados foram: amamentação, aleitamento materno e prematuridade. O recorte temporal abrangeu publicações de 2011 a 2016.

Encontrou-se 61 artigos, sendo 45 na BVS e 16 na SciELO. Fizeram parte da análise, artigos que possuíam ao menos dois dos descritores selecionados e, escritos na língua portuguesa. As publicações que não abordavam a contribuição dos profissionais de saúde na amamentação de bebês prematuros, assim como publicações anteriores a 2011, teses, dissertações e artigos de revisão, foram excluídos. Após a leitura dos resumos e a exclusão dos artigos que se repetiam, restaram 20 artigos para análise detalhada. Posteriormente a leitura na íntegra, excluiu-se mais 08 artigos por não se tratarem do tema já exposto. Dos 12 artigos selecionados, 06 falam do trabalho dos enfermeiros, 03 dos fonoaudiólogos, 02 dos profissionais de saúde em geral e 01 dos musicoterapeutas. Conforme mostra o fluxograma apresentado abaixo:



3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria dos artigos inseridos teve publicação no ano de 2015, seguido do ano de 2014. No que se refere à metodologia, das 12 publicações incluídas nesta pesquisa, 09 utilizaram abordagens de caráter qualitativo, com entrevistas com mães. Como pode ser observado no quadro abaixo (Quadro 01):

Quadro 01

	MÉTODOS	OBJETIVOS	CONSIDERAÇÕES FINAIS
Vianna et al, 2011	Ensaio clínico controlado, randomizado (ECR) e aberto.	Avaliar o impacto da musicoterapia nos índices de AM entre mães de recém-nascidos prematuros.	A musicoterapia pode ser útil para elevar os índices de aleitamento materno entre mães de prematuros.
Gubert, et al, 2012	Pesquisa exploratória e descritiva, estudo de caso.	Avaliar o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após alta da UTIN.	Necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa, principalmente das UBSs.
Batista et al, 2013	Descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa.	Compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na UTIN HUAP, no manejo clínico da amamentação junto às mães de recém-nascidos pré-termo.	O processo educativo do enfermeiro é essencial para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno.
Silva et al, 2014	Observacional, descritivo e qualitativo.	Caracterizar como se dá a prática do AM em lactentes prematuros internados em UCI.	Todos os participantes apresentaram algum sinal indicativo de problema durante a mamada.
Vaz, et al, 2014	Qualitativa, descritiva, entrevista semiestruturada com as mães.	Descrever a concepção das mães inseridas na segunda etapa do Método Mãe Canguru, sobre a amamentação nos primeiros dias de vida do RNPT.	A mãe passa por vários sentimentos, por isso a necessidade do apoio familiar e a contribuição da orientação profissional nesse processo, para a confiança materna.
Slebel, et al, 2014	Descritiva, qualitativa, entrevista semiestruturada com as mães.	Conhecer a vivência das mães em relação à amamentação do recém-nascido pré-termo internado na UTIN.	As mães investigadas relataram ser de extrema importância as orientações sobre a amamentação recebidas pela equipe de enfermagem.
Castelli e Almeida, 2015	Transversal, quantitativo e descritivo	Avaliar as características orofaciais e a amamentação de RNs prematuros antes da alta hospitalar.	Foram encontradas relações entre o sistema sensório motor orofacial e a amamentação do prematuro.
Silva e Almeida, 2015	Observacional-transversal. Análise de prontuário e entrevista com mães.	Avaliar recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTIN.	A prematuridade foi o principal obstáculo e o atendimento fonoaudiológico iniciado antes do AM, pode ter proporcionado bons resultados na primeira oferta de seio materno.
Tronco et al, 2015	Qualitativa, com abordagem fenomenológica.	Compreender a vivência da mãe de recém-nascido pré-termo internado na UTIN diante da manutenção da lactação.	Amamentar o filho no peito, na UTIN, potencializa o vínculo e possibilita que a mãe saia do modo da ocupação mantendo a lactação e o vínculo.

Zulin, et al, 2015	Qualitativo, entrevista com as mães.	Compreender o significado que as mães de prematuros atribuíram à sua vivência com a utilização da técnica da translactação.	As mães reconheceram o valor do aleitamento materno para a recuperação do seu bebê, apesar da preocupação e angústia diante de um bebê prematuro.
Pereira, et al, 2015	Qualitativo	Desvelar as vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação durante a internação do bebê na UTIN.	A amamentação do RNPT representa um desafio aos envolvidos nesse processo, em função das especificidades relacionadas a prematuridade.
Cruz e Sebastião, 2015	Transversal, qualitativo, entrevista com mães.	Analisar conhecimentos, sentimentos e vivências de mães de bebês prematuros em relação à amamentação.	Profissionais de saúde, dentre eles o fonoaudiólogo, devem envidar esforços para apoiar as mães para o sucesso no processo de amamentação com prematuros.

