

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

**Fonoaudiologia e Saúde Mental:**  
escuta clínica na perspectiva de profissionais e  
familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial  
Infanto-juvenil

Caroline Lopes Barbosa

Doutorado em Fonoaudiologia

São Paulo  
2019

Caroline Lopes Barbosa

**Fonoaudiologia e Saúde Mental:**  
escuta clínica na perspectiva de profissionais e  
familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial  
Infanto-juvenil

Doutorado em Fonoaudiologia

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

São Paulo  
2019

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese de Doutorado por processo de fotocopiadora ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

e-mail:

Sistema para Geração Automática de Ficha Catalográfica para Teses e Dissertações com dados fornecidos pelo autor

864           Lopes Barbosa, Caroline  
              Fonoaudiologia e Saúde Mental: escuta clínica na perspectiva de profissionais e familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil / Caroline Lopes Barbosa. -- São Paulo: [s.n.], 2019.  
              106p. ; 21x29,7 cm.

              Orientador: Luiz Augusto de Paula Souza.  
Tese (Doutorado em Fonoaudiologia)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, 2019.

              1. Serviços de Saúde Mental. 2. Humanização da Assistência. 3. Transtorno Autístico. 4. Fonoaudiologia. I. de Paula Souza, Luiz Augusto. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. III. Título.

Caroline Lopes Barbosa

**Fonoaudiologia e Saúde Mental:**  
escuta clínica na perspectiva de profissionais e familiares de  
usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

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

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PRESIDENTE DA BANCA

---

Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza

---

---

---

---

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior-Brasil – (CAPES) – Código de Financiamento 001 Número de processo 88887.151934/2017-00.

## DEDICATÓRIA

*À minha mãe, Marlene Barbosa, meu exemplo de amor, força, determinação e fé, por investir em meus sonhos, ser meu porto seguro e me encorajar nos momentos que pensei em desistir. Este trabalho é a conclusão de um ciclo muito importante na minha vida e sem você não seria possível, te amo!*

*Ao meu grande amor, Diego Caparroz, por acreditar nos meus sonhos e torná-los seus, pela imensa paciência e serenidade, pelo carinho e amor com que cuida de mim, da casa e dos nossos projetos... o doutorado é a concretização de um deles, sem você ao meu lado não teria realizado. Você foi meu maior incentivador, abrigo e colo nesses anos. Amo você e tudo que estamos construindo juntos!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela sua presença constante, por me guiar e sustentar.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, Tuto, por acreditar e investir nesta pesquisa, delineando-a desde o projeto inicial. Pela orientação sempre tão presente, precisa e cuidadosa. Agradeço a generosidade, a confiança e as oportunidades de aprendizado e trabalho nesses quatro anos: aulas, orientações, experiência de tutoria na Rede Sampa, participação nas reuniões de IC e trabalhos publicados em parceria.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristiana Gonçalves Vicentin, pela leitura e contribuição na banca de qualificação, pelos tempos de supervisão clínico-institucional, quando acompanhou meus processos criativos na saúde mental.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Lúcia Ferreira Mendes, pelo estágio docente na disciplina de Esquizoanálise no curso de Psicologia da PUC-SP, pelas contribuições na banca de qualificação e pela disponibilidade em me receber para conversar sobre pontos nevrálgicos da pesquisa.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Edith Lauridsen Ribeiro e Dr<sup>a</sup> Ruth Ramalho Ruivo Palladino, pela participação na qualificação e pelas ricas indicações bibliográficas.

Ao Prof. Dr. José Marcos da Silva, pelo aceite da banca de defesa e por compartilhar a prática clínica na saúde mental.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Paiva Bueno de Almeida, pela participação como suplente nas bancas de qualificação e defesa, e pelo compromisso em difundir a saúde mental na graduação de fonoaudiologia.

À Fga Ms. Cristiana Lykouropoulos, pelo seu compromisso e pioneirismo como fonoaudióloga no campo da saúde mental, pelas supervisões clínicas que reverberam nesta tese, pelas incontáveis horas em que me escutou nesses anos, pela descontração e leveza quando mais precisei, e por todas as parcerias profissionais. Acima de tudo, por ser minha grande amiga.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Léslie Piccolotto Ferreira, pelas disciplinas que contribuíram em minha formação como pesquisadora, e por apresentar-me o grupo de pesquisa participativa da Faculdade de Saúde Pública da USP; Dr<sup>a</sup> Cecília Bonini, pelo estágio docente, pelas parcerias que daí emergiram e pela participação na suplência da banca de defesa; e Dr<sup>a</sup> Beatriz Mendes, pela oportunidade de trabalhar com todas na Revista DIC.

Aos Professores do PEPG em fonoaudiologia da PUC-SP, especialmente à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz Novaes, pelos apontamentos e contribuições nos procedimentos e métodos do estudo, e às Professoras Dr<sup>a</sup> Regina Freire e Dr<sup>a</sup> Maria Cláudia Cunha, pelas disciplinas optativas e pelo interesse em minha pesquisa.

Às amigas de doutorado, que compartilharam o percurso: Luciana Wolff, pela amizade e parceria na CSA, e Patrícia Rocha, pelo carinho e pelas longas conversas sobre o SUS. Também às colegas de trabalho na DIC: Maria Fernanda Bittencourt, Michele Picanço, Glícia Ribeiro, Tatiana Deperon, Angélica Biazus, Telma Dias, Tatiane Ichitani, Ana Carla Garcia, Giovana Esturaro e Priscila Passos.

À Isabela Barros Gonçalves de Alencar, pelo encontro afetivo que tivemos e pela preciosa participação na pesquisa de campo. Foram vários os detalhes que cuidou e compartilhou comigo: câmera, tripé, gravadores, world café, aquário, painel integrado e jornal comunitário. O caminho da Via Dutra até o CAPSij da pesquisa e as muitas reflexões conjuntas ficarão guardados no meu diário de campo e no coração.

À Virginia, secretária do PEPG, pelo carinho e cuidado, especialmente nesta etapa final. Pela disponibilidade e preciosa ajuda com os documentos e procedimentos administrativos na universidade.

Aos Professores Dr. Leandro Luiz Giatti e Dr<sup>a</sup> Renata Ferraz de Toledo, pela disciplina na Faculdade de Saúde Pública sobre Abordagens Participativas. Agradeço pelas quintas-feiras de estudo e delineamentos da pesquisa de campo, principalmente pelo compromisso ético-político com a inclusão dos atores sociais nas pesquisas científicas.

À Divisão Técnica de Gestão da Educação em Saúde - Escola SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP, pela aprovação da pesquisa.

À equipe do CAPSij Recriar, pela experiência intensa de trabalho que compartilhamos, pela tessitura de uma escuta clínica no campo da saúde mental infanto-juvenil, que convocou constantemente o meu núcleo disciplinar.

Aos pais participantes da pesquisa, pela disponibilidade e grande contribuição ao estudo.

À Márcia Mendes de Mattos, gerente do CAPSij Recriar, por acreditar e investir no trabalho do fonoaudiólogo e nas minhas pesquisas no serviço, principalmente por viabilizar a realização deste estudo na unidade.

À Cris Stoever, Cris Miller, Marina, Ana Carol, Karine, Fernanda Iankilevich, Ana Paula Maia e Cinthia, pelas amizades que ultrapassaram o expediente.

À equipe do LINC, Tuto, Rogério da Costa, Max Alvim, Vera Mendes, Ricardo Teixeira, Marcia Moraes, Mila Goudet, Fernanda Dau e Jéssica Oliveira, pelo curso/intervenção na Rede Sampa, pela experiência de tutoria e curadoria, pelos conhecimentos e rede de afetos, que estavam presentes em todos os encontros.

À Dani Galli e Denise Villas Boas, pela forte amizade, pelos encontros cheios de afetos e risadas, e por vibrarem com a realização deste trabalho.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Isis Meira e Dr<sup>a</sup> Nadir Cervellini, pelo amor e cuidado comigo nos meus anos na PUC-SP.

À fga Daniella Cardozo, presente que a fonoaudiologia me deu. Pela nossa amizade, parceria generosa e criativa; pelo amor à área e aos pacientes, que nos rendem muitas pautas nas nossas reuniões.

À CAPES pela bolsa concedida.

## RESUMO

O objetivo da tese foi identificar os efeitos e a percepção sobre escuta clínica da equipe multiprofissional e de pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij), especificamente em relação à função da fonoaudiologia na consecução do processo de cuidado. Trata-se de pesquisa descritiva realizada por meio de abordagem participativa e dialógica, e organizada em dois estudos complementares. Utilizou-se, para coleta de dados, as técnicas de grupo de discussão (estudo 1) e grupo focal (estudo 2). A análise de conteúdo proposta por Bardin (2004) embasou a organização explicativa dos dados. Como resultados da tese verificou-se contribuições da fonoaudiologia em camadas intra e interinstitucionais do cuidado em saúde do CAPSij, notadamente no trabalho clínico-terapêutico da equipe de saúde, dos usuários e familiares. A equipe pensa a escuta clínica como dispositivo central aos cuidados em saúde mental. As competências e conhecimentos do fonoaudiólogo sobre aspectos orgânicos do desenvolvimento infantil parecem potencializar a relação do *núcleo* (fonoaudiologia) com o *campo* (saúde mental), favorecendo a reflexão acerca de dinamismos biopsíquicos do cuidado em saúde. Os pais são afetados pela escuta clínica que lhes é oferecida, assumindo, por exemplo, que a troca e a interação entre as crianças são produtoras de cuidado, ampliam os repertórios sociais, de comunicação e promovem outras experiências saudáveis. Na experiência terapêutica com o fonoaudiólogo, os pais identificam especificidades e articulações com outras disciplinas no trabalho da equipe do CAPSij; relatam modificações na qualidade da comunicação e da relação com seus filhos, e referem se tornar interlocutores linguisticamente mais abertos e interessantes aos filhos, passando a compreender os dinamismos da comunicação, inclusive na relação com a equipe de saúde.

Conclui-se que a escuta clínica é condição de possibilidade do cuidado efetuado pela equipe do CAPSij. Na conversação entre os pais são claros os efeitos da escuta clínica oferecida pela equipe e, nela, pelo fonoaudiólogo, tanto na compreensão dos filhos e dos tratamentos, quanto na incorporação das interpretações clínicas da equipe na condição de ferramentas de elaboração de suas relações com os filhos e com o contexto social no qual vivem.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Saúde Pública; Humanização da Assistência; Transtorno Autístico; Fonoaudiologia.

## ABSTRACT

The purpose of this thesis was to identify the effects and perception of clinical listening from the multiprofessional team and parents of children with Autism Spectrum Disorder at a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSij), specifically regarding the role of speech therapy in the achievement of the care process. It is a descriptive research carried out through a participatory and dialogical approach, and organized in two complementary studies. Discussion group techniques (study 1) and focus group (study 2) were used for data collection. The content analysis proposed by Bardin (2004) based the explanatory organization of the data. As results of the thesis, contributions of speech therapy in intra- and interinstitutional layers of CAPSij health care were observed, especially in the clinical-therapeutic work of the health team, users and family members. The team regards clinical listening as a central device for mental health care. The skills and knowledge of the speech therapy about the organic aspects of child development seem to enhance the relation between the core (speech therapy) and the field (mental health), favoring reflection on the biopsychic dynamics of health care. Parents are affected by the clinical listening offered to them, assuming, for example, that the exchange and interaction between children are care producers, expand social and communicative repertoires, and promote other healthy experiences. In the therapeutic experience with the speech therapy, the parents identify specificities and articulations with other disciplines in the work of the CAPSij team; they report changes in the quality of communication and relationship with their children, and refer to becoming linguistically more open and interesting interlocutors for their children and able to understand the dynamics of communication, including the relationship with the health team.

It is concluded that the clinical listening is a condition of possibility for the care provided by the CAPSij team. In the conversation between the parents, the effects of the clinical listening offered by the team - and, in it, by the speech therapy - are clear, both in the understanding of the children and the treatments, as well as in the incorporation of the clinical interpretations of the team as tools for elaborating their relationships with the children and the social context in which they live.

**Key-words:** Mental Health Services; Public Health; Humanization of Assistance; Autistic Disorder; Speech, Language and Hearing Sciences.

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
Escuta.....	16
SUS e Escuta.....	19
Escuta clínica a partir das políticas de saúde mental.....	20
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 2 – MÉTODO.....</b>	<b>27</b>
Sobre a escolha do método.....	27
Local.....	29
Procedimentos.....	29
Análise dos dados.....	31
<b>CAPÍTULO 3 - ESCUTA CLÍNICA, EQUIPE DE SAÚDE MENTAL E FONOAUDIOLOGIA: EXPERIÊNCIA EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL (ESTUDO 1).....</b>	<b>33</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>41</b>
Procedimentos.....	42
Grupo de Discussão.....	42
Estratégias de Intervenção.....	43
Análise dos Dados.....	46
<b>RESULTADOS e DISCUSSÃO.....</b>	<b>48</b>
Categoria: Conceito de escuta.....	48
Categoria: A escuta no processo de trabalho.....	53
Categoria: Efeitos da escuta.....	56
Categoria: Contribuição da fonoaudiologia no processo de trabalho.....	58
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>

<b>CAPÍTULO 4 – TRABALHO FONOAUDIOLÓGICO E ESCUTA CLÍNICA EM EQUIPE DE SAÚDE MENTAL: PERCEPÇÃO DE PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (ESTUDO 2).....</b>	<b>64</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>69</b>
Procedimentos.....	70
Estratégias de Pesquisa.....	71
Análise dos Dados.....	74
<b>RESULTADOS e DISCUSSÃO.....</b>	<b>76</b>
Categoria: Percepção dos pais sobre o cuidado realizado pela equipe....	76
Categoria: Percepção dos pais sobre os efeitos e resultados do cuidado no CAPSij.....	83
Categoria: Percepção dos pais sobre o cuidado fonoaudiológico no CAPSij.....	86
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>92</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A – Parecer consubstanciado comitê de ética em pesquisa PUCSP.	103
Anexo B - Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP.....	104
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	105

## APRESENTAÇÃO

Este doutorado decorre de minha experiência profissional, como fonoaudióloga, em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSij, no período de 2009 à 2015, quando me desliguei, exatamente, para realizar a presente pesquisa.

O trabalho no campo da saúde mental com a infância e a adolescência proporcionou espaços potentes de articulação de saberes, trocas, aprendizados e questionamentos, muito especialmente em relação às dimensões da escuta clínica e do cuidado à crianças e adolescentes em sofrimento mental e seus familiares. Tal experiência profissional provocou efeitos decisivos em meu modo de escutar e de tratar crianças e adolescentes com sintomas de linguagem – em face do sofrimento mental – e suas famílias.

Daí a investigação sobre a escuta no contexto de práticas de cuidado entre a fonoaudiologia, a saúde mental e suas várias complexidades – técnicas, institucionais e sociais. Tarefa desafiadora em face do pequeno acúmulo de conhecimentos e proposições da fonoaudiologia para o campo da saúde mental.

No mestrado, estudei a avaliação de linguagem no autismo, com enfoque em dimensões linguísticas e correlações com a estruturação subjetiva, a partir de um estudo de caso de criança com transtorno do espectro do autismo atendida por mim no CAPSij, onde agora realizei a pesquisa de doutorado.

Durante o mestrado pude observar que a clínica fonoaudiológica na saúde mental, entre outros fatores, carecia de maior vaso-comunicação com outras disciplinas e saberes, maior abertura à interdisciplinaridade, para ter melhores

condições de pensar e agir sobre as alterações de linguagem quando elas estão co-presentes ou mesmo são constituídas em função de transtornos mentais e dos tipos de sofrimento que eles põem em jogo para os pacientes, seus familiares e seu meio comunitário e social.

Em minha prática na saúde mental, a especificidade disciplinar da fonoaudiologia nem de longe mostrou-se suficiente para dar conta das questões clínicas que aí se apresentavam, foi necessário ampliar os modos de realizar o cuidado e de pensar a clínica, tensionando minha formação disciplinar para permitir que ela apropriasse e ajudasse a construir saberes “híbridos”, transversais, capazes de fundamentar e efetivar uma clínica, de fato, multiprofissional e interdisciplinar.

Em busca dessa ampliação da clínica no campo da saúde mental, assumi o trabalho em equipe como sua condição e lancei mão da inventividade no processo de cuidado às crianças e adolescentes com sintomas de linguagem, construindo propostas terapêuticas individuais e coletivas a partir da minha especialidade, mas em parceria com os demais profissionais da equipe onde trabalhava.

Foram muitos projetos e processos de cuidado em seis anos de trabalho no CAPSij: projeto de comunicação suplementar e alternativa; grupos terapêuticos com enfoque em linguagem oral e escrita; oficinas de culinária; grupos de alimentação com enfoque social na comensalidade e seletividade alimentar; grupos e atendimentos de família; e atendimentos fonoaudiológicos individuais.

Práticas dessa natureza aumentaram minha percepção da urgência em refletir sobre a escuta clínica no campo da saúde mental, por considerar indispensável ao fazer clínico estar em condições de se dispor ao outro a partir de uma posição profissional capaz de compreender e acolher as demandas de saúde para além da imediatividade de queixas e manifestações sintomáticas.

De fato, é questão inaugural de qualquer prática clínica consistente escutar os fatores e dimensões biopsíquicos e sociais que engendram e modulam queixas e sintomas. Em nosso caso, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a escuta clínica também precisa considerar as perspectivas e políticas de saúde que contornam o trabalho do CAPSij, estruturando um “campo de jogo” para nossas práticas de saúde.

Tal percepção e problemática ensejou este doutorado, construído por meio de dois estudos independentes, mas complementares. Os estudos tematizam dimensões e efeitos da escuta clínica em função das relações da fonoaudiologia com a equipe do CAPSij e com pais de pacientes aí atendidos.<sup>1</sup>

A tese está organizada em cinco capítulos, os dois primeiros – *Revisão da Literatura e Método* – traçam um quadro mais geral das bases conceituais e metodológicas dos estudos que configuram a pesquisa propriamente dita.

