

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Silvia Daniella Guedes Ferraz

Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar
fonoaudiológico

MESTRADO EM FONAUDIOLOGIA

São Paulo

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Silvia Daniella Guedes Ferraz

**Cartografia de um processo de coterapia sob um olhar
fonoaudiológico**

MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA

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

São Paulo

2011

Banca Examinadora

**Aos meus Pacientes, que me fazem
querer ser sempre uma melhor profissional.**

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador Tuto, pela dedicação em tornar esta parceria tão agradável e pela paciência na leitura deste trabalho.

À Claudia Perrotta, pela parceria saudável, na qual pude começar a me constituir como escritora.

Aos meus professores do mestrado, que tanto me instigaram a pensar e refletir sobre minha prática.

As minhas sócias Lara e Dafne que, junto comigo, construíram esta prática e apostaram nesta proposta.

Aos queridos pacientes e seus pais, que compuseram comigo, para que esta prática fosse um caminho possível e efetivo.

À Vera Mendes, por acreditar em mim e pela leitura cuidadosa no exame de qualificação.

Ao Eduardo Aragon, pela leitura detalhada no exame de qualificação e defesa.

Ao meu marido, pelo incentivo dado na busca pelo conhecimento.

A minha família, pela confiança.

Aos meus amigos “psico-fônicos”, Allyne, Dani, Mari, Luana, Flávia e Luiz que, mesmo de longe, estiveram presentes nas discussões deste trabalho.

Aos amigos do CIDH, Jozefa, Tata, Luciana, Kelly, Beto e Vladmir que, me permitiram desabafos constituintes.

À CAPES, pelo auxílio concedido.

O avanço das experiências e pesquisas clínicas no atendimento a crianças com deficiências aponta para necessidade de construção de projetos terapêuticos que favoreçam a integração de diferentes olhares profissionais.

A partir de experiências e reflexões clínicas, a coterapia foi pensada, na presente pesquisa, como dispositivo de atendimento a essa população, por meio da ação conjunta da fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

O objetivo da investigação foi cartografar tais experiências em coterapia, de modo a analisar potencialidades e limites desse dispositivo clínico. Para tanto, realizou-se o mapeamento e a análise dos arranjos clínico-terapêuticos propostos em dois casos: uma menina de 7 anos de idade, com Síndrome de Down, e outra de 4 anos, com paralisia cerebral.

A cartografia foi construída a partir de situações vividas com os pacientes; de pontuações realizadas por seus pais; e por registros das percepções dos profissionais envolvidos na experiência. Esses processos de coterapia foram bem avaliadas pelas famílias e também pelas pacientes. Neles se destacaram algumas condições de possibilidade: atenção e cuidado com o *setting* que este tipo de encontro exige e produz; composição singular e múltipla das relações terapêuticas; e articulação entre os terapeutas.

Considerando a necessidade de preparação dos profissionais e os cuidados no manejo dos processos de trabalho, a coterapia se mostrou dispositivo efetivo na terapia de crianças com deficiências, favorecendo visão integrada; construção de escuta clínica mais abrangente; e elaboração de projetos terapêuticos singulares interdisciplinares. Colaborou também com a ampliação da capacidade de responder às necessidades específicas de cada caso pesquisado.

Foi possível verificar ainda que a formação disciplinar dos profissionais precisou se abrir à reinvenção de posições e valores, a partir dos modos como saberes de uma disciplina afetaram e foram afetados pelas das outras. Esta prática clínica, ao considerar e se dispor a tais intersecções, pode ser considerada inventiva, criativa.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, Coterapia, Interdisciplinaridade

ABSTRACT

The advance of clinical researches and experiences in treating children with disabilities points to the need of development of therapeutic projects which promote the integration of different professional views on the cases.

From clinical experiences and reflections the cotherapy was thought, in the present research, as a device to serve this population through the joint action of speech therapy, physiotherapy and occupational therapy.

The purpose of this investigation was to map such cotherapy experiences in order to analyze potential and limits of this **device**. To this end, we carried out the mapping and analysis of the clinical trials proposed in two cases: a seven-year-old with Down syndrome, and another four-year old one with cerebral palsy.

The cartography was constructed from actual experiences with patients, scores made by their parents, and perceptions recorded by the professionals involved in the experiment. These processes of cotherapy have been well evaluated by the families as well as the patients. Some conditions of possibility were highlighted on them: the care and attention to the *setting* which this type of meeting requires and produce; multiple and singular composition of the therapeutic relationships, and articulation among the therapists.