Sabe-se que para o recém nascido pré-termo (RNPT) mamar com sucesso, é necessário que haja adequação funcional do sistema sensório motor orofacial. Enquanto não houver amadurecimento deste, os bebês necessitam de outras vias, que não a oral, para garantir suas necessidades nutricionais. Nessa etapa, é necessário o conhecimento do profissional tanto sobre aleitamento materno (AM) quanto das vias de alimentação alternativas, além de precisar saber avaliar e diagnosticar alterações da função motora orofacial para promover condições de alimentação oral adequada, assim que seja clinicamente possível⁵.

Estudos^{6,7,8,9} apontam que muitas mães sentem-se inseguras em lidar com bebês tão pequenos e delicados, e podem concluir, erroneamente, tanto que seus filhos não serão capazes de mamar, quanto que elas são incapazes de amamentá-los. Investigar quais são as informações já recebidas pelas gestantes ou mães, bem como o desenvolvimento de ações educativas que contribuam para a construção de conhecimentos que possam vir a favorecer a amamentação, é de extrema importância para a adequação das propostas que serão tomadas pelos profissionais⁶. Desse modo, fica claro que a equipe de saúde precisa estar de posse dessas informações e auxiliar as mães para que estas não se desestimulem ao iniciar o aleitamento de seu filho. Os profissionais devem incentivar e orientar a mãe a amamentar seu filho em livre demanda, e a verificar se o bebê está fazendo a pega correta e mamando de forma eficaz. Esses atos são imprescindíveis para o sucesso do aleitamento materno¹⁰.

As entrevistas^{6,7,8,11} revelam que a falta de informação ainda é uma grande aliada do desmame precoce. Apesar da existência de diversas políticas e ações de proteção,

apoio e incentivo ao aleitamento materno em todos os níveis de atenção e da realização dos pré natais, algumas gestantes não recebem informações sobre o ato de amamentar. Dados das mães, como grau de escolaridade, estado civil, experiência prévia em aleitamento materno podem também interferir no processo de amamentação¹². As mães expõem os sentimentos vivenciados e os profissionais são levados a pensar, para que ajam de forma mais humanizada, percebendo o que existe além das palavras, o que é demonstrado através do corpo, não devendo ficar somente na atenção física⁷.

Um dos autores chama atenção para que os profissionais de saúde saibam prestar auxílio à mãe do prematuro quanto à pega no momento da amamentação, e sua manutenção, posição da mãe e do bebê para a mamada, manutenção da produção láctea e auxílio no vínculo entre mãe e bebê. Sabe-se, que essas práticas tem a finalidade de promover o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, especialmente em bebês prematuros¹¹. Portanto, é importante que esses profissionais estejam atentos para dar essas informações e auxiliar no momento da mamada.

Estudos^{11,13} ainda relatam que os profissionais devem motivar as mães a pensar nas vantagens do leite humano para o recém nascidos pré-termo, e planejar ações terapêuticas que visem auxiliá-los a receber o leite materno. Os autores ainda completam que, a mãe deve ser constantemente motivada a amamentar seu filho e receber orientações claras sobre a importância da amamentação para o desenvolvimento dele, lembrando sempre que o apoio da família, neste momento, tem especial importância na relação mãe-bebê.

Dos 12 artigos, 4 relatam que as mães contam como a atenção e cuidado dos profissionais de saúde ajudam na superação do medo e da insegurança na hora de amamentar, e ressaltam também que além do trabalho direto feito com o bebês, a atenção prestada à elas, como a escuta, o incentivo e o cuidado, torna-as mais confiantes e a amamentação mais prazerosa^{7,8,9,12}

O anseio de amamentar e ficar mais próximo de seu filho pode ser realizado com o Método Mãe Canguru (MMC), que tem como objetivo proporcionar assistência à criança e à sua mãe, favorecendo assim um contato mais precoce e o ganho de peso mais rápido. Durante toda a internação da criança prematura, deve-se preparar as mães na tentativa de reduzir expectativas que venham a dificultar a adaptação da família com o bebê prematuro. Esse método reduz o período de separação mãe-filho e estimula a competência e a confiança dos pais nos cuidados com o bebê de baixo peso⁷.