Os capítulos três e quatro trazem, respectivamente, os estudos *Escuta clínica na prática fonoaudiológica em equipe de saúde mental* e *Percepção de pais de crianças com TEA sobre o trabalho fonoaudiológico em um CAPSij: implicações da escuta clínica*. Ambos estão escritos como artigos científicos e já foram submetidos para publicação.

O último capítulo é composto pelas *Considerações Finais*, nas quais os aspectos discutidos nos capítulos três e quatro são articulados, apontando – sob a perspectiva da escuta clínica – questões para reflexão sobre a prática de cuidados em equipe multiprofissional nos CAPSij, tanto para a fonoaudiologia quanto para as demais profissões que compõem essas equipes.

---

<sup>1</sup> - Importante dizer que o CAPSij da pesquisa é aquele no qual a pesquisadora trabalhou, desligando-se em novembro/2015 para realizar o doutorado. Significa que a pesquisadora conhece e tem vínculos com a equipe e com alguns pais participantes do estudo.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Escuta

No campo da saúde, *escuta clínica* é conceito amplo e com mais de um significado. Na psicanálise, a escuta clínica foi tratada por Freud (1912a/1976a, p. 149–150), inicialmente, em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, texto dedicado à descrição rigorosa do método psicanalítico. É nesse momento que a atenção uniformemente suspensa (mais tarde definida como atenção flutuante) e a escuta ganham estatuto de técnica. Freud propõe a questão nos seguintes termos:

a técnica, contudo, é muito simples. (...) Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (como a denominei) em face de tudo o que se escuta. (...) Não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente.

Ver-se-á que a regra de prestar igual reparo a tudo constitui a contrapartida necessária da exigência feita ao paciente, de que comunique tudo o que lhe ocorre, sem crítica ou seleção. (...) A regra para o médico pode ser assim expressa: ‘Ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à “memória inconsciente”.’ Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: ‘ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa.’

Freud sinaliza que a técnica também corresponde à individualidade de quem a utiliza. Pode-se dizer que as diferenças individuais de quem escuta modulam a interpretação e os processos de transferência e contratransferência. Ainda que brevemente, vejamos o que significam esses conceitos na psicanálise.

O conceito de escuta liga-se ao de interpretação psicanalítica. Mezan (1988, p. 71–72), para conceituar interpretação, convoca a noção de leitura analítica. Para ele, a leitura é trabalho de decifração, no sentido da negação de um dado à priori para que a construção de um novo significado aconteça. Esse fenômeno é facilmente identificado quando pensamos na leitura, por exemplo, de uma obra literária: uma obra não é escrita para ser lida por outra pessoa que não o autor? Esse outro irá *decifrar e desvendar a obra, e essa potencialidade de suscitar novas significações* foi possível pelo trabalho da leitura. Nas palavras do autor:

a interpretação psicanalítica do que quer que seja implica o intérprete na sua formulação mesma, e é também parte de sua própria análise, parte tornada possível pelo encontro com o discurso do paciente ou pelo encontro com um texto literário. No entanto, dir-se-á, este último não pode associar, nem possui um inconsciente. (...) se a interpretação concerne a um inconsciente, e aqui só o intérprete possui inconsciente, este terá de reconhecer que a interpretação diz respeito antes de tudo a ele próprio, e só por essa mediação ao texto interpretado. Ela não é nem mais nem menos verdadeira por causa dessa passagem necessária: se ilumina o texto e acrescenta algo à nossa compressão dele, *é porque – e não apesar de que* – é fruto de trabalho de leitura que nega os dados imediatos por meio das associações despertadas pelas ressonâncias deste texto no inconsciente do intérprete – exatamente como na situação em que se interpreta a fala do paciente.

Mezan (1988, p. 72) esclarece que a interpretação obedece a critérios definidos e não se torna psicanalítica somente porque emprega vocabulário e conceitos freudianos, mas sobretudo porque reproduz a maneira de pensar inventada por Freud, na qual interpretação não é reconstrução de sentido prévios, mas *construção* dele. Para o autor, a interpretação “não revela significados ocultos já preexistentes na obra

– posto que só surgem e só são de interesse para a psicanálise se resultarem da leitura singular que implica o leitor e seu inconsciente na operação que os faz surgir.”

Na clínica, a interpretação requer, além de tudo, a confiança do paciente para com o terapeuta, isto implica em relação vincular para que se construa um *espaço terapêutico*. No texto *A dinâmica da transferência*, Freud (1912/1976b) define transferência como um processo característico do tratamento psicanalítico, no qual os desejos inconscientes do analisando a objetos externos passam a repetir-se na relação analítica, especificamente na figura do analista.

Para Freud (1937-39/1996), o analisando reconhece no analista “o retorno, a reencarnação de alguma importante figura saída da sua infância ou do passado e, conseqüentemente, transfere para ele [analista] sentimentos e reações que, indubitavelmente, se aplicam a esse protótipo”. (p.112) Freud acrescenta que a transferência é uma atitude ambivalente, ora afeiçoada, ora hostil, que inclui um campo de forças para romper as resistências do próprio analisando.

É no jogo transferencial que a contratransferência acontece. Koshevnikoff Zambelli et al. (2013) esclarecem que esse conceito foi pouco explorado na obra de Freud, mas que se pode compreender a contratransferência como fenômeno de vivência pelo analista de determinadas sensações em relação ao paciente. Tais experiências são necessárias ao analista para que possa compreender “a vida e as coisas com as quais lidamos”. (p.183) É por meio da contratransferência que se tem conhecimento dos processos psíquicos conscientes e inconscientes que permeiam a transferência do analisando, e que necessitam ser notados e trabalhados pelo analista.

É na medida da trama transferencial que a escuta ganha centralidade. Se o psicanalista escuta para operar *na* transferência, como condição para viabilizar sua

clínica, os demais profissionais de saúde, para escutar precisam também se dispor ao campo transferencial, não para atuar diretamente em função dele como o psicanalista, mas para incluir no plano de sua terapêutica os conteúdos, digamos assim, imaginativos e elaborativos com os quais os pacientes lidam e significam seus problemas de saúde.

## **SUS e Escuta**

O contorno institucional e a organização da atenção à saúde são essenciais à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como rede humanizada, de defesa da vida e comprometida com a escuta ao outro como condição do cuidado em saúde. Por isso, as práticas de saúde no SUS buscam estreitar, por meio da participação social, os laços de cidadania e os “projetos de felicidade” na produção de saúde (AYRES, 2004).

As mencionadas práticas de saúde no SUS configuram o cuidado ou atenção à saúde, e estão pensadas para funcionar sob a lógica de rede: arranjos organizativos para a consecução da integralidade do cuidado em saúde.

O trabalho em rede no SUS supõe a produção de *comum*: sentidos, objetivos e estratégias pactuadas e compartilhadas por coletivos de trabalhadores, gestores e usuários do SUS; o que só pode ser alcançado em função da natureza conversacional e afetiva do trabalho em saúde, o que faz das redes de saúde verdadeiras redes de conversação (TEIXEIRA, 2005), em contraposição à ideia de rede como individualismos conectados, a qual orienta o funcionamento de certas redes, notadamente as redes sociais de cunho empresarial (DA COSTA, 2011).

Benevides e Passos (2004, p. 169) falam das intensidades das redes. Para eles uma *rede fria* é organizada de cima para baixo com pouca vaso-comunicação entre

seus “nós”. As *redes quentes*, por sua vez, seriam aquelas que operam “dinâmicas conectivas ou de conjunção geradora de efeitos de diferenciação”, de novos modos de existência individual e/ou coletiva.

Ainda segundo os autores, na mesma medida em que a clínica precisa devolver o sujeito ao seu processo de produção (subjetivação), as redes de saúde e seus dispositivos de cuidado devem ser quentes, produtores de diferença e de espaços de resistência biopolítica, isto é, de resistência aos fatores e dimensões (ambientais, relacionais, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos, etc.) que precarizam a vida e a saúde.

O cuidado no SUS, como mencionado, tem caminhado para perspectiva do trabalho em rede, por meio de linhas de cuidado e de articulações para dar conta de questões específicas de saúde com integralidade, com capacidade de acolher e tratar das necessidades de saúde da população em suas latitudes biológicas, psíquicas e sociais. Uma das redes prioritárias de cuidados é a da atenção psicossocial à saúde, na qual se investe na articulação de diversos pontos de atenção e do território para o agenciamento do cuidado em saúde mental na busca de sua integralidade.

### **Escuta clínica a partir das políticas de saúde mental**

Já foi dito que, aqui, o conceito de escuta é também pensado em articulação com políticas de saúde mental, num ambiente institucional específico, o CAPSij.

O Centro de Atenção Psicossocial é serviço interdisciplinar e de caráter aberto, voltado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais. Esse dispositivo nuclear da política de atenção psicossocial foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que o estabeleceu na modalidade de atenção à população adulta.

Os CAPS se pautam pela participação dos usuários e seus familiares, bem como pelas necessidades e condições concretas de vida dessa população, buscando potencializar a autonomia, a inclusão social e o protagonismo dos sujeitos em sofrimento mental.

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil foi criado pela Portaria MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, é um serviço relativamente recente quando comparado ao CAPS adulto, instituído em 1992.

A Portaria MS nº 336 definiu o modelo de atenção à saúde mental da criança e adolescente, reconhecendo a singularidade e a complexidade dos serviços prestados nessa larga faixa etária, bem como a amplitude de atuação do CAPSij<sup>2</sup> no território, na rede de apoio e em relação às parcerias intersetoriais.

O CAPS, como dispositivo para inverter a lógica manicomial hospitalocêntrica, sustenta-se pelo acolhimento e pela escuta ao usuário de serviço de saúde para compreender a condição psíquica e a alteridade, a relação ao outro, como condição, por excelência, do processo de saúde/doença. Orienta-se pela lógica da ação em rede, devendo reconhecer os usuários atendidos como sujeitos de direito, para torná-los protagonistas de suas histórias pessoais e de cuidado em saúde.

O CAPS opera o cuidado por meio de equipes de referência aos casos, o que contribui para mudança em sua clínica, em direção a pensar o objeto de trabalho coletivamente e em interação com o território de saúde. A compreensão do processo saúde-doença como uma produção social multifatorial amplia o objeto da clínica na saúde coletiva e cria múltiplas respostas para o enfrentamento aos agravos de saúde.

---

<sup>2</sup> Vale dizer: optamos pelo uso da nomenclatura Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (não apenas infantil) porque se trata de um serviço voltado, de fato, ao atendimento da população infantil e juvenil, além disso tal designação está prevista na Portaria n. 854 de 22 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde.

É nesse contexto que a Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, propõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um ano após a implementação da Portaria MS da Rede de Atenção à Saúde<sup>3</sup> (RAS), que estabelece fundamentos conceituais e operativos da lógica e do trabalho em rede no SUS; perspectivas, claro, incorporados pela RAPS.

A RAPS, então, configura a proposta organizativa do campo da Saúde Mental<sup>4</sup> no SUS, estabelecendo diretrizes e arranjos organizacionais para assistência à saúde de pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A política da RAPS reafirma e estabelece diretrizes importantes para o seu funcionamento:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a

---

<sup>3</sup> Portaria n. 4279 de 30 de dezembro de 2010.

<sup>4</sup> A RAPS é fruto de um longo processo de luta e mobilização social no campo da Saúde Mental. Para contextualizar o leitor, políticas públicas que reconhecem os direitos dos sujeitos com sofrimento mental são recentes em nosso país. A LEI 10.216 foi promulgada em 6 de abril de 2001, é também conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial asilar para o tratamento em meio aberto. A Portaria 336/02 - MS institui os CAPS nas modalidades Infantil e Álcool e Drogas com atendimento individual, grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias realizados por equipe multidisciplinar.

integralidade do cuidado; XI - Promoção de estratégias de educação permanente; XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011, p. 1)

Como mencionado, a Portaria MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, instituiu a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS), que funciona como matriz à constituição das várias redes de atenção que configuram o SUS, situando a escuta clínica como alicerce do cuidado:

(...) escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde. Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário. O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos. (BRASIL, 2010, p. 1)

Essa dimensão da escuta é assumida pela saúde mental em uma visão ampliada da clínica. A ampliação do escopo da clínica no SUS está formulado pelo conceito de clínica ampliada, que busca incluir e integrar as diferentes áreas para possibilitar um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é ou deve ser, como vimos, conversacional e interdisciplinar.

Trata-se também de criar contextos favoráveis para que se possa problematizar um certo especialismo ainda dominante no campo da saúde, em favor de atividades clínicas compartilhadas e não mais restritas à doença ou a núcleos profissionais estritos.

Na perspectiva da clínica ampliada, a compreensão do processo de saúde-doença considera os determinantes biopsicossociais (econômicos, políticos, culturais, étnicos, entre outros) dos agravos à saúde, reduzindo dicotomias e fragmentações psicofísicas.

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), voltada a transformar os processos de trabalho e seus instrumentos de modo a privilegiar fluxos comunicacionais transversais na equipe e com a rede de saúde, questões para as quais são necessárias: a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade. (BRASIL, 2009, p. 17)

Para PNH, a escuta inaugura e sustenta o cuidado, acolhendo as queixas do usuário – mesmo quando possam parecer não interessar diretamente ao diagnóstico e ao tratamento – para ajudá-lo a reconstruir e elaborar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações entre o que sente e a vida. De modo prático, trata-se de indiciar a elaboração (ou falta dela) do usuário sobre as razões e sentidos de seu adoecimento, de como ele se sente em relação aos seus transtornos e sintomas, e de como os relaciona às suas condições de vida.

Nessa perspectiva, quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com os modos de vida, menos chance haverá de ser tomada como fenômeno isolado ou de interesse meramente técnico (BRASIL, 2009).



As dimensões da escuta clínica – brevemente apresentadas até aqui – fornecem o duplo sentido do conceito assumido na tese, simultaneamente: dispositivo técnico dos processos terapêuticos conduzidos pela equipe multiprofissional do CAPSij, no qual a pesquisa foi realizada; e diretriz institucional da RAPS, que opera como uma das condições de possibilidade para construção e oferta de cuidado integral à saúde.

A partir dessa compreensão sobre a escuta, a tese investigou duas perspectivas do processo de cuidado, a primeira voltada à escuta oferecida aos usuários pela equipe multiprofissional de um CAPSij, recortando aí os papéis desenvolvidos pelo fonoaudiólogo. A segunda destinada a levantar a percepção dos pais de crianças com TEA<sup>5</sup> sobre o cuidado que recebem no CAPSij e como significam a fonoaudiologia nesse processo, buscando indiciar se essa percepção traz ou não à tona a escuta que a eles foi oferecida pela equipe de saúde.

---

<sup>5</sup> - A maior demanda de pacientes no CAPSij da pesquisa é de crianças com TEA e, embora o convite para participar da pesquisa não tenha se valido de critérios – digamos assim – nosológicos, os pais que aceitaram integrar o estudo foram todos de pacientes com TEA.

## OBJETIVOS

A tese foi organizada por meio de dois estudos complementares cujos objetivos são, respectivamente:

**ESTUDO 1:** Investigar a percepção da equipe sobre a fonoaudiologia, sua função na equipe e na consecução do cuidado, especificamente na escuta clínica em saúde mental.

**ESTUDO 2:** Investigar a percepção dos pais sobre o trabalho em equipe e a contribuição da fonoaudiologia no cuidado em saúde mental, em função dos efeitos da escuta e da interpretação clínica oferecida aos pais pela equipe.

## MÉTODO

### Sobre a escolha do método

A tese configura uma pesquisa descritiva com abordagem participativa e dialógica, caracterizada pela observação e intervenção com atores sociais a partir de relações de reciprocidade e confiança (DE TOLEDO; GIATTI, 2015; DI GIULIO et al., 2014; LIST, 2006).

A abordagem participativa impõe-se também pelas estratégias metodológicas utilizadas para que os sujeitos de pesquisa atuassem diretamente na construção, análise e *feedbacks*<sup>6</sup> diretos e indiretos do estudo.

A abordagem participante é um modo de considerar e de estruturar uma pesquisa social de natureza prática, que esteja de acordo com as reivindicações próprias da ação e da participação dos atores da conjuntura estudada. Nessa perspectiva, há a necessidade de conhecer e compreender dimensões coletivas envolvidas nas questões em estudo, considerando as esferas sociais aí implicadas (THIOLLENT, 1998).

Os métodos participativos tem sido um caminho para ampliar a comunidade científica de pares, por potencializar espaços dialógicos e processos mais simétricos de pesquisa, engajando os sujeitos da problemática investigada, os pesquisadores e os representantes de organizações/tomadores de decisão em todas as etapas

---

<sup>6</sup> *Feedback* direto/imediato corresponde ao envolvimento rápido na construção coletiva dos participantes do estudo. O *feedback* indireto/não imediato é aquele que incentiva a participação dos atores sociais em um momento posterior, uma vez que os instrumentos utilizados não decorreram de interações diretas com os pesquisadores-participantes (DE TOLEDO; GIATTI, 2015).

metodológicas, dando voz e palavra às comunidades (DE TOLEDO; GIATTI; JACOBI, 2014).

Nesse sentido, aproxima-se da chamada pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR)<sup>7</sup>, que surgiu nas últimas décadas como uma abordagem que integra educação e ação social para, entre outras possibilidades, melhorar a saúde e mitigar os determinantes sociais que influenciam no adoecimento (FREUDENBERG; TSUI, 2014; LEWIN, 1946).

Ainda na perspectiva apresentada pelos autores, o objetivo da CBPR é contribuir para que ações e políticas em saúde sejam elaboradas e implementadas em parceria com as lideranças de organizações, movimentos sociais e com a comunidade local, tentando colaborar ativamente com a qualificação e sistematização de seus saberes e percepções, bem como para legitimar suas necessidades nas esferas sociais que estiverem em jogo.

A natureza adaptativa da pesquisa participativa torna o processo de pesquisa flexível e sensível aos instrumentos e técnicas de investigação que ativem debates e promovam interações recíprocas e confiança entre os participantes. O empoderamento dos atores sociais, a legítima incorporação de aspectos subjetivos e da diversidade social é maior nos estudos cíclicos e continuados, mas em toda abordagem participativa há ênfase no potencial dialógico, tornando os processos participativos mais simétricos (GIATTI et al., 2014). Foi exatamente isso que se buscou na presente pesquisa.

