

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Flávia Cardoso

Coletivo de Cuidados e
o *Setting* Terapêutico na Clínica
Fonoaudiológica

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

SÃO PAULO
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Flávia Cardoso

Coletivo de Cuidados e
o *Setting* Terapêutico na Clínica
Fonoaudiológica

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do Título de Mestre em Fonoaudiologia, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

SÃO PAULO
2009

Banca Examinadora

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde a fonte seja citada.

*A minha vó Ride, pelos momentos especiais no final dessa
jornada*

AGRADECIMENTOS

Ao Tuto, por ter sido um orientador tão presente, pela paciência, disponibilidade, respeito, enfim, pela parceria que, em muitos momentos, me ajudou a seguir com esse trabalho. A ele, o meu muito obrigado!

As professoras Vera Mendes e Regina Yu, pelas reflexões e tranquilidade no exame de qualificação.

A Malka Birkam, pela discussão sobre o material teórico na pré-qualificação.

Aos professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, que contribuíram, de alguma maneira, na elaboração deste trabalho e em minha prática clínica.

Aos meus pacientes e suas famílias, por me proporcionarem momentos de reflexão e aprendizado sobre o ato de cuidar.

A Capes, por financiar a realização deste trabalho.

A minha amiga e “parceira de mestrado” Juliana Rezende, com quem pude compartilhar, mesmo à distância, momentos de angústias e de alegria ao longo desses dois anos, principalmente no começo desta jornada.

A minha querida amiga Mariana Bernardes, companheira do pós e da graduação, pelos momentos de conversa, de reflexões, de “carnavais” e por se tornar cada vez mais presente em meu caminho.

A Vera Mendes, por ter acompanhado meu trajeto na Fonoaudiologia, sempre tão de perto. Muitas linhas deste trabalho surgiram das significativas experiências e reflexões que tivemos (e temos) ao longo desses intensos anos de convívio.

A Rosalice Abrahão, pelo carinho com que sempre escutou, desde os primeiros passos, meus desassossegos e por permitir que eu descobrisse (e ainda descubra!) a singularidade de minha prática clínica. Sempre me ajudando a trilhar novos caminhos...

As “meninas” do NASF, pelo apoio nos momentos finais, pelas experiências de viver um dia a dia intenso e cheio de novas descobertas.

As minhas grandes amigas Dani Zorzi, Mari Campos, Luana Magalhães e Silvia Guedes, por compartilharmos desejos e inquietações e por fazerem parte da minha vida de um modo tão singular, tão intenso e tão especial!

Ao grupo “psico-fônico”, enfatizando a presença marcante de um membro querido, Luis Jardim, por tornar minha vida “mais leve”! Bons encontros!

Ao Thiago Machado e Fernando “Panqueca”, por serem as lembranças vivas que eu gosto de ter.

A Thais Zeppini, a irmã que eu escolhi!

A Mirela Bataglia, que mesmo estando longe, consegue estar sempre presente.

A Karen Fiori, pela alegria contagiante.

A minha família, por quem hoje tenho muito zelo.

Ao meu pai, pelos momentos de caos e amor, por acreditar em mim, mesmo quando eu ainda não entendia seus “jeitos”. A minha mãe, eterna companheira, pelos cuidados que sempre me acolheram e me deram força para seguir em frente.

A minha irmã, por dividir comigo histórias e rotinas.

A minha sobrinha, que apesar de pequena, fazemos grandes parcerias.

Ao Antônio Carlos, “recém chegado”, mas com uma presença marcante, por me proporcionar momentos de intenso bem-estar, mesmo nas horas difíceis.

Falar da clínica fonoaudiológica implica em tomar para si as questões que nela transitam: destrinchar sentidos, objetivos e operar, na prática clínica, com teorias, procedimentos e realidades sócio-sanitárias, pessoais e coletivas.

A possível existência de redes de relações nos atendimentos (entre profissionais e destes com o paciente e seus familiares), e o fato de que essa malha afeta e produz efeitos nos processos de cuidados de cada paciente, faz pensar que as situações criadas nesses contextos precisam ser analisadas e manejadas no *setting* terapêutico.

Chamamos essa rede de relações, que se pode constituir em cada caso clínico, de *coletivo de cuidados*. Ele concerne aos atravessamentos dessas relações e interlocuções no processo terapêutico dos pacientes. Nesse sentido, realizamos uma reflexão sobre os limites e as potencialidades do trabalho coletivo entre esferas de cuidados à saúde distintas: escola, família, serviços de saúde, etc.

O objetivo foi construir e sistematizar parâmetros conceituais e técnicos de manejo desses *coletivos de cuidados*, bem como refletir sobre seus papéis e efeitos no *setting* fonoaudiológico, por meio do estudo de dois casos clínicos: o primeiro de uma criança do sexo masculino, com quatro anos de idade e diagnóstico de atraso de linguagem. Neste caso, o *coletivo de cuidados* não se efetivou, entretanto a busca da fonoaudióloga por tal construção mobilizou os pais, criando novas perspectivas para a continuidade do trabalho fonoaudiológico. O segundo caso é o de um paciente também do sexo masculino, com oito anos de idade, que apresentava transtorno de leitura/escrita. Aqui, o *coletivo de cuidados* se estruturou a partir do *setting* fonoaudiológico, possibilitando intensa troca de experiências e construção de alternativas ao tratamento, o que facilitou diferentes elaborações e deslocamentos do paciente, dos familiares e dos profissionais envolvidos. A pesquisa demonstrou que a construção do chamado *coletivo de cuidados* não é garantida, contudo, quando este se efetua, a potencialização da oferta de cuidados justifica o trabalho para sua construção.

Palavras-chave: Clínica fonoaudiológica; *setting*; coletivo; redes.

ABSTRACT

Speaking of a phonoaudiological clinic implies taking for yourself the litigations that transits in it: to wreck senses and goals and operate , in clinical practice , with theories , procedures and sanitary- associated, personal and collective realities.

The feasible existence of a relationship system in the appointments (between professionals and between professionals with the patient and his/her relatives),is the fact that these mesh affects and produces effects to the care processes of each patient , makes us imagine that the situations created in those contexts need to be evaluated and handled into the therapeutic *setting*. We call that relationship mesh, that can constitute in every clinical case, as *care collective*. It is related to the crossing of these relationships and interlocutions in the patients' therapeutical process. In this sense, we make a reflection of the limits and potentialities of collective work between different health care spheres: school, family, health services, etc.

The main goal was to build and systemize technical and conception parameters of handle of these *care collectives*, as well as reflect about its roles and effects in the phonoaudiological *setting*, through the study of two clinical cases: first of a four- year-old male with delays in language diagnosis. In this case , the data collective wasn't effective. However, the phonoaudiologic search for these constructions had mobilized the child's parents creating new perspectives for the continuity of the phonoaudiological work. The second case is of a eight-year-old male with reading and writing disorder. Here, the care collective was structured from the phonoaudiological *setting* , making intense experience and alternatives for the treatment possible and making different elaborations and patient, his relatives and involved professionals transportation more accessible. This research showed that the so called care collective isn't guaranteed, however, when it happens, the care offer power justifies the work for its construction.

Keywords: phonoaudiological clinic; collective setting; meshes;

SUMÁRIO

Introdução	p. 11
Capítulo 1 - A Clínica	p. 15
Capítulo 2 - <i>Setting</i> Terapêutico	p. 26
Capítulo 3 - <i>Coletivo de Cuidados</i>	p. 36
Capítulo 4 - Método	p. 46
Capítulo 5 - Apresentação dos casos clínicos	p. 52
5.1 – Diego e as dificuldades em construir um coletivo de cuidados	p. 52
5.2 – Pedro e seus coletivos de cuidado	p. 62
Capítulo 6 – Discussão dos casos e conclusões provisoriamente finais	p. 68
Referências Bibliográficas	p. 79
Anexos	p. 85

INTRODUÇÃO

Na prática clínico-terapêutica tive (e tenho) a oportunidade de atuar em diferentes espaços institucionais como, por exemplo, postos de saúde, clínica interdisciplinar, consultório particular e projetos sociais. Tais experiências despertaram inquietações sobre a maneira como os encaminhamentos (para profissionais da educação, médicos, dentistas, etc.); as discussões de casos com outros profissionais; as conversas com a família; as demandas escolares e de outras instituições afetavam e, eventualmente, se enredavam ao *setting* fonoaudiológico.

A partir daí foi se estruturando a idéia de pensar a ação fonoaudiológica como uma das intervenções que, necessariamente, está articulada às ações de outros profissionais, setores, instituições e serviços, em busca de compreender, elaborar e produzir solução às demandas dos pacientes. É justamente no campo dessas inter-relações que se situa o *problema de pesquisa* da dissertação: como manejar com o coletivo que, às vezes, se cria a partir dos atendimentos, e como esse deve atravessar o *setting* fonoaudiológico e a condução do processo clínico-terapêutico?

As reflexões sobre esses coletivos, portanto, dizem respeito a atravessamentos no processo terapêutico, sendo que estes se fazem presentes por diferentes estruturas institucionais e clínicas, nas quais esse processo se desenvolve ou que nele incidem.

Se for assim, será necessário levar em conta as *expertises* e as singularidades de cada ator envolvido nos processos de cuidados aos pacientes,

buscando promover a participação de todos nos coletivos que, eventualmente, se criarem nessas tramas.

Quando profissionais de diferentes áreas se juntam para compartilhar seus conhecimentos, seja no que eles têm em comum ou de diferente, o processo de cuidado pode ganhar potência e produzir efeitos terapêuticos significativos, gerando deslocamentos nas posições assumidas pelos pacientes, bem como em posições de profissionais e familiares envolvidos com o caso.

Os trabalhos inter e transdisciplinares, isto é, aqueles que abarcam saberes orientados por um sentido comum, e que atravessam as diferentes atuações profissionais, são meios potentes para operar transformações nas ações em saúde, sobretudo naquelas centradas na doença e em processos de trabalho fragmentados por especialidades profissionais estritas.

Atualmente, as políticas públicas de saúde também procuram repensar concepções e a lógica da atenção à saúde. Cada vez mais, caminha-se para a efetivação de trabalhos em rede, que apontam, entre outras coisas, para integralidade da assistência e para práticas inter e transdisciplinares.

Aqui, trabalhamos com a idéia de que as reorientações sugeridas e/ou implementadas em nível das políticas públicas de saúde no Brasil também devem transitar no trabalho de cada profissional. Significa dizer que, igualmente, o atendimento de cada um dos pacientes pode estar alinhado às noções de integralidade; de rede; de coletivo; de inter e transdisciplinaridade; etc.

Para efetuar tais dimensões no atendimento de casos em terapia fonoaudiológica, é preciso estabelecer interlocuções efetivas com outros profissionais que cuidam do paciente, bem como fazer circular essas interlocuções na relação com este e com seus familiares.

A dissertação procura demonstrar potencialidades e limites desse movimento na prática: tentativas de criação de *coletivos de cuidados* no atendimento de dois casos clínicos. Coletivos esses propostos e manejados a partir do *setting* fonoaudiológico.

Na pesquisa, a expressão *coletivo de cuidados* foi cunhada para nomear tal movimento de interlocução (entre profissionais e destes com pacientes e familiares) e de potencialização da oferta de cuidados aos pacientes. Embora nossa proposição seja convergente em relação a conteúdos da proposta de “Redes de cuidados à saúde”, não usamos essa última expressão porque ela nomeia perspectivas de determinadas políticas de saúde pública, enquanto, mais modestamente, nossa intenção foi apenas mostrar a pertinência e a efetividade da operação de instâncias coletivas em nível do cuidado de casos individualmente atendidos, conforme se verá ao longo texto.

O objetivo da dissertação, em função do que se acabou de dizer, foi construir e sistematizar parâmetros conceituais e técnicos de manejo em face dos referidos atravessamentos, bem como refletir sobre seus efeitos no espaço simbólico do processo terapêutico, do *setting* fonoaudiológico.

Para realizar o mencionado objetivo, foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa, que se valeu de situações de atendimento de dois casos que abarcam possibilidades e dificuldades na criação e manutenção de *coletivos de cuidados*.

O texto está organizado em seis capítulos. O *primeiro*, situa a concepção de clínica a partir da qual o trabalho se estrutura. O *segundo*, desenvolve reflexões sobre o conceito de *setting* terapêutico e seu uso para contextos coletivos. O *terceiro*, apresenta os conceitos utilizados para definir a expressão

coletivo de cuidados, no sentido de designar a rede de atravessamentos implicados com os cuidados ao paciente. As referências conceituais utilizadas aqui vêm, principalmente, do campo da Saúde Coletiva, como inspiração para pensar a atuação clínica do fonoaudiólogo, inclusive, com casos individuais. O *quarto*, diz respeito à metodologia utilizada no estudo dos casos clínicos da pesquisa. O *quinto capítulo*, apresenta e analisa os dois casos clínicos, nos aspectos relacionados à efetuação (ou não) de *coletivos de cuidados* na condução do tratamento. O *sexto e último capítulo*, à luz da revisão bibliográfica, discute os casos e tece as considerações finais da dissertação, com indicações sobre aspectos a considerar e modos de manejar com os *coletivos de cuidados*, sobretudo no âmbito da clínica fonoaudiológica.

CAPÍTULO 1- A CLÍNICA

Uma forma de pensar a clínica está relacionada a idéia de viabilizar “a *prática clínico-terapêutica fonoaudiológica em sua densidade e na intensidade do que nela está em jogo*” (SOUZA, 1999, p. 229), isto é, procurar os sentidos e as maneiras pelas quais enxergamos o outro e lidamos com a alteridade, assim como os modos de entender a linguagem e os papéis que lhe conferimos.

Ainda segundo Souza (2004, p. 898), “a *clínica antes de ser um conjunto organizado de saberes, é uma ética de cuidados com a saúde*”. Tal condição ética orienta o fonoaudiólogo na execução de suas ações, para que os pacientes possam usufruir e transitar pela linguagem, permitindo que necessidades e desejos circulem na oralidade e na escrita; dimensões que são obstruídas, em algum nível, pelos transtornos de linguagem tratados pelos fonoaudiólogos.

Desta forma, o trabalho de tal profissional será o de interferir terapêuticamente, por meio de procedimentos, métodos e raciocínio clínico adequados, ajudando na produção de novas formas de elaboração da linguagem e de posicionamentos na linguagem em face dos conteúdos (biológico/simbólicos) que estiverem em jogo.