Considering the need for training of professionals and the care in the management of the work processes, the cotherapy proved to be an effective tool in the treatment of disabled children, promoting integrated vision, construction of more comprehensive clinical listening, and the elaboration of interdisciplinary singular therapeutic projects. It also collaborated with the expansion of capacity to meet the specific needs of each case investigated.

It was also possible to note that the disciplinary backgrounds of the professionals had to be open to the reinvention of values and positions, based on how the knowledge of a discipline affected and was affected by the others. Taking into account and being submitted to such intersections this clinical practice can be considered inventive, creative.

Key-words: Speech therapy, Cotherapy, Interdisciplinarity

Introdução	8
Objetivo.....	14
Capítulo 1 - Perspectivas Clínicas.....	15
Capítulo 2 - Coterapia.....	26
Capítulo 3 - Método.....	36
Capítulo 4 - Apresentação dos casos.....	44
Um caso: reencontro com Letícia.....	44
Outro caso: Vocês me fazem rir.....	59
Capítulo 5 - Discussão e Considerações Provisoriamente Finais.....	68
Referências Bibliográficas.....	77
Anexos.....	83

INTRODUÇÃO

O atendimento às crianças com deficiências é oferecido por meio de várias tendências ou abordagens terapêuticas.

Com frequência, a reabilitação desses quadros se dá em terapia individual, às vezes mais de uma, em especialidades diferentes. Quando é assim, o terapeuta (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, entre outros) trabalha com o transtorno do paciente em sua especificidade disciplinar, de forma desvinculada ou não do trabalho de outros profissionais.

Nas situações em que as terapias admitem vinculação entre áreas de conhecimento da saúde, é possível apontar, esquematicamente, três abordagens: multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares.

Nas abordagens multidisciplinares, é reconhecida a necessidade de vários profissionais nos cuidados oferecidos aos pacientes. Todavia, também é frequente que as contribuições entre eles se organizem pela soma de informações e resultados obtidos a partir de intervenções disciplinares estritas.

Perspectivas interdisciplinares, por seu lado, supõem interação e trabalho em equipe, no diagnóstico e/ou na condução dos tratamentos. Ainda que possam ocorrer intervenções disciplinares, em geral estas se pautam por planejamento e decisões compartilhadas pelos profissionais de diferentes especialidades. Além da troca de informações, há aqui interação de

conhecimentos entre as áreas envolvidas; o que permite ampliar os horizontes de compreensão e de intervenção nos casos atendidos.

Mais recentemente, pesquisadores da área da saúde têm refletido sobre abordagens transdisciplinares, nas quais o ponto de partida não está nem na troca de informações, nem na interação entre saberes e competências disciplinares, mas na singularidade das demandas dos pacientes e em suas histórias de vida e de saúde. A compreensão dos casos e de suas necessidades não se faria, portanto, em função da soma ou da conjunção de saberes prévios, mas pela construção de um saber novo, aquele que é fruto do encontro entre cada paciente e a equipe de saúde responsável por seus cuidados.

É a serviço da construção desse conhecimento relacional e específico que conhecimentos, métodos e técnicas advindos das especialidades de saúde implicadas nos cuidados são convocados, significados e moldados. Trata-se, então, de uma construção coletiva, determinada pela situação, inicialmente imprevisível e sempre singular dos pacientes, a partir da qual os profissionais de saúde re-singularizam ou requalificam práticas e conhecimentos (Franco, 2007; Iribarry, 2003).

Naturalmente, esse tipo de abordagem é menos utilizado, porque menos familiar, suscitando ainda estranhamentos e dificuldades, uma vez que a formação profissional em saúde no Brasil, e em boa parte do mundo, é principalmente calcada em perspectivas disciplinares, muitas vezes com fronteiras pouco permeáveis às outras áreas do conhecimento, do campo da saúde e de outras áreas de saber.