Os instrumentos e estratégias de pesquisa em questão precisam permitir a coleta de evidências que transcendam as técnicas, pois o produto da pesquisa participativa é o próprio processo, em nosso caso: conversações que modularam as

---

<sup>7</sup> *Community Based Participatory Research – CBPR.*

estratégias metodológicas utilizadas, tanto com profissionais da equipe multiprofissional do CAPSij, quanto com pais de paciente ali atendidos.

## **Local**

A pesquisa foi realizada nas dependências do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil - CAPSij Recriar de Guarulhos/SP – Secretaria Municipal de Saúde. Essa unidade de saúde foi inaugurada em 01/06/2007 e é o único serviço referência na saúde mental da infância e adolescência para a população de **1.365.899** habitantes<sup>8</sup> do município.

De acordo com relatório anual da gestão da unidade, referente a 2017, haviam cadastrados 652 usuários, sendo 436 do gênero masculino e 216 feminino. O referido relatório dava conta de que 274 apresentavam Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), 154 usuários apresentavam diagnósticos variados, 81 usuários com episódios depressivos, 81 estão em processo de avaliação e 62 usuários com retardo mental leve, moderado, grave ou não especificado.

## **Procedimentos**

Foram delimitadas etapas de pesquisa explicitadas abaixo e no fluxograma.

A descrição pormenorizada dos procedimentos e instrumentos de pesquisa utilizados encontram-se especificados no método de cada estudo (1 e 2).

**Etapa 1:** Apresentação da pesquisa e suas etapas procedimentais aos sujeitos de pesquisa do Estudo 1 no CAPSij (em reunião geral da unidade), onde ocorreu também o agendamentos dos encontros de coleta de dados.

---

<sup>8</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guarulhos/panorama>>. Acesso em 28 de abril de 2019.

**Etapa 2:** Realização do grupo de discussão com os sujeitos do Estudo 1 e das estratégias de pesquisa previstas. Todos os encontros foram gravados em áudio/vídeo e relatados em diário de campo.

**Etapa 3:** Concomitantemente à etapa dois foi realizada a leitura flutuante do material gravado e os *feedbacks* diretos e indiretos do processo grupal.

**Etapa 4:** Foi solicitado à equipe do CAPSij (referências das crianças e seus familiares) que discutisse e elegesse<sup>9</sup> os participantes a serem convidados para o Estudo 2.

**Etapa 5:** Apresentação do objetivo da pesquisa, aspectos éticos e participação voluntária ao grupo de pais do Estudo 2; realização do grupo focal com os sujeitos desse Estudo e aplicação dos demais instrumentos e estratégias previstos no roteiro prévio da pesquisa. Todos os encontros foram gravados em áudio/vídeo e relatados em um diário de campo.

**Etapa 6:** Concomitantemente à etapa 5 foram realizadas leituras flutuantes do material e reflexões sobre os *feedbacks* indiretos e diretos do processo grupal com os sujeitos do Estudo 2 (pais).

**Etapa 7:** Categorização dos dados brutos de ambos os Estudos (1 e 2).

**Etapa 8:** Escrita dos dois estudos, elaboração da tese e submissão para publicação de dois artigos científicos, um de cada estudo.

---

<sup>9</sup> O número de pais convidados para o Estudo 2 foi de 25, para equiparar com o n. do Estudo 1 (profissionais da equipe). No entanto, apenas 09 pais aceitaram participar da pesquisa, e foi esse o número de sujeitos que compuseram o grupo no Estudo 2.

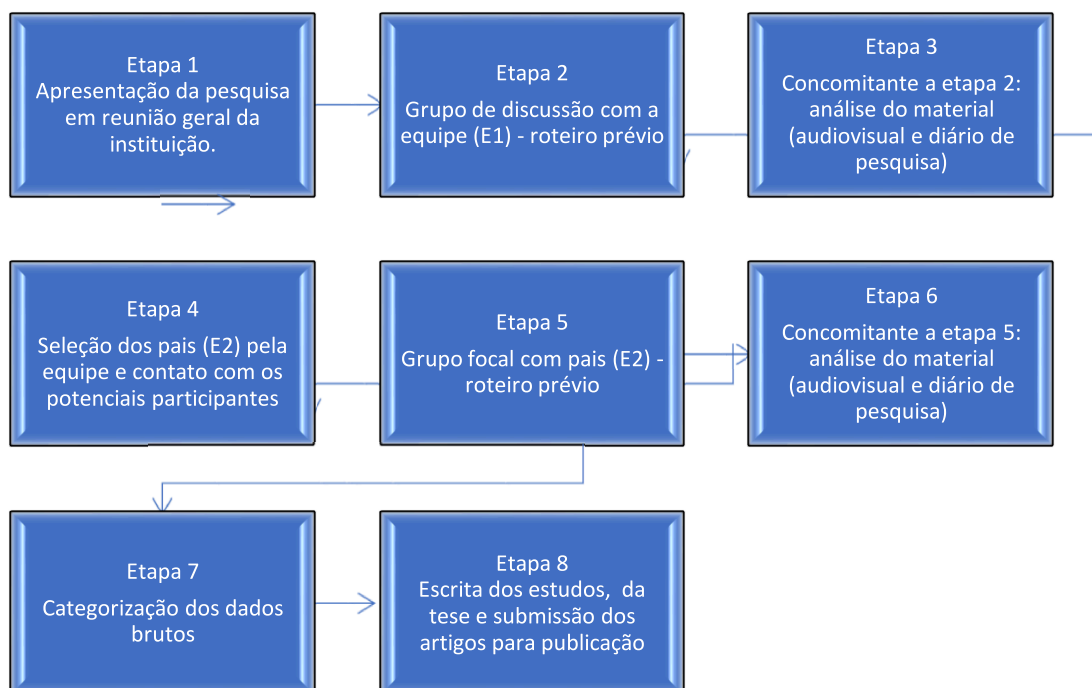


Figura 1. Fluxograma das etapas da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

### **Análise dos dados**

O material foi gravado em áudio/vídeo, relatado em diário de campo (com as percepções e interpretações sobre os acontecimentos) e submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin (2004).

A análise de conteúdo de Bardin (2004) consiste nas seguintes etapas: pré-análise, que se dá por meio de leitura flutuante dos materiais coletados (audiovisual, texto, diário de campo); preparação do material; construção dos dados brutos (corpora) com dimensões e direções de análise; tratamento do material e estabelecimento de regras de recorte, seguidas de categorização e codificação.

Para Bardin (2004), o *recorte* é a escolha das unidades de análise que, neste estudo, se deu por eixos temáticos. Na sequência, realizamos a

*categorização/classificação*, ou seja, a escolha de categorias e subcategorias de análise por eixo temático. Depois disso, realizamos a seleção e a agregação de enunciados significativos (para os fins da pesquisa) dos participantes em relação às categorias e subcategorias definidas.

As categorias e subcategorias de análise foram definidas para cada Estudo e neles estão descritas.

Como os resultados são efeitos das estratégias dialógicas, optamos por apresentá-los em conjunto com a discussão, ou seja, compusemos num mesmo item (em cada estudo) a apresentação dos resultados e a sua discussão/interpretação.

## **Escuta clínica, equipe de saúde mental e fonoaudiologia: experiência em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Estudo 1)**

### **INTRODUÇÃO**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desafia a prática de seus profissionais, desenha contornos institucionais e clínicos próprios, nascidos do movimento antimanicomial e de seus resultados em políticas e práticas de saúde.

Tais contornos buscam superar a lógica hospitalocêntrica – centrada na medicalização dos cuidados e no isolamento manicomial – e construir cuidados capazes de acolher e de cuidar das pessoas com transtornos mentais, não apenas em função das dimensões psicopatológicas envolvidas, mas também relacionando-se com a espessura das condições sociais e (inter)subjetivas que engendram, mantêm e/ou intensificam o sofrimento psíquico dos sujeitos, em seus contextos, modos e história de vida (pessoal, familiar, social).

É nessa medida que a RAPS assume a Clínica Ampliada como uma das diretrizes do cuidado em saúde mental, convocando seus trabalhadores a colocarem os saberes disciplinares a serviço de uma clínica cuja centralidade está no sujeito em sofrimento; está na escuta ao sujeito e às experiências e acontecimentos que o produzem, sustentando (ou não) sua subjetivação – processos pelos quais se faz ou tenta se fazer sujeito, para si e para o outro.

A escuta, na perspectiva da Clínica Ampliada, está definida pela investigação das razões pelas quais houve o adoecimento dos usuários e como se sentem e agem em relação aos sintomas e ao sofrimento, para compreender a doença e se

(co)responsabilizar pela produção de sua saúde no processo de cuidado (BRASIL, 2009, p. 17).

O conceito de escuta aqui aproxima-se do sentido que lhe confere a psicanálise, em nossas palavras: atenção profissional de natureza, simultaneamente, sensível e técnica, que parte dos conteúdos manifestos (queixas e sintomas) para conhecer e elaborar, junto com o paciente, os conteúdos latentes ou demandas que subjazem aos aspectos visíveis do sofrimento trazido ao clínico, são conteúdos somáticos e/ou psíquicos, experiências e modos de lidar com a vida e a saúde, que engendram o adoecimento e mantém ou intensificam sua sintomatologia. Não por acaso, Freud (1976a, p. 148) afirmava que “não se deve esquecer que o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente.”

As perspectivas da Clínica Ampliada foram formulados pela Política Nacional de Humanização – PNH (2009), enfrentando a fragmentação do processo de trabalho em saúde e a tendência, ainda dominante, de especialismos na formação profissional e nas práticas de saúde no SUS.

O intento da PNH foi, entre outros, valorizar as abordagens disciplinares integradas, atravessadas umas pelas outras, em busca de um manejo mais eficaz da complexidade do trabalho em saúde. Nesse sentido, a escuta clínica aparece como condição para alçar os usuários à posição de protagonistas, abrindo as posições mais estritamente disciplinares dos profissionais ao caráter heteróclito e multifacetado do processo saúde/doença.

Essas considerações sugerem que, além das dimensões técnicas e procedimentais, o trabalho em saúde é também, necessariamente, conversacional e transversal a vários conhecimentos profissionais, assim como aos saberes dos usuários sobre suas vidas e processos de saúde/doença.

É exatamente isso que impede pensar a Clínica Ampliada como panacéia no cuidado à saúde, uma vez que ela está subordinada à, pelo menos, duas condições básicas: posições ético-políticas favoráveis ao modelo de cuidado no qual a centralidade está no outro (usuários, suas famílias e comunidades); e posições disciplinares flexíveis dos profissionais, dispostas a ganharem porosidade, permitindo que atuem de maneira interdisciplinar e mesmo transdisciplinar, respectivamente: atuação aberta à intersecção e à composição entre conhecimentos e saberes distintos, e capacidade de gerar conhecimentos e métodos novos a partir das relações entre disciplinas e delas com os usuários.

Campos et al. (2014, p. 991) esclarecem que o exercício da Clínica Ampliada:

(...) pressupõe a existência de espaços coletivos, nos quais os profissionais, em equipe, possam exercitar sua capacidade de analisar e intervir em conjunto, refletindo sobre os efeitos de suas práticas, sobre o que se passa na relação entre a equipe e entre a equipe e os usuários, e deliberando coletivamente sobre isso. A gestão, entendida como o modo de operar no cotidiano, seria uma instância fundamental para interferir nos processos de subjetivação dos próprios profissionais, contribuindo para que eles participem da construção do sentido de seu trabalho e se sustentem como coprodutores de saúde junto aos sujeitos e às comunidades.

O trabalho em equipe e a escuta clínica constituem pilares da clínica na RAPS. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nessa medida, operam o cuidado por meio de equipes de referência aos casos, buscando pensa-los coletivamente e em interação com o território de saúde.

Na rotina do serviço é necessário que exista momentos coletivos e de esforço conjunto para produção e (re)construção constante do trabalho na equipe – nas relações e nas práticas – a partir da análise dos casos e da articulação de projetos terapêuticos singulares (PTS) dos pacientes. Trata-se de um arranjo compartilhado

de gestão do cuidado, potente para articular diferentes aspectos envolvidos no tratamento dos usuários, nas variadas situações e agravos à saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

As reuniões de equipe no CAPS buscam também a construção de zonas relacionais minimamente seguras aos trabalhadores e, sobretudo, espaços comunicacionais necessários à organização e à consecução do trabalho, inclusive para aumentar a potência dos profissionais em ultrapassar a posição exclusiva de especialista, pelo exercício continuado da inventividade, da capacidade de fazer escolhas e de tomar decisões coletivamente, produzindo formas de lidar com as variabilidades dos contextos de saúde e do processo saúde/doença (RAMMINGER; CRUZ DE BRITO, 2011).

Naturalmente, os processos de trabalho não são perfeitos, comportam insuficiências, divergências e frustrações, daí sua condição processual, a cada vez recomeçada, na tentativa de reter e aprimorar experiências e estratégias exitosas, bem como de reconfigurar as práticas que se esgotam e/ou se mostram infrutíferas.

Para a fonoaudiologia, pensar as bases e os sentidos de sua pertença ao campo da saúde mental implica, entre outras coisas, refletir sobre as concepções de linguagem (objeto da fonoaudiologia), de sujeito e de clínica que aí podem se assentar, de modo a fundamentar e pactuar propostas práticas de atuação nos diferentes pontos de atenção da RAPS.

A prática fonoaudiológica na saúde mental é interrogada pelo desafio de produzir estratégias compartilhadas de cuidado para, sobretudo, ampliar as condições e o repertório comunicacional, a circulação discursiva e social de sujeitos em sofrimento mental. Os profissionais da equipe de CAPSij, onde a presente pesquisa

foi realizada, percebem nas dificuldades de linguagem dos pacientes um dos principais entraves aos cuidados psicossociais e ao convívio social.

A questão da fonoaudiologia é, então, aportar conhecimentos e *expertises* clínicas sobre aspectos e dimensões envolvidos com a comunicação humana e com seus eventuais distúrbios, mas de modo a comporem com outros saberes da equipe do CAPSij na pactuação, fundamentação e construção de propostas práticas de cuidado às pessoas com transtorno mental, assim como na estruturação da escuta aos casos para elaboração e consecução dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs).

Estamos realizando essa aproximação entre fonoaudiologia e saúde mental sob o pano de fundo das noções de “núcleo” e “campo” propostas por Campos (2000). Segundo o autor, “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (op. cit., p. 220). A questão não é abdicar do fluxo criador de cada núcleo, mas produzir intersecção entre eles, agenciar, interferir nos núcleos disciplinares, permitindo que os campos de saber e de práticas profissionais do SUS vicejem. (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 77)

Como já ficou claro, o campo de interesse aqui é o da saúde mental – área de conhecimento e de práticas clínicas – e o núcleo é o da fonoaudiologia, disciplina responsável pelos estudos e pela clínica dos assim chamados distúrbios da comunicação humana. Comunicação humana entendida, nas palavras de Souza (2007, p. 35-6), como:

função e potência da linguagem, no sentido de um desejo inelutável, aquele de se comunicar com o outro e de por este ser acolhido, pois

esta é uma condição incontornável para a emergência e estruturação do humano.

Almeida (2010, p. 7) aponta para o fato de que o fonoaudiólogo, integrando equipes de CAPS, além de detectar e tratar alterações fonoaudiológicas, também precisa “estimular a comunicação e a circulação discursiva entre pacientes e destes com os familiares, profissionais e sociedade, intensificando os usos da linguagem (verbal e não verbal) e lançando luz sobre a importância da comunicação” na reabilitação de funcionalidades da linguagem das pessoas com transtornos mentais.

O fonoaudiólogo é um dos profissionais da equipe mínima do CAPSij. No entanto, sabemos que ainda há poucos fonoaudiólogos atuando nesses serviços. Almeida (2014, p. 29) identificou que somente em 31 (10,7%), dos 289 CAPS existentes no estado de São Paulo, há a presença de fonoaudiólogos, desses, 18 estavam no CAPSij, em menor proporção ainda em CAPS adulto e em CAPS álcool e drogas. Ampliar a presença da fonoaudiologia na saúde mental passará também por um trabalho interno ao núcleo disciplinar: pensar o trabalho no plano das relações em equipe e no campo da saúde mental – além da reabilitação de transtornos e sintomas na fala, na audição, na voz e na motricidade orofacial –, o que sugere maior trânsito por saberes e estratégias clínicas distintas daquelas usualmente realizadas pela fonoaudiologia. Significa construir abertura e flexibilidade para repensar a terapêutica disciplinar a partir da escuta à singularidade e às condições do sofrimento psíquico e social dos usuários da saúde mental, bem como em relação às condições e características dos serviços onde o fonoaudiólogo atue.

Desse ponto de vista, o fonoaudiólogo é convidado a romper uma suposta dicotomia entre reabilitação dos distúrbios da comunicação e atenção psicossocial, passando a considerar a linguagem como terreno comum, objeto de todos os núcleos

de saber do campo da saúde mental, embora abordado de formas distintas em cada disciplina.

Em outras palavras, há planos comuns que transversalizam as especialidades (sociais, biopsíquicos e da linguagem), são zonas de encontro e de construção de *comum* entre os profissionais de saúde, por isso configuram suportes ao trabalho em equipe, à escuta clínica e ao processo interdisciplinar de cuidado.

Por isso mesmo, enfrentar os problemas de linguagem dos usuários em sofrimento mental fará sentido se entendermos a linguagem em sua condição de processualidade humana, que opera como jogo diferencial de signos, engendrando “diferenças nos processos de singularização e de constituição subjetiva de pessoas e grupos, contornando as dimensões orgânica e simbólica do funcionamento do corpo humano.” (SOUZA, 2007, p. 36)

Se for assim, há uma relação intrínseca entre a estruturação da linguagem, do psiquismo e dos modos de relação com o outro (alteridade). A assunção dessa indissociabilidade pode ajudar a construir pertença da fonoaudiologia na saúde mental, colocando os saberes destinados a tratar dos chamados distúrbios da comunicação a serviço do campo da saúde mental, colaborando com a escuta às formas pelas quais os pacientes (e seus familiares) significam e enfrentam os estigmas e os sofrimentos trazidos pelos transtornos mentais.