O encontro entre terapeuta-paciente pode ser pensado, portanto, como um lugar potente para a criação de diferentes sentidos para o paciente, favorecendo a terapêutica de suas dificuldades de comunicação e/ou linguagem, e a elaboração da condição subjetiva, em face dos sofrimentos e das angústias trazidas para este encontro.

Se for assim, o processo de terapia oferece ao paciente novas possibilidades de elaborar e (re)construir sua história, por meio do vínculo estabelecido com o terapeuta. Aqui o vínculo é compreendido como

uma relação de confiança que potencializa a atualização, na cena clínica, por parte do paciente, das particularidades e questões relacionadas ao seu sofrimento, dispondo-as à interpretação do terapeuta, oferecendo novos sentidos à elaboração. (MAGALHÃES, 2007 p.37)

Pelo processo de transferência, fenômeno cartografado pela psicanálise, mas com características universais, consideradas por várias disciplinas clínicas (psicologia, fonoaudiologia, certas abordagens médicas, etc.), o paciente cria com o terapeuta uma relação de confiança, pois acredita que o terapeuta detém um conhecimento capaz de enfrentar o transtorno que lhe aflige. Mesmo que essa confiança possa ser, às vezes, exacerbada, ela será útil para o desenvolvimento do processo terapêutico, uma vez que concerne às maneiras pelas quais o paciente está envolvido com aquilo que lhe causa sofrimento.

Ao terapeuta, é essencial sustentar esse lugar de “suposto saber” na relação com seu paciente, entretanto, é importante levar em conta a singularidade de cada sujeito, porque é durante o processo terapêutico que se constitui o saber sobre o paciente. Desta maneira, o vínculo criado com o paciente é fundamental para o enfrentamento da situação clínica. Embora tal confiança seja importante, o processo terapêutico não deve gerar a dependência do paciente à terapia ou ao terapeuta. (CALLIGARIS, 2004)

Nesse sentido, a intervenção terapêutica fonoaudiológica exigiria do profissional a oferta de suporte ao sofrimento trazido pelas demandas do sujeito – a partir da escuta clínica – nas interfaces da linguagem com os afetos, propiciando a criação, pelos pacientes, de posições discursivas e ontológicas

inéditas e, por consequência, a (re)construção de sua autonomia na condução de seus processos de comunicação.

No que diz respeito à escuta clínica, é preciso pensar em como efetuar-la, estabelecendo “enquadres de escuta” no espaço terapêutico. FERNANDES (2003, p. 28) sugere a necessidade de direcionar o olhar para a idéia de que “a escuta, tomada em seu sentido analítico, supõe que exista sempre uma palavra a ser ouvida, mais precisamente a ser acolhida”. Para autora, é necessário ir além do que pode ser ouvido, ou seja, não se pode “escutar” sem “ver”: o “escutar-ver” é essencial, principalmente, quando estamos lidando com “situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer”. (op. cit., p.28)

A relação vincular, estabelecida no processo terapêutico, possibilita espaços simbólicos para a escuta do clínico ao sofrimento do paciente, abrindo à elaboração do processo vivido, independentemente do espaço físico em que o encontro aconteça.

Segundo Nasio (2003, p.15), o terapeuta é o clínico que aposta que “*para livrar o paciente de seu sofrimento é preciso compreender o sofrimento e, para compreendê-lo, é preciso experimentá-lo; quer dizer, (...)sentir em si o que o outro esqueceu*”.

Nesta direção, Cunha (2002, p.325) afirma que

os processos terapêuticos buscam aumentar a capacidade do cliente em mostrar-se pelo aprofundamento do autoconhecimento, e não a de ensiná-lo coisas sobre si mesmo ou, mesmo, a de modificá-lo num sentido disciplinar, idealizado socialmente.

Nesses processos, cria-se planos de deslocamento e mobilidade ao paciente, o que torna o encontro terapêutico uma espécie de oficina de (des/re)construção contínua, estabelecida com o objetivo de proporcionar ao paciente uma abertura ao novo, e ao terapeuta condições para compartilhar o atravessamento das dificuldades encontradas pelo paciente durante tal processo.

O saber prévio se coloca como algo necessário, mas não suficiente, pois a clínica também opera com o inantecipável das situações, dos encontros e das formas de lidar com a saúde e o sofrimento. Segundo Souza (2004), nas relações entre corpos humanos a presença das palavras passa pelos afetos, que são engendrados nos enunciados, nas palavras; afetos que carregam em si a capacidade de marcar a pele, o metabolismo, os gestos, semiotizando o corpo através de modelagens imagísticas e sinestésicas, capazes de criar uma imagem inconsciente do corpo.

Um encontro não se caracteriza somente pelo que o outro diz, mas por tudo que “mexe” com os interlocutores. Muitas vezes, é através de uma expressão, de um cheiro, da maneira de vestir-se, de um olhar, de uma palavra dita de uma determinada maneira, que criamos uma ligação ou um afastamento em relação ao outro.

“É no encontro entre corpos que a ‘carne faz-se verbo’ e, de maneira recíproca, o verbo incide sobre o corpo e nele se encarna, esculpindo-o e fazendo dele também linguagem”. (SOUZA, 2004, p.893) No humano, “o corpo é linguagem quando faz coisas que produzem diferentes sentidos, mantendo e alimentando o desejo de diferir” (idem, p.893)

Na direção indicada, o contato entre sujeitos é um contato afetivo, que se opera pelos modos que o corpo é afetado e afeta outros corpos. Isso porque as sensações e os funcionamentos físicos e psíquicos são sobredeterminados pelos afetos, que plasmam e modelam o organismo, inserindo-o na dimensão simbólica, responsável pela condição humana.

O termo “orgânico” (do grego *organikós* e do latim *organicu*) diz respeito à uma dimensão biológica e adjetiva aquilo que se refere ao organismo, a uma estrutura anátomo-fisiológica organizada, ou seja, disposta em órgãos (PALLADINO, SOUZA, CUNHA, 2004).

Esta é uma constituição sintática, na qual as partes estão numa relação sobredeterminada por leis que visam realizar a vida. É possível dizer, então, que a ordem orgânica é a sintaxe dos órgãos. E o termo “psíquico”? (...) Adjetiva aquilo que diz respeito ao anímico, uma ordem constituída por movimentos. Pode-se dizer que a ordem psíquica é a sintaxe dos movimentos (...), aquilo que dá ânimo, vida (Idem, p.102).

Sendo assim, é possível concluir, com os autores, que aquilo que dá vida é o que estrutura e regula o organismo, ou seja, a ordem psíquica dá a sintaxe da ordem orgânica. Pensar o corpo por essa via, sugere que levemos em conta sua face psíquica, que age por meio e a partir das maneiras pelas quais os signos (material psíquico) se incorporam no biológico, encarnando no corpo como faces ou registros de um mesmo processo: biopsíquico.

O corpo contrai os signos nas relações que cria com o mundo, e deles se apropria anatômica, fisiológica e metabolicamente (SOUZA, 2002). Assim, a

noção de corpo vem ligada à ordem do desejo, ou seja, da carne investida por redes de signos (PALLADINO, SOUZA, CUNHA, op. cit.), da possibilidade de afetar e de ser afetado pelo outro por meio dos signos.

É função do fonoaudiólogo lidar com questões orgânicas, mas como parte da rede simbólica que os sintomas carregam. Assim, o trabalho fonoaudiológico com o corpo implica indissociabilidade entre a instância orgânica e a simbólica. Ou seja, por mais que a reabilitação, por exemplo, sensório-motora seja necessária e promova mudanças, sua consistência dependerá também dos sentidos e representações (conscientes e inconscientes) a ela vinculados.

Segundo MAGALHÃES (2007, p. 41),

o organismo é um lugar tanto de manifestação de sintomas decorrentes de alterações orgânico-funcionais, quanto da linguagem, enquanto processo de simbolização. Num corpo que sofre a manifestação de dores, não se pode prescindir da linguagem para sua simbolização. O sujeito, ao sentir uma dor, a simboliza por meio de signos, o que permite a representação simbólica.

Nesse sentido, a linguagem é dinâmica vital, que possibilita o acesso à dor e a seus conteúdos psíquicos. Desta forma, se o fonoaudiólogo é profissional que trabalha nesta esfera, não basta intervir no transtorno orgânico, é necessário ter um olhar para as questões psíquicas que sobredeterminam a ação motora.

Dolto (2004, p.308) afirma que *“o próprio corpo, pela saúde ou pela doença, é linguagem. A saúde é a linguagem do saudável; a doença é uma linguagem de quem está passando por uma prova e, por vezes, angustiado”*.

É preciso e possível, então:

desenvolver sua escuta para perceber as manifestações dos sintomas implicados com a singularidade da história de vida de cada paciente de modo a compor uma rede ampla de cuidados na intervenção clínica (...) deslocando-se de uma posição na qual o corpo é mero objeto, mecanicamente concebido, para assumi-lo como corpo afetivo, porque construído pela capacidade biopsíquica de afetar e de ser afetado por outros corpos (MAGALHÃES, 2007, p.78).

Aqui considera-se que a relação com o outro, por meio da intervenção terapêutica, pode ser uma estratégia de tocar o outro e gerar deslocamentos na relação entre linguagem, organismo e psiquismo.

Magalhães Júnior (2000) considera a clínica da linguagem como um espaço de abertura à fala do outro, no qual o terapeuta é tirado da posição de modelo de fala para um lugar de escuta do “dito” e do “não dito”, numa relação intersubjetiva, na qual o inesperado entra em cena, com poucas coisas pré-estabelecidas.

Para Palladino (1999), tanto o paciente quanto o terapeuta estão no plano simbólico, que é fundado pela palavra, pela voz de um e de outro, possibilitando a criação de sentidos, que serão sempre provisórios, devido à natureza do funcionamento simbólico dos homens: uma natureza dada por movimentos de repetição e de criação.

Sob tais acepções, a doença deve ser apresentada ao terapeuta pelo próprio paciente. O texto enunciado por este, que aparece na cena clínica, tem a ver com um discurso sobre a dor que, por meio dos sintomas, surge opaco e disperso, convocando a interpretação do terapeuta.

Desta forma, é imprescindível escutar o sujeito, ou seja, para além da perturbação ou transtorno, considerar suas maneiras de viver, de sofrer, de se comunicar, de resolver e enfrentar problemas, sendo que é através da relação singular construída entre terapeuta e paciente que se pode acessar aquilo que um sintoma representa.

Falar em singularidade é levar em conta as particularidades de cada sujeito, *“considerar que cada sujeito é único, suas características e sua história (seus processos vivenciais) não se repetem, assim, não é possível generalizá-lo pelas semelhanças físicas com outros corpos”*. (MAGALHÃES, 2007, p.37).

Um sintoma de linguagem carrega particularidades de uma história de vida. A maneira pela qual o discurso do paciente é expresso possibilita refletir sobre a presença de conteúdos manifestos (aquilo que é consciente) e de conteúdos latentes (opacos e inconscientes), disponibilizados para o terapeuta por meio de uma escuta dedicada àquilo que é enunciado, no emaranhado de experiências que constituem o sujeito.

Segundo Ieto (2005), um sintoma não deve mesmo ser considerado como transparente, pois falará sobre a singularidade do sujeito. Entender um sintoma, para além de sua aparência, permite pensá-lo pela metáfora da ponta de um iceberg, ou seja, apenas o conteúdo manifesto é observável/visível. Entretanto, no não observável, há conteúdos latentes, inconscientes, que o terapeuta, em certa medida, deve ajudar a trazer à tona. A parte submersa do iceberg indicaria conteúdos que pedem mergulho para que possam ser tangenciados.

Nasio (1993) aponta três características básicas do sintoma. A primeira diz respeito à forma como o sujeito fala de seu sofrimento, ou seja, quais as

palavras utilizadas por ele e como elas se ligam à sua história e seu imaginário sobre o que o faz sofrer e produz sintomas.

A segunda característica do sintoma refere-se a idéia de que o paciente tem uma teoria, uma elaboração para entender seu mal-estar, ou seja, o sujeito que sofre precisa se perguntar sobre o porquê de estar sofrendo. Para o autor, se isso não acontecer, é função do terapeuta proporcionar o aparecimento de uma explicação, fazendo com que o sujeito se pergunte sobre porque sofre. É a partir do Outro de meu sintoma e dos discursos construídos em relação, que começa a existir uma demanda direcionada ao terapeuta: a partir da construção de um discurso que fala sobre o sofrimento ligado ao sintoma que os conteúdos latentes começam a surgir, configurando, assim, uma demanda.

Por fim, a terceira característica do sintoma é a que convoca a presença do terapeuta. Segundo Nasio (1993), na análise o terapeuta está incluído no sintoma e esta situação permite que a transferência aconteça.

Em síntese, para existir demanda é necessária a existência do outro. O paciente que vem à clínica traz consigo um pedido de ajuda, queixa-se de algo e, na medida em que se implica e implica seu discurso nesta queixa, configura questionamentos, constitui uma demanda.

No momento em que o paciente enuncia sua dificuldade pontual, ou seja, a queixa, o sentido atribuído ao discurso do sujeito (ou de seus responsáveis), por parte da terapeuta, proporciona uma reflexão sobre o que se fala, podendo trazer à tona *“um desejo para além da queixa - é o que chamamos de demanda”* (RAMOS, 1998, p. 50). Assim, a demanda começaria a se apresentar na clínica,

(...) sendo construída na medida em que o terapeuta e o paciente implicam-se no discurso de determinada queixa.

Tendo em vista que a enunciação da queixa é feita na primeira sessão, as entrevistas preliminares do processo diagnóstico assumem um importante papel, pois nelas já é possível vislumbrar os conteúdos latentes que subjazem determinada queixa (op. cit., p. 40)

A demanda ganha formato na medida em que, após anunciada a queixa e ao se sentir relativamente acolhido, o paciente diz o porquê sofre e quer ajuda. O paciente que se queixa de um sintoma está falando sobre as marcas singulares que este faz em sua história de vida. Isto quer dizer que a queixa deve ser ouvida, pois ela, em alguma medida, exprimirá a representação que o sujeito tem de seu próprio sintoma. Entretanto, é essencial que se escute para além do que é dito.