Algumas pesquisas^{5,7,12} destacam o papel do fonoaudiólogo, afirmando que este deve orientar e auxiliar as mães em relação às vantagens e dificuldades no processo da amamentação. A partir da intervenção fonoaudiológica é possível detectar as dificuldades iniciais que colocam em risco o processo de alimentação podendo ser passíveis de modificação⁵. Sendo assim, o papel do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional pode acrescentar aspectos específicos da prevenção da disfunção motora orofacial, o que irá contribuir para alimentação segura do RNPT⁷.

As dificuldades apresentadas pelo bebê prematuro, podem ser amenizadas quando o fonoaudiólogo interfere nesse processo, auxiliando essas mães a reintroduzir a amamentação, diminuindo as dificuldades apresentadas durante esse processo, melhorando o ganho de peso, tornando esse momento mais prazeroso. Entretanto, esse profissional não atua sozinho, deve trabalhar em transdisciplinaridade, promovendo um atendimento amplo em prol dos pacientes e da relação mãe-bebê⁷.

A assistência à mãe por parte de uma equipe multidisciplinar é um fator facilitador no processo de aleitamento materno. O profissional de saúde deve identificar sinalizadores de possível insucesso da amamentação. O enfermeiro é um dos profissionais que tem condições de dar suporte do pré-natal ao seguimento na unidade básica de saúde (UBS), provendo informações e capacitação sobre o aleitamento de prematuros, para que consigam apoiar a mãe do RNPT a manter a lactação, e depois, a amamentação do filho¹⁰.

Os profissionais de enfermagem, por ter um contato maior com a família do RNPT, destaca-se dentre as profissões. 06 dos 12 artigos desta revisão, discutiram o papel desse profissional. Mediado pelo diálogo vivido, conseguem mostrar disponibilidade, proximidade e então reduzir o medo do ambiente desconhecido, oferecendo apoio e estimulando o contato precoce dos pais com seu filho¹⁴. Auxiliam também no aconselhamento e manejo da amamentação do bebê, oferecendo apoio e autoestima materna proporcionando, conseqüentemente, maior vínculo entre o binômio mãe/bebê, circunstância que influencia positivamente na recuperação do recém-nascido⁸. Dessa forma, as mães se sentem mais seguras e confiantes para amamentar seus filhos mesmo no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Não é só papel da equipe de enfermagem, qualquer profissional da UTIN participa ativamente deste processo, porém é quem está mais próximo da mãe e do bebê. Deve-se buscar o conhecimento adequado para instruir as mães, promovendo a maior

prevalência do aleitamento materno e evitando o desmame precoce⁸, compreendendo seus medos, dores e inseguranças.

Cabe aos profissionais do serviço envolvido mostrar às mães como amamentar e como manter a amamentação, mesmo que venham a ser separadas de seus filhos. Essa nova vivência contribuiu para as mães ressignificarem o fenômeno de amamentação como algo mais complexo, que demanda treinamento, vigilância, conhecimento e habilidade de profissionais, como fonoaudiólogos e enfermeiros, além do binômio mãe-filho, contrapondo-se à construção social do que é amamentar¹⁵.

Apesar de pouco discutido, foi encontrado 1 artigo que aborda a influência positiva do musicoterapeuta no incentivo ao aleitamento materno. Relatando que a musicoterapia pode reduzir a ansiedade materna, ajudando as mães a lidar com a internação dos seus recém-nascidos na UTIN, e também influenciar no comportamento do bebê prematuro, proporcionando períodos mais longos de sono tranquilo, menos choro e aumento no ganho de peso¹⁶.

Alguns autores^{6,8,9,10,15} concordam com o fato de que os profissionais de saúde são os principais aliados das mães durante o período da gestação, pois é neles que as mães apostam sua confiança e segurança, além de afirmarem que o grande problema do amamentar, é a falta de informação antes do parto e após a alta hospitalar.

Estudos^{6,7,8,11} apontam que muitas mães entrevistadas relataram medo e dificuldade para amamentar seus filhos por diversas questões, porém deixam claro que as condutas profissionais e as rotinas hospitalares podem facilitar essa prática, se adotarem medidas efetivas de apoio contínuo à mãe e à família e buscarem promover, proteger e apoiar a amamentação, considerando suas singularidades¹⁵.