A eloquência e os sentidos não estão, necessariamente, na fala dos pacientes, estão também no *não-dito* e em comportamentos cuja inteligibilidade encontra-se bloqueada pelo transtorno mental, seja ele acompanhado ou não por distúrbio de comunicação específico.

Na medida em que a fonoaudiologia participa ativamente desse debate no CAPSij e dos encaminhamentos clínicos que ele gera, o objetivo de nosso estudo foi

identificar como a equipe de saúde, a partir da escuta clínica aos casos, percebe a fonoaudiologia, sua função no trabalho multiprofissional e na consecução do cuidado.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo, com abordagem participativa e dialógica, realizada por meio de grupo de discussão com atores sociais de uma realidade local específica – equipe multiprofissional de um CAPSij.

A abordagem participativa possibilita a investigação de representações e orientações coletivas, estabelecendo relações de confiança e de reciprocidade entre pesquisadores e participantes da pesquisa no estudo de epifenômenos sociais determinados.

Daí decorre a razão de nossa metodologia: possibilidade de entrar em contato com uma realidade local e seus atores efetivos para responder às questões da pesquisa.

Participaram do estudo 21 profissionais da equipe técnica de um CAPSij da Grande São Paulo. Na ocasião, a lotação da equipe era de 26 trabalhadores: gestor da equipe, farmacêutico, técnico de farmácia, oficinairo e educador físico; dois enfermeiros, dois assistentes sociais, dois fonoaudiólogos, dois acompanhantes comunitários e dois psiquiatras; três terapeutas ocupacionais; quatro técnicos de enfermagem e quatro psicólogos. Os sujeitos da pesquisa, voluntariamente, dispuseram-se a participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não houve critério de exclusão. Em reunião geral do CAPSij, foram orientados sobre as etapas e procedimentos da pesquisa, que seguiu as normas aplicáveis às pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, parecer número 2.069.413, e registro na Plataforma Brasil CAAE: 55931716.4.0000.5482.

## Procedimentos

Foram realizados quatro encontros com a equipe do CAPSij no período de Agosto à Outubro de 2017, no horário de reunião geral, momento em que a maior parte dos profissionais da equipe encontra-se na unidade.

<b>Data</b>	<b>Encontros</b>	<b>Instrumento de Pesquisa</b>
08/08/2017 14h – 15h	Apresentação	Apresentação do Projeto de Pesquisa – TCLE
22/08/2017 14h – 16h	1º encontro	Grupo de discussão: world café
29/08/2017 14h – 16h	2º encontro	Grupo de discussão: aquário
19/09/2017 14h–15:30	3º encontro	Grupo de discussão: caso clínico - escuta e cuidado
10/10/2017 14h – 15:30	4º encontro	Grupo de discussão: fechamento do processo de pesquisa

Quadro 1. Detalhes dos encontros grupo de pesquisa – equipe.

Fonte: Elaborado pela autora.

A participação nos encontros esteve sujeita à organização da agenda de cada profissional no tocante à rotina do serviço. De modo geral, de dois a quatro profissionais ausentaram-se em cada encontro, devido a atendimentos de urgência, reuniões de caráter emergencial, entre outros compromissos inerentes ao cotidiano do trabalho na unidade.

## Grupo de discussão

Nesse estudo foram realizados quatro encontros do grupo de discussão com a equipe do CAPSij, em dois foram utilizadas estratégias de intervenção participativa

(descritas adiante) para efetuação do grupo de discussão, facilitando o desdobramento de questões clínicos-institucionais relacionadas à pesquisa.

O grupo de discussão é um instrumento que estabelece uma via de acesso e de reconstrução parcial de diferentes ambientes sociais e coletivos. A finalidade é entrar em contato com epifenômenos para analisar suas questões e variáveis durante a dinâmica (WELLER, 2006).

Esse procedimento de pesquisa concerne a processos discursivos interativos, nos quais “a opinião do grupo não é a soma de opiniões individuais, mas o produto de interações coletivas. A participação de cada membro dá-se de forma distinta, mas as falas individuais são produto da interação mútua” (WELLER, 2006).

Ainda segundo Weller (op. cit., p 245), Mangold (1960) abriu caminho para a discussão de aspectos importantes à essa modalidade de grupo, denominados *opiniões de grupo*, que “não são formuladas, mas apenas atualizadas no momento do encontro”, assim os participantes são entendidos como representantes do meio social do qual participam, e as *opiniões de grupo* são tomadas como representações coletivas.

## **Estratégia de Intervenção**

### ***World café – café colaborativo***

O primeiro encontro do grupo de discussão foi destinado ao *World Café (WC)* – *Café Colaborativo*, técnica de fácil utilização, que tem como objetivo criar um ambiente convidativo para uma rede viva de diálogo em que os participantes colaboram e se expressem a partir de perguntas disparadoras, focadas no objetivo da pesquisa e relacionadas – em nosso caso – à realidade cotidiana do serviço.

Estudos sobre metodologias participativas também destacam o World Café como uma técnica de diagnóstico e intervenção (BACCI et al., 2015) filiada à pesquisa participativa baseada na comunidade (CBPR), justamente pelo seu caráter colaborativo, no qual o pesquisador-participante convida a comunidade a se engajar e resolver problemas de maneira compartilhada – os *stakeholders* (BROOM et al., 2013; BULSARA et al., 2016).

Como resultado, espera-se que haja a ampliação do debate, da participação e da conexão entre os atores sociais envolvidos. O ambiente de conversa “entre colegas no café” quer fomentar a criatividade, favorecendo o mapeamento de necessidades e a resolutividade de problemas, assim como registros iconográficos e sínteses (BACCI; JACOBI; DOS SANTOS, 2013).

Em nossa pesquisa, o WC foi conduzido por uma pesquisadora-participante com o suporte de um observador. A sala foi adaptada com quatro pequenas mesas, preparadas para cinco ou seis integrantes em cada uma.

Os participantes atuaram em todas as mesas ao longo das rodadas de conversa, com exceção do chamado anfitrião, participante que permanece na mesa para receber os demais e sintetizar as ideias discutidas até aquele momento do rodízio das pessoas pelas mesas. Foram realizadas duas rodadas de perguntas formuladas previamente, a saber:

#### **Primeira rodada de questões**

- O que é escuta?
- Há escuta a usuários e familiares no trabalho da equipe? Quem escuta? O que se escuta? Como se escuta?
- A escuta produz efeitos concretos no cuidado aos usuários e seus familiares? Quais?

- A escuta produz efeitos nos profissionais e na equipe? Quais? Por que?
- Há uma estruturação da escuta pela equipe? Como isso se dá? O que facilita? O que dificulta?

### **Segunda rodada de questões**

- O que a fonoaudiologia tem a ver com ativação da escuta da/na equipe?
- Você percebe alguma contribuição específica da fonoaudiologia no processo de trabalho e no modo de escutar o usuário e seus familiares no CAPSij?

### ***Aquário ou Fishbowl Method***

O Aquário foi realizado na sequência e como desdobramento/aprofundamento do Word Café. O Aquário ou *Fishbowl Method* é uma técnica usada para gerenciar a discussão em um grupo, de maneira metódica, mas plural e democrática. O termo aquário está intrinsecamente ligado ao formato da atividade: com cadeiras desenha-se um círculo maior para todo o grupo e no centro desse círculo um “aquário” (círculo ou quadrado menor) se forma com o número de lugares reduzidos – em torno de quatro à cinco cadeiras (KNOWLEDGE SHARING TOOLKIT, 2016).

O formato em que há um grupo de discussão dentro do aquário e outro grupo de ouvintes ao redor possibilita uma estrutura crescente e de circulação de fala, na medida em que organiza um dentro e um fora do círculo, delimitando uma ética ao debate – para falar, o participante deve estar no aquário, escolhendo alguém que lá está por meio de um toque no ombro, que é senha para que aquele participante vá para o círculo maior, dando seu lugar de palavra; situação que se repete ao longo da dinâmica, fazendo com que um participante possa retornar ao debate várias vezes.

O aquário pode ser iniciado por um participante/facilitador, que expõe um tema e dispara a discussão, convidando os participantes ao centro. Embora em grande

parte o aquário seja auto-organizado, é importante um facilitador ou moderador para dar início à atividade. O aquário é quase sempre parte de um processo maior de diálogo e deliberação (KNOWLEDGE SHARING TOOLKIT, 2016).

Estudos descrevem o aquário como uma *encouraging techniques*, técnica de encorajamento gerado por um ambiente agradável de compartilhamento de ideias, um *brainstorming* em grupo, com natureza inclusiva na medida em que os participantes respondem uns aos outros sem a necessidade de um líder ou moderador da discussão (GARRISON; MUNDAY, 2012) (MILLER; BENZ, 2008).

Para utilização do Aquário, a sala foi preparada de modo que ao centro ficaram quatro cadeiras (formando um quadrado). Uma pesquisadora-participante abriu o debate com uma breve reflexão sobre os pontos discutidos no encontro anterior (World Café). Os cartazes síntese do WC ficaram dispostos em volta do aquário como memória das reflexões e sínteses precedentes.

### **Análise dos dados**

A análise de conteúdo seguiu o proposto por Bardin (2004): - pré-análise, com leitura flutuante dos vídeos e do diário de campo; - preparação do material; - construção dos dados brutos (corpora) com dimensões e direções de análise; - tratamento do material e estabelecimento de regras de recorte para categorização e codificação do material.

As categorias e subcategorias delineadas foram:

#### **Categoria: conceito de escuta**

- Subcategorias: quem escuta; e conteúdo da escuta

#### **Categoria: a escuta no processo de trabalho**

- Subcategoria: facilitadores e dificultadores

**Categoria: efeitos da escuta**

- Subcategorias: efeitos da escuta nas famílias e usuários; e efeitos da escuta na equipe

**Categoria: contribuição da fonoaudiologia no processo de trabalho**

- Subcategoria: como a fonoaudiologia contribui no modo de escutar

O diagrama abaixo sintetiza o processo acima descrito:

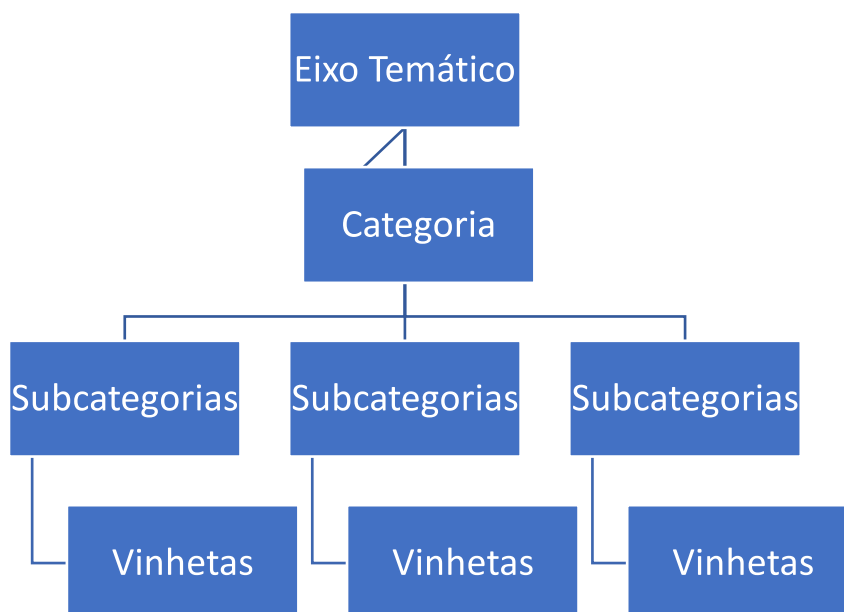


Figura 2. Fluxo da análise de conteúdo.

Fonte: Elaborado pela autora.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

Apresentaremos os resultados e a discussão conjuntamente, em função do caráter enunciativo e dialógico do material. Alguns enunciados da equipe do CAPSij (vinhetas selecionadas) aparecerão em mais de uma categoria e/ou subcategoria analítica, uma vez que, no âmbito do contexto conversacional, certas perspectivas e argumentos são transversais em relação aos temas tratados.

O CAPS, como dispositivo de inversão da lógica manicomial hospitalocêntrica, sustenta-se pelo trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, sem institucionalização por internação dos pacientes. Orienta-se pela lógica da ação em rede, reconhecendo os usuários como sujeitos de direitos, buscando torná-los protagonistas de suas histórias pessoais e de seu cuidado em saúde.

O CAPSij investigado anuncia-se nessa lógica e a escuta clínica aparece, na fala de seus profissionais, como inerente ao processo de trabalho em saúde mental.

### **Categoria: conceito de escuta**

Na concepção da equipe, a escuta clínica transita da abertura e disponibilidade ao outro à significação daquilo que se escuta como *material* de trabalho imprescindível ao campo da saúde mental:

*- a escuta é o material de trabalho na saúde mental da infância e da adolescência. Sem escuta o CAPSij não funciona, não tem trabalho, nem o acolhimento começa.*

*- Se não escutarmos o usuário não há como intervir. É a partir da escuta que montamos o PTS.*

É no campo da escuta que os conteúdos latentes são tangenciados, fazendo circular afetos e produzindo efeitos terapêuticos.

- *A escuta parte do interesse e da disponibilidade dos profissionais, da possibilidade psíquica e de afecção [potência de afetar e ser afetado].*

- *A escuta produz afetos positivos e negativos, que serão elaborados no processo.*

A equipe do CAPSij valeu-se e deu centralidade à escuta para falar de seu trabalho, situando a escuta no plano dos afetos. Aliás, o termo *afeto* comparece várias vezes nas falas da equipe. Seu emprego ora designa sentimentos advindos da relação com os casos, ora indica modificações na percepção e na compreensão sobre os pacientes.

- *Escutar é se afetar.*

- *A escuta parte do interesse e da disponibilidade profissional, mas também das possibilidades psíquicas e de afecção da/na equipe.*

O filósofo Baruch Spinoza conceitua afeto como condição de possibilidade dos corpos vivos, uma potência bivalente: afetar e ser afetado por outros corpos. Os afetos são forças capazes de alterar o estágio anterior de um corpo, provocando marcas diferenciais em sua trajetória: novos *modos de existência*, outros *modos de ser* (SPINOZA, 2009).

Sabemos que a potência afetiva remete a uma condição primordial do fazer clínico: instigar processos de diferenciação nos pacientes, como forma de enfrentamento e de elaboração de suas demandas. Naturalmente, o processo afetivo supõe efeitos no paciente e no terapeuta, no sentido mesmo que lhes conferem os conceitos psicanalíticos de transferência e de contratransferência, respectivamente:

zona de atualização e de elaboração de conteúdos psíquicos do paciente, provocada pelo terapeuta e com ele identificada; e atualização de conteúdos psíquicos do próprio terapeuta quando é afetado pelos conteúdos do paciente. Na psicanálise, a contratransferência precisa ser trabalhada e controlada pelo analista para que não provoque efeitos indesejados no processo analítico do paciente.

A equipe do CAPSij aponta para o campo dos afetos na condição de dinâmica transferencial ativada pela escuta clínica:

- *escutar é acolher o usuário e interpretar os seus conteúdos, suas demandas, para ajuda-lo a elaborar os acontecimentos de sua vida.*
- *A escuta dá oportunidade de fala ao outro, possibilitando a autorreflexão, que seus conteúdos psíquicos o afete. É usar a fala do usuário como instrumento para que ele também se escute.*
- *A escuta se dá no encontro, por isso ela implica a contratransferência.*

A doença e o sofrimento mental dos pacientes podem ser vistos por eles e seus familiares como problema individual, que desarranja a vida. Seria possível admitir, com Benevides e Passos (2004, p. 167), que ao desestabilizar essa realidade, a escuta (associada a outros dispositivos clínicos) promove *processos de produção* no plano das práticas clínicas e no plano do *cuidado de si* por parte dos pacientes e de seus familiares, abrindo o cuidado à elaboração das determinações (inter)subjetivas, contextuais e sociais dos agravos à saúde. As falas da equipe parecem ir nessa direção.

- **Subcategoria: quem escuta**

Quando investigamos a percepção da equipe sobre *quem escuta* observamos certa ambiguidade. Algumas falas são inespecíficas e tendem ao senso-comum, enquanto outras reconhecem a condição de *saber escutar* como resultante de competências profissionais desenvolvidas para que, efetivamente, a escuta possa ter dimensão clínico-terapêutica e institucional.

Além disso, há também a percepção de que, apesar da escuta ter especificidades em cada especialidade, há efeitos coletivos, uma espécie de escuta da equipe, nascida do trabalho conjunto e das relações entre os conhecimentos e práticas da equipe do CAPSij:

*- para ser terapeuta tem que saber escutar.*

*- Se pensarmos no modo como a saúde pública está programada para funcionar, todos deveriam escutar, desde a recepção, a faxina até os profissionais que estão atendendo os casos.*

*- Toda a equipe escuta, mas tem diferença pela especificidade.*

*- Nos preocupamos com a nossa escuta e com a do outro, a escuta tem seu lado coletivo, porque a gente é o serviço [e o serviço está estruturado pelo trabalho em equipe e por uma lógica institucional].*

Embora a centralidade da escuta seja consensual, os sentidos da escuta parecem variar e mesmo apontar necessidades de reflexão para o uso mais pleno do dispositivo, tanto em nível das práticas terapêuticas, quanto em seus possíveis sentidos e empregos institucionais.

- **Subcategoria: conteúdo da escuta**

Destaca-se, no trecho a seguir, o processo que transforma a literalidade dos conteúdos trazidos pelos pacientes e/ou familiares em apreensão de demandas, corroborando a ideia de que a escuta clínica é dada pela capacidade de interpretação de enunciados, condutas e comportamentos, de modo que se escute o “não-dito”:

*- em primeiro lugar escutamos as queixas e depois as traduzimos em demandas. As demandas não chegam direto, o que se apresenta são as queixas dos usuários e das famílias, justamente porque não conseguem ou não podem, de saída, formular suas demandas. Nós interpretamos as queixas para acessar e entender as demandas.(...)*

Duas outras noções cruciais para o campo da escuta clínica comparecem na conversação da equipe: reconhecimento de que é preciso escutar potências de saúde no sofrimento; e limites da equipe em relação àquilo que não se sustenta/suporta escutar.