Nessa perspectiva, a noção de tempo na clínica fonoaudiológica não é exterior ao processo, cronológica, mas tem a ver com o tempo de elaboração do paciente e da necessidade que este tem para entrar ou sair de certas questões relacionadas à sua constituição pessoal. Desta forma, um trabalho pode durar muito ou pouco tempo, uma vez que os aspectos subjetivos estão presentes e precisam ser considerados na constituição do processo terapêutico. (AZEVEDO, 2003)

Para essa autora, um trabalho clínico terapêutico exige do fonoaudiólogo uma reflexão sobre a avaliação, a história de vida do paciente, a forma como o terapeuta o acolhe e também como seleciona os procedimentos para o caso. Sendo assim,

o trabalho do fonoaudiólogo é o de interpretar os modos pelos quais os problemas estão sendo sentidos, pensados e agidos desde as posições assumidas pelo paciente

enquanto falante ouvinte e/ou escritor; e não apenas em nível dos conteúdos manifestos, mas também por meio de uma escuta mais abrangente em relação ao funcionamento psíquico; o que inclui a percepção e a consideração dos conteúdos latentes que vieram à tona no trabalho terapêutico (SOUZA, 1999, p. 232-233).

O campo de jogo, a zona de experimentação na qual a relação terapêutica acontece é chamada de *setting*: “espaço” de uma relação peculiar, com características transferenciais, na qual o paciente fala de conteúdos ligados à natureza e à manutenção de seus sintomas, e o terapeuta dá voz e cria condições – por meio de técnicas e procedimentos específicos – para elaboração e enfrentamento dos transtornos e de suas sintomatologias.

Partindo da idéia de que cada indivíduo constrói a sua própria rede de relações (MOURA, 2003), parcela dessa malha interage e se implica diretamente com o processo terapêutico, criando situações particulares, que precisam ser considerados e manejados no *setting* fonoaudiológico.

CAPÍTULO 2 – SETTING TERAPÊUTICO

Segundo Lembi (2000), o setting é um elemento fundamental na clínica fonoaudiológica, e a disposição e funcionalidade de seus elementos intervêm no decorrer do processo terapêutico.

Nesse sentido, as situações do dia a dia da clínica, como, por exemplo, a maneira de realizar os contratos, que impõe um sentido de temporalidade, com dias e horários definidos; cobrança de honorários; objetos e mobília dispostos na sala de atendimento; a lida com a queixa inicial, dentre outros, são arranjos que ajudam a configurar o *setting*, e exigem reflexão e sentido.

A formação do *setting* começa, então, a partir da criação de um contrato terapêutico. Figueiredo e Coelho Junior (2000) apontam para a necessidade de unificar os conjuntos de regras e condutas presentes em um processo terapêutico, e de trabalhar esses dispositivos como invariantes, possibilitando, assim, infinitas modificações internas ao *setting*. Isto é, algo necessita ser estável e constante para que, então, o variável por excelência possa, de fato, variar.

O *setting* abrange ferramentas e dispositivos clínicos que facilitam a dinâmica do processo terapêutico, possibilitando que os envolvidos em tal esfera transitem e operem variações sobre os sentidos dos sintomas, da cura, da utilização de procedimentos, etc.

A determinação do *setting* não diz respeito a um espaço físico estrito, Cunha (2002) menciona que o *setting* apresenta-se contornado por parâmetros temporais e espaciais que possuem um caráter simbólico, necessário aos processos terapêuticos, para despertar os conteúdos inter e intrapsíquicos, tanto do paciente quanto do terapeuta.

Para a autora, a face principal da função terapêutica do *setting* é a construção de um limite abstrato entre o momento terapêutico e a vida real, constituindo-se como uma marcação, um enquadre num campo em que é viabilizada e conservada a possibilidade do paciente conceber a vida real, na situação terapêutica, como ele quiser e puder.

É neste espaço, portanto, que o terapeuta e o paciente têm a oportunidade de vivenciar situações em que os conteúdos psíquicos são considerados como parte integrante da história de vida do sujeito, mesmo que não haja uma intervenção direta sobre eles. Assim, o *setting* pode ser construído em qualquer lugar que permita a criação de um tal campo relacional (MAGALHÃES, 2007).

Magalhães Júnior (2000, p. 21) afirma que o terapeuta pode ser um componente diferenciador para que a relação terapêutica seja formada e construída em um espaço humano, no qual o *setting* se delinea. Este é criado a partir de uma relação terapêutica viva, havendo cuidado e atenção com o outro, de maneira que se sinta seguro, em lugar acolhedor e estimulador do crescimento humano. Isto é, “*o ambiente que potencializa o sujeito e sua linguagem se estabelece a partir da maneira pela qual é estruturada a relação terapêutica*”.

Assim, o *setting* terapêutico se torna fundamental e necessário para que haja o acolhimento de um paciente, de tal maneira que o paciente se utilize dele para obter “mudanças” em relação a sua vida. Machado (2001) afirma que

o *setting* pode ser considerado também um ‘texto’, ou seja, um espaço discursivo, essencialmente intervalar. O significado de um cria efeito na possibilidade de circulação

do significante do outro, ou seja, o texto é uma circulação discursiva. Um espaço vai permitir a constituição de material clínico, seja ela: reiteração dos sintomas pelo paciente e seu alçamento pela escuta do terapeuta. Esta indeterminação está assegurada pela exclusividade que garante que o sintoma se esclareça na sua repetição e que a escuta se erga, longe da tentação da tradução e da arbitrariedade.

Desta forma, o conjunto de regras promove a criação de uma espécie de estatuto cujo objetivo é à delimitação de um campo, permitindo ao paciente expor-se psiquicamente e, ao terapeuta, atuar sobre o funcionamento psíquico num sentido terapêutico (MACHADO, 2001). Nesse sentido,

o *setting* estabelece que o terapeuta é outro/espelho do cliente, o terapeuta deixa de ser um outro qualquer e passa a ser outro que não tem a opção pessoal, mas o imperativo metodológico de intervir interpretativamente, buscando os sentidos dos sintomas; no caso fonoaudiológico, daqueles manifestos na linguagem (CUNHA, 1997 p.327).

Tal situação possibilita, portanto, que o paciente demonstre seus conflitos, funcionando para proteger o terapeuta dos afetos que tais questões geram. Desta maneira, o *setting* é fundamental para o terapeuta, pois este “não é um observador neutro, o psiquismo do cliente afeta o seu”. (CUNHA, 1997 p.326)

Esta dinâmica sugere uma comunicação que se caracteriza por manter uma relação de inconsciente para inconsciente, diferentemente das atividades rotineiras, nas quais as relações predominantes se dão de consciente para consciente. No *setting* a ênfase é oposta, se caracterizando pelo surgimento da

possibilidade de o cliente, sujeito dividido entre inconsciente/consciente, encontrar um tempo e um espaço favoráveis para tentar integrar ambas as instâncias do seu psiquismo, buscando elaborar os conflitos instaurados por essa cisão (CUNHA, 1997, p.327)

Na psicanálise, o terapeuta precisa afastar-se de seus próprios desejos e “oferecer-se como objeto” para os desejos do paciente. *“Trata-se de criar condições de observação estritas que permitam ‘afastar-se ao mesmo tempo em que se está presente’”* (GILLIËRON, 1993, p. 9). A posição divã-poltrona, na qual é subtraído do analista a visão do analisando; a regra da abstinência e o silêncio do analista são, por exemplo, padrões que proporcionam essa possibilidade. Um tratamento psicanalítico não deve se distanciar de um certo enquadre e de suas regras.

Para Gilliéron (1993), independente da teoria psicanalítica, é preciso considerar os seguintes padrões: funcionamento intrapsíquico, relação intersubjetiva e suas propriedades específicas, e o enquadre.

O enquadre consiste em integrar elementos separados em duas ordens: um dispositivo e um conjunto de regras. O primeiro está relacionado com os elementos/materiais concretos, como a temporalidade, o lugar em que se executa a atividade, bem como a disposição das mobílias que estão na sala e sua funcionalidade. E o segundo, é a própria transferência.

Na perspectiva psicanalítica, a noção de que o homem é caracterizado pela idéia de sujeito do inconsciente, sugere que o psiquismo do terapeuta é afetado pelo de seu paciente e vice-versa. Tal dinâmica, que desperta conteúdos inter e intrapsíquicos, e ocorre na relação terapêutica, é condição para a continuidade do processo de transferência.

Nesse sentido, a transferência é a reedição de experiências psíquicas arcaicas, revividas na relação entre o terapeuta e o paciente, na qual acontece a repetição de conflitos infantis do paciente, tal como se fossem extremamente atuais. Segundo Freud (1905, p. 110),

são reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico.

Para que exista um processo transferencial, ou seja, *“para que haja a construção de um espaço intervalar em que os sentidos possam transitar e ganhar novas possibilidades de relação é necessário que haja princípios de diferentes naturezas que constituem o setting”* (MACHADO, 2001 p. 11).

Segundo o Dicionário de Psicanálise (RUDINESCO, PLON, 1997) a transferência é um termo progressivamente desenvolvido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi - entre 1900 e 1909 - para marcar um processo construído em terapia, mediante o qual desejos inconscientes do analisando, referentes a objetos externos, começam a voltar, no domínio da relação analítica, na pessoa do analista, que é colocado na posição desses diferentes objetos. Nasce, então, a regra fundamental para o paciente e para o analista, respectivamente: a livre associação e a atenção flutuante, ou seja, a criação de um espaço transferencial.

Para a psicanálise, o fenômeno da transferência é condição necessária e suficiente para que um processo de análise possa acontecer. Tal fenômeno é entendido como *“o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam*

sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles”. (MACHADO, 2001 p. 8).

Desta forma, a transferência é o caminho terapêutico que possibilita a construção de novas histórias, de modo a não eliminar os sintomas, mas a transformá-los, deslocando-os do sofrimento que demandou o atendimento.

No campo da transferência, o terapeuta “*acolhe a emergência do sintoma e pode ajudar o paciente a enfrentar e suportar os elementos que ganham algum nível de elaboração pela via da fala*”. (MAGALHÃES, 2007, p.42)

Nasio (1999) anuncia a transferência como uma repetição muito singular: atualização das fantasias dos primeiros laços afetivos. “*Convém entender que a transferência não é a simples repetição de uma antiga relação concreta, mas a atualização de uma fantasia permanente*” (op.cit, p.85). O tratamento psicanalítico não constrói a transferência, apenas a revela (FREUD, 1905)

Num *setting* terapêutico também ocorre o fenômeno da contratransferência, que pode ser definida como “*o conjunto de reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste*” (ABDALA, 2001, p. 9).

Os conteúdos contratransferenciais estão relacionados com as reações despertadas no terapeuta e podem ser diferentes de acordo com o conforto, a identificação, o lugar de espelho de uma criança ou de um adulto.

Segundo Cunha (1997), se o fonoaudiólogo admite a presença do inconsciente, ou seja, se considera e se utiliza da estrutura psicanalítica do funcionamento da mente, é preciso levar em conta que o *setting* fonoaudiológico abarca situações transferências e, conseqüentemente, contratransferências. A autora afirma que o fonoaudiólogo não trabalha a transferência, mas na

transferência e está vulnerável à ocorrência da contratransferência, caracterizada como o conjunto de reações inconscientes do terapeuta produzidas pelos conteúdos transferenciais do cliente.

Levando em conta que os conteúdos transferenciais podem aparecer na cena clínica da fonoaudiologia, os conhecimentos teóricos do fonoaudiólogo podem ajudar o paciente a interpretar seu sintoma de modo a buscar seus sentidos. Entretanto, não cabe ao fonoaudiólogo interpretar a transferência e trabalhar com as questões que daí surgem, mas sim manejar e reconhecer questões transferenciais nessa relação, levando em conta a subjetividade do paciente.

Os efeitos transferenciais, na relação clínica fonoaudiológica, são o plano a partir do qual o profissional lida com a linguagem, os sintomas e o psiquismo do paciente, uma vez que é através da atualização de conteúdos psíquicos que o cliente diz dos sentidos envolvidos com sua sintomatologia.

Ainda refletindo sobre a noção de *setting* no processo de terapia fonoaudiológica, Cunha (1997) afirma não existir uma diferenciação entre os *settings* no trabalho com crianças e adultos. Isto porque o que está em cena é o objetivo principal do *setting*: demarcação de uma fronteira imaginária entre o encontro terapêutico e a vida real. Limite que possibilita pelos conteúdos transferenciais e contratransferenciais uma maneira legitimamente terapêutica de interação. Mas, a maneira pela qual a interação entre terapeuta e paciente ocorre nessas duas situações varia. Tanto a fala do adulto, quanto o brincar da criança se apresentam marcados por conteúdos psíquicos inconscientes. Tal diferença não afeta a natureza e a função do *setting* terapêutico, nem a responsabilidade do terapeuta com as ações de natureza interpretativa.

Cunha (1997) também fala sobre a relação entre o *setting* e o grupo familiar, articulando-o com os aspectos de atendimento de crianças e adultos. Para ela, o grupo familiar é trazido ao *setting* pelas representações do paciente, pois é parte fundamental do conjunto de representações que ele nos proporciona a respeito da vida real.

Entretanto, na fonoaudiologia, assim como na psicanálise com crianças, pode haver um trabalho terapêutico também com a família, com as figuras parentais. Na instauração do *setting*, por exemplo, no atendimento de crianças e de pacientes que, por algum motivo, estejam impossibilitados de responder por si, o contrato terapêutico necessita ser negociado com os pais e/ou responsáveis. Nesse e em outros momentos, é comum que demandas da família entrem em cena, exigindo escuta e manejo, sem que isso exclua a criação de um *setting* terapêutico específico e próprio do paciente.

No entanto, escutar e manejar com demandas familiares durante o processo terapêutico é diferente da prática fonoaudiológica de orientar famílias sobre a forma mais adequada de cuidar de seus filhos, ou então de estabelecer membros da família como co-terapeutas. As demandas dos membros familiares dizem sobre conflitos psíquicos. Deste modo, não devemos olhá-las como barreiras para o desenvolvimento do processo terapêutico, mas sim pensar, quando for o caso, na estruturação de outro *setting*, e não em sua presença naquele constituído com o paciente.

Em alguns contextos clínico-terapêuticos estamos constantemente envolvidos com dois mundos co-presentes: em um procura-se rotinas e sua generalização para interferir no real; no outro lidamos com os diferentes

processos, com a sua imprevisibilidade e a sua inexecutável generalização.
(MOURA, 2003)

Mesmo na singularidade de cada relação clínica, é importante ressaltar que a subjetividade não pode ser considerada somente por aspectos psicológicos, discerníveis por um movimento da consciência individual. Por subjetividade, compreenda-se um agrupamento de coordenadas na consciência, que se ligam a aspectos sociais (políticos, culturais,...) e idiosincrasias singulares no manejo das determinações e situações coletivas. (SOUZA, 1999)

Nesse sentido, o encontro que ocorre durante o processo terapêutico e seus efeitos trazem à tona variados processos, abarcando a existência individual e coletiva do sujeito. Nas palavras de Teixeira (apud COSTA, 2005. p. 236),

estamos em rede, interconectados com um número cada vez maior de pontos e com uma frequência que só faz crescer. A partir disso, torna-se claro o desejo de compreender melhor a atividade desses coletivos, a forma como comportamentos e idéias se propagam, o modo como as notícias afluem de um ponto a outro do planeta, etc.