4 CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde tem o papel de incentivar e auxiliar as mães, por meio dos cuidados embasados cientificamente, como orientação quanto a pega, duração, postura e nutrição do bebê, mas também pela humanização do cuidado, oferecendo ajuda e/ou mostrando alternativas. Devem levar em consideração as dificuldades e dores individuais, fornecendo informações pré e pós parto, fazendo assim com que o ato de amamentar seja executado de forma segura e prazerosa.

No presente estudo, evidenciou-se que as mães de bebês prematuros sofrem com a frustração, o medo e a insegurança no momento que se deparam com a dificuldade em amamentar seu filho. As expectativas para colocar o bebê no peito no primeiro dia é interrompida, muitas vezes pela imaturidade do sistema sensorio motor oral dos RNPT, o que leva as mães desacreditarem na amamentação.

Os estudos deixam claro também, que as equipes de saúde auxiliam diretamente na prática com os bebês de acordo seu papel profissional, porém, não devem deixar de olhar e ouvir atentamente suas mães. A escuta, o cuidado e amparo, geram segurança para que elas acreditem em sua capacidade de amamentar e entendam a importância do leite materno para o bebê e para o vínculo mãe-filho.

Nota-se uma escassez de estudos, em português, relacionados ao papel dos profissionais de saúde no incentivo ao aleitamento materno. Os profissionais de saúde, principalmente fonoaudiólogos, que trabalham diretamente com o desenvolvimento oral e a alimentação do bebê, não tem pesquisado e conseqüentemente escrito sobre o assunto.

Porém conclui-se, que deve haver mais atividades de promoção a amamentação, desde a realização do pré-natal ao momento da alta quando essa família volta para casa e se encontra sem assistência profissional. Desse modo, cabe as equipes de saúde proporcionar informações para as gestantes e puérperas, além de estabelecer vínculo com os demais membros da família, para que as mães tenham um apoio em seu domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança. Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília; 2009.
2. Dias RB, Boery RNSO, Vilela AB. **Conhecimento de Enfermeiras e Estratégias de Incentivo da Participação Familiar na Amamentação.** Rev. Ciênc. saúde coletiva Rio de Janeiro. Aug. 2016 21 (8): p. 2527-2536 Rio de Janeiro.
3. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas.** Rev. Gaúcha Enferm. (Online) 2010 Mar; 31(1): 48-54.
4. Santoro Júnior W, Martinez FE. **Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso.** J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2007 Dec; 83(6): 541-546.
5. Castelli CTR, Almeida ST. **Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar.** Rev. CEFAC [Internet]. 2015 Dec; 17(6): 1900-1908.
6. Cruz MR, Sebastião LT. **Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães.** Rev. Distúrbios Comun. São Paulo, 27(1): 76-84, mar., 2015.
7. Vaz DC, Silva DS, Santos DSS, Bonfim MV, Abreu RM. **Concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método mãe canguru.** Rev. Baiana de Saúde Pública. Salvador, 38(2) p.225-242 abr./jun. 2014
8. Zulin NE, Tacla MTGM, Souza SNDH; Monteiro ATA; Ferrari RAP. **Vivência de mães de prematuros no processo de translactação.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 363-372, ago. 2015
9. Slebel SC, Schacker LC, Berlese DB, Berlese DB. **Vivência das mães na amamentação do recém-nascido pré-termo.** Revista espaço para a saúde Londrina 15 (3) p. 53-64 jul./set. 2014

10. Gubert JK, Viera CS, Oliveira BRG, Delatore S, Sanches MM. **Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta.** Cienc Cuid Saude 2012 Jan/Mar; 11(1):146-155.
11. Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. **Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros.** Rev. Distúrb Comun, São Paulo, 26(1): 50-59, março, 2014
12. Silva PK, Almeida ST. **Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal.** Rev. CEFAC. 2015 June; 17(3): 927-935.
13. Baptista SS, Alves VH, Souza RMP, Rodrigues DP, Barbosa MTSR, Vargas GS. **Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem.** J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 6(3):1036-1046.
14. Tronco CS, Padoin SMM, De Paula CC, Rodrigues AP, Neves ET, Weinmann, ARM. **Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio.** Esc Anna Nery 2015;19(4):635-640
15. Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. **Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 55-63.
16. Vianna MNS, Barbosa AP, Carvalhae AS, Cunha AJLA. **A musicoterapia pode aumentar os índices de aleitamento materno entre mães de recém-nascidos prematuros: um ensaio clínico randomizado controlado.** J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):206-212.

Anexos

ANEXO 1 - Instruções aos autores

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo.

Estrutura do manuscrito

Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse.