*- Temos que escutar também as potencialidades, se não fica somente na doença e não na produção de saúde.*

*- Tem conteúdos que não queremos escutar, para não aprofundar.*

Sobre os limites da escuta, observamos que a equipe atribui a impossibilidade de entrar em contato com alguns conteúdos dos usuários à intensidade de demandas de cuidado que os usuários suscitam: campo relacional fortemente habitado por crises, assim como histórias de internações e de vidas atravessadas, permanentemente, por sofrimento, angústia e, em casos mais graves, pela

devastação psíquica provocada pela agudeza dos sintomas, dos efeitos relacionais e sociais que produzem.

### **Categoria: A escuta no processo de trabalho**

Aqui, novamente aparece a noção de que a escuta oferece material decisivo para que o trabalho aconteça, ao mesmo tempo em que o qualifica.

- *Sem escuta o CAPSij não funciona, não há material para trabalhar. Só há trabalho em equipe a partir da escuta.*
- *A qualidade do tratamento ofertado se pauta na escuta.*
- *A escuta é uma potente intervenção no cuidado. A escuta valida fala, sentimento e pensamento. Quando oferecemos escuta qualificada, estamos cuidando. Não usamos outra tecnologia rebuscada. A escuta é nosso instrumento precioso. Ao menos para o psicólogo, a escuta é tudo que a gente pode fazer para entrar em relação com os pacientes: ter escuta e qualificar essa escuta.*

Some-se aí a percepção de que a escuta atravessa todo percurso feito pelo usuário desde a chegada ao serviço, e está presente em todos os dispositivos operados pela equipe.

- *Se pensarmos na saúde pública, no modo como está estruturada, a escuta deve acontecer do começo (...) até a alta.*
- *A escuta acontece em muitos momentos do trabalho: nas reuniões de equipe, na supervisão clínica (que não temos mais!),*

*no acolhimento aos pacientes e às famílias, nas diferentes modalidades de atendimento.*

Na perspectiva da equipe, a escuta também se configura como “espaço” de acolhimento:

*-escutar é acolher o usuário e interpretar os seus conteúdos, para que ele possa elaborar os acontecimentos de sua vida. A escuta é um espaço também.*

A compreensão de que há modulação e refinamento da escuta pela equipe, na intersecção de diferentes saberes profissionais e com os usuários, reitera a ideia de que as interações interprofissionais podem configurar sentidos próprios e conhecimentos interdisciplinares, que requalificam a formação e a atuação de cada profissional.

*- O olhar amplia e a escuta se potencializa nas trocas entre os saberes. O olhar vai se aprimorando e a escuta se refinando. Nesse processo, ampliamos nossos horizontes. O psicólogo não é somente um psicólogo, porque tem outras práticas e saberes também.*

- **Subcategoria: facilitadores e dificultadores**

A equipe aposta na articulação de saberes como potência resolutiva para as questões dos usuários e seus familiares.

*- Nenhum saber sobrepõe o outro. A equipe multiprofissional articula saberes para a resolução das questões que os familiares e pacientes trazem.*

No entanto, reconhece-se tensões entre a escuta da equipe e a angústia na definição de ações para certos processos de cuidado:

- *o problema é quando não sabemos como responder àquilo que escutamos.*
- *Os momentos de incerteza são os mais difíceis para nos escutarmos em equipe.*

As vinhetas acima sinalizam dificuldades na construção de alguns projetos terapêuticos em equipe. O profissional de referência do caso é o responsável por monitorar o cuidado ao usuário e sua família. Cada CAPS desenha, de acordo com o projeto terapêutico institucional, arranjos de trabalho para operacionalizar os PTSs com os usuários. Entretanto e apesar dos arranjos terapêuticos, o risco de sentir-se sozinho às vezes permanece:

- *dependendo de como se afeta e assume o caso, corre-se o risco de ficar sozinho como profissional-referência do usuário.*

Por outro lado, há também indícios de limites à escuta em função de hierarquias indesejáveis.

- *Tem a dificuldade de se colocar, de falar, é um receio de como serei escutado.*
- *Eu já desisti de falar em nossa reunião de equipe, quando vou falar interrompem ou me controlam dizendo: “para!” Tudo bem, eu não sou letrada, mas deveria ser uma coisa de equipe.*

O trecho acima é de uma acompanhante comunitária, função de formação técnica (ensino médio), uma espécie de acompanhante terapêutico sob a supervisão de profissional com formação universitária.

A palavra a ser escutada deveria ser de todos, nas palavras da colega: “*uma coisa de equipe*”, mas os profissionais de nível não-universitário sentem-se submetidos a uma cultura institucional hierárquica, na qual o profissional universitário se colocaria em posição de superioridade, consciente ou inconscientemente.

### **Categoria: efeitos da escuta**

- **Subcategoria: efeitos da escuta nas famílias e usuários**

Sem escuta qualificada o trabalho em saúde tenderia a perder qualidade:

*- a qualidade do tratamento ofertado é afetado pela escuta.*

É interessante notar o entendimento da equipe de que o encontro com o outro pode ou não afetar aquele que, clinicamente, escuta. Este é um fato que não pode ser totalmente controlado pelo profissional, mas precisaria ser objeto de reflexão do profissional e da equipe, na tentativa de entender as dificuldades na estruturação do vínculo e de fazer os encaminhamentos para superar a questão. No entanto, às vezes isso não aparece como empecilho à escuta por parte de profissionais.

*- Escutar é se afetar com o que o outro fala, não é em todo caso que seremos afetados, mas o fato de legitimarmos o sofrimento e a fala dos usuários já é escuta.*

Por outro lado, quando a escuta é capaz de afetar o terapeuta e a equipe, o vínculo terapêutico se efetua de maneira mais consistente, produzindo efeitos terapêuticos:

*- a escuta efetiva tem efeitos visíveis na dinâmica familiar, no entendimento das dificuldades da criança e na relação.*

A equipe afirma também que a escuta convoca os núcleos disciplinares para o campo de jogo da saúde mental.

*- Eu acho que a escuta da fonoaudióloga tem um peso no trabalho com os usuários. Isso tem! A expectativa dos pais para a fala é grande. Mas entre os profissionais e na equipe, não tem diferença.*

*- A possibilidade de compor saberes para escutar e cuidar do usuário é importante. É preciso entender as diferenças da percepção do psicólogo, enfermeiro e outros profissionais na composição do trabalho.*

*- Toda a equipe escuta, mas tem diferença pela especificidade.*

- **Subcategoria: efeitos da escuta na equipe**

A equipe percebe que sua escuta produz efeitos nos pacientes, que respondem pelo olhar, no jogo simbólico e/ou pela fala. O protagonismo que reparam nos pacientes é distinto daquele que notam nos familiares. Empoderar os pais é entendido como ação de proporcionar às famílias espaços de escuta, condições e oportunidades para adquirirem novos repertórios, que impactem positivamente a qualidade das relações na família, com os filhos e com a comunidade.

Aqui, a escuta é vista como dispositivo de fomento ao protagonismo das famílias na luta pela garantia de direitos.

*- A escuta possibilita empoderamento aos pais, que passam a conhecer e buscar os seus direitos.*

- *A escuta tem efeitos visíveis na dinâmica familiar, no entendimento das dificuldades da criança e nas relações.*

### **Categoria: contribuição da fonoaudiologia no processo de trabalho**

- *É fundamental o trabalho do fonoaudiólogo no CAPSij, porque a queixa principal com a qual as crianças chegam é o atraso na fala.*

- *A gente percebe a contribuição específica da fonoaudiologia no processo de trabalho, principalmente quando a criança já foi avaliada por outros profissionais e a equipe fica com dúvidas sobre o diagnóstico. A fonoaudiologia ajuda a especificar se a dificuldade é, prioritariamente, orgânica, simbólica ou comportamental.*

- *A contribuição específica da fonoaudiologia é a avaliação criteriosa para o diagnóstico diferencial em equipe.*

A capacidade de mediar processos comunicativos diante de situações complexas também é atribuída à fonoaudiologia:

- *a nossa maior população atendida é de Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), e as dificuldades de comunicação são muito intensas. Como a criança não consegue se comunicar e, às vezes, fica agressiva, é a fonoaudióloga que pode ajudar.*

- *O fonoaudiólogo interpreta a fala com distúrbio.*

*- A fonoaudióloga dá suporte técnico do caso à equipe, ajudando no cuidado com o usuário e nas discussões de caso com a rede [de serviços que o usuário utiliza].*

Em alguns enunciados, o saber do fonoaudiólogo sobre determinados aspectos orgânicos do desenvolvimento infantil sugerem que a relação de *núcleo* (fonoaudiologia) com o *campo* (saúde mental) é uma composição que permite pensar dinamismos biopsíquicos, podendo gerar melhores decisões de cuidado aos usuários.

*- A fonoaudiologia tem instrumental específico, que contribui no olhar sobre o orgânico, para avaliar a linguagem, questões orais, fala e audição.*

*- A escuta mudava quando atendia e realizava acolhimentos em parceria com a fonoaudióloga, porque ela tem um olhar refinado para o desenvolvimento neuropsicomotor.*

*- O psicólogo vai até certo limite, depois é específico do fonoaudiólogo. Somente ele saberá a fundo o que fazer com um atraso de linguagem, com a disfagia e com outras questões específicas.*

Corpo e psiquismo parecem terreno fértil para pensar a escuta enquanto arena de questões do campo da saúde mental. Sigamos um pouco mais.

*- (...) Eu recordo de um menino que veio encaminhado como se tivesse transtorno alimentar, só tomava líquidos. No processo de avaliação, a fonoaudióloga pediu para ele abrir a boca, e não tinha passagem para os alimentos sólidos. O menino tinha amígdalas enormes! Não era transtorno alimentar por conta de*

*questões psicológicas, mas um impedimento orgânico. Se não tivesse uma fonoaudióloga, como psicóloga, eu não pediria para abrir a boca, para mim era uma questão apenas emocional.*

*Algumas famílias reivindicam o atendimento fonoaudiológico no CAPSij, porque entendem que o atraso na fala é a única dificuldade da criança, mas durante a avaliação observamos também questões de ordem psicossocial, comportamental, entre outras. O fonoaudiólogo, então, compõe o cuidado.*

Escuta diferenciada à linguagem, além da capacidade de considerar seus aspectos orgânicos e funcionais, integram os sentidos com os quais a equipe considera o saber fonoaudiológico e suas contribuições à estruturação da escuta coletiva aos casos.

*- Na avaliação de uma criança com alterações auditivas e de linguagem, rapidamente convocamos a fonoaudióloga, pois ela tem escuta diferenciada para a linguagem.*

*- A minha escuta à criança mudou depois de trabalhar com uma fonoaudióloga, porque ela olha a criança de outro jeito, integrando ao psíquico os aspectos orgânicos envolvidos na linguagem.*

*- A escuta da fonoaudiologia amplia o olhar da equipe para os usuários e suas famílias, interferindo na intervenção multiprofissional.*

Pelo que se viu, pode-se dizer que existe certa insistência na dicotomia entre orgânico e psíquico, o que tende a colocar o orgânico relativamente fora do alcance

da escuta da equipe, sendo a especificidade da fonoaudiologia uma espécie de articulador. Mas, nos colocarmos em atenção ao outro não convoca ao corpo, e nele à dimensão psíquica? Em outras palavras, o psiquismo não é um modo especificamente humano de funcionamento do corpo? Se for assim, certos dilemas, que ainda estão na base disciplinar da formação dos profissionais da saúde, permanecem como desafio a ser enfrentado.

- **Subcategoria: como a fonoaudiologia contribui no modo de escutar**

A escuta clínica é pensada pela equipe como espaço comum no campo da saúde mental. Os núcleos disciplinares contribuiriam com refinamentos técnicos.

*- A escuta não é só da nossa área (fonoaudiologia). A escuta a gente vai qualificando e trabalhando no espaço (setting) em que estamos.*

A equipe compreende que há uma contribuição ativa da fonoaudiologia no modo de escutar o usuário, na composição de saberes disciplinares, nas abordagens terapêuticas, no suporte técnico à rede para discussões e articulações intersetoriais.

*- Dentro de uma equipe que tem uma proposta transdisciplinar como o CAPSij, a fonoaudióloga ativa a escuta e o olhar especializado para a linguagem, para o motor oral e para a audição.*

*- A fonoaudióloga dá suporte técnico do caso para a equipe, ajudando no cuidado com o usuário e nas discussões de caso com a rede.*

É a partir dessa “concretude” que a fonoaudiologia parece operar na equipe e na construção da escuta aos usuários e à própria equipe.

*- A fonoaudiologia ativa a escuta na equipe ao compor com um olhar diferenciado e ampliado.*

*- Eu gostava muito quando a fonoaudióloga entrava no grupo e falava: “essa criança tem tal dificuldade, você pode brincar e trabalhar assim!”*

*- Eu aprendi muito com a fonoaudióloga, entendi algumas dificuldades primárias das crianças, referentes à deglutição, à linguagem e à comunicação, porque ela compartilhava o conhecimento.*

## CONCLUSÃO

O estudo sugere que, sem o trabalho em equipe – na perspectiva da clínica ampliada – o trabalho no CAPSij não aconteceria de forma qualificada sob os marcos da RAPS e do SUS.

A escuta clínica aparece como condição do cuidado para dar conta da multiplicidade de fatores implicados com os transtornos psíquicos. Naturalmente, é preciso disponibilidade e sensibilidade para se colocar à escuta mas, se isso é necessário, não é suficiente para que a escuta cumpra a função de transitar dos conteúdos manifestos aos latentes, permitindo as mediações que conduzem à elaboração das demandas clínicas. Há um *modus operandi* e técnico da escuta, que gera interpretações do que não é dito pela literalidade das palavras, numa relação intrínseca entre a estruturação da linguagem, do psiquismo e dos modos de relação com o outro.

A assunção dessa indissociabilidade ajuda a construir pertença da fonoaudiologia na saúde mental, colocando os saberes destinados a tratar das dificuldades de comunicação a serviço do campo da saúde mental, colaborando com a escuta e o cuidado, pelos quais os pacientes (e seus familiares) significam, enfrentam e superam estigmas e sofrimentos trazidos pelos transtornos mentais.

## **Trabalho fonoaudiológico e escuta clínica em equipe de saúde mental: percepção de pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (Estudo 2)**

### **INTRODUÇÃO**

Na perspectiva das políticas da saúde mental brasileiras, o transtorno do espectro do autismo (TEA) é um agravo de início muito precoce, daí ser também incluído na categoria dos transtornos do desenvolvimento. Essa expressão designa um quadro de alterações qualitativas na interação social, nos processos cognitivos, no comportamento, na comunicação e na linguagem, com curso a partir da primeiríssima infância.

De acordo com proposições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente com a “Linha de cuidado às pessoas com TEA e seus familiares”, os transtornos mentais são definidos como:

(...) alterações da experiência subjetiva e do comportamento que se manifestam independentemente das causas subjacentes, sejam estas biológicas, psicológicas ou sociais; são categorias descritivas e não explicativas ou etiológicas – para tanto adota-se o termo “transtorno” e não “doença”, visto que este último termo pressupõe etiologias ou fisiopatologias biológicas conhecidas, o que não é o caso da maioria dos transtornos mentais. (BRASIL, 2015, p. 31)

A história e a vivência apresentadas pela criança com TEA e seus familiares são primordiais ao diagnóstico e à construção de propostas terapêuticas alinhadas às necessidades de cada criança. A multiplicidade de fatores etiológicos sem consenso e a diversidade de características clínicas do TEA convocam a equipe de saúde

mental à construção de espaços de avaliação e intervenção cada vez mais interdisciplinares, na lógica da clínica ampliada, por meio da qual a composição de saberes dos núcleos profissionais se justapõem para, entre outras coisas, criar uma escuta clínica singular ao campo da saúde mental.

A proposta de intervenção da RAPS, nos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij), para as crianças com TEA e suas famílias está pautada na integralidade do cuidado, o que supõe, entre outras coisas, a centralidade dos usuários no processo de cuidado, o reconhecimento deles como sujeitos de direitos, garantindo que a atenção psicossocial seja pautada por ações de inclusão social, rompendo com práticas asilares de internações prolongadas.

No CAPSij onde a pesquisa foi desenvolvida há rotinas estruturadas de cuidados para crianças com TEA e seus familiares, até porque a maior parte dos casos atendidos nesta unidade são de TEA<sup>10</sup>. As tecnologias de cuidado ofertadas são pensadas e articuladas a partir de avaliações, discussões e condutas clínicas em equipe.

As referidas rotinas de cuidado sustentam-se na integração de várias perspectivas: escuta clínica de orientação psicanalítica; estratégias de integração sensorial, estratégias de comunicação suplementar/alternativa aos pacientes com alterações relevantes de comunicação; tratamento médico medicamentoso; e uso de procedimentos de reabilitação cognitiva e social de inspiração interacionista e/ou comportamental.

Essa direção do processo de cuidado, como mencionado, vai ao encontro da proposta do SUS para as pessoas com TEA, na qual sugere-se integrar o tratamento às dimensões subjetiva e social, por meio da produção de estratégias para

---

<sup>10</sup> Em torno de 42% da população atendida, de acordo com levantamento da gestão da unidade em 2017.

potencializar a inserção e a capacitação para vida social, estimulando autonomia e independência (BRASIL, 2015). Assumir tal perspectiva, na condição de orientadora do cuidado, corresponde a reconhecer a pessoa com TEA como sujeito histórico-social capaz de aprendizagem, de inclusão e de circulação social.

Sendo assim, estabelece-se que não deve existir uma única abordagem a ser privilegiada no tratamento ofertado pelos CAPSij, nem projetos terapêuticos fechados à possibilidades de mudanças e à reorientações para atender às demandas das crianças com TEA. Isso faz lembrar que essas crianças precisam não apenas do cuidado psicossocial oferecido pelo CAPSij, mas também, por exemplo, da pediatria na atenção básica, da odontopediatria, na atenção especializada e, claro, atendimento da alta complexidade em alguns casos e/ou em certos momentos.