Sendo assim, a clínica precisa levar em conta a flexibilidade de seu objeto. Mesmo que haja definições pré-estabelecidas sobre os objetos das disciplinas, e mesmo considerando as especificidades desses como, por exemplo, o inconsciente no caso da psicanálise; os distúrbios da comunicação na fonoaudiologia; e as doenças na medicina, pode-se afirmar que os chamados objetos de estudo e de intervenção não são estáveis, nem fechados sobre si.
(MENDES, 2007).

Significa dizer que as dimensões necessariamente coletivas, nas quais somos constituídos e que atravessam, freqüentemente, os processos terapêuticos, inclusive por meio de tratamentos e cuidados diversos e simultaneamente recebidos pelos pacientes, precisam ser acolhidas e manejadas no *setting*.

CAPÍTULO 3 - COLETIVO DE CUIDADOS

Ao entrar no universo da clínica, lidamos com questões simultaneamente éticas e políticas, uma vez que as ações nesse campo dizem respeito às maneiras como o sujeito vê, intervêm e se dispõe ao mundo em que vive.

Segundo Rosen (1994), o adoecer é também histórica e socialmente configurado, tanto os fatores do adoecimento quanto os conhecimentos e técnicas voltadas para o seu controle são resultados das maneiras pelas quais os seres humanos interagem entre si e com o meio.

A repartição dos recursos para a proteção contra os adoecimentos, para a recuperação a partir deles, ou para a diminuição de efeitos negativos sobre a vida são, ao mesmo tempo, frutos da vida social, na qual o intuito e os meios são contínuos e interativamente renovados.

Para Mendes (2007), a clínica pode ser vista como disparadora de ações de saúde nos coletivos. Coletivos são considerados como composições de variados elementos e fluxos heterogêneos, funcionando nos sujeitos, nos segmentos sociais e, por meio deles, na sociedade inteira.

Aqui considera-se que o coletivo

não é o estabelecimento nem os grupos nem as instituições. O coletivo, como o entendemos, se orienta de tal modo que seja possível absorver a co-existência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais os mais díspares. Ele deve abarcar tudo o que está presente, relacionando e inter-relacionando à clínica, à organização, ao estabelecimento, ao Estado, aos diferentes grupos e às instituições (tanto externas quanto

internas), enfim, questões relacionadas ao ambiente que o constitui e ao ambiente em que se encontra mergulhado (MOURA, 2003, p.71)

A criação dos coletivos apresenta relação com o encontro e o *enlaçamento* de componentes heterogêneos – materiais e imateriais – nos processos. Atravessamentos que podem, concomitantemente, referir-se a fluxos e partículas de, por exemplo, idéias, desejos, recordações, condições objetivas de vida (sociais, econômicas, culturais...), mediações técnicas e tecnológicas, formas de cognição e de circulação de afetos, etc. (MENDES, 2007)

Nesse sentido, ainda de acordo com Mendes (op. cit.), os arranjos que caracterizam coletivos, além de parciais e variáveis, estão submetidos a abalos e a rearranjos, devido à entrada de novos componentes em suas tramas ou pela reconfiguração daqueles que as constituem.

Pensar a clínica no coletivo consiste, portanto,

em estar sempre procurando, para além de qualquer armadura interpretativa, os índices, os elementos, as partículas, os signos que apontam para a emergência de uma possibilidade singular de construção da existência. Afetos-partículas que contenham a indicação de que algo poderá advir de vital para a existência do outro que se nos apresenta, para o outro que investe uma relação em busca de uma ampliação e fortificação de seus processos vitais. (LOPES, 1996, p.149)

Segundo Mendes (2007, p. 122), “*ao tomar o coletivo como plano de intervenção, a clínica então se dispõe ao inantecipável das construções*

peçoais e sociais, no que elas tiverem de produtivo ou vitalizante, mas também naquilo que emergir como entrave aos seus processos”.

Nesse sentido, a clínica não é uma ação neutra uma vez que deriva de uma ética da ativação e da construção de maneiras saudáveis de vida, buscando a desobstrução, no corpo e na alma, das barreiras e das dificuldades, em fazer fruir os processos vitais, em reatar com alguma alegria de viver, por fazer parte da construção da existência, por ser capaz para fazê-lo, mesmo em face de condições pessoais e sociais às vezes precárias. (MENDES, 2007)

Tais aspectos pedem que as ações em saúde privilegiem os sentimentos e valores dos pacientes, de sua família e dos profissionais de saúde, todos envolvidos no processo de cuidar, de promover a reflexão e de tomar decisões necessárias ao tratamento. Trata-se, então, de uma democratização da relação terapeuta-paciente, na direção da humanização do tratamento, ou seja, da saúde como processo coletivo de subjetivação, de produção de sujeitos e de cidadãos.

A humanização, como valor, indica

uma dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2004, p.550)

O trabalho em saúde se humaniza quando tentamos combinar a defesa de uma vida mais longa com a criação de modelos de qualidade de vida inéditos para sujeitos concretos. Para Teixeira (2004), o aumento ou diminuição da

potência de cada um está diretamente ligado a qualidade dos encontros que busca realizar. Pensando no contexto das práticas de saúde, essa possível variação da potência depende da qualidade dos encontros que ocorrem nos serviços, porém também daqueles que os serviços de saúde franqueiam ou favorecem.

A intensidade das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, entre pacientes e instituições, entre profissionais envolvidos em cada caso clínico, são essenciais para o processo de cuidado e para a saúde do paciente.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde diz respeito a ações que se desenvolvem em nível coletivo, levando em conta a presença de variados agentes sociais que, de alguma maneira, colaboram para o desenvolvimento das condições de vida e de saúde de sujeitos e de comunidades.

O cuidado diz respeito à maneira como a pessoa se organiza e se realiza no mundo com as outras pessoas (Boff, 1999). O ato de cuidar implica uma ação que envolve a preocupação e a responsabilização com o outro, pois abarca o acolhimento, a escuta ao sujeito, o respeito por sua dor e por sua história de vida.

Ayres (2004, p.22) utiliza a expressão “cuidado em saúde” como *“designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.”*

Se a organização da área da saúde não se estruturar para dar conta dos projetos de vida (e de seus impedimentos) das várias frações populacionais

beneficiárias das práticas de saúde, a possibilidade de cuidar de cada sujeito se tornará apenas uma utopia.

Desta forma, a criação de organizações que promovam os profissionais de saúde a levar em conta a lida com outras pessoas, além de considerar seus interesses e desejos – com os quais também se compõe –, é um caminho importante para o estabelecimento de novas formas de convívio e de circulação social.

Nesse sentido, não se pode prescindir do diálogo com sujeitos “de carne e osso”, que compõem os coletivos, os quais, nas ações de saúde, não se criam efetivamente senão numa relação de cuidado.

Nos processos de cuidado, os profissionais de saúde participam diariamente de coletivos, nos quais muitas vezes se fazem presentes, caso se permita que sejam construídas dialogicamente. Nesta direção, variados saberes interagem, tornando possível a compreensão das questões implicadas nos processos de cuidados terapêuticos. Para que redes de saberes sejam tecidas e ganhem efetividade e potência, é necessário que os profissionais de saúde percebam a importância da natureza conversacional de seu trabalho.

Desta forma, como afirma Teixeira (2003), as redes de trabalho em saúde podem ser consideradas “*grandes redes de conversação*”. As técnicas de conversa se caracterizam pelo uso de um acolhimento-diálogo, que diz respeito às conversas verdadeiras que ocorrem nos serviços, nas quais são identificadas, elaboradas e negociadas as necessidades dos usuários. A ideia de um *acolhimento dialogado* refere-se, portanto, à tecnologias de conversa potencialmente utilizáveis por qualquer profissional, em qualquer momento de sua atuação.

Segundo Teixeira (2005, p. 593)

o acolhimento dialogado, enquanto uma técnica de conversa, parece se caracterizar primordialmente por um conjunto de disposições ético-cognitivas, pela aceitação de um conjunto de pressupostos e predisposições no diálogo com o outro, o que define, a rigor, seus domínios de ação e de significação. Correspondem, efetivamente, a determinados “estados do corpo”, àquilo que Maturana chamaria de seus “emocionares”, ou seja, a determinadas emoções e afetos. Trata-se, enfim, de um dos modos pelos quais se pode evidenciar a incidência eminentemente afetiva do trabalho em saúde e o quanto essa sua produção “intangível” está fortemente condicionada por suas técnicas de conversa.

Se for assim, as redes de trabalho em saúde podem ser pensadas como redes de trabalho afetivo, no sentido de que o importante nelas é a criação e o manejo dos afetos. São redes de produção de afetos, das quais nascem as redes sociais, de comunidades, de formas de vida (biopoder), de produção de subjetividades (individuais e coletivas) e de sociabilidade (TEIXEIRA, 2004).

Para pensarmos na produção dessas redes, é preciso estar conectado às perspectivas inter e transdisciplinar, uma vez que levam em conta o geral e o particular, as inter-relações e as interdependências existentes nos processos humanos.

Para Severo e Seminott (s/d), a interdisciplinaridade está baseada em ações que se caracterizam por um trabalho em conjunto, reconhecendo as bases disciplinares específicas, entretanto, buscando recursos compartilhados para os problemas dos sujeitos e das instituições. Já a transdisciplinaridade

seria pautada na possibilidade de interação não entre áreas disciplinares, mas sim entre agentes em cada campo, isto é, entre sujeitos.

Segundo Ayres (2004), diferentes heterodoxias terapêuticas necessitam ser pensadas para além do campo estrito dos serviços de saúde, ainda que articuladas a eles. Precisariam considerar, por exemplo: o apoio à escolarização e à aquisição de habilidades profissionais; o desenvolvimento de talentos e vocações; as atividades físicas e de vivências corporais; as práticas de lazer e socialização; a promoção e a defesa de direitos; a proteção legal e policial; a relação entre ações de desenvolvimento comunitário e a participação política. Para este autor, todas essas questões, pensadas tanto em termos de indivíduos quanto de populações, são exemplos de possibilidades menos ortodoxas de intervenções de cuidado em saúde.

É claro que uma tal heterodoxia reclama um decidido investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, em articulações intersetoriais para o desenvolvimento de ações (saúde, educação, cultura, bem-estar social, trabalho, meio ambiente etc) e na interação entre horizontes normativos diversos (...) De qualquer maneira, mesmo que tais investimentos se mostrem ainda incipientes, o que cada profissional de saúde conseguir fecundar de seu pensar e fazer de interdisciplinaridade, intersetorialidade e internormatividade, certamente já o colocará em melhor posição para a heterodoxia proposta, assim como colocará essa heterodoxia em melhores condições de se ampliar como prática. (AYRES, op. cit., p.26)

Tais práticas, inspiradas na interdisciplinaridade, sugerem intervenções que problematizem as certezas dos profissionais e os saberes supostamente estáveis das disciplinas, proporcionando uma comunicação constante entre os membros envolvidos no processo de cuidado.

O profissional de saúde precisa ser capaz de responder se uma determinada ação de saúde proporciona a capacitação, a habilidade, instrumentalização mental e afetiva dos sujeitos de uma determinada população, de maneira que aumente a potência de se colocar em relação, ou seja, sua capacidade de interagir, de formar comunidade, de singularizar sua existência.

Nessa perspectiva, os métodos clínicos precisam olhar para as potências da vida, precisam ser reorientáveis, para cartografar e, quando for preciso, interferir nas demandas que estiverem em jogo, em função da exigência de modulações diferentes à existência, nos campos para quais forem solicitados.

Significa dizer que a prática clínica, a partir de suas especificidades disciplinares, precisa se abrir e responder à zonas imprevisíveis de variação, devido à maneira como o sofrimento é elaborado pelos pacientes e nas relações terapêuticas; de quais fluxos e situações estão em cena, e assim por diante. Isto é, dependem das redes nas quais estão contidos e em função das quais se produzem e se moldam. (MENDES, 2007)

Nos serviços de saúde, a busca em explicitar e manejar com a interdependência de ações que implicam pacientes, familiares, profissionais, gestores e recursos (materiais, financeiros, cognitivos, técnico-científicos, organizacionais, etc.) vem caracterizando uma mudança de lógica nas políticas públicas de saúde. No escopo dessa lógica, destaca-se a criação e o esforço atualmente empreendido para se construir uma “rede de cuidados à saúde”, que

modifica a premissa da hierarquização da assistência em favor de um sistema capaz de integrar e transversalizar as ações de saúde e os processos de cuidado.

Na seqüência da dissertação, recortamos uma dimensão (e sua problemática) desse universo conceitual e técnico; aquela que diz respeito aos efeitos de certos atravessamentos (interprofissional, familiar, escolar, etc.) no *setting* fonoaudiológico, buscando mapeá-los e pensar em formas de manejá-los no processo terapêutico, de modo a compor com eles sem, no entanto, fragilizar o *setting*, evitando, por exemplo, interferências da família, da escola ou de outros profissionais de saúde no vínculo de confiança e nos processos transferenciais entre terapeuta e paciente. Procuramos assumir, portanto, tais atravessamentos como inevitáveis e potencialmente produtivos aos processos de cuidado.

Como dissemos ao longo dos primeiros capítulos, o *setting* não é, no essencial, um espaço físico, mas um campo delimitado de cuidados. Por isso mesmo, precisa contemplar uma certa estabilidade de regras e de rotinas, mas exclusivamente para que seja possível a criação de espaços simbólicos de variação e de liberdade, que permitam a elaboração e o enfrentamento, por parte dos pacientes, dos sofrimentos e transtornos que motivam a procura pela assistência fonoaudiológica.

Em função disso, e para distinguir o recorte que fizemos da tendência mais ampla configurada pela “rede de cuidados à saúde”, chamamos de “*coletivo de cuidados*” as relações, as interlocuções e as negociações imediatamente envolvidas com a relação terapeuta-paciente na fonoaudiologia.