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões*.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações;

ANEXO 2 – Projeto de Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONAUDIOLOGIA
GRADUAÇÃO EM FONAUDIOLOGIA**

TALLITA MARTINS ROCHA TEIXEIRA

**SAÚDE MENTAL INFANTIL E A INTERFACE COM A
FONAUDIOLOGIA: A REALIDADE DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM SALVADOR - BAHIA**

Salvador
2015

TALLITA MARTINS ROCHA TEIXEIRA

**SAÚDE MENTAL INFANTIL E A INTERFACE COM A
FONOAUDIOLOGIA: A REALIDADE DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM SALVADOR - BAHIA**

Projeto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial às exigências de Trabalho de Conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Luzia Poliana Anjos

Salvador
2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVO ESPECÍFICO

2.1 OBJETIVO GERAL

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

3. REVISÃO DE LITERATURA

4. QUADRO TEÓRICO

4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

4.2 O CAPS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

4.3 FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

5. METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

5.4 FONTES E COLETAS DE DADOS/INSTRUMENTOS

5.5 ANÁLISE DE DADOS

6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

7. CRONOGRAMA

8. ORÇAMENTO

REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

Durante parte do século XX, indivíduos com algum distúrbio mental ou que cometiam alguma ação de rebeldia, eram considerados “doentes mentais” e vistos como uma ameaça à sociedade, portanto o governo acreditava que eles deveriam ser isolados, na grande maioria da vezes, em situações precárias, expostas a esgoto, sem direito a higiene pessoal, boa alimentação, direitos sociais, etc. Essa exclusão deu início a grandes manicômios, e essas condições do ambiente os tornavam insalubres e fétidos, o que levou a maioria a óbito. O maior deles, conhecido como Colônia, localizado na cidade de Barbacena, interior de Minas Gerais foi cenário da morte de 60 mil pessoas.

A jornalista Daniela Arbex (2012) retrata em seu livro, *Holocausto Brasileiro*, a história de luta de diversos seres humanos que viveram no maior hospício do Brasil. Histórias de superação, de luta, de abandonos, reencontros e separações. Famílias e sonhos foram destruídos pela falta de preparação social (governo, profissionais e familiares) que pudessem entender e lidar com tais indivíduos.

O Colônia foi cenário do homicídio de diversos seres humanos que por possuírem transtornos mentais, tiveram seus sonhos ceifados. E dentre histórias tristes, havia pessoas que enxergavam os pacientes de uma maneira diferente, e acreditavam na validade de casas de apoio, onde esses indivíduos fossem inseridos na sociedade e pudessem ter uma vida normal. Tempos depois, por meio de diversas denúncias, a sociedade começou a perceber os absurdos que eram cometidos nessas instituições, e a condição de abandono, exclusão e objetificação a que os sujeitos com transtornos mentais eram submetidos. Surge então a necessidade de inserir tais indivíduos na sociedade, e portanto, entender que há possibilidade de tratar os pacientes, sem precisar isola-los.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, desta forma que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios².

Com o nascimento da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, vieram os CAPS, na tentativa de resgate da cidadania e humanização dessas pessoas. De acordo com Moraes (2014):

Os Centro de Atenção Psicossociais, são instituições que pretendem acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar e apoiando suas iniciativas de busca pela autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, e constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

A partir dessa nova visão e em busca de um processo mais humano, inclusivo e multidisciplinar, a fonoaudiologia se insere no campo da saúde mental, e ganha importância quando percebe-se a influência dos processos de comunicação na inclusão social e na necessidade de afastar o indivíduo dos estereótipos mais comuns dos portadores de transtornos mentais, onde deve necessariamente passar por terapias que melhorem a assertividade nos processos linguísticos.

Deste modo, este estudo visa analisar e descrever o papel da fonoaudiologia e suas repercussões na atenção psicossocial em Salvador, a partir do estudo de caso de um CAPS Infantil, localizado na Liberdade.

1. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o papel da Fonoaudiologia na Atenção Psicossocial Infantil e suas repercussões na saúde das crianças atendidas no CAPSi da Liberdade.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Compreender a visão de outros profissionais a respeito da fonoaudiologia no ambiente da Saúde Mental Infantil.