Em nossa pesquisa, a fragmentação e a especialização em excesso, que, por vezes, impera no trabalho clínico, motivaram a busca por alternativas técnicas a certos contextos da relação entre profissionais de saúde e paciente(s). Nesse sentido, nossa investigação se pauta, justamente, pela reflexão sobre certo modo de atuação terapêutica com pacientes com deficiências: a coterapia, na condição de alternativa clínica às abordagens disciplinares, e, por vezes, fragmentadas desses casos, que predominam no campo da reabilitação. Tais pacientes, por possuírem agravos crônicos, dependem de vários profissionais, bem como da intervenção de equipes de saúde por muito tempo de suas vidas, o que reitera a tendência da adoção de perspectivas disciplinares ou, no máximo, multiprofissionais nos cuidados ofertados.

Campos e Domitti (2007, p. 402) criticam a fragmentação do trabalho em saúde, afirmando que:

Em Medicina e em saúde em geral houve uma crescente divisão do trabalho, que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos de saúde e doença concretos.

Refletir e enfrentar os problemas que tal situação impõe pede novos modos de oferecer cuidados em saúde. A visão e o trabalho interdisciplinar têm se tornado opções reais para confrontar a especialização excessiva, num movimento coletivo dos profissionais e gestores da saúde, das populações atendidas e também das agências formadoras.

Cardoso (2009, p. 12) aborda a questão da atuação conjunta como forma de oferecer cuidados mais qualificados.

Quando profissionais de diferentes áreas se juntam para compartilhar seus conhecimentos, seja no que eles têm em comum ou de diferente, o processo de cuidado pode ganhar potência e produzir efeitos terapêuticos significativos, gerando deslocamentos nas posições assumidas pelos pacientes, bem como em posições de profissionais e familiares envolvidos com o caso. (...) Os trabalhos inter e transdisciplinares, isto é, aqueles que abarcam saberes orientados por um sentido comum, e que atravessam as diferentes atuações profissionais, são meios potentes para operar transformações nas ações em saúde, sobretudo naquelas centradas na doença e em processos de trabalho fragmentados por especialidades profissionais estritas.

A autora reafirma a ideia da interação de profissionais de diversas áreas como forma de gerar deslocamentos para todos os envolvidos: possibilidade de transformações e integração de práticas em saúde.

A interlocução com a área da saúde coletiva aponta para uma intensificação da inter e da transdisciplinaridade nos serviços de saúde. Tais tendências sustentam a presente pesquisa, por meio, por exemplo, de noções advindas das políticas de humanização e de acolhimento em saúde, bem como da Estratégia de Saúde da Família, das propostas de grupos (gestantes, puericultura, hipertensos, diabéticos, etc.) e das oficinas terapêuticas (linguagem, artesanato, etc.) realizadas na atenção básica à saúde.

É nesse contexto que, atualmente e em conjunto com outros profissionais, desenvolvemos discussões clínicas, grupos de estudo e reuniões com outras especialidades, com vistas a constituir e sustentar uma proposta de trabalho clínico em coterapia.

Nossa pesquisa consiste, exatamente, na sistematização e na análise de casos clínicos atendidos no contexto de tal processo; casos nos quais a terapia foi realizada, simultaneamente, por dois ou três profissionais (fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional), a partir da singularidade dos casos e da adoção de parâmetros teóricos e metodológicos comuns, considerando a heterogeneidade que a experiência exige e as necessidades de planejamento e discussão conjunta acerca das estratégias e dos procedimentos adotados durante os atendimentos.

O intuito dessa iniciativa foi diminuir as fragmentações no processo terapêutico de crianças com deficiências. Fragmentações que cada um dos profissionais, envolvidos na presente iniciativa, percebia nos atendimentos disciplinares que realizavam no trabalho de reabilitação desses sujeitos.

A proposta de utilizar a coterapia como dispositivo clínico consiste em oferecer cuidados e trabalhar olhares e dimensões heterogêneas no trabalho com cada um dos pacientes. O intuito é produzir conhecimentos e fazer circular saberes e afetos entre os profissionais e destes com os pacientes e seus familiares, em busca de potencializar ações articuladas (Cardoso, 2009).

Isto posto, o texto da dissertação está organizado da seguinte forma: Um item inicial, que destaca o objetivo da pesquisa; a revisão bibliográfica, em dois capítulos - o primeiro sobre a concepção de clínica que orientou as ações

coterapêuticas e o segundo sobre o conceito de coterapia empregado na pesquisa. O terceiro capítulo apresenta o método, com a perspectiva cartográfica utilizada para apresentar e analisar os casos clínicos; o quarto é dedicado à apresentação e análise dos casos e o quinto, à discussão e às considerações finais.