Tais considerações alinham-se à recomendação de que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a criança com TEA seja pensado em função das várias abordagens disponíveis aos serviços do SUS.

Cabe destacar que o PTS é um plano terapêutico com os objetivos, os componentes e as modalidades (individual/grupal) de atendimento, construído a partir da singularidade de cada usuário, com a participação direta dos cuidadores/familiares nos casos em que isso for necessário. O PTS funciona de maneira dinâmica, transformando-se de acordo com o desenvolvimento da criança com TEA e das respostas ao tratamento. No CAPSij, via de regra, dois profissionais assumem a função de profissionais referências para cada caso, sendo responsáveis também pelo monitoramento e reavaliação das práticas voltadas à inserção e circulação social dos pacientes.

Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2016, p. 149) sugerem que:

crianças e adolescentes são sujeitos em desenvolvimento e as diferentes etapas deste desenvolvimento influenciam sua vulnerabilidade aos problemas de saúde mental, como esses se manifestam e qual a melhor maneira de trata-las.

Essa afirmação corrobora a adoção de projetos terapêuticos singulares e dinâmicos às pessoas com TEA, o que requer práticas terapêuticas capazes de articular diferentes saberes disciplinares para dar conta das muitas variáveis implicadas com os processos de desenvolvimento dessas crianças e adolescentes.

É importante destacar que os CAPSij tem contornos institucionais próprios, desenhados a partir das particularidades de seu território e circunscritos no projeto terapêutico institucional. No entanto, ao menos uma dimensão parece ser comum a todos eles: a escuta clínica. Ela é fio condutor do cuidado em saúde mental, na medida em que é condição de possibilidade para transitar dos conteúdos manifestos (sintomas e queixas) aos conteúdos latentes ou demandas clínicas dos casos, que concernem aos modos de produzir, manter ou intensificar, significar, elaborar e lidar com as questões e o sofrimento por parte dos pacientes e seus familiares.

Em outras palavras, é em função da escuta clínica que os CAPSij constituem seus pilares de sustentação de uma clínica ampliada e compartilhada. A escuta aos usuários caracteriza-se como ponto de partida, condição de sustentação do trabalho e da compreensão das condições psíquicas, digamos assim, intra e intersubjetivas.

Os modos de operar o cuidado em equipe no CAPSij interfere diretamente na prática clínica de todos os profissionais de suas equipes de saúde. Nessa pesquisa, o objetivo é identificar a percepção de pais de crianças com TEA sobre o trabalho fonoaudiológico – suas contribuições e funções – na equipe multiprofissional do

CAPSij, procurando observar efeitos da escuta clínica na compreensão e no discurso parental sobre o trabalho que lhes é ofertado.

## MÉTODO

A pesquisa configura um estudo de caso, delineado por abordagem participativa e dialógica com atores sociais específicos: pais de crianças com TEA em um CAPSij.

A abordagem participativa em pesquisa fornece condições para os pesquisadores investigarem representações e orientações sociais de coletivos, por meio de relações de reciprocidade entre pares (pesquisadores e participantes), com finalidade de identificar e/ou compreender epifenômenos sociais, respondendo questões e construindo possíveis encaminhamentos estratégicos às problemáticas estudadas. É nesse medida que essa abordagem metodológica se impõe ao nosso estudo: possibilidade de entrar em contato com uma realidade local e, em conjunto com seus atores, construir respostas às questões da pesquisa.

O caso em estudo contou com a participação de nove pais de crianças com TEA atendidas em CAPSij. O critério de inclusão foi de pais de crianças com cadastro ativo e que estivessem, de 2014 até a ocasião da coleta de dados da pesquisa (setembro/2017), em atendimento fonoaudiológico nas modalidades individual e grupal. Retroagindo à 2014, buscamos garantir a presença de alguns pais que possuíssem vivência institucional mais extensa no CAPSij (ao menos três anos), permitindo que, no grupo de pais, houvesse conhecimento sobre as características e rotinas do serviço e do trabalho em equipe multiprofissional.

Por sua vez, os critérios de exclusão foram de pais de crianças que se desligaram da instituição no período considerado, ou casos em acolhimento institucional sob tutela do Estado, uma vez que a possibilidade de contato estaria limitada ou impedida, por razões de desligamento do CAPSij ou por injunções jurídicas.

Os participantes foram orientados sobre os procedimentos da pesquisa, que seguiu as normas aplicáveis às pesquisas com seres humanos, sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa na instituição universitária de origem, com o parecer de número 2.069.413, registrado na Plataforma Brasil CAAE: 55931716.4.0000.5482.

### **Procedimentos**

Foram realizados dois encontros com os pais em setembro de 2017, em horários previamente agendados, conforme descrito no quadro abaixo.

05/09/2017 14h – 16h	1º encontro	Grupo de Pais de usuários do CAPSij	Grupo Focal: painel integrado
26/09/2017 14h – 16h	2º encontro	Grupo de Pais de usuários do CAPSij	Grupo Focal: jornal comunitário

Quadro 2. Detalhes dos encontros grupo de pesquisa – pais.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os pais convidados ao estudo foram selecionados com a colaboração de profissionais da equipe do CAPSij. Vinte e cinco pais de crianças, que estavam em atendimento fonoaudiólogo individual e grupal no período definido foram selecionados. A solicitação de colaboração aos profissionais de referência dos casos se deu pelo fato de que conheciam as situações das crianças, as estratégias de cuidado e os PTS dos usuários, podendo contribuir com a aplicação adequada dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Foi realizado o contato telefônico com os pais dos vinte e cinco pacientes, doze aceitaram e confirmaram a participação na pesquisa. Entretanto, apenas nove pais participaram efetivamente do estudo.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de maneira voluntária e foram orientados sobre todas as etapas e procedimentos da pesquisa.

## **Estratégias de Pesquisa**

### **Grupo focal**

O grupo focal baseia-se na tendência humana em formar opiniões na interação com outros indivíduos (GIATTI et al., 2010), é uma técnica sensível à coleta de dados por meio de interações coletivas acerca de um ou mais tópicos focais sugeridos pelos pesquisadores.

Gondim (2002, p. 151) diz que o grupo focal “como técnica ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade”, permitindo compreender construções e percepções coletivas, atitudes e representações em um determinado contexto.

O pesquisador ocupa a função de facilitador do debate e do jogo de interinfluências na modulação de opiniões e posições sobre um determinado tema. A realização dos grupos focais, de forma isolada ou combinada com outros instrumentos de coleta de dados, demonstra-se útil na pesquisa em saúde para captar a complexidade do objeto de pesquisa em seus aspectos dinâmicos e processuais (TRAD, 2009).

Nesta pesquisa, a coleta de dados se deu por meio de grupo focal e de estratégias metodológicas auxiliares, usadas como facilitadores, nomeadamente: painel integrado e jornal comunitário.

O painel integrado, por sua vez, é um instrumento participativo, que promove a comunicação, a participação, a cooperação e a integração de saberes entre os

participantes. É uma estratégia para apreender respostas de atores sociais relativas a conhecimentos prévios, assim como para ajudar na identificação da construção de novos conhecimentos, percepções e posições sobre determinado tema (GIATTI et al., 2010).

No painel integrado, o grupo é dividido em subgrupos de dois à seis participantes, o pesquisador entrega questões (elaboradas previamente) para cada grupo. Cada participante, na medida em que entra em contato com as respostas do(s) outro(s) subgrupo(s) pode produzir reflexões, mudanças, construir e atualizar conhecimentos e opiniões.

A expressão “painel integrado” revela seu objetivo: integração de conceitos e conhecimentos, podendo ser utilizado para inserir assuntos no debate, integrar o grupo e os conceitos, ideias e/ou conclusões produzidas, assegurando o envolvimento de todos e a aproximação dos participantes a determinado tema focal (INOCENTE; CASTAMAN; VIEIRA, 2017).

No grupo focal, o painel integrado foi usado, portanto, como instrumento de diagnóstico sobre o conhecimento prévio dos pais acerca do trabalho da equipe do CAPSij: diferenças entre as especialidades que compõem a equipe, escuta e cuidado fonoaudiológicos e da equipe.

Nessa etapa, foram realizadas questões mais diretivas sobre o trabalho em equipe:

- Vocês sabiam que são atendidos por equipe? Se sabiam, o que sabiam?
- Vocês sabiam que a equipe discute os casos? Que ela pensa nas terapias, estratégias e encaminhamentos? O que vocês acham disso?
- No trabalho em equipe, o que para vocês funciona bem?
- O que mais dá resultados no trabalho terapêutico? Por que?

- Sempre funciona? Às vezes funciona? Conseguem exemplificar?

Em uma segunda etapa, questões sobre a percepção das especialidades e sobre o trabalho fonoaudiólogo foram contempladas:

- Vocês conseguem distinguir os trabalhos dos profissionais da equipe: médico, psicólogo, fonoaudiólogo e outros?
- Se sim, por que? Como? Exemplos?
- Como vocês percebem o trabalho da fonoaudiologia: atendimento individual, grupal? O que vocês percebem?
- Vocês acham que a fonoaudiologia entende as necessidades de vocês e de seus filhos? Se sim, o trabalho do fonoaudiólogo faz alguma diferença? Por que?

No segundo encontro do grupo focal elaboramos o jornal comunitário com os pais. O jornal foi usado como estratégia para aquecer o debate e construir memória e narrativa coletiva da chegada ao CAPSij e das percepções e experiências de cuidado de seus filhos, com a equipe e com o fonoaudiólogo, em particular. O jornal comunitário contou com colagens de recortes de revista e textos escritos pelos participantes. As narrativas produzidas no momento da confecção do jornal também foram consideradas *corpora* do trabalho e, nos resultados, excertos desse material compõem as vinhetas-síntese dos enunciados do grupo sobre as questões do estudo.

O jornal comunitário é produto coletivo e, quando utilizado como estratégia facilitadora de procedimentos de coleta de dados, tem função, simultaneamente, informativa e reflexiva sobre determinadas situações-problema (FERRAZ DE TOLEDO; GIATTI; PELICIONI, 2012). Foi exatamente assim que o utilizamos.

## **Análise dos dados**

Utilizamos a análise de conteúdo de Bardin (2004) para efetuar a organização explicativa dos dados, seguindo suas etapas: pré-análise; leitura flutuante dos vídeos e do diário de campo; preparação do material; construção dos dados brutos (corpora) com dimensões e direções de análise; tratamento do material e estabelecimento de regras de recorte, seguidas de categorização e codificação do material.

Para Bardin (2004) o recorte é a escolha das unidades de análise que, neste estudo, se deu por eixos temáticos, que definem as categorias e subcategorias analíticas:

### **Categoria: percepção dos pais sobre o cuidado no atendimento realizado pela equipe**

- Subcategorias: percepção dos pais sobre discussão dos casos e condutas em equipe; e percepção dos pais sobre o diferencial de cada especialidade

### **Categoria: percepção dos pais sobre os efeitos e resultados do cuidado no CAPSij**

#### **Categoria: percepção dos pais sobre o cuidado fonoaudiológico no CAPSij**

- Subcategoria: percepção dos pais sobre a escuta.

Em seguida, realizamos a agregação e/ou seleção dos excertos de falas dos participantes dos grupos focais às categorias correspondentes, conforme diagrama abaixo:

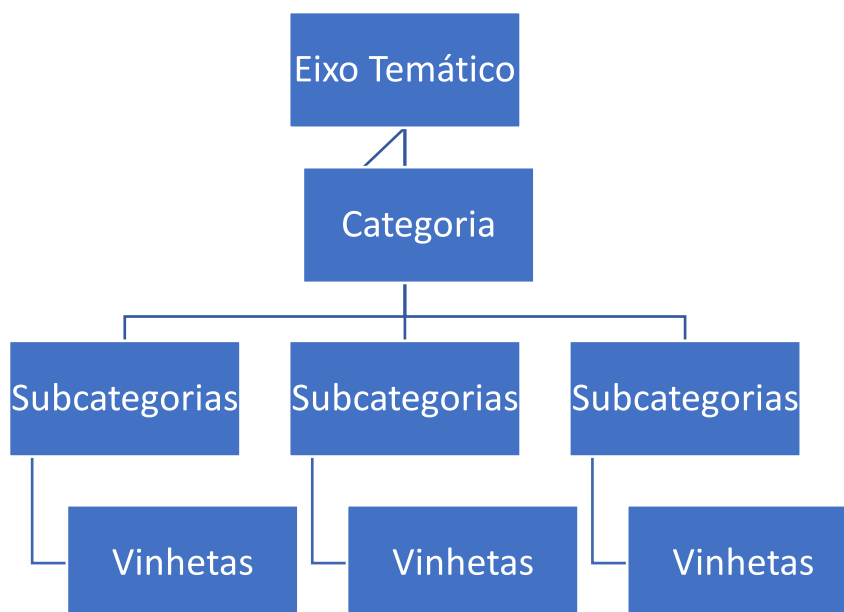


Figura 3. Fluxo da análise de conteúdo.

Fonte: Elaborado pela autora.

Optamos pela apresentação dos resultados e da discussão de forma conjunta, em função do caráter dialógico/narrativo do material coletado.

## RESULTADOS e DISCUSSÃO

Na dinâmica de atendimento do CAPSij, onde a pesquisa se deu, os pais de crianças com TEA trazem, como uma das queixas principais, a dificuldade de comunicação e de interação com seus filhos, por consequência, trazem também o pedido de intervenção do fonoaudiológico. Na busca por tratamento especializado, esses pais já passaram por outros pontos de atenção da rede SUS e, nesse percurso, as expectativas pela intervenção fonoaudiológica tornam-se recorrentes, como se verá adiante.

Na análise do material produzido no grupo focal, vejamos como desenham-se as nuances do cuidado no CAPSij na percepção dos pais.

### **Categoria: percepção dos pais sobre o cuidado realizado pela equipe**

Segundo os pais, o cuidado realizado em equipe promove vínculos, aprendizados e melhora concreta nas relação deles com seus filhos, ajudando no enfrentamento das dificuldades que o TEA impõe. Para eles, a equipe apoia e esclarece que, apesar das dificuldades da criança, os pais podem e devem acreditar no desenvolvimento e na autonomia de seus filhos:

*- a equipe ajuda bastante na parte de estímulo, direcionamento. Abre mais a mente da gente sobre aceitar e incentivar nossos filhos. Passamos a ter mais conhecimento a partir do contato com a equipe. Então, todo estímulo que é feito, foi impulsionado pela equipe. Se a gente dá continuidade é porque foi impulsionado e ensinado por ela.*

Na perspectiva dos pais, o cuidado oferecido pela equipe do CAPSij é fundamental também no processo de aceitação do diagnóstico de TEA:

*- é uma experiência nova. Simplesmente a gente é jogado num diagnóstico, numa hipótese diagnóstica. O grupo de pais no CAPSij dá suporte até nas pequenas dúvidas.*

Foi a proposta terapêutica grupal, nesse caso o grupo de família, que apoiou a mãe do enunciado acima. Esse tipo de apoio é uma das singularidades apontadas na relação entre pais e equipe de saúde.

Fato é que os pais percebem um lugar de pertencimento, sentem-se escutados e validados pela equipe. Reconhecem um campo de cuidados na disponibilidade e na implicação da equipe. Na vinheta abaixo, uma mãe aponta que há clareza e direção no tratamento proposto pela equipe, que está alinhado às necessidades da criança, o que se refletiria na relação dessa mãe com o filho, bem como no desenvolvimento da criança.

*- Não sei se com vocês [outros pais] também mas, por causa do problema de meu filho, não sou convidada muito pra ir em festa, aniversário, né? Sempre falam assim: “aí, o terror chegou. Vai derrubar tudo!” A gente fica chateada. A equipe acolhe e acalma, conversa sobre várias situações e explica o tratamento! Trabalha naquilo que as crianças têm dificuldade, por exemplo: meu filho tem medo das bexigas nas festas de criança, e isso é tratado em terapia. Elas (terapeutas do grupo) falam: “Não, não vai doer, morder, não vai estourar, não vai machucar...”, assim ele vai podendo se aproximar das bexigas e superar o medo.*

Na proposta do CAPSij, o cuidado ganha um espaço de escuta que traz entendimento sobre os processos que fazem adoecer ou intensificam os sintomas; sobre as necessidades específicas das crianças no que se refere, por exemplo, ao atraso na fala; e às disfunções sensoriais, cognitivas e comportamentais. Mas também identifica, com as famílias, as potências de saúde das crianças, aquilo que elas podem e sabem fazer. Na vinheta abaixo, uma mãe dá exemplo de suas dificuldades, seu drama familiar, destacando a orientação e a escuta que lhe foi ofertada:

*- o S. veio pro CAPSij, ele já estava com quatro anos, mais velho, né? Então, eles me acolheram, aconselharam sobre a amamentação. S., ainda quer mamar, está grande e acha que pode mamar. A gente fala pra ele “não”, mas dar um não pra ele traz lágrimas e sofrimento, tem dificuldade com a palavra “não”. Se você falar “não”, ele chora sem parar. A terapeuta (profissional referência) falou: “mãe, ele tem que aprender que o não é não. Vai doer em você, ele vai chorar, mas é importante para ele.”*

A escuta, como parte do cuidado pela equipe, aparece como potência do vínculo entre terapeuta e mãe – equipe e pais; aparece também como corresponsabilidade com as orientações realizadas pela terapeuta, cujo resultado seria visível na melhora do filho.

*- É um mundo diferente pra nós.*

*- Às vezes eu até anoto o que falam, pra não esquecer.*

*(...)*

*- É muito bom. Aqui não vão falar assim “Ah, você é burra, você não sabe fazer isso”. Jamais vão falar isso.*

*- Sim, ela (profissional) me disse, “a gente vai ajudar uma à outra. Mãe, você conversa comigo, sobre o que o S. necessita e vamos ajudar.” Eu percebo quando ele não consegue falar, chora muito e sofre. Conto para ela [profissional], que diz: “Mãe, tenta assim, olha para ele, dessa maneira, que ele vai melhorar”. Tem algumas situações que ela me passa, que eu faço e vejo ele ficar melhor.*

É interessante observar que quando a mãe é convocada a ajudar a terapeuta, para que ela também possa ajudá-la, a mãe amplia seu repertório e qualifica sua posição no tratamento do filho, saindo da condição de receptora de um conhecimento para uma maior autonomia no cuidado à criança.