Descrever como as famílias analisam a atuação fonoaudiológica junto a Saúde Mental Infantil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Foi entre a década de 70 e 80 que os fonoaudiólogos iniciaram suas atividades no sistema público, alguns em secretarias de educação, outros pelas secretarias de saúde. Nessa época o número de profissionais era pequeno e os trabalhos isolados, e só os mais abastados tinham acesso a saúde. Não havia nenhum tipo de integração e propostas abrangentes entre os trabalhadores, fato que comprometia a efetividade do trabalho e não surtia efeito na comunidade em geral e muito menos aos olhos dos órgãos competentes (Garbin, 1998 apud Moreira, 2009).

Moreira (2009) afirma que nessa época, os procedimentos eram voltados para estrutura de consultório, devido ao fato da formação reabilitadora que o profissional de Fonoaudiologia recebia, o que tornava difícil a proposta e organização dos serviços voltados para grandes populações. O serviço, então, se concentrava em ambulatórios de saúde mental e hospitais. Porém, o fonoaudiólogo não pode ser considerado somente um especialista, pois em sua formação recebe conhecimentos globais, que incluem questões culturais, emocionais, físicas, ambientais e econômicas.

É a partir de 2003, que o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, já que, no Brasil, a história de omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e adolescência é histórica. Desse modo, foi possibilitado, ao longo dos anos, a criação de uma rede de assistência à infância e adolescência fundada em instituições filantrópicas e privadas, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais, institutos para deficientes mentais e clínicas para autistas. (2)

Lipay (2007) aponta que na Saúde Mental, a desospitalização se reflete na redução da oferta de leitos e na diminuição do tempo médio de permanência das internações que, progressivamente, vêm sendo substituídas pelo atendimento ambulatorial, na atenção básica. Há o tratamento intensivo em hospital-dia para os casos que exigem intervenção mais imediata, o atendimento em centros ou núcleos especializados para os casos crônicos, que compõem a atenção secundária, ficando a hospitalização restrita aos casos mais agudos e que exigem intervenção médica e psicossocial mais intensa, porém com tempo de internação restrito, devendo o usuário retornar ao atendimento básico ou secundário o mais brevemente possível.

Como um novo modelo de Saúde Mental, visando estimular a criatividade, a participação coletiva, a aprendizagem e a desalienação, de modo a favorecer condições que facilitem a reinserção social do indivíduo deficiente e/ou doente mental. Dentro desse serviço, o fonoaudiólogo pode buscar promover a comunicação oral e escrita por meio de oficinas ou grupos. No entanto a falta de uma compreensão ampla acerca do conceito de saúde, em especial saúde mental, pode levar à prevalência do modelo clínico tradicional, que visa a cura em detrimento das ações de promoção de saúde (Pasetti, 2000 apud Lipay, 2007).

Vários aspectos cercam a vida do sujeito com transtornos mentais, a começar pela magnitude das marcas que o isolamento e a exclusão deixaram em sua história. Isto é, a condição de objeto a que foram submetidos, com as consequentes alterações na comunicação e linguagem e os preconceitos, estigmas e desvalorização sociais que ainda mantêm tais sujeitos alienados da vida em comunidade. A clínica fonoaudiológica para trabalhar com pessoas que apresentam transtornos mentais, precisa aceitar o desafio de construir maneiras de atuar com estes sujeitos, criar e adaptar técnicas, dispondo-se ao trabalho inter e transdisciplinar. Embora já se tenha avançado muito em termos das definições e das perspectivas da Reforma Psiquiátrica, ainda há um longo caminho a percorrer, e é preciso se engajar nos movimentos que tentam trilhá-lo.

4. QUADRO TEÓRICO

Nessa seção, serão analisadas algumas considerações sobre os temas propostos abaixo.

4.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A loucura foi vista de diversas maneiras pela sociedade. Ser louco significava ser possuído por seres demoníacos sendo então marginalizados, excluídos, acorrentados e por muitas vezes violentados, sendo tratados como inválidos e/ou indivíduos que causavam danos a sociedade. Dessa maneira, surge a criação de manicômios como forma de tratar os doentes de forma isolada, para que não “contagiassem” a sociedade.

Golçalves (2011), afirma que criação desses manicômios da origem a Reforma Psiquiátrica no Brasil, movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes, onde tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. O início desse processo, se inscreve num contexto internacional de mudanças, que buscam a qualificação e a humanização do atendimento às pessoas com transtornos mentais, bem como a superação da violência asilar, contando com a participação de vários atores: trabalhadores da saúde, familiares, usuários, gestores e setores organizados da sociedade (Oliveira et al, 2008).

Para Brasil, (2005), todo esse importante processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública, é compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos

leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos (Patriota, 2011).

Marcado pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005).