OBJETIVO

Cartografar experiências clínicas em coterapia com crianças com deficiências, de modo a analisar potencialidades e dificuldades de tais processos de reabilitação.

PERSPECTIVAS CLÍNICAS

A perspectiva clínica que interessa aqui converge com a concepção de Passos e Benevides (2006, p. 3):

O trabalho da clínica é o de acompanhar os movimentos afectivos da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si.

Tal interesse deriva do fato de que, ao realizar uma pesquisa sobre trabalho clínico numa determinada dimensão coterapêutica (conforme se verá ao longo do trabalho), os movimentos afetivos e as intensidades das relações e dos vínculos (entre coterapeutas, paciente e seus familiares) são centrais à investigação e à reflexão sobre a pertinência, a efetividade e os efeitos terapêuticos da abordagem clínica empreendida.

No entanto, antes de detalhá-la, é necessário situá-la no contexto de concepções e de práticas clínicas da fonoaudiologia, pois isso permite demarcar afinidades e/ou distâncias conceituais de nossa abordagem em relação a práticas clínicas comuns na área.

De saída, vale lembrar que, no Brasil, a dimensão clínica da fonoaudiologia se organiza a partir da influência das práticas e das concepções médicas, sobretudo daquelas advindas da chamada medicina científica. Não por acaso, a fonoaudiologia e outras disciplinas da área de reabilitação, no

início de suas práticas no Brasil, estruturam-se como atividade ou ofício paramédico (Souza, 1999).

Em linhas bastante gerais, pode-se dizer que a medicina científica elabora sua clínica a partir do modelo anátomo-clínico, pelo qual, entre outros aspectos, o corpo físico ou natural é isolado como objeto de estudo e de intervenção, “no sentido de desvelar e controlar seu funcionamento, suas regularidades orgânicas, e de criar estratégias terapêuticas para corrigir os desvios e disfunções que possam acometê-lo” (Souza, 1999, p. 226).

Por essa via, classicamente, a clínica médica moderna separou e priorizou a dimensão orgânica em relação a outras (social, psíquica), presentes na história de vida e nas formas de adoecimento dos pacientes. Tal recorte levou a clínica médica a se pautar, quase exclusivamente, pela dimensão orgânica das doenças, dos transtornos de saúde, a partir da qual o sujeito e suas relações, em muitos casos, podem ser abstraídos.

A ênfase na dimensão orgânica caracteriza a semiologia, a diagnóstica, a etiologia e a terapêutica da clínica médica. A semiologia classifica e organiza os sinais clínicos do corpo físico, e dela deriva a nosologia, na condição de sistema que descreve, estuda e classifica as doenças. A dimensão diagnóstica, por sua vez, define e cataloga as doenças pela observação de seus sintomas. A etiologia estuda as causas orgânicas e, em decorrência, a terapêutica constrói formas de tratamento das doenças e também de suas causas orgânicas (Dunker, 2000).

Faz parte da terapêutica a propedêutica – aquilo que prepara ou organiza o paciente para a ação terapêutica – e a deontologia, integrada pelo

conjunto de recomendações e deveres transmitidos ao paciente, que devem ser seguidos no contexto do tratamento médico.

Tais parâmetros anátomo-clínicos servirão de base ou influenciarão – com maior ou menor intensidade – o desenvolvimento de outras disciplinas clínicas: fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, psicologia, entre outras.

Embora dominante, o modelo anátomo-clínico, desde seus primórdios no século XIX e em seus desdobramentos até o presente, convive com outras perspectivas clínicas, especialmente (mas não só) no campo da saúde mental, no qual o privilégio, ou mesmo a exclusividade de abordagens organicistas se mostra insuficiente e, muitas vezes, reducionista.

A clínica fonoaudiológica, no Brasil, sob a influência da medicina clínica, inicialmente também se guiou, quase exclusivamente, pela face orgânica dos distúrbios da comunicação. Por isso, buscou separar e focar os aspectos orgânicos, anátomo-fisiológicos dos distúrbios da comunicação, inclusive para que fosse possível classificá-los e ordená-los de modo próximo àqueles da clínica médica. Os esquemas de avaliação, diagnóstico, prognóstico e terapêutica fonoaudiológica, de maneira geral, são correlativos às citadas dimensões que estruturam o saber e a prática da medicina clínica.