- **Subcategoria: percepção dos pais sobre discussão dos casos e condutas em equipe**

Os pais identificam que há discussões de casos, condutas e decisões clínicas balizando a construção dos projetos terapêuticos, eles dizem, por exemplo:

*- discutem para ver em qual grupo terapêutico eles [os filhos] vão entrar.*

Mesmo sem o conhecimento técnico sobre o que é um projeto terapêutico singular, os pais reconhecem que há critérios para a inclusão das crianças com necessidades assemelhadas em grupos terapêuticos; inclusão guiada por discussões em equipe:

- *é uma forma deles [profissionais] observarem como é cada criança.*

- *Eu reparei que o J. tem um grupo, acho que de seis crianças pequenininhas de dois, quatro anos, até a idade dele. Mas eles [profissionais] observam tudo e deixam juntas as crianças com os mesmos objetivos de trabalho.”*

Como mencionado anteriormente, a maior demanda de atendimento no CAPSij pesquisado é de crianças com TEA, o que torna o projeto terapêutico institucional da unidade mais direcionado a esse público. Um pai participante da pesquisa refere-se ao termo de aceite de tratamento<sup>11</sup>. De novo, aparecem a corresponsabilidade no tratamento e o reconhecimento do trabalho técnico desenvolvido pela equipe.

- *Tem um termo que a gente assina quando coloca o filho aqui, se você está de acordo com as normas do tratamento. Concordando, você ajuda a equipe a fazer o trabalho. É importante arcar com algo que você sabe e assinou. Está escrito e não tem como você falar: “ah, eu não sabia!” ou “eu não sei”, sendo que você sabe, né? Então, tem que arcar com aquilo que assinou. Eu achei esse termo interessante, porque tem um trecho mais ou menos assim: “se for necessário, nós vamos dar instruções também na escola e em casa.” Isso é igual atendimento particular. Porque eu cheguei a colocar o J. no particular.*

---

<sup>11</sup> Termo de aceite é um termo de anuência para o tratamento neste CAPSij, elaborado pela equipe com informações referentes às modalidades de tratamento, ausências justificadas, encaminhamentos, consultas e outras informações pertinentes.

*- Eles [equipe do CAPSij] foram na escola do meu filho ver como estava o processo dele por lá e se tinha alguma estrutura para receber meu filho.*

- **Subcategoria: percepção dos pais sobre o diferencial de cada especialidade**

Os pais não só percebem a composição de um equipe interdisciplinar em relação ao trabalho do CAPSij, mas também reconhecem as diferentes especialidades profissionais.

*- Sabemos que tem especialistas: fonoaudiólogo, psicólogo... Tem o rapaz da farmácia. Sempre está em contato. Tem uma enfermeira junto.*

*- Tem a assistente social...*

Fica evidente que, para eles, o psicólogo é uma espécie de “núcleo” gestor do trabalho em equipe, articulador do campo da saúde mental. Os profissionais dos demais núcleos disciplinares operam com essa retaguarda. Significa que os pais reconhecem o campo da saúde mental e seus diferentes núcleos de saber, as especialidades.

*- O psicólogo trabalha para os pais, né?*

*Acho que o psicólogo nos ajuda a abrir a mente e entender, para repassarmos direito pra nossos filhos. É, elas [as psicólogas] dão suporte e conhecimento para nós. O psicólogo ajuda mais os pais, ele nos prepara. Eu percebi a organização no J. e também em mim.*

*- Nós estamos entrando no consenso de que o psicólogo foi mais direto com a gente do que com as crianças. Eles são muito observadores, né? Eles passam para gente o que a gente tem que fazer.*

*- Sim, a gente melhora. Mães que às vezes acham: “ah, meu filho é especial. Deixa eu fazer o que ele quer.” A gente aprende que nossos filhos tem que ser tratados como crianças. Independente de serem especiais, são crianças.*

Em relação ao trabalho com as crianças, os enunciados dos pais denotam certa predominância do trabalho disciplinar, relacionam as outras especialidades à atuação direta com as dificuldades e sintomas das crianças. Nas palavras de uma mãe:

*- na minha opinião a “fono” é a maior necessidade, depois vem as outras. O fonoaudiólogo é crucial. Não pode faltar no desenvolvimento da criança.*

*- Agora, o meu filho está começando um diálogo. Ele demorou muito pra falar, com quase dois anos começou a falar. Pouquinha coisa, mas falava. Ele apontava e eu perguntava: “o que é isso?”, e ele ficava apontando. Eu falava: “você quer água? O que você quer?” Esperava e ele dizia: “água”, e só aí eu dava.*

## **Categoria: percepção dos pais sobre os efeitos e resultados do cuidado no CAPSij**

Nos encontros do grupo focal foi unânime a percepção dos pais sobre os efeitos do tratamento de seus filhos. Descrevem com conhecimento e propriedade conquistas na interação social, no estabelecimento de rotinas, no processo de constituição subjetiva e de aquisição da linguagem. Senão vejamos.

*- O CAPSij foi uma base muito boa para meu filho, porque foi onde começou a desenvolver regras, rotina. O CAPSij ajudou muito a ser o que ele é hoje. Crianças com autismo não têm regras, não têm rotina, para eles o que estão fazendo é “certo” e é tudo.*

É interessante contar que, durante a fala acima, uma mãe manifestou que, em suas relações, é sempre necessário sustentar uma posição em favor do tratamento recebido no CAPSij, recusando a premissa de que o curso natural do desenvolvimento poderia ser o suficiente para seu filho superar dificuldades.

*- Se fosse em outro lugar, provavelmente, não teria ganhado tanto. Muita gente que eu conheço fala: “ah, ele vai melhorar, não precisa levar lá.” Mas não, a criança tem que ter tratamento, mas eles não entendem. Para o meu filho foi muito bom ter essa base aqui no CAPSij.*

No espaço protegido do *setting* terapêutico, que o CAPSij configura, os pais alcançam relações de confiança – vínculos. O trecho a seguir mostra a percepção dos pais sobre o CAPSij como lugar seguro, inclusive pelo reconhecimento de que há profissionais que sabem manejar as situações com as crianças.

*- Quando o V. está aqui não quer ir embora para casa.*

*- O J. também não quer mais ir embora, ele ama o parquinho daqui.*

*Quando ele vem aqui quer ficar, não quer sair, pede: “só mais um pouquinho.”*

*- E. sobe na pedra [há uma pedra, no parque do CAPSij]. Eu deixo o J. ser criança aqui. Eu deixo fazer o que quiser, porque aqui tem muita segurança.*

*- A equipe não fica podando o meu filho.*

Ao mesmo tempo, os pais percebem que a troca e a interação entre as crianças nos grupos terapêuticos são produtoras de cuidado, ampliam os repertórios sociais, de comunicação e outras experiências saudáveis.

Os grupos, neste CAPSij, são criados mediante objetivos terapêuticos. As crianças são inseridas, respeitando critérios como: objetivos terapêuticos do PTS, características pessoais (tamanho, idade, etc.) e horário escolar.

*- A terapia em grupo ajudou muito meu filho. Ficar com as crianças das mesma idade e mais novas também foi excelente. Algumas qualidades que as crianças tem, passaram para ele, e as qualidades que ele tem, passou para os meninos.*

*- É uma forma deles [profissionais] observarem como é cada criança.*

Os pais reconhecem que os grupos são espaços importantes de elaboração e de aprendizagem entre as crianças, que é pela experiência do brincar compartilhado que se desenvolvem subjetiva e cognitivamente.

*- Teve um dia no grupo do J., que ele estava participativo, brincando com todas as crianças. Tinha uma menina que estava quietinha, não queria dividir brinquedo com ninguém. O J. foi chegando, levando um brinquedo para ela. Ela não queria dividir, mas ele foi chegando de mansinho e a interação entre eles aconteceu: a menina aceitou compartilhar o brinquedo.*

*A mãe falou: “minha filha é muito brigona e não divide brinquedos.” O psicólogo do grupo foi muito sábio, e disse: “ela vai conseguir, um vai ajudar o outro. O grupo é justamente para isso, mãe.”*

O recorte das ações individuais ganha efeito e contorno no grupo, por meio também das mediações da terapeuta no campo da linguagem, possibilitando aos pais um olhar à condição infantil, que transcende os quadros patológicos.

*- Ele [o terapeuta] tem razão. Gente, é uma criança querendo brincar com outra! É criança, especial ou não, é uma criança. Eles têm que interagir e trocar experiências.*

*- Isso. Trocar o que eles tiverem para trocar. São crianças e vamos deixar serem crianças. Eu adorei que o psicólogo disse isso.*

A equipe, muitas vezes, proporciona aos pais uma nova condição de contato com a infância, mostrando a naturalidade da criança e diminuindo o peso das marcas

ligadas ao TEA. Vicentin (2016, p. 32) diz que: “os serviços que trabalham numa aliança com o criança, precisam estar atentos à produção dos efeitos que o poeta Leminski sugere que aprendamos com as crianças: alegria, atividade e capacidade de brigar pelo que se quer.” Parece ser algo assim que os pais percebem no trabalho do CAPSij.

Nos enunciados que se seguem é possível notar transformações a partir do trabalho realizado pela equipe. A escuta aqui se amplia à possibilidade de maior compreensão dos modos de ser e de se (re)posicionar na relação com os filhos.

*- A equipe deixa o nosso mundo melhor, mais acessível aos nossos filhos, facilita muito. Mostra um caminho mais direto até os filhos. Eu acho que tenho conversas mais limpas com o J. depois que entrei aqui. Eu falava um monte de coisa e o J. não entendia nada. Aí e comecei a ver que, quanto mais simples eu fosse, mais e melhor meu filho entenderia.*

*- Esse negócio de falar e olhar nos olhos aprendi aqui também. Eu só falava alto e de cima para baixo. Só gritava: “J., quieto!” Percebi que assim não resolve, precisa abaixar e falar olhando para ele.*

### **Categoria: percepção dos pais sobre o cuidado fonoaudiológico no CAPSij**

A fonoaudiologia na equipe parece ter lugar de destaque para os pais, na lógica de que as dificuldades de comunicação são parte significativa dos sintomas das crianças com TEA. Vejamos como o núcleo disciplinar da fonoaudiologia comparece no cuidado à essas crianças.

*- Eu penso que o fonoaudiólogo ajuda bastante na parte da linguagem. É o que geralmente as crianças mais precisam. Ter desenvoltura na linguagem, pois é a deficiência deles. Em minha opinião, a “fono” é a maior necessidade, depois vem as outras. A “fono” entende as necessidades de comunicação da gente e das crianças.*

Os pais reconhecem na linguagem a inclusão social. De fato, isso é fundamental, a linguagem permite as relações e a participação social. Dada a importância da vida e dos vínculos sociais, é possível um trabalho fonoaudiológico que utilize a linguagem como potência de reconhecimento do outro e de interação social, o que é diferente de significar o trabalho fonoaudiológico pelo combate a uma suposta ausência de linguagem da criança; suposta porquê sempre há linguagem, ainda que transtornada e com eventual ausência da fala ou de fala inteligível. Evidentemente, a ausência de fala pode intensificar o adoecimento psíquico, mas não é um limitador do trabalho. O fonoaudiólogo no CAPSij orienta os pais sobre, por exemplo, Comunicação Suplementar e Alternativa, trazendo instrumentos, estratégias e formas de manejo da linguagem por meio de recursos não apenas verbais.

*- A “fono” ajuda a se comunicar. Com naturalidade, meu filho está aprendendo a falar. Quando eles não sabem fazem gestos e ficam apontando: “quero, quero!” Mas, o que que ele quer? É aí que a “fono” entra e nos ajuda com as palavras, os gestos e os comportamentos, porque tudo isso entra na comunicação. E você, que é mãe, também vai estimular e perguntar: “o que você quer? Você quer isso? O que é isso?” Porque ele sabe o que quer, mas não sabe falar. Mesmo que não saiba a palavra, por*

*exemplo, você fala (mãe segura a caneta) “Isso aqui?” “É uma caneta”. Fala e mostra o que ele quer. Eu vejo a “fono” assim, como um canal mais limpo para desenvolver a comunicação. A “fono” vai ajuda-lo a desenvolver a fala, e vamos dar continuidade ao trabalho em casa.*

Os pais modificam a qualidade da comunicação e da relação com seus filhos na experiência terapêutica com o fonoaudiólogo, e se tornam figuras linguisticamente mais abertas e interessantes aos filhos, porque compreendem os dinamismos da comunicação e sentem-se instrumentalizados de modo efetivo.

*- Tudo começou com a “fono”, eu vi que ele estava aprendendo a se comunicar. Eu nem sabia que o J. cantava!*

No enunciado acima, a mãe diz mais sobre a mudança de posição e de percepção que ela experimenta do que, propriamente, de mudanças linguísticas na fala da criança, embora essas também estivessem acontecendo. O fonoaudiólogo parece criar possibilidades para que os pais ou outros cuidadores qualifiquem seu investimento na comunicação com a criança.

- **Subcategoria: percepção dos pais sobre a escuta no atendimento fonoaudiológico**

Ao pensar a escuta clínica como produtora não só de acolhimento, mas de efeitos sobre o sujeito, alguns enunciados apontam para uma clínica fonoaudiológica geradora de cuidado e transformação.

*- A fonoaudióloga entende as necessidades da gente e das crianças. Meu filho não fala, não é porque ele não fala que ele*

*não tem linguagem e não entende. Ele entende tudo o que eu falo e não fala. A “fono” ajuda e mostra isso para gente.*

No trecho acima, há uma percepção refinada: reconhecer que, mesmo sem falar, o filho está na linguagem e sob o efeito da fala da mãe. Isso também é comunicação.

Os pais passam a perceber que a comunicação vai além da fala e, por isso, podem significar os gestos, os olhares, as expressões faciais e corporais dos filhos como linguagem, melhorando a qualidade das relações.

Nas palavras dos familiares, a escuta da fonoaudiologia às suas questões e necessidades permite supor na criança um sujeito e, portanto, uma condição dialógica.

*- A fonoaudióloga é essencial porque as crianças com autismo têm dificuldades para falar. A fonoaudióloga mostrou pra mim que é importante conversar com meu filho. Ela ensina coisas simples, do dia a dia. Ele aprende que é a vez dele de falar, e a vez dele de ouvir. Ele vai tendo regras e compreensão, coisas que meu filho não sabia, e isso ajuda demais. E ninguém dá valor. São pequenas coisas que fazem muita diferença.*

Os campos de tratamento que se desenham para as famílias dessas crianças com graves problemas psíquicos, são campos inegáveis de circulação de sofrimentos diversos: do luto do filho idealizado à descoberta de pequenos progressos dessas crianças e às mudanças no modo de viver dessas famílias, o que remete a uma reflexão sobre a delicadeza da escuta e do cuidado a serem ofertados.

É evidente que os pais percebem como cuidado a instrumentalização concreta nos modos de lidar com as crianças, mas também a legitimação de suas dificuldades

e sofrimento. É aqui que a construção de grupos terapêuticos ganha relevância, acima de tudo para construir espaços seguros e de compartilhamento do saber do especialista para os pais.

*- O trabalho da fonoaudióloga não é só aqui. Nós temos que dar continuidade para fechar o ciclo, né? Ela ensina a gente para ensinar as crianças em casa, dar continuidade. E tem pai, assim, que desiste, porque acha que está dando muito trabalho chegar em casa e brincar com a criança e estimular.*

Percebe-se que os pais se sentem “empoderados” quando podem olhar para seus filhos reconhecendo características inerentes à infância e possibilidades de desenvolvimento. Portanto, é tarefa oferecer cuidado ampliado nesses casos, o que remete a um deslocamento profissional em relação às perspectivas disciplinares estritas e, simultaneamente, uma abertura à interdisciplinaridade, que começa pelo gesto de assumir os casos como centro gerador de toda e qualquer decisão sobre os cuidados de saúde.

Para o fonoaudiólogo, cuja ênfase de trabalho está nas dificuldades de linguagem e que despontam nas queixas que as famílias trazem ao CAPSij, a aposta é não tomá-las de modo literal e por meio de atitudes prescritivas de como fazer isso ou aquilo. Mas, a partir de uma escuta qualificada (ainda que sejam necessárias também orientações instrumentais), o fonoaudiólogo pode implicar os pais no processo terapêutico como *coautores do cuidado*.

Em outras palavras, trata-se de legitimar a família como integrante do processo terapêutico e não apenas como coadjuvante ou receptor passivo do trabalho. Segundo Oliveira et al. (2010), as orientações familiares têm implicação social, uma vez que os

pais tornam-se agentes multiplicadores, contribuindo para a disseminação das informações discutidas com os diversos interlocutores que a criança possui.

Se for assim, cabe ao fonoaudiólogo provocar os pais sobre os modos de ver sua criança, na direção de toma-la como um legítimo outro, um interlocutor válido.

*- Eu comecei a notar a ausência da fala, porque, com um ano e seis meses, ela não falava “mamãe”, não falava “papai”, não pedia água. Minha sogra ficava dizendo: “o pai dela falou com quatro anos, a tia dela falou com seis anos” e eu não achava normal. Eles [os sogros] achavam que era loucura da cabeça da gente. Achavam que era besteira: “daqui a pouco ela fala”, diziam. Só que não é só a fala, entendeu? Ela não fala diretamente das coisas. Ela é muito repetitiva, muito esperta, observa e tal. Ela faz um monte de coisas. Só que ela também não faz um monte de outras coisas que uma criança da idade dela faz. Não é que a gente compara, mas a gente vê a limitação, principalmente quando ela se junta com outras crianças na sala de aula. Teve uma festinha da primavera e teve uma dança e ela não foi. Não é um comportamento de birra, é um comportamento de quem não vê sentido naquilo. E é onde deve ser estimulado, deve ser tratado, deve ser pensado como um jeito de se comunicar, né?*

Para Pereira e Keske-Soares (2010, p. 518) a escuta precisa considerar o sujeito antes de qualquer sintoma, uma vez que o “sujeito demanda algo mais que uma cura biológica e que o próprio sintoma é uma produção subjetiva, sendo que só pode ser considerado a partir de uma posição, ordenada através da linguagem.”