4.2 O CAPS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de vários outros, fez parte de uma grande e forte movimentação social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (Oliveira, 2008).

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

4.3 FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

O fonoaudiólogo iniciou sua prática voltada para a saúde escolar, nas décadas de 20, 30 e 40, no contexto sociopolítico do movimento nacionalista e desenvolvimentista que tinha, na escola, o lugar privilegiado para a reorganização da sociedade. Refletindo a ideologia do Estado Novo, a doutrina higienista nacional e as ideias escola novistas da educação, as práticas de Higiene Escolar, Educação em Saúde ou Saúde Escolar configuravam um processo mais amplo de pedagogização da saúde, medicalização da educação e de exclusão social que, por meio da fixação de limites entre o normal e o patológico, o saudável e o doente, localizava os problemas no aluno e atribuía ao indivíduo a questão da determinação saúde/doença mantendo longe do foco das discussões as políticas sociais e as condições de trabalho e vida da população (Gomes, 1991; Berberian, 1995; Smeke e Oliveira, 2001 apud Penteadó, 2004).

O conceito de saúde predominante era o preconizado pela Organização Mundial da Saúde, em 1948: saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças”. Essa concepção desconsiderava os aspectos dinâmicos e processuais da condição de viver e dificultava a formulação de ações e objetivos concretos na realidade cotidiana já que, nessa concepção, saúde era um estado estanque, idealizado e praticamente inatingível ou inaplicável à maioria das pessoas (Penteadó, 2004).

Penteadó (2004), afirma que o Brasil passou por vinte anos de regime de ditadura militar e somente no final dos anos 80, durante o processo de redemocratização do país, ocorreu a implantação da nova política de saúde, o SUS – Sistema Único de Saúde. Influenciada pelas discussões e reestruturações internacionais no campo da atenção à saúde, a nova política de saúde brasileira avançou na consideração da saúde vinculada às condições de vida da sociedade e princípios doutrinários de Universalização, Integridade e Equidade. A concretização dessa reforma sanitária implica uma série de transformações: o redimensionamento da concepção de saúde; a reorganização dos serviços, mudança do modelo de atenção à saúde e da formação dos profissionais da saúde; contratação de novos profissionais para os quadros públicos (dentre os quais o fonoaudiólogo), dentre outras. No início da década de 90, com a significativa inserção de fonoaudiólogos nos serviços públicos de saúde, constatou-se que a formação e a atuação desse profissional não dava conta dos (novos) desafios do trabalho em Saúde Pública. Aquela atuação elitista e excludente, focalizada no indivíduo isolado de seu

contexto histórico-cultural, não mais interessava a uma Fonoaudiologia que começava a assumir uma postura crítica perante a sua prática e a sua própria identidade.

O fonoaudiólogo é, nessa nova perspectiva, chamado a se comprometer com os projetos de construção de uma sociedade justa e digna e de superação das desigualdades sociais e da exclusão, tão marcantes e persistentes em nosso país. Com isso, um dos grandes desafios é contribuir para os processos de representação da população perante o poder, por meio da ampliação da participação e de práticas sociais que possibilitem, cada vez mais, a inclusão de classes e segmentos sociais como parte da construção da qualidade de vida e da cidadania (Minayo, 2000 apud Penteado, 2004). E, aqui, o compromisso da Fonoaudiologia com a Promoção da Saúde da população e com o desenvolvimento da linguagem transcende os limites tradicionais da clínica fonoaudiológica e das instituições públicas de saúde e educação e supera as demandas com alterações de linguagem, de maneira a envolver, como sujeitos das práticas de desenvolvimento da linguagem, quaisquer cidadãos em suas relações e contextos sociais de convivência (Penteado, 2000 apud Penteado, 2004).

O serviço de Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde vem crescendo com o passar dos anos. Muitos conceitos e práticas têm sido reavaliados com o intuito de se oferecer um serviço de qualidade e de acordo com os preceitos da saúde pública (Moreira, 2009).

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

No que se refere ao tipo de estudo, trata-se de um projeto de estudos de casos de caráter quantitativo e qualitativo, baseado em entrevista semi-estruturada, criada exclusivamente para esse estudo.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra populacional desta pesquisa será constituída por profissionais da equipe multidisciplinar do CAPSia, localizado no bairro da Liberdade, em Salvador, e envolverá todos os profissionais que estiverem em exercício da sua profissão na localidade, além de pais das crianças assistidas pelo serviço.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos todos os profissionais do CAPSia e pais, de crianças que estão em atendimento no serviço, que se disponibilizarem a participar da pesquisa respondendo o questionário.