Os casos que analisaremos nos capítulos subseqüentes mostram esses atravessamentos em ato: as oportunidades que portam em relação ao

aprimoramento do processo terapêutico, bem como os perigos e desafios que encerram em termos de sustentação do *setting*, pois, se não forem bem conduzidos, podem fragilizar a confiança, esgarçar o vínculo transferencial, por meio de controles, alianças ou determinações externas à relação terapêutica, que impediriam a constituição ou a manutenção do *setting*, a condição de pensar – sem constrangimentos – a vida e os enfrentamentos necessários aos problemas de saúde, para além de sua realidade manifesta e cotidiana.

CAPÍTULO 4 - MÉTODO

A pesquisa tem natureza clínico-qualitativa e se configura num estudo de casos clínicos. Conforme Turato (2003), esse tipo de pesquisa busca interpretar sentidos e significações trazidos por sujeitos sobre os múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, possibilitando ao pesquisador acolher angústias e ansiedades de determinados sujeitos, valorizando os aspectos psíquicos e dinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo. Desta forma, não sugere generalizações estatísticas, mas o estabelecimento de indicadores analíticos.

A escolha dos casos para análise se pautou em único critério: dois casos que tivessem apresentado, respectivamente, possibilidades e dificuldades na constituição, para condução do caso, de um *coletivo de cuidados*, enquanto rede de suporte ao tratamento e à elaboração e enfrentamento dos problemas de saúde, por parte do paciente e de seus familiares.

A definição desse único critério na escolha dos casos, se orienta pelo fato de que assumimos como pressuposto que os processos de cuidados de qualquer paciente, ao menos potencialmente, pode se beneficiar da construção de redes de sustentação formadas pelo próprio paciente, por seus familiares e pelos profissionais envolvidos com o caso, independentemente das áreas de atuação (saúde, educação, assistência social, etc.).

Os sujeitos da pesquisa foram atendidos pela pesquisadora e trouxeram questões diretamente relacionadas com o problema de pesquisa: presença marcante da família nos cuidados ao paciente; encaminhamentos externos;

demandas institucionais e de outros profissionais da área da saúde e/ou da educação.

Como foi referido, a formação do chamado *coletivo de cuidados* pode estar presente em qualquer atendimento clínico-terapêutico. Assim, o que varia em cada situação é a escuta e a interpretação do terapeuta, bem como dos outros atores envolvidos, para a rede montada como dispositivo de cuidados.

Para investigar fenômenos clínicos não redutíveis à regularidades orgânicas e/ou comportamentais, a pesquisa clínico-qualitativa parece, de fato, mais adequada, uma vez que não tem como objetivo examinar, descobrir ou determinar regras estáveis, a partir da observação sistemática de objetos ou situações imediatamente visíveis, cujas técnicas de mensuração garantiriam a possibilidade de generalizações e de repetição do experimento.

Ao contrário, o que se almeja é o estudo de fenômenos para além da sua exterioridade, procurando, a partir da clínica, (re)interpretar acontecimentos singulares que, embora não definam regularidades estáveis, indicam tendências do fenômeno estudado. Kupfer e Voltolini (2008, p. 96-97) oferecem um bom exemplo para essa afirmação:

Se uma mãe não olha para o seu bebê, não se sabe qual a marca que isso lhe fará, mas é possível pensar que, tendencialmente, o diálogo pais-bebê está correndo o risco de interromper-se. Como será esse vivido, não o sabemos, mas podemos fazer um cálculo futuro, sem que isso signifique previsão.

Para Nasio (2001), o estudo de caso abrange três funções ao apresentar um fenômeno: didática, metafórica e heurística. A função didática exerce um caráter cênico, promovendo a dedução de conceitos teóricos a partir de uma

pesquisa sobre um caso clínico; tem indiscutível interesse para o ensino. A função metafórica mostra uma teoria por meio do caso clínico, isto é, a análise clínica ocorre de maneira tão enredada ao conceito, que se caracteriza como uma metáfora dele. Por fim, a função heurística sugere que o caso exceda sua função de demonstração ou de metáfora emblemática, tornando-se, em si mesmo, um gerador de conceitos.

Na presente pesquisa, os estudos de casos dizem respeito, principalmente, às funções didática e heurística. No primeiro caso, porque as situações de construção e/ou frustração de *coletivos de cuidado* dão ensejo para que, a partir delas, sejam discutidos conceitos e teorizações centrais ao processo terapêutico: *setting*, transferência, vínculo, (co)responsabilidade, etc.

Do ponto de vista heurístico, os estudos de casos foram uma escolha que possibilitou descobrir, a partir da reflexão sobre determinados processos de cuidado, marcas particulares de situações que ainda não possuem, ou possuem pouca, teorização anterior, abrindo espaço para criar e/ou reorientar certas noções no tratamento clínico.

Nesse sentido, a noção de *coletivo de cuidados* foi criada para designar os atravessamentos e as tentativas de potencializá-los nos cuidados à saúde de casos clínicos individuais, separando tal noção da de rede de cuidados em saúde, pois embora partilhem de vários princípios similares, se referem a planos e níveis de aplicação distintos, respectivamente: proposta para cada caso clínico e proposta para o escopo da saúde coletiva.

O material clínico da pesquisa caracterizou-se por dados coletados na prática clínica, de maneira que possibilitasse a investigação e a reflexão. O material não é disposto de forma direta, ele foi obtido e construído pelo

pesquisador (LÖWY, 1985) que, ao escolher e recortar singularidades do dado bruto, delimita certo objeto de investigação.

A escolha do pesquisador, portanto, não é aleatória, abrange suas convicções, valores e repertório teórico. Estamos falando, assim, de um pesquisador que está constantemente em contato com o material pesquisado, sendo tal relação considerada fundamental na construção do material clínico a ser estudado.

O primeiro caso clínico é o de uma criança do sexo masculino, que se encontrava com quatro anos de idade quando deu início à terapia fonoaudiológica em consultório particular. Aqui, analisamos o processo clínico terapêutico de um paciente com atraso de linguagem, abordando, principalmente, a relação da fonoaudióloga com os alguns profissionais da saúde envolvidos no caso: neuropediatra e psiquiatra; também é discutido a interlocução com profissionais da área da educação, em questões e demandas escolares apresentadas pelo paciente. A partir da análise dessas relações, refletimos sobre possíveis implicações que tais relações trouxeram ao processo clínico-terapêutico fonoaudiológico e para a família.

O segundo caso analisado é o de um paciente também do sexo masculino, que se encontrava com oito anos de idade quando deu início à terapia fonoaudiológica. Discutimos a maneira como as ações e relações dos profissionais da área da educação (professor e coordenador pedagógico), da saúde (fonoaudióloga) e as demandas familiares interferiram e potencializaram o *setting* fonoaudiológico, bem como a dinâmica familiar e escolar.

Embora os pacientes estivessem em atendimento durante o período de elaboração da escrita da dissertação, os materiais coletados foram selecionados

no período de agosto de 2007 à agosto de 2008. Tais materiais constituem-se na análise de registros e memórias dos atendimentos realizados, totalizando 43 registros para cada um dos casos clínicos.

Ao levarmos em conta as lembranças do terapeuta envolvidas em um processo clínico, colocamos em cena o trabalho com conteúdos (contra)transferenciais experimentados pelo terapeuta e pelo paciente no *setting*. Desta forma, o dado clínico gerado pelo par terapêutico é sempre um conjunto de representações, nem cronológicas nem lineares, necessariamente.

Os relatos dos casos, portanto, não se fixou na cronologia dos acontecimentos, mas na narrativa de aspectos marcantes das experiências em sessões de terapia, em encontros com os familiares e com outros profissionais envolvidos com os casos.

Embora o trabalho com os dados seja cumulativo, recebe tratamento interpretativo freqüente por parte do pesquisador-terapeuta, configurando uma produção discursiva sustentada cientificamente, uma vez que se torna matizada por reflexões e estudos teóricos e metodológicos do campo científico.

A análise do material foi realizada por meio da articulação entre referenciais teóricos da fonoaudiologia e da psicanálise (apresentados nos capítulos anteriores), especialmente em relação aos conceitos ou noções de *setting* terapêutico; de relação ou vínculo terapêutico; de transferência, de coletivo; de processos de cuidado ao paciente; de procedimentos e técnicas clínicas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (sob o processo n. 116/2008). Os participantes e os seus responsáveis tiveram suas identidades preservadas e foram esclarecidos de seus direitos, por meio do consentimento livre e esclarecido, cujo modelo se

encontra em anexo. Os dados obtidos e utilizados estão de acordo com a legislação bioética vigente (Res. CNS 196/96).

5.1 - Diego e as dificuldades em construir um *coletivo de cuidados*

Diego¹, que nasceu em 07/04/2003, compareceu ao consultório, pela primeira vez, em junho de 2007, juntamente com seus pais, Antônia e Guilherme.

Antônia foi quem disparou o relato sobre o motivo pelo qual procuravam atendimento fonoaudiológico. Afirmou que a necessidade fonoaudiológica do filho se relacionava ao atraso de linguagem, e que este, talvez, derivasse de autismo.

Assim que anuncia tal hipótese para o transtorno de linguagem, Antônia inicia uma narrativa relativamente inconformada e permeada por dúvidas sobre a confirmação do diagnóstico de autismo. Conta sobre diferentes médicos consultados e sobre variados exames realizados por Diego, e dos que ainda realizaria para finalizar o processo de avaliação do problemas do filho.

Ao falar da peregrinação em busca do diagnóstico, a narrativa da mãe assume um tom técnico, uma reatualização do discurso médico, por meio da qual parece se distanciar de seus próprios sentimentos, constituindo uma espécie de proteção contra a exposição e o contato mais intenso com seu sofrimento e o de sua família.

Enquanto a mãe conta essa história, Guilherme parece preocupado com o comportamento do filho, chamando constantemente a atenção do menino. Diego, por sua vez, não atende aos pedidos do pai, segue mexendo em objetos e armários do consultório. Nos momentos em que Guilherme impede fisicamente

os comportamentos de Diego; este demonstra muita irritação, reagindo e expressando com gritos seu desacordo e mal-estar. O pai quase não interfere na narrativa da mãe, se ocupa de Diego e aí talvez se proteja do contato e da exposição em face de mais um profissional de saúde em suas vidas.

Foi intrigante, em nosso primeiro encontro, a maneira pela qual a mãe falou da situação de Diego e da família, e de como o pai pareceu assentir, falando pouco e tentando conter os comportamentos angustiantes de seu filho.

Resolvemos pelo atendimento fonoaudiológico de Diego, pois os efeitos de seu quadro no desenvolvimento da linguagem e em suas possibilidades de comunicação eram relevantes, marcados por, entre outros fatores: ausência de fala; limitado contato de olho; moderada aversão ao contato com o outro; repetição compulsiva de gestos e comportamentos; organização corporal e psíquica bastante instáveis. De fato, Diego demandava cuidados em várias áreas, incluindo aí o trabalho fonoaudiológico.

Nos primeiros tempos de terapia, o discurso dos pais permanecia aderido à literalidade do discurso médico, reiterando possíveis limitações no contato e na elaboração de coisas que os afligiam e assombravam: como conviver e se relacionar com Diego? Como suportar o sofrimento causado pelo impacto e pelo estranhamento que os problemas do filho engendravam?

Diego era acompanhado por dois médicos: um psiquiatra, amigo dos pais, e um neurologista, que trabalha numa clínica interdisciplinar. Além deles, havia também profissionais da área da educação envolvidos no processo de cuidados do menino.

Era perceptível que a mãe retivera do discurso do neurologista apenas ou principalmente a preocupação em identificar as causas orgânicas dos sintomas.

Vale destacar que a busca pelo diagnóstico, como forma de efetuar concretamente a realidade de uma doença, é bastante freqüente entre os pacientes e familiares, e parece constituir uma condição necessária à metabolização do problema.

Nesse sentido, a aspiração de Antônia, além de legítima, era humanamente compreensível. A questão que chamava a atenção, portanto, não dizia respeito à ansiedade pelo diagnóstico, e sim à percepção de que essa busca servia, inconscientemente, como forma de evitar ou de adiar o enfrentamento de conflitos pessoais e familiares que a situação fomentava insidiosamente.

Os exames não apontavam, de maneira categórica, alterações que justificassem os comportamentos e o atraso no desenvolvimento da criança; o que, aliás, é relativamente comum em quadros multifacetados e complexos como o autismo. O caráter inconclusivo dos exames ensejava novas buscas diagnósticas e mantinha temporariamente em suspenso o enfrentamento da situação pelos pais. No entanto, intensificava a angústia, principalmente na mãe.

Segundo os pais, pelo lado do psiquiatra não havia dúvidas sobre o diagnóstico de autismo. A convicção estaria baseada na observação clínica dos comportamentos que o paciente tinha nas consultas. Tal profissional também era o responsável pela medicação de Diego e, portanto, o encontrava ao menos uma vez por mês.

Nos primeiros atendimentos fonoaudiológicos, Diego não entrava na sala de terapia sem o pai e/ou a mãe. Ficava bastante incomodado com as tentativas de aproximação da terapeuta, gritando para exprimir sua irritação e o insuportável da situação. O pai sempre chamava a atenção de Diego, dizendo

que ele não podia se comportar daquele jeito. Em vários momentos, pedia para Diego arrumar os brinquedos que havia espalhado no chão, além de solicitar que conversasse comigo. De início, Diego não aguentava o tempo de duração das sessões, também não aceitava os enquadres do processo terapêutico.

Nessas sessões, o pai e/ou a mãe apenas assistiam as tentativas de construção de vínculo e de tratamento de Diego pela terapeuta, pouco se implicavam com as atividades e só participavam se solicitados enfaticamente. Minhas pontuações, explicações e interpretações para Diego, bem como para os pais, não surtiram efeitos imediatos, mas criaram, aos poucos, um ambiente acolhedor; o que ficou demonstrado pela aderência ao tratamento e pelos acontecimentos que se seguiram.

Em uma das sessões, após alguns meses de trabalho, Antônia chega à sala tomada pela situação que tinha vivido com Diego no mesmo dia. Os pais levaram a criança para fazer outro exame e tiveram que lidar com a frustração de não conseguir realizá-lo. Antônia diz: “Diego estava muito agitado, foi constrangedor” (sic).

Em função do vínculo que já possuímos, considerei aquele momento adequado para pontuar mais agudamente minha leitura da situação. Disse para os pais o quanto deveria ser difícil enfrentar as situações que eles estavam vivendo com Diego: a ansiedade; a angústia que a ausência de um diagnóstico trazia; as dificuldades para cuidar do filho e a culpa de não sentir suficientemente disponível; o medo do futuro; e a vergonha da exposição e do constrangimento públicos. Disse também que talvez já fosse hora de conversarmos sobre esses sentimentos e temores.