Na vizinhança da posição de Ayres (2004), não seria essa condição relacional e afetiva dos sujeitos, operadas no funcionamento da linguagem, que permitiriam, inclusive, nomear como cuidado os modos de ser do humano, numa referência a essa “curadoria” que está sempre sendo exercida pelo sujeito sobre a própria existência e a do outro? Curadoria que, aliás, nunca se dá como ato inteiramente consciente, intencional ou controlável mas que é, em alguma medida, resultado de auto-compreensão e de transformação de si.

## **CONCLUSÃO**

Na conversação dos pais são claros os efeitos da escuta clínica oferecida pela equipe, em especial, pelo fonoaudiólogo, ao longo dos processos de cuidado; escuta que afetou a compreensão e as posições dos pais em relação a seus filhos.

Se isso cabe à Fonoaudiologia, certamente caberá também aos demais núcleos disciplinares que compõem as equipes dos CAPSij, uma vez que, longe de qualquer hierarquia disciplinar ilusória, a abertura das fronteiras disciplinares parece já ter, em alguma medida, se entranhado nos processos de trabalho da saúde mental, e isso não invalida as disciplinas, ao contrário, as enriquece.

Por fim, a escuta clínica e a produção do cuidado em equipe são processos coletivos que potencializam essa abertura ao outro, à diferença e à pluralidade dos processos de saúde/doença. São avanços extraordinários do SUS, em termos de integralidade e de equidade dos cuidados em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois movimentos diferentes, mas complementares. De um lado, a equipe multiprofissional de um CAPSij, refletindo sobre os sentidos e as funções da escuta clínica em seu trabalho, destacando aí as contribuições e especificidades da fonoaudiologia. De outro lado, um grupo de pais de crianças com TEA (atendidas por aquela equipe), conversando sobre suas percepções a respeito do trabalho recebido, também destacando nele o lugar ocupado pela fonoaudiologia.

Como mencionado, na conversação dos pais são claros os efeitos do discurso e das interpretações da equipe, frutos da escuta clínica que lograram produzir e afeta a compreensão e as posições dos pais em relação a seus filhos.

Aliás, é mesmo desejável que o terapeuta e/ou equipe sejam suporte à compreensão e elaboração por parte dos pacientes e familiares, o que é bastante perceptível no Estudo 2. No entanto, não é hora de aprofundar a dimensão transferencial responsável por esse tipo de efeito elaborativo, o interesse, no momento, é demonstrar uma certa complementariedade entre os dois estudos, envolvendo a escuta clínica numa chave dupla: reflexão sobre a escuta na equipe do CAPSij (profissionais) e efeitos dos tratamentos recebidos (pais), que implicam a escuta na elaboração realizada pelos pais sobre os cuidados recebidos pelos filhos e por eles mesmos.

Além do que foi dito na tese acerca de possibilidades conceituais e terapêuticas da escuta clínica, a questão com a qual queremos concluir a pesquisa vai à condição mais primordial da escuta: a alteridade, a relação ao outro, lembrando que, em certo sentido, tem a ver com isso o convite feito aos profissionais e aos pais do CAPSij. Convite para pensar a presença e a pertença da fonoaudiologia ao trabalho

multiprofissional e interdisciplinar no CAPSij, sob a inspiração do que é incentivado e buscado pela RAPS e, de forma mais ampla, pelo SUS.

A fonoaudiologia configurou, então, uma alteridade da equipe e dos pais para pensar a escuta clínica e os cuidados oferecidos pelo CAPSij, no sentido de que o foco no núcleo disciplinar da fonoaudiologia funcionou como uma espécie de espelho para outros núcleos disciplinares do campo da saúde mental e, ao mesmo tempo, como um parâmetro para pensar a permeabilidade do trabalho em equipe à inter e até à transdisciplinaridade pretendidas, mas nem sempre alcançadas nas práticas de saúde.

Com alguma frequência, resvala-se para a tendência ainda dominante em fragmentar as práticas de cuidado por especialidades e especialismos técnicos, fazendo do trabalho em equipe um somatório de saberes parcelares, um trânsito de encaminhamentos e escolhas de técnicas e procedimentos deste ou daquele profissional, mesmo quando os profissionais não querem que isso aconteça.

Colocar em análise um núcleo disciplinar na equipe do CAPSij e em conversas com pais de pacientes ofereceu uma alteridade para pensar até onde ou quando conseguem, efetivamente, hibridar saberes e práticas, e em que situações e contextos não conseguiram ou mesmo não sentiram necessidade de fazê-lo.

Interessante notar que a escuta clínica, na condição de “ferramenta preciosa” (usando a expressão de um dos profissionais) para que o trabalho clínico aconteça, configura um plano analítico do trabalho pela equipe e, nele, há disponibilidade efetiva para transversalizar saberes, o que configura a escuta da equipe e seus efeitos interpretativos nas falas dos pais como uma conquista interdisciplinar do processo de trabalho.

Em outros momentos, sobretudo em rotinas e procedimentos de cuidado, a tendência disciplinar parece predominar em falas de profissionais e de pais, o que não é, necessariamente, um problema ou uma contradição, ao menos não nos momentos em que as competências específicas entram em cena para orientações e atividades de reabilitação específicas. Seriam problema em relação às perspectivas de cuidados propostas pela RAPS e pelo SUS quando, por exemplo, profissionais analisam os papéis da fonoaudiologia pela afirmação da dicotomia entre corpo e psiquismo, reservando a certos núcleos profissionais a dimensão orgânica e a outros a psíquica. Tal reducionismo, às vezes sequer percebido, parece insistir como armadilha à reflexão pelos profissionais, o que pode contaminar as falas dos pais, sobretudo porquê essa dicotomia faz parte e se (re)atualiza em polaridades de senso-comum, por exemplo: corpo e alma; doença e saúde.

Por outro lado, a fonoaudiologia foi considerada, pela equipe e pelo grupo de pais do CAPSij, não apenas capaz de participar do campo da saúde mental, mas pertencente ao campo; pertença que, consensualmente, profissionais e pais consideraram tomar parte na estruturação do campo da saúde mental no CAPSij.

Também como já foi dito, se isso vale para fonoaudiologia, certamente caberá também aos demais núcleos disciplinares que compõem as equipes dos CAPSij, uma vez que a interdisciplinaridade pretendida é desafio de todos os núcleos disciplinares na conformação do campo da saúde mental. A revisão da literatura e a experiência concreta aqui examinada corroboram tal percepção.

Por fim, a escuta clínica e a produção do cuidado em equipe são processos coletivos que potencializam a abertura ao outro, à diferença e à pluralidade de fatores e questões implicados com os processos de saúde/doença. Nessa medida, são avanços extraordinários do SUS, em termos de integralidade e de equidade dos

cuidados em saúde. Defender e radicalizar esse tipo de conquista ajuda a ampliar e a qualificar o acesso e o direito à saúde, o que não é pouco, sobretudo agora em que as políticas de saúde mental e o próprio SUS encontram-se fortemente ameaçados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. P. B. DE. **Fonoaudiologia e Saúde Mental. Experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais institucionalizados.**

São Paulo: Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia]-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo–São Paulo - PUC-SP, 2010.

ALMEIDA, B. P. B. DE. **Fonoaudiologia e saúde mental: atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo.**

São Paulo: Tese [Doutorado em Fonoaudiologia]-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo–São Paulo - PUC-SP, 2014.

AYRES, J. R. DE C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, dez. 2004.

BACCI, D. DE L. C. et al. Metodologias participativas. In: JACOBI, P. R.; PAZ, M. G. A. DA; SANTOS, I. P. DE O. (Eds.). **Aprendizagem social no saneamento básico: metodologias para o fortalecimento do controle social.** São Paulo: IEE - USP, 2015. p. 64.

BACCI, D. DE L. C.; JACOBI, P. R.; DOS SANTOS, V. M. N. Aprendizagem Social nas Práticas Colaborativas: exemplos de ferramentas participativas envolvendo diferentes atores sociais. **Alexandria: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, v. 6, n. 3, p. 227–243, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: 3a edição, 2004.

BENEVIDES, R. B.; PASSOS, E. Clínica , política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, v. 19–20, p. 159–171, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 156p, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde, p. 64, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Seção 1, 26 dez. 2011 p.230-232.

BRASIL. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde.

BROOM, M. et al. World Cafe Methodology engages stakeholders in designing a Neonatal Intensive Care Unit Margaret. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 19, n. 5, p. 253–258, 2013.

BULSARA, C. et al. Investigating community perspectives on falls prevention

information seeking and delivery: older person perceptions regarding preferences for falls prevention education using a world cafe approach. **Journal of Community Psychology**, v. 44, n. 7, p. 937–944, 1 set. 2016.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CAMPOS, G. W. DE S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. suppl 1, p. 983–995, dez. 2014.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007.

DA COSTA, R. Os afetos de rede: individualismo conectado ou interconexão do coletivo? **IARA - Revista Moda, Cultura e Arte - Dossiê Temático**, v. volume 4, n. 1983–7836, p. 5–19, 2011.

DE TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L. Challenges to participation in action research. **Health Promotion International**, v. 30, n. 1, p. 162–173, 1 mar. 2015.

DE TOLEDO, R. F.; GIATTI, L. L.; JACOBI, P. R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: Análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, n. 51, 2014.

DI GIULIO, G. M. et al. Propostas metodológicas em pesquisas sobre risco e adaptação: experiências no Brasil e na Austrália. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 4, p. 35–54, dez. 2014.

FERRAZ DE TOLEDO, R.; GIATTI, L. L.; PELICIONI, M. C. F. P. Social Mobilization in Health and Sanitation in an Action Research Process in an Indigenous Community

in Northwestern Amazon. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 23–35, 2012.

FREUD, S. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912a)**.

Rio de Janeiro: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII, 1976a.

FREUD, S. **A dinâmica da transferência (1912)**. Rio de Janeiro: Obras

Psicológicas Completas de Sigmund Freud., 1976b.

FREUD, S. **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos**

**(1937–1939)**. Rio de Janeiro: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas, 1996. v. 21

FREUDENBERG, N.; TSUI, E. Evidence, Power, and Policy Change in Community-

Based Participatory Research. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 1, p.

11–14, 30 jan. 2014.

GARRISON, K.; MUNDAY, N. K. Toward Authentic Dialogue: Origins of The

Fishbowl Method and Implications for Writing Center Work. **Praxis: A Writing**

**Center Journal**, 2012.

GIATTI, L. L. et al. Exposição à água contaminada: percepções e práticas em um

bairro de Manaus, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 5, p.

337–343, nov. 2010.

GIATTI, L. L. et al. Aplicabilidade da ecologia de saberes em saúde e ambiente e

sua permeabilidade na produção acadêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.

10, p. 4091–4102, out. 2014.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios

metodológicos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 12.24, p. 149–161, 2002.

INOCENTE, L.; CASTAMAN, A. S.; VIEIRA, M. L. **Painel Integrado: Material Didático-Pedagógico facilitador do processo de ensino e aprendizagem.**

EDUCERE XIII Congresso Nacional de Educação. **Anais...**2017Disponível em:  
<[http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/25458\\_12179.pdf](http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/25458_12179.pdf)>

KNOWLEDGE SHARING TOOLKIT. **Fish Bowl**. Disponível em:

<<http://www.kstoolkit.org/Fish+Bowl>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

KOSHEVNIKOFF ZAMBELLI, C. et al. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, v. 25, n. 1, p.179-195, 2013.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2a. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

LEWIN, K. Action Research and Minority Problems. **Journal of Social Issues**, v. 2, n. 4, p. 34–46, 1946.

LIST, D. Action research cycles for multiple futures perspectives. **Futures**, v. 38, n. 6, p. 673–684, 1 ago. 2006.

MEZAN, R. **A vingança da esfinge - ensaios de psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MILLER, R. L.; BENZ, J. J. Techniques for Encouraging Peer Collaboration: Online Threaded Discussion or Fishbowl Interaction. **Journal of Instructional Psychology**, v. 35, n. 1, p. 87–93, 2008.

OLIVEIRA, C. M. C. DE et al. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, p. 115–124, 2010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71–79, abr.

2000.

PEREIRA, A. S.; KESKE-SOARES, M. **Patologia de linguagem e escuta fonoaudiológica permeada pela psicanálise** *Psico*, 6 out. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4496>>.

Acesso em: 10 fev. 2017

RAMMINGER, T.; CRUZ DE BRITO, J. “ Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, p.150-160, 2011.

SOUZA, L. A. DE P. Voz, corpo, linguagem. *Sala Preta - Jornal USP*, v. 7, p. 33–37, 2007.

SPINOZA, B. **Ética, demonstrada segundo a ordem geométrica**. Tradução de Tomaz Tadeu - Belo Horizonte: Edit. Autêntica, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde Humanization and Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 585–597, set. 2005.

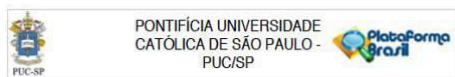
TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

VICENTIN, M. C. G. Criançar o descrençável. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Eds.). . **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1ed. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 29–38.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. *Educação e Pesquisa*, v. 32, n. 2, p. 241–260, ago. 2006.

## ANEXOS

## Anexo A – Parecer consubstanciado comitê de ética em pesquisa PUCSP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Fonoaudiologia e Saúde Mental: escuta clínica na perspectiva de profissionais e familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (Capsi)

**Pesquisador:** Caroline Lopes Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 55931716.4.0000.5462

**Instituição Proponente:** Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.069.413

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Tese de Doutorado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia (PEPG em FONO), vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Caroline Lopes Barbosa, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza.

"[...] Este projeto de doutorado parte de inquietações, simultaneamente, clínicas, institucionais e conceituais. As inquietações clínicas derivam de minha prática fonoaudiológica no campo da Saúde Mental, ela é, permanentemente, desafiada pela natureza peculiar do trabalho fonoaudiológico nesse campo: atendimento à crianças e adolescentes com sintomas de linguagem em face do transtorno mental e pelo exercício de construir saberes para além da especificidade disciplinar da Fonoaudiologia. Tarefa desafiadora em face da complexidade do universo da Saúde Mental e do pequeno acúmulo de conhecimentos e proposições fonoaudiológicas específicas para esse campo. Assim, o objetivo é investigar a escuta que se produz na prática fonoaudiológica na Saúde Mental, a partir da percepção da equipe e de familiares de usuários de um Capsi. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, estudo de caso institucional, com design cartográfico de pesquisa

Endereço: Rua Ministro Godoi, 669 - sala 63 C  
 Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3670-6466 Fax: (11)3670-6466 E-mail: cometica@puosp.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 2.069.413

Outros	pdf	21.36.05	Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carolineopesbarbosatermodeconcordancia.pdf	17/04/2016 21.35.26	Caroline Lopes Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carolineopesbarbosatermodainstituicao.pdf	17/04/2016 21.35.08	Caroline Lopes Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	carolineopesbarbosafolhaderosto.pdf	17/04/2016 21.30.22	Caroline Lopes Barbosa	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Maio de 2017

Assinado por:  
 Edgard de Assis Carvalho  
 (Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godoi, 669 - sala 63 C  
 Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)3670-6466 Fax: (11)3670-6466 E-mail: cometica@puosp.br

Página 04 de 04

**Anexo B - Parecer da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos/SP**

**SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE  
DIVISÃO TÉCNICA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
ESCOLA SUS GUARULHOS**

Guarulhos, 04 de novembro de 2015

**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

Após análise do conteúdo, manifestamo-nos favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de pesquisa intitulado "*FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE MENTAL: A ESCUTA CLÍNICA A PARTIR DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL CAPSI*" que será realizado no Centro de Atendimento Psicossocial II Recriar, Unidade de Saúde desta Secretaria, pela pesquisadora Caroline Lopes Barbosa, como projeto de Doutorado apresentado ao Programa de Estudos Pós Graduados em Fonoaudiologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, conforme documentação anexa. Salientamos que para autorização do início da pesquisa em campo, será necessário apresentação de Parecer com aprovação de "Comitê de Ética em Pesquisa".

---

**CARLOS CHNAIDERMAN  
SECRETÁRIO DA SAÚDE**

## **Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Para: Profissionais da equipe e familiares e/ou responsáveis de usuários do CAPSij Recriar**

Pesquisa: Fonoaudiologia e Saúde Mental: a escuta clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij).

Você está recebendo nesse momento informações sobre a pesquisa “Fonoaudiologia e Saúde Mental: escuta na perspectiva de profissionais e familiares em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij)”.

Sabemos que as equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) têm profissionais de diferentes áreas, por exemplo: psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacionais, médicos e, etc.

Dada a importância do tema e como há poucos estudos que abordam a Fonoaudiologia na Saúde Mental, nosso objetivo é investigar a escuta que acontece no cuidado em saúde mental pelo fonoaudiólogo e equipe; considerando a perspectiva da equipe e, dos familiares e/ou responsáveis dos usuários do CAPSij Recriar.

A pesquisa será realizada nas dependências do CAPSij, por meio de grupos de discussão sobre temas/questões pertinentes a oferta de escuta, acolhimento e cuidado em saúde mental.

Solicito a autorização para gravar os depoimentos (em áudio e vídeo) dos encontros grupais a serem utilizados nesse estudo. Esse material será analisado pela pesquisadora e orientador responsável pela pesquisa. Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros integrantes da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos. Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Sua participação neste estudo é voluntária e, mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar a qualquer momento a interrupção ou retirar seu consentimento.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O estudo não apresenta riscos para os participantes. Não há benefício direto para o participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O orientador desta pesquisa é o Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza (Tuto), que pode ser encontrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Campus Monte Alegre – Secretaria de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia - Endereço: Rua: Ministro Godoi, 969 – 4º andar – sala 4E-13 – Perdizes - São Paulo – SP – tels.: (11) 3670-8518. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCSP – localiza-se no andar térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello, na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001 – Tel./FAX: (11) 3670-8466.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo supracitado. Eu discuti com a pesquisadora sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, 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.

.....  
Nome do entrevistado

Assinatura

Data

**( ) Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.**

Caroline Lopes Barbosa

.....  
Nome da pesquisadora

Assinatura

Data