Funcionários e pais que por qualquer motivo desistirem de participar da pesquisa, ou que não estiverem no local no momento da coleta dos dados, serão excluídos do estudo.

5.4 FONTES E COLETAS DE DADOS/INSTRUMENTOS

Inicialmente será realizada uma ampla revisão da literatura sobre a atenção psicossocial infantil, reforma psiquiátrica, o nascimento dos capsia, e como a fonoaudiologia se inseriu nesse processo. A coleta de dados será feita através da aplicação de questionário feito pelo pesquisador, com perguntas simples, objetivas e subjetivas, para que os participantes possam discorrer com facilidade.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Será realizada uma avaliação quantitativa e qualitativa das respostas obtidas, sendo que a parte quantitativa será analisada no excel e posteriormente serão construídos gráficos e tabelas, realizando uma análise descritiva. E por fim, a parte qualitativa será feita uma análise de conteúdo, mediante a perspectiva de Badin.

6. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo será realizado de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 305/2004 que regulamenta os princípios éticos gerais da profissão de fonoaudiólogo e a partir da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos.

No que se refere à coleta de dados para realização da pesquisa, esta só terá início após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Bahia e após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será entregue, preferencialmente, pelo pesquisador para os funcionários do CAPSia que concordarem em participar do estudo. É importante ressaltar que a participação dos sujeitos nessa pesquisa será vinculada ao consentimento dado pelos indivíduos sobre a realização da mesma, sendo garantido a eles o direito de interromper a sua participação a qualquer momento, se assim desejarem.

Será realizado esclarecimento aos sujeitos participantes da pesquisa sobre o conteúdo, objetivos, metodologia, duração, além de possíveis benefícios proporcionados pela mesma e garantia de que não haverá prejuízo para os participantes.

Publicações relativas à pesquisa obedecerão às normas de sigilo e proteção da identidade dos sujeitos participantes e só serão feitas se o pesquisador responsável avaliar que não acarretarão prejuízos de qualquer natureza para o sujeito.

7. CRONOGRAMA

2015.1 -2016.1	Ma r	Ab r	Mai	Ou t	No v		Set	Out		Mar	Abr	Mai	Jun
Submissão ao comitê de ética													
Coleta de dados			X	X									
Análise dos dados					X	X							
Atualização bibliográfica							X	X	X				
Elaboração do artigo							X	X	X				
Revisão do artigo										X	X		
Trabalho de conclusão de curso					X								

8. ORÇAMENTO

Este projeto será realizado utilizando-se recursos próprios.

Equipamentos de uso permanente:

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Notebook	1	R\$ 1.390,00	R\$ 1.390,00
Impressora	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
Total			R\$ 1.790,00

Material de consumo

Item	Quantidade	Valor unitário R\$	Valor total R\$
Caderno de anotações	1	R\$15,00	R\$ 15,00
Materiais de escritório (caneta, lápis, borrachas)	02 de cada	R\$2,00	R\$ 6,00
Cartucho de tinta preta para Impressão	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Resma de papel A4	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Total			R\$ 66,00

Orçamento: 1.856,00

9. REFERÊNCIAS

Brasil. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

Gonçalves A. M., Sena R. R., **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Ver Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55.

Moreira, M. D., Mota, H. B., **Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS.** Rev. CEFAC. 2009 Jul-Set;

Oliveira, B., Baptista, M. G. G. e Domenes, R. M., **O Mundo da Saúde** São Paulo: 2008: abr/jun 32(2):243-247.

Patriota, L. M., **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional.** V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011.

Penteado, R. Z., Servilha, E. A. M., **Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde.** Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 107-116, abril, 2004.

Almeida, B. P. B., **Fonoaudiologia e Saúde Mental: Experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais institucionalizados.** São Paulo, 2010.

Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Brasília, 2005.

Patriota, L. M., **Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional.** Jornada de Políticas Publicas. Paraíba, 2011.

Lobo, L. F. **A normalização das práticas de exclusão na descontinuidade da história do Brasil - Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil.** Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. 451 p. ISBN 9788598271606

MORAES, J. F. B., **Apoio matricial entre a rede de atenção Psicossocial e a rede de ensino: Avaliação de uma experiência em construção.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis, 2014.

Lipay, M. S., Almeida, E. C., **A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública.** Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 16(1):31-41, jan./fev., 2007

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Departamento de Saúde Coletiva - GT Saúde Mental.