De modo geral, a avaliação fonoaudiológica mais frequente trata de identificar a sintomatologia para demarcar o distúrbio em questão. No diagnóstico, observa-se o grau de severidade e/ou intensidade da doença. O prognóstico é traçado a partir da opinião do terapeuta sobre as possibilidades de recuperação, bem como sobre o curso e a duração estimada do tratamento. Na terapêutica, ou reabilitação, o paciente deve realizar exercícios e condutas

orientados e/ou prescritos, colaborando com o trabalho do terapeuta e submetendo-se a ele.

Esse modelo dominou por muito tempo, talvez ainda seja o mais utilizado, mas outros modos de intervenção também foram produzidos, a partir de questionamentos às práticas correntes, incluindo dimensões relacionais da comunicação oral e/ou escrita; efeitos de intensificação ou variação dos sintomas em função de aspectos psíquicos como ansiedade, angústia, etc. Também passaram a ser problematizados os ambientes sociais (família, escola, trabalho, etc.), em função dos quais os sintomas, às vezes, variam de intensidade, chegando a impossibilitar a comunicação.

Tudo isso obviamente afetou a concepção de reabilitação, que passou a caminhar no sentido de “promover relações que tornem possível que a experiência de intermitência do sofrimento do sujeito não determine sua invalidação, mas que possibilite a recuperação de sua capacidade de gerar sentido e, conseqüentemente, valor social (...)” (Saraceno, 1998 p. 27).

A fonoaudiologia passa a ter, por essa via, a função de lidar com o sofrimento advindo dos distúrbios de comunicação, promovendo também ações alternativas para uma circulação social mais satisfatória desses sujeitos.

Em outras palavras, tal direção significa um avanço e uma ampliação dos horizontes da área, pois assume a ocorrência dos distúrbios da comunicação humana não apenas em função das condições orgânicas do corpo. Eles dependem também das condições socioafetivas, nas quais se dão a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral e escrita, bem como os usos e a circulação dos sujeitos pelos planos discursivos, que constituem os

sentidos, os valores e as formas de ser sujeito, de se conduzir e de se comunicar em relação a si mesmo e com a sociedade.

Tal percepção fez com que a fonoaudiologia, ao longo de sua história mais recente (últimos vinte anos, aproximadamente) e a despeito das habituais visões que privilegiam o orgânico, construísse concepções que buscam não dicotomizar o biológico do psíquico e do social. Algumas vertentes aí têm lugar e se valem de diálogos também variados com outras perspectivas conceituais e clínicas.

Muito embora a intenção aqui não seja pormenorizar o debate sobre essas alternativas à visão, ainda dominante, da medicina clínica na fonoaudiologia, nosso interesse é demarcar perspectivas outras, que também inspiram e/ou organizam formas de compreensão e de atuação na fonoaudiologia. A intenção é apresentar alguns dos contornos mais gerais da área, como pano de fundo a partir do qual será discutida a concepção de clínica aqui assumida, bem como a experiência coterapêutica, objeto de nossa investigação.

De modo bastante geral e esquemático, é interessante lembrar as relações da fonoaudiologia com a linguística e com a psicologia, na condição de áreas de conhecimento que oferecem subsídios importantes à estruturação do saber fonoaudiológico.

É possível dizer que a influência mais marcante da psicologia na fonoaudiologia refere-se à psicologia cognitiva, uma vez que o estudo da cognição costuma engajar também questões relacionadas à linguagem, na

medida em que tais dimensões se influenciam no chamado desenvolvimento normal ou típico, bem como naqueles ditos alterados ou atípicos.

Por sua vez, a linguística fornece concepções de linguagem e de uso da língua pelos falantes, que orientam o trabalho clínico da fonoaudiologia com os distúrbios da comunicação humana, por exemplo, na descrição das estruturas da língua (sintática, semântica, fonética, fonológica, gramatical e prosódica) e de seus empregos na fala, nas ações comunicativas orais e escritas e nas dimensões discursivas e interdiscursivas.

No entanto, como a linguística não é um saber clínico, as referências que lhe são próprias, embora inspirem a reflexão fonoaudiológica (na análise da produção e dos transtornos linguísticos dos pacientes), não podem ser usadas de forma direta na prática clínica, pois esta supõe o acolhimento de condições singulares: histórias de vida e de circulação social e discursiva, que delimitam contornos específicos dos transtornos de linguagem dos sujeitos, bem como os modos também específicos de sofrimento, de produção de sintomas na linguagem e de manejo das dificuldades pessoais e sociais que tais transtornos implicam.