Antônia me interrompe, se reconhece em minha fala e, sem conter o choro, começa a falar de seu cansaço, de seu esgotamento, diz que tudo que queriam fazer com Diego era difícil, que quando saem à rua as pessoas ficam olhando. Além disso, não sabem no que acreditar, nem em que se apoiar. Diante de tudo que estavam vivendo nada parecia capaz de tranquilizá-los.

O choro e o desabafo funciona como dispositivo de intensificação do enlace, faz com que nosso vínculo, a partir daí, comece a se tornar mais produtivo, pois abre ao tratamento e à relação terapêutica possibilidades de colocar em jogo desejos, conflitos e medos de Antônia e Guilherme, o que também afeta diretamente Diego, que reage positivamente à distensão e à atitude dos pais, de falarem, também com ele, sobre seus sentimentos e apreensões.

Diego começa a ter conquistas em relação à terapia fonoaudiológica: entrar sozinho nas sessões; ficar mais tempo com a terapeuta; aceitar algumas atividades e manobras corporais; manifestar intenção de comunicação e, aos poucos, modos mais consistentes e sistemáticos de se fazer entender, inclusive por meio de alguns sons articulados. Em síntese, começa a ter condições de ocupar a posição de sujeito em face do outro, alcançando melhores condições de socialização, de circulação discursiva e de uso da linguagem.

Esta rápida síntese do trabalho realizado com Diego e com sua família compõe o contexto no qual, durante todo o processo, buscou-se criar interfaces dos cuidados fonoaudiológicos com os cuidados de outros profissionais da saúde e da educação, em função do pressuposto de que, tal como mencionado no capítulo três, as escutas profissionais podem diferir e impactar também de formas diversas as famílias e os pacientes; trabalhos distintos e com finalidades

específicas podem, se bem aproveitados, potencializar um ao outro, na medida em que amplificam possibilidades de compreensão, de interpretação e de intervenção.

Dizendo de outro modo e mais especificamente, cuidados em rede poderiam ajudar os pais a enfrentarem condições, dificuldades e fantasmas pessoais e de cuidados com Diego; poderiam criar interfaces das atividades realizadas com Diego para, por exemplo, intercambiar experiências escolares que contribuíssem com o trabalho fonoaudiológico e vice-versa; discutir os comprometimentos e as formas de enfrentá-los com o neurologista e o psiquiatra por meio, entre outros, da “calibragem” da medicação e da melhor compreensão de potencialidades e limites que certos achados dos exames sugerissem; etc.

Acreditando nos benefícios que estas intersecções teriam condições de promover ao caso, contatei, um a um, todos os profissionais que trabalhavam com Diego.

O psiquiatra me recebeu e reiterou o que havia dito aos pais de Diego, ou seja, explicou seu diagnóstico e os motivos que o faziam pensar daquela maneira; falou da necessidade de certos medicamentos, inclusive para que os outros atendimentos pudessem ser realizados, na medida em que os medicamentos ajudavam a estabilizar o comportamento de Diego. Porém, não demonstrou abertura, nem viu necessidade para discutir o caso com alguma periodicidade, colocando em análise elementos percebidos em suas consultas mensais, bem como aqueles que apreendia em meus contatos semanais com o paciente.

O neurologista de Diego sequer atendeu ou retornou minhas ligações, sua secretaria me informou, várias vezes, que estava ocupado ou fora da clínica, e que ela passaria o recado para que entrasse em contato comigo.

Por fim, tentei estabelecer uma parceria com a escola de Diego, buscando aprender com eles modos de relacionamento e de trabalho com Diego, que fossem úteis ao trabalho fonoaudiológico, assim como me disponibilizando a pensar e construir intervenções, em terapia e/ou na escola, que facilitassem e promovessem o desenvolvimento do paciente também em âmbito escolar.

No derradeiro contato com a escola, e já me sentindo um pouco invasiva, a diretora afirma que *“estava acolhendo Diego na instituição porque ela e os demais profissionais sentiam um amor muito grande pela criança(...), e que eles não conseguiam desenvolver nenhum trabalho com a criança, em função da ausência de profissionais qualificados para lidar com esse tipo de aluno”* (sic).

Diante dessa situação, as questões escolares que circulavam na terapia fonoaudiológica eram sempre trazidas pelos pais dos pacientes.

De início, Antônia e Guilherme demonstravam estar satisfeitos com o trabalho que a escola realizava. Segundo eles, os educadores *“não tinham nenhum preparo para lidar com crianças especiais”*, mas *“tinham disponibilidade de estar com a criança”* (sic). A mãe conta que seu filho era querida pelos educadores, principalmente pelos fundadores e diretor da escola, e que, por esse motivo, confiava seu filho àquela instituição.

Durante o processo terapêutico, pude perceber que na medida em que as respostas de Diego para o trabalho fonoaudiológico se intensificavam e ganhavam consistência, Antônia e Guilherme começaram a vislumbrar novas e

diferentes possibilidades para seu filho, despertando, assim, apostas e esperanças em relação ao desenvolvimento de Diego. Tais possibilidades passaram também a habitar o desejo e reconhecimento dos pais de Diego, ajudando a transformar as condições de possibilidade de Diego em se constituir como sujeito.

O olhar dos pais se deslocou, mudaram as preocupações, as dúvidas, as angústias. Em boa medida, elas começavam a se voltar às questões de aprendizagem. Antônia e Guilherme começaram a apresentar questionamentos em relação à escola, sobretudo no que se referia ao desenvolvimento pedagógico de Diego.

Segundo Antônia e Guilherme, a escola não passava as tarefas para Diego realizar, além de não fazer nenhum esforço para manter a criança na sala de aula e para que ela interagisse com seus colegas. Afirmam que Diego ficava correndo pela escola e, “nos momentos em que ele faz alguma cena mais forte”, como se jogar no chão quando contrariado, os profissionais simplesmente cedem às vontades de criança.

A posição dos pais mudou radicalmente, agora reconhecem no filho capacidades e qualidades antes inimagináveis, ou seja, concedem a ele um lugar simbólico qualificado, o assumem com sujeito, a despeito de suas limitações e dificuldades. Nessa condição, uma escola que apenas “gosta da criança” e aceita ficar algumas horas por dia com ela não é suficiente.

Antônia passa a cobrar a escola sobre as tarefas de inclusão de Diego nas rotinas escolares. Nesse contexto, outros questionamentos começam a ganhar espaço: que tipo de escola Diego precisava freqüentar? Quais as reais

necessidades de aprendizagem de Diego? O que seria melhor para o desenvolvimento da criança?

Durante o período em que os pais de Diego trabalhavam essas questões em nossos encontros, os pais visitam algumas escolas especiais, querem encontrar escolas que apostem nas possibilidades de seu filho e que apoiem os avanços que ele conquistou em termos de comunicação e de linguagem oral.

Nesse movimento, também mencionam o fato de que gostariam de discutir com os médicos de Diego sobre outras bases, isto é, não mais pensando apenas nas limitações impostas pelo autismo, mas a partir daquilo que Diego se mostra capaz de fazer.

O *coletivo de cuidados* que procurei constituir, a partir do trabalho fonoaudiológico, com os outros profissionais que cuidam de Diego, em âmbito escolar e médico, até aqui não foi bem sucedido. As razões do insucesso podem ser várias, por exemplo: talvez não tenha sido hábil para sensibilizar e/ou implicar os outros profissionais com a proposta que lhes fazia; talvez a condição profissional, ainda muito centrada no isolamento das especialidades ou em relações protocolares entre elas, limite a efetividade desse tipo de iniciativa e mantenha a predominância de intervenções unidisciplinares, em detrimento de uma desejável interdisciplinaridade profissional (como argumentado no capítulo 3); talvez o impacto de quadros considerados difíceis, como é o caso do autismo, gere insegurança e, às vezes, posições defensivas no diálogo entre os profissionais.

No entanto e curiosamente, o vínculo com Diego e com seus pais, a transferência que se estabeleceu no *setting* fonoaudiológico, parece ter

implicado a família com a busca de sustentação, de criação de um coletivo que fomenta os cuidados de que Diego necessita.

As mudanças nas posições dos pais, acolhendo Diego como filho e qualificando-o como sujeito, dissipam a figura de um estranho portador de doença perturbadora atribuída inconscientemente a Diego, e começam a alimentar o desejo de que a educação e os cuidados médicos do filho também se organizem em outras bases, isto é, a partir de uma maior disponibilidade para o diálogo e para o trabalho conjunto. Se for assim, talvez o *coletivo de cuidados* de Diego esteja germinando, ganhando potência para se tornar realidade.

5.2 - PEDRO E SEU COLETIVO DE CUIDADOS

Pedro, que nasceu em 11/11/2001, chega à clínica em 17/05/2007, com suspeita de dislexia. Inicialmente, os pais falam sobre o sintoma do filho e atribuem à escola a culpa pela dificuldade de ler e escrever da criança.

O discurso dos pais não parece afetado pelos sentimentos e preocupações de ambos, soa como um discurso “sobre”, uma racionalização, como se estivessem falando de algo abstrato, distante deles, em relação ao qual pudessem manter certa distância.

Contam que, além da avaliação fonoaudiológica, o paciente passou por avaliações psicopedagógica e médica, inclusive com mapeamento do funcionamento cerebral. Tais avaliações, segundo os pais, não apresentaram nenhuma alteração que justificasse as dificuldades que a criança tinha para ler e escrever. Falam que foi levantada, pelo médico, a hipótese de dislexia, mas que esta também não foi confirmada.

O pai demonstrava ansiedade em relação a melhora do filho, mas admitia dificuldades para acolher Pedro nas situações de angústia, como, por exemplo, na hora de fazer as lições de casa.

Segundo Felipe (o pai) era muito sofrido entrar em contato com os problemas do filho. Tal condição parecia indicar um conflito entre as expectativas sobre Felipe e a realidade do desempenho escolar do menino. O pai é jornalista e sempre gostou de escrever, “como seu filho foi apresentar problemas justamente com a leitura e a escrita?” (sic) Felipe não conseguia entender porque Pedro não realizava as tarefas escolares mesmo que ensinasse o filho a fazê-las.

Nos atendimentos fonoaudiológicos, Pedro falava sobre sua inabilidade para ler e escrever, resistindo às atividades nas quais a linguagem escrita estivesse presente. Ele dizia não entender os textos que a professora passava na lousa, e se via como alguém “muito lento”: “quando eu tento copiar, a professora já está apagando a lousa” (sic).

Os pais solicitavam que eu fosse à escola avaliar a efetividade do trabalho realizado pelos educadores. Logo nos primeiros encontros com Pedro e com seus pais dissera que faria contatos com a escola, mas que não era meu papel julgá-la, e sim compreender possíveis dificuldades de sinergia entre Pedro e as propostas e metodologias escolares. Além disso, expliquei que, quando necessário, procurava as escolas de meus pacientes na tentativa de construir articulações entre o trabalho fonoaudiológico e o escolar, no sentido de enriquecê-los mutuamente, pela troca de informações e de interpretações, bem como pela criação de estratégias de escuta, de acompanhamento e de ações colaborativas em face de questões que incidissem simultaneamente no processo fonoaudiológico e no escolar dos pacientes. Aliás, como era o caso dos transtornos relacionados à leitura e escrita.

No primeiro contato com a escola, fui recebida pela coordenadora pedagógica, Rosângela, e pela professora de Pedro, Rita. Professora e coordenadora pedagógica falam sobre como viam Pedro e sua escolaridade, também relatam suas intervenções com a família da criança. Era apurada a acuidade de ambas sobre Pedro e seus pais. Havia escuta à dinâmica pessoal e familiar do aluno, e consideração pelos sentimentos, valores e questões de Pedro e de sua família.

As educadoras conseguiam ver a dimensão das dificuldades de Pedro, e isso mostrava que o encaminhamento que fizeram à fonoaudiologia não possuía conotação de, digamos assim, medicalização do problema escolar do menino e/ou de ausência de compromisso com o caso, repassando a responsabilidade do enfrentamento das dificuldades de leitura e escrita a um especialista da área da saúde; fato que ainda é comum na lógica de muitos encaminhamentos da escola aos serviços de saúde.

Em síntese, o pedido de um fonoaudiólogo, por parte da escola, estava ligado a busca de ajuda para viabilizar a escolaridade de Pedro, bem como parecia significar uma abertura a interdisciplinaridade, o que possibilita práticas, de fato, mais integrais, conforme discutido na revisão teórica (capítulo 3).

Tal disponibilidade da escola favoreceu a criação de uma parceria. Aos poucos delineou-se uma reflexão conjunta, um processo integrado de cuidados, que facilitou a tomada de decisões necessárias ao tratamento fonoaudiológico e à vida escolar de Pedro. Em outras palavras, pactuamos um trabalho em rede, no qual trocaríamos informações e promoveríamos situações que enriquecessem nossas ações, proporcionando melhor qualidade do processo terapêutico e escolar do menino, diminuindo também a distância ou o isolamento entre as intervenções profissionais envolvidas no caso.

Rosângela e Rita sempre demonstraram disponibilidade às questões afetivas que circulavam nas relações entre os membros da família, na escola e no processo terapêutico fonoaudiológico. No entanto, Luciana e Felipe não conseguiam se sentir contemplados pelos movimentos da escola, demoraram para problematizar a lógica que usavam: definir uma única instância como culpada pelo transtorno do filho.

Nas várias conversas com os pais, pontuei a necessidade de se implicarem e se co-responsabilizarem com o processo, não atribuindo apenas à escola o mal desempenho de Pedro. Nesse sentido, uma das estratégias do projeto terapêutico era a de envolver a família com os cuidados coletivos que estavam se criando. Refletimos com os pais as questões relacionadas ao processo de escolarização de seu filho, bem como nossa oferta de suporte ao sofrimento que estas dificuldades representavam ou indiciavam para eles.

Em 2008, Pedro passou para a 3ª série do ensino fundamental e mudou de professora. Nas primeiras conversas com Joana, a nova professora, foi possível perceber que esta não possuía a mesma disponibilidade para lidar com o caso de Pedro. Em vários momentos, a educadora não incluía o aluno nas atividades em sala de aula, e não tratava Pedro como aos demais alunos.

A nova professora só conseguia falar da angústia que sentia na sala de aula, o que não a deixava assumir o trabalho proposto. Ela se queixava da quantidade de estudantes em sala de aula, da presença de mais um aluno “especial” e da falta de formação para trabalhar com esse perfil de aluno.

A partir daí, nossa parceria, pelo lado da escola, ficou mais concentrada na figura da coordenadora pedagógica. Mesmo reconhecendo as dificuldades da professora, em conversas com os pais e com Pedro, chegamos à conclusão de que ele ficaria nessa sala de aula, pois nem sempre poderemos enfrentar dificuldades sob condições francamente favoráveis. Além disso, o *coletivo de cuidados*, que estávamos conseguindo efetivar, deveria ser suporte minimamente suficiente.

A fonoaudióloga, a coordenadora pedagógica, Pedro e, aos poucos, também seus pais, seguiram com o trabalho em rede, ajudando a sustentar

deslocamentos e novas possibilidades de elaboração, por parte de Pedro, em relação aos seus sintomas de linguagem.

Essa malha de sustentação abriu caminhos para que Pedro continuasse enfrentando suas dificuldades em sala de aula, mesmo com a presença de uma professora menos acolhedora e participativa no trabalho que vínhamos desenvolvendo.

No processo terapêutico, buscamos enfatizar as potencialidades de Pedro, por meio da apropriação de usos e sentidos sociais da escrita. O paciente se permitiu, por exemplo, fazer uso da escrita para estabelecer contatos com seus amigos em sites de relacionamento (Orkut e Messenger), começando a assumir uma posição de escritor/leitor.

Nesse período, Felipe parecia estar menos ansioso e demonstrava compreender e concordar com que estávamos fazendo. O pai passou a depositar confiança no filho, apostando em sua capacidade para enfrentar o processo de escolarização. Se antes Felipe sofria e não conseguia falar de seus sentimentos, frustrações e percepções com Pedro, atualmente se expõe e enfrenta essa dinâmica com o filho. Aposta em sua capacidade de enfrentar as angústias, o que lhe permite apoiar e compreender melhor o filho.

Por sua vez e apesar dos avanços, Luciana ainda duvidava dos progressos da criança, demonstrando uma enorme dificuldade em apostar nas novas condições de Pedro. A mãe desconfiava das potencialidades do filho, mas passa a admitir que suas dúvidas têm a ver com sua própria insegurança.

Ao falar de si, a mãe entra no *coletivo de cuidados* que estava em curso, se implica nas questões de Pedro ao reconhecer as suas. A partir dessas

conversas, Luciana nota sua condição depressiva e decide buscar ajuda psicológica.

Pedro, sustentado em seu movimento, começa a se posicionar diferentemente e surpreende a professora. Ela refere que o aluno arrisca-se mais em várias situações de sala de aula, por exemplo, pedindo para ler quando outro aluno era convocado para realizar essa atividade em voz alta.

A construção desse *coletivo de cuidados*, como uma rede de conversação, ou seja, como espaço de diálogo; de escuta; de circulação de afetos e de idéias; de possibilidades de se expor e de ser acolhido; de requalificar vínculos na escola e na família; de cuidar das relações e de ser cuidado pelo outro, organizou uma sustentação que fortaleceu a escola, a terapia fonoaudiológica, a família e, principalmente, Pedro, que não mais se fecha em face das atividades escolares com leitura e escrita, mesmo quando elas ainda explicitam certas dificuldades.

Por fim, vale dizer que não caberia aqui entrar em detalhes sobre a hipótese diagnóstica de dislexia, até porque trata-se de um quadro cuja definição é polêmica e o diagnóstico difícil. Em todo caso, mesmo que se admitisse essa hipótese, o tratamento dispensado a Pedro se mostrou capaz de mitigar satisfatoriamente os sintomas, uma vez que a dislexia, a rigor, não possuiria cura, apenas possibilidades de atenuação significativa de seus efeitos na leitura e na escrita.

CAPÍTULO 6 – Discussão dos casos e conclusões provisoriamente finais

Os casos que acabaram de ser sinteticamente apresentados apontam duas trajetórias relativamente opostas de tentativa e/ou de efetuação daquilo que estamos chamando de *coletivo de cuidados*. A intenção, a partir de agora, é discutir, principalmente, os aspectos clínicos envolvidos em tais processos, bem como pensar potencialidades e limites dos atravessamentos ou redes de fatores heterogêneos que podem constituir um coletivo capaz de cuidar de problemas de saúde, em variadas dimensões e, na situação específica, no âmbito das alterações fonoaudiológicas.

No caso de Diego, as tentativas de constituir um *coletivo de cuidados* não surtiram os efeitos desejados, ou seja, não foram capazes de produzir, pelo menos em princípio, uma rede que fomentasse os cuidados ao paciente. No caso de Pedro, cria-se uma trama vincular que, ao ampliar a confiança entre a fonoaudiologia, a escola, a família e o paciente, favorece a escuta e a elaboração por parte desses atores, enriquecendo e diversificando a oferta de cuidados e o manejo das questões relacionais, de linguagem e de aprendizagem da criança.

Vale lembrar que a noção que criamos com a expressão *coletivo de cuidados*, para além de articulações e contatos entre pessoas (fonoaudióloga, paciente, pais, médicos, educadores, etc.), concerne a conjunção de fatores e dimensões heterogêneas nos processos.

Colocar em jogo e em análise estas dimensões e fatores no trabalho fonoaudiológico, ao mesmo tempo, pluraliza e capilariza a ação do

fonoaudiólogo, permitindo que este entre em contato com a história de vida, com os problemas concretos (familiares, escolares, etc.) e com os sentidos e formas de lidar com esses universos pelos pacientes e por seus familiares.

Abrir a escuta e estabelecer relações com essas e outras instâncias não impede nem desestrutura o *setting* fonoaudiológico, uma vez que este pode ser preservado como espaço/tempo singular às questões do paciente, tanto as que emergem na relação terapêutica, quanto as que vêm à tona a partir da rede que se tece num *coletivo de cuidados*.

A preservação do *setting* entre paciente e terapeuta, no entanto, não impede que uma dinâmica vincular e transferencial se estabeleça entre pais, paciente e profissional (ou profissionais), de modo a, eventualmente, constituir uma espécie de segundo *setting*, complementar ao primeiro, mas que com este não se confunde.

Dito de outro modo, o *coletivo de cuidados*, às vezes, gerará grupalidades com potencial e funções terapêuticas próprias, cujos efeitos não se operem apenas ou principalmente para o paciente. Todavia, um *coletivo de cuidados* não precisa se constituir desse modo para funcionar como rede de suporte e de ampliação das possibilidades de cuidar. Aliás, nos casos analisados, tal fenômeno, de fato, não ocorreu. Embora o vínculo com as famílias de Diego e Pedro tenham gerado efeitos de deslocamento subjetivo nos pais, alterando o modo como vêem e lidam com seus filhos; tal efeito terapêutico não significou autonomização do trabalho realizado com eles (numa espécie de segundo *setting*) em relação à terapia de seus filhos, ou seja, o *setting* entre terapeuta e paciente pautou e definiu a relação com os pais o tempo todo.

Na verdade, se este outro *setting* for gerado, será necessário pensar seus desdobramentos e relações com o(s) setting(s) que o paciente mantém com o(s) profissional(is) de saúde. Ou seja, tal configuração merecerá manejo específico, que não teríamos condições de desdobrar no escopo dessa pesquisa, uma vez que, para tanto, outros estudos seriam necessários.

A intenção aqui foi apontar a existência de cuidados diversos, que se influenciam e que, de algum modo, interferem uns nos outros, podendo ser mais bem aproveitados, por meio da abertura da escuta, da conversação e de disponibilidades diversas: de diálogo inter e transdisciplinar com outros profissionais; de acolhimento à participação e à apropriação dos processos de cuidado pelo paciente e por seus familiares, no caso de crianças e de pacientes que estejam impossibilitados de responderem por si.

Por outro lado, também apontamos para o fato de que se disseminam e se fortalecem tendências de trabalho inter e transdisciplinar, bem como de acolhimento e participação dos usuários da saúde em seus próprios cuidados, o que exige, da área da saúde, incluindo aí a fonoaudiologia, tomada de posição e produção de conhecimentos, para esposar tais movimentos, no sentido de fazer com que avancem e ampliem as possibilidades de trabalho e de reflexão clínica, tal como sugerem ações e políticas públicas de saúde, algumas das quais já referidas anteriormente.

Ainda nessa direção e naturalmente, as questões a serem tratadas e os modos de fazê-lo num *coletivo de cuidados* precisam ser negociados com o paciente, bem como os efeitos desses atravessamentos (escola, família, atendimentos de saúde, etc.) devem ser discutidos e elaborados em terapia.

Significa dizer que o paciente é protagonista do processo, e que a escuta do terapeuta, às condições de enfrentamento das questões pelo paciente, se oferece como dispositivo que media e ajuda a calibrar o ritmo e a intensidade dos contatos e das interlocuções com as outras instâncias de cuidado (família, escola, etc.).

Todavia, a idéia de *coletivo de cuidados* e as tendências, concepções e posições clínicas das quais ele deriva, ainda não é, necessariamente, o mais freqüente nos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais dessa área. Muitas vezes, o que vivenciamos na prática clínica, seja esta realizada em equipamentos públicos de saúde ou em consultório particular, é a reiteração de uma lógica ainda bastante comum: a responsabilidade de cada profissional estaria restrita ao plano de sua intervenção técnica específica. Já mencionamos anteriormente que a cultura de especialidades isoladas ou fechadas sobre si mesmas, acaba favorecendo a fragmentação dos cuidados aos pacientes e, por conseqüência, dificulta que os cuidados se componham coletivamente.

Quando é assim, ocorre limitação ou mesmo impossibilidade de coresponsabilidade com os casos: os profissionais encaminham seus clientes para outro serviço e/ou outra especialidade não se comprometendo em articular suas ações com intervenções simultâneas e/ou subseqüentes, portanto de maneira mais integralizada. Esta prática segmenta e fragmenta a responsabilidade pelos pacientes.

No caso de Diego, não conseguimos estabelecer um trabalho em rede com os outros profissionais envolvidos, o que impediu interações inter e transdisciplinares. Em nossa fundamentação teórica, assumimos a clínica enquanto uma ética de cuidados à saúde e não apenas como um conjunto de

saberes técnicos desta ou daquela disciplina (medicina, psicologia, fonoaudiologia, etc.), o que implicaria, necessariamente, o estabelecimento de práticas inter e transdisciplinares, isto é, práticas assentadas sobretudo na interação entre sujeitos e não apenas entre saberes apriorísticos e formais de determinados campos do conhecimento (SEVERO e SEMINOTTI, s/d).

Se for assim, a clínica exigiria relações mais horizontais de poder entre os diversos saberes e profissionais envolvidos, o que não foi possível conseguir no caso de Diego, ao menos até aqui. Na verdade, para que esse tipo de trabalho aconteça é necessário uma rede de serviços e/ou profissionais que funcione como um sistema aberto, capaz de agenciar práticas, criando e requalificando saberes, técnicas e modos de relacionamento entre profissionais e destes com os pacientes e seus familiares.

Na visão de Souza (1999, p.7), o agenciamento de práticas e conhecimentos também devem se dar na fonoaudiologia. Diz ele:

no “entre-conhecimentos” residem (...) as condições de criação de um saber singular e arejado, porém multiplamente agenciado pelas áreas que lhe são próximas, numa processualidade matizada indistintamente pelos conhecimentos que estão dentro e fora da fonoaudiologia.

Na terapia de Diego, as situações vividas com os outros profissionais da área da saúde e da educação foram trazidas e pensadas nos diferentes encontros com os pais. Tais interlocuções, sem dúvida, ajudaram na constituição do *setting* terapêutico de Diego.

Nesse sentido, as situações, sentimentos e valores pouco a pouco explicitados por Guilherme e Antônia (pais de Diego) serviram à compreensão do universo relacional e discursivo do menino, fazendo emergir efeitos e posições tanto do paciente quanto dos pais. Se no início dessa terapia, por meio da adesão ao discurso técnico dos médicos e ao discurso “caritativo” da escola, os pais demonstravam resistência em entrar em contato com o sofrimento que a doença e o comportamento do filho lhes causava, com o passar do tempo (aproximadamente seis meses de terapia) puderam iniciar um processo de abertura e, por meio dela, de contato com a ambigüidade de sentimentos e posições em relação a Diego.

A ambigüidade que Guilherme e Antônia expressavam podiam ser notadas nas reações de amor ao filho e ódio em relação à situações constrangedoras derivadas dos comportamentos sociais do menino; culpa pela rejeição das condições do filho e, ao mesmo tempo, justificção moral diante do estranhamento que o autismo gerava neles; simultaneamente desejo e negação de saber o diagnóstico de Diego; etc.

O *setting* fonoaudiológico do menino criou um espaço de acolhimento e de elaboração do sofrimento dos pais, em função do trânsito afetivo que ali se desencadeou. Isto potencializou mudanças nos modos pelos quais significavam seu filho e, por meio dele, a si mesmos.

Embora, no caso de Diego, não tenha vingado a construção de um *coletivo de cuidados*, a implicação dos pais com o tratamento fonoaudiológico e com o processo de busca por interlocuções inter-profissionais que ali se operava, contaminou os pais e abriu perspectivas à continuidade do trabalho fonoaudiológico, com tendências à capilarização em possíveis novas parcerias:

talvez outra escola e, com certeza, novos modos do paciente e seus pais estabelecerem relações com os profissionais da saúde e da educação.

Por outro lado, as ações pactuadas com Pedro, seus pais e educadores possibilitaram a construção de um projeto terapêutico, de fato, mais integral e integrado, gerador de trocas de conhecimentos; de diálogos; bem como de reorientações de condutas.

Para que a construção de um *coletivo de cuidados* se formasse em torno de Pedro, foi preciso tecer relações entre os profissionais e destes com o paciente e seus familiares, pautadas na confiança mútua e na análise franca de possibilidades e limites da família, da escola e também do *setting* fonoaudiológico.

Em sentido abrangente, pode-se dizer que estamos falando de

uma construção de interações progressivamente mais inclusivas e ricas do campo da saúde; interações nas quais o horizonte normativo da normalidade morfofuncional seja ampliado à escala de uma felicidade existencial mais abrangente. Interações nas quais o conhecimento dos fatos que interessam à nossa saúde não se restrinja à positividade construída pelas ciências biomédicas. (AYRES, 2005, p. 559)

Tal idéia coloca em cena o valor das experiências, das interações concretas, que se operam nos tratamentos à saúde e em seus desdobramentos sociais e familiares. Tais interações, constantemente, não dependem de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional, mas da construção de condições (objetivas e subjetivas) de enfrentamento dos agravos à saúde em suas várias latitudes. É busca por tais condições, nascidas

das experiências concretas, dos valores e das aspirações (pessoais e sociais), que também precisam habitar os processos de cuidados em saúde.