Nas interlocuções com a psicologia e com a linguística, todavia, tem sido necessário cuidado para não reproduzir deslizes relativamente próximos daqueles que ocorreram nos primórdios da fonoaudiologia, na relação com a clínica médica: tentar se constituir espelhando parâmetros teóricos e metodológicos da medicina clínica (Cunha, 2001). Embora as contribuições dessas e de outras áreas sejam bastante relevantes, cada disciplina se organiza em função de lógicas e perspectivas pertinentes aos seus objetos de

estudo e de intervenção, ainda que possuam pontos de contato e/ou proximidade.

Em outras palavras, a história da fonoaudiologia foi marcada por empréstimos de conhecimentos e técnicas de outras áreas, produzidos para contextos e fins específicos, os quais, muitas vezes, ao invés de serem metabolizados e singularizados, foram aplicados de forma direta e mecânica, a partir de reduções teóricas e metodológicas.

É bem verdade que a fonoaudiologia, já há alguns anos, vem fazendo críticas a esse tipo de uso de conhecimentos teóricos e metodológicos das áreas com as quais dialoga. Nessa direção, admite sua condição interdisciplinar, fronteira a outras áreas, a partir das quais busca caminhos próprios na configuração de sua clínica, como bem pontuaram Palladino (2004), Cunha (2009) e Souza (2009).

Em nossa pesquisa, de certa forma, também vamos às fronteiras, para operar intersecções com a psicanálise, a saúde coletiva e a filosofia, respectiva e principalmente em relação aos conceitos de transferência/contratransferência, de clínica do coletivo e de método cartográfico. Sendo assim e, de novo, em linhas bastante gerais, vejamos no que consistirá cada uma dessas intersecções.

A psicanálise, também desde seu início (final do século XIX) e em oposição à concepção médica sobre os transtornos psíquicos, produz uma clínica radicalmente diferente daquela proposta pelo modelo anátomo-clínico, uma vez que, entre outros aspectos, concede valor fundamental à condição

afetivo-relacional, com seus efeitos estruturantes na vida pulsional, no inconsciente.

Tal posição é condição de possibilidade para percepção do duplo fenômeno da transferência/contratransferência, bem como de sua conceituação como “atualizações na figura do terapeuta, feitas pelo paciente, de conteúdos arcaicos vinculados aos sintomas; e contratransferência, por sua vez, são atualizações de conteúdos psíquicos do terapeuta sobre a história e o sintoma do paciente” (Laplanche e Pontallis, 1999).

Embora sem relação com os enquadres do método e da técnica psicanalítica, a dimensão transferencial/contratransferencial opera nas relações afetivas, sobretudo nas terapêuticas, devendo ser considerada e manejada pelas clínicas que lidam com os planos afetivo e simbólico. No caso específico da fonoaudiologia, considerar a transferência não equivale a emprestar, teórica e metodologicamente, tal dispositivo da psicanálise. Porém, interessa, por exemplo, compreender e manejar as formas pelas quais os pacientes atualizam os sentidos de seus sintomas e suas histórias de vida na relação com o terapeuta e, conseqüentemente, nos modos como se afetam mutuamente. Além disso, interessa também e particularmente compreender como esses afetos e sentidos circulam na linguagem, na comunicação que estabelecem, abrindo espaços à elaboração e ressignificação, pelo paciente, dos sintomas na oralidade e/ou na escrita, e à invenção de novas possibilidades de comunicação e de subjetivação.

Por sua vez, a área da saúde coletiva, que nasce nos anos de 1980, a partir da crítica à perspectiva organicista do sanitarismo médico, avança na

direção de pensar os condicionantes e os determinantes sociopolíticos do processo saúde/doença, mas manteve a identificação da clínica com o isolamento da doença no indivíduo, como se ela [a clínica] – em sua versão moderna – fosse apenas um desdobramento da medicina científica, do higienismo e do preventivismo. (...) No entanto, a saúde coletiva começa a se voltar à clínica, a ampliar seu escopo, entre outros fatores, por perceber que (...) a busca por aproximação em relação à população, para tangenciar suas demandas e anseios no campo da saúde, exige escuta, disponibilidade ao outro, ao seu sofrimento, o que inclui a compreensão das doenças eventualmente presentes, mas não se restringe e