O *coletivo de cuidados* de Pedro representa, nesse sentido, uma espécie de microcosmo em face de uma tendência que, conforme mencionado, busca se afirmar no sistema e nas práticas de saúde brasileiras. Esta tendência, entre outros espaços, se expressa nas propostas de humanização em saúde. Segundo Souza e Mendes (2009, p. 9-10), é preciso pensar a humanização de modo que ela não fique

restrita à polidez “politicamente correta” e à suposta completude que, às vezes, é atribuída ao conjunto: competência técnica e suficiência de recursos humanos, materiais e tecnológicos. Tratar-se-ia, então, de refletir e de agir sobre modos de pertencer e de circular no plano institucional, nas relações inter-profissionais e com os usuários, examinando a pertinência e a atualidade de nossos saberes, de nossas atitudes, de nossas formas de “ser-em-grupo”, e de “fazer com o outro” (não pelo outro), produzindo alternativas (individuais e coletivas) para posições e ações. (...) Compreender o trabalho em saúde como, fundamentalmente, trabalho afetivo, de produção de afetos e de modos de afetar e ser afetado pelo outro na criação de redes sociais, de formas de vida (biopoder), de novas subjetividades e sociabilidades.

No caso de Pedro, o *coletivo de cuidados* pôde ser elaborado e estruturado a partir do *setting* fonoaudiológico. Isto é, o enquadre e a transferência que fazem o plano simbólico do *setting* terapêutico, tal como definido no segundo capítulo (p.16), possibilitaram articulações com os

diferentes atores envolvidos, sem que a confiança e o sentido nuclear deste plano simbólico fossem abalados.

Ao contrário, a lógica e o campo de jogo construído *no e como setting* criaram as condições de possibilidade ao engendramento de um *coletivo de cuidados*. Ao compartilhar desejos e saberes com diferentes atores, formou-se uma rede que instigou deslocamentos: mudanças na posição dos pais e modificações na relação que Pedro mantinha com a leitura e a escrita.

Tal rede vincular fez circular afetos e mobilizou cada um de seus atores, transformando modos de compreender e de escutar a si e ao outro, bem como de desenhar e assumir papéis nas relações intersubjetivas, e naquelas que se estabelecem com os objetos de conhecimento, no caso, a leitura e a escrita.

Em síntese, a noção de *coletivo de cuidados* não pode prescindir da circulação discursiva e da intensificação do diálogo entre os envolvidos, de modo a fomentar “*interações nas quais o sentido monológico (...) seja substituído por um aproveitamento dialógico de seus conteúdos nas interações entre os profissionais e serviços, de um lado, e usuários e comunidades, de outro*”. (AYRES, 2005, p.559)

É por meio desse acolhimento-diálogo que se decidem os caminhos de cada paciente no processo de cuidados, o que possibilita, por sua vez, a criação de projetos conjuntos de intervenção. No caso de Pedro, o que tentamos estabelecer em nossa parceria foi a criação de um coletivo capaz de sustentar e proteger os movimentos do paciente e de seus pais, bem como as diferentes abordagens e perspectivas dos profissionais.

Ao se estruturar trabalhos em rede, reitera-se a convicção de que é fundamental o reconhecimento do outro, bem como o reconhecimento de cada

um como insuficiente. Além disso, evidencia-se o fato de que o sentido de uma situação é fabricado pelos sujeitos e pelos saberes que ali estiverem em jogo.

Quando nos envolvemos com a produção de cuidados em saúde, somos capturados, irremediavelmente, pela complexidade das relações entre os sujeitos: pacientes, profissionais, familiares, entre outros.

Nesse sentido, a constituição de *coletivos de cuidado* não é um processo garantido; não há garantia de que ele se efetive, mas a potência que demonstra quando se efetiva parece justificar o empenho pela construção dessas redes vinculares de trabalho.

Naturalmente, os *coletivos de cuidado* devem se inaugurar e se ancorar numa relação terapeuta/paciente forte, sustentada por um vínculo transferencial consistente, a partir do qual o paciente atualiza suas representações, suas angústias e sensações, das mais arcaicas às mais atuais, criando condições para elaborar e organizar diferentes tipos de cuidados, que se transvasem em âmbito coletivo.

Do contrário, se o trabalho de elaboração se dispersar pelas instâncias de cuidado, as chances de aumentar a potência e os efeitos produtivos do coletivo no processo de tratamento, eventualmente, correrão risco de fragmentação, gerando dificuldades de elaboração por parte dos pacientes e de seus familiares.

Para Pedro e Diego, a relação terapêutica de base foi a fonoaudiológica, mas poderia ter sido outra, pois o fundamental não parece ser a relação que ocupe tal posição, mas a existência de um *setting*, eleito pelo paciente e no qual, de modo mais intenso, ele usufrua da liberdade simbólica de pensar e manejar com os acontecimentos implicados em seu tratamento.

Sendo assim, as relações instituintes do *coletivo de cuidados* precisam manter a escuta aberta também a este aspecto, concedendo à relação terapêutica de maior peso transferencial a função de mediadora do processo, de modo que, a partir dela, o paciente se aproprie e protagonize seu processo de cuidados.

Por fim, é relevante destacar que a construção de *coletivos de cuidado* sugere que as áreas de conhecimento (especialmente aquelas envolvidas com as disciplinas clínicas) andem na beira, isto é, sejam fronteiriças a todo saber e a toda prática que lhes possibilite ampliar suas condições de atuação e de produção de novos conhecimentos (SEVERO E SEMINOTTI, s/d)

A partir da relação com outras áreas, pode-se cartografar diferenças e arquitetar, conceitual e praticamente, intervenções singulares em face das demandas de saúde. Foi isso que quisemos dizer, mostrando que as questões existentes nas relações terapêuticas ultrapassam seu campo exclusivo, extrapolando a relação entre terapeuta e paciente, ou melhor, disponibilizando-a para que nela possam circular todos os outros que estiverem presentes no processo de cuidados ao paciente. Daí

a importância em pluralizar as interlocuções, empreendendo um movimento de construção coletiva de estudo e interpretação dos casos, lançando mão, para isso, de um diálogo transdisciplinar permanente, interno à fonoaudiologia e com outras áreas de conhecimento, interpelando-as sobre as problemáticas que vêm à tona nos processos clínicos fonoaudiológicos. (SOUZA, 1999, p.8)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, D. D. **O brincar: Estratégia Pedagógica ou Técnica Terapêutica Fonoaudiológica.** 2001. 40 p. Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Distúrbios da Comunicação) – COGEAE, PUC -SP, São Paulo.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface.- Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.8, n.14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 16-29, set. 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 549-560, 2005.

AZEVEDO, M. C. **Reflexões sobre o processo clínico-terapêutico fonoaudiológico em distúrbios miofuncionais: um estudo de caso.** 2003. 55 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PUC-SP, São Paulo.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta: o que é importante para o sucesso profissional.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface.- Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.9, n.17, p. 235-248, mar./ago. 2005.

CUNHA, M. C. Desesquecimento: sobre a escolha do material clínico na pesquisa fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.12, n.1, p. 91-99, dez. 2003.

_____. O *setting* fonoaudiológico: a que será (e não será) que se destina? **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.13, n.2, p. 323-333, jun. 2002.

_____. **Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2004.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FIGUEREDO, L. C.; COELHO JÚNIOR, N. **Ética e Técnica em Psicanálise**. São Paulo: Ed. Escuta, 2000.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Completas**, Rio de Janeiro: Imago, 1905, v.7, p.128-189.

GILLIÉRON, E. **Introdução às Psicoterapias Breves**, São Paulo: Martins Fontes, 1993.

IETO, V. **Demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: era uma vez a queixa....** 2005. 70 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PUC-SP, São Paulo.

KUPFER, M. C. M. e VOLTOLINI, R. In: Lerner, R e Kupfer, MCM. (org.)

Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

LEMBI, P. M. T. R. **O Setting na Clínica Fonoaudiológica:** Um Estudo Através de Discursos de Fonoaudiólogos. 2000. 98 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PUC-SP, São Paulo.

LOPES, P. C. **Pragmática do desejo:** aproximações a uma teoria da clínica em Félix Guattari e Gilles Deleuze. 1996. 159 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), São Paulo.

LÖWY, M. **Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista.** São Paulo: Cortez, 1985.

MACHADO, F. P. **Setting:** um texto para a Fonoaudiologia. 2001. 27 p. Monografia de conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia) – PUC-SP, São Paulo.

MAGALHAES, L. A. **O atendimento fonoaudiológico nas disfagias:** do corpo-objeto ao corpo dos afetos. 2007. 83 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - PUC-SP, São Paulo.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. V. **O setting:** estudo de caso de atendimento fonoaudiológico domiciliar. 2000. 78 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) –PUC –SP, São Paulo

MENDES, V. L. F. **Uma clínica no coletivo:** experimentações no Programa de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NASIO, J. D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. Que é um caso. In: Nasio, J. D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Um psicanalista no divã**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PALLADINO, R. R. R. O jogo na atividade fonoaudiológica, texto inédito. **Palestra no Congresso Internacional de Fonoaudiologia**, São Paulo, 1999.

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A. P.; CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. **Psicanálise e Universidade**. São Paulo, n.21, p. 95-108, set. 2004.

RAMOS, P. de O. **Os sentidos da entrevista inicial na clínica fonoaudiológica**. 1998. 76 p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PUC-SP, São Paulo.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Trad. Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Ed. Da Unesp-Abrasco, 1994.

RUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. **Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva**. Rio Grande do Sul, Disponível em:

<www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/file.php/1/...II.../Artigo_Silviani_Botlender_Severo_e_Nedio_Seminotti.doc>. Acesso em: 20 de novembro de 2008.

SOUZA, L. A. P. Linguagem e Corpo. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Ed. Roca, 2004.

_____. Objetividade, subjetividade e um caminho pelo meio. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, v.12, n.1, p. 11-19, jun. 2002.

_____. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. Versão Inédita, 1999.

SOUZA, L. A. de P. e MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na PNH.. **Interface.- Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, (no prelo)

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R e Mattos RA (org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro; p.89-111, 2003.

_____. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n.3, p. 585-597, jul./set. 2005.

_____. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface.- Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.9, n.17, p. 219-234, mar./ago. 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido à Instituição

Data:

Instituição:

Nome do Participante:

Venho solicitar autorização para realização da pesquisa “*Coletivo de Cuidados* e o *setting* terapêutico na clínica fonoaudiológica”, em que serão utilizados os registros escritos dos atendimentos fonoaudiológicos de 01 paciente atendido por esta instituição, registros esses feitos por mim (Flávia Cardoso, fonoaudióloga).

O objetivo da pesquisa é o de construir e sistematizar parâmetros conceituais e técnicos de manejo fonoaudiológico em face das relações com familiares; e de ações e encaminhamentos escolares e/ou de áreas clínicas, que se criam em torno dos atendimentos fonoaudiológicos, bem como refletir sobre seus efeitos na construção do processo terapêutico fonoaudiológico.

O paciente será devidamente informado sobre sua participação na pesquisa pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual será assinado pelo pesquisador, orientador e pelo paciente ou responsável.

Todas as pessoas, pesquisadores ou colaboradores, se comprometem com a manutenção da privacidade e com a confidencialidade na manipulação dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Os dados obtidos somente serão utilizados para o projeto ao qual se vinculam, que será submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa e Ética do Programa de Estudos Pós Graduated em Fonoaudiologia da PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo). Temos ciência de que todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, que deverá ser submetido novamente à apreciação da Comissão de Pesquisa e Ética.

pesquisador responsável: Flávia Cardoso

orientador : Luiz Augusto de Paula Souza

Declaro que obtive de forma apropriada o esclarecimento sobre a utilização de pacientes desta instituição para a participação neste estudo e autorizo a utilização dos referidos dados para a realização da pesquisa.

Assinatura do diretor responsável pela Instituição

Data

___/___/___

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Participante

Pesquisadora principal: Flávia Cardoso

Instituição : PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Programa de Estudos Pós Graduated em Fonoaudiologia

Rua Monte Alegre, 984 – Perdizes –SP

O (a) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa *Coletivo de Cuidados e o setting terapêutico na clínica fonoaudiológica*”. O objetivo da pesquisa é o de construir e sistematizar parâmetros conceituais e técnicos de manejo fonoaudiológico em face das relações com familiares; e de ações e encaminhamentos escolares e/ou de áreas clínicas, que se criam em torno dos atendimentos fonoaudiológicos, bem como refletir sobre seus efeitos na construção do processo terapêutico fonoaudiológico.

Caso aceite participar como sujeito desta pesquisa, os dados pertinentes ao processo terapêutico, ao qual o (a) Sr (a). está sendo submetido, serão recolhidos e não haverá nenhuma alteração no processo terapêutico em curso.

Não existem riscos médicos ou desconfortos associados com este projeto. Da mesma forma, os resultados da pesquisa podem tanto beneficiar o pesquisador no melhor entendimento sobre os eventos estudados, como a pesquisa em questão pode reverter benefícios ao Sr. (a)., no que diz respeito à evolução do processo terapêutico.

Fica claro que sua participação é voluntária, isto é, não há obrigatoriedade em participar da pesquisa. Se desejar, poderá retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento e isto não trará nenhum prejuízo ao seu atendimento. Não haverá qualquer ressarcimento de despesas pela sua participação na referida pesquisa.

Os seus dados e sua identidade serão mantidos em sigilo no decorrer e após a pesquisa. Os registros dos seus dados serão analisados pela pesquisadora e suas expressões verbais, orais ou gráficas poderão ser utilizadas durante e após a execução da pesquisa. Eu, Flávia Cardoso, como pesquisadora responsável, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em periódicos, livros, anais ou outros meios editoriais pertinentes. Os resultados também poderão ser apresentados em congressos e reuniões profissionais.

O (a) Sr. a). poderá esclarecer suas dúvidas durante toda a pesquisa com a fonoaudióloga Flávia Cardoso, no endereço acima referido ou pelo telefone 11-0000-0000.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “*Coletivo de Cuidados e o setting terapêutico na clínica fonoaudiológica*”.

Eu discuti com a fonoaudióloga Flávia Cardoso sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os meus direitos como sujeito da pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

Nome do paciente

Assinatura do paciente ou responsável

__/__/__
Data

Assinatura da testemunha

__/__/__
Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

__/__/__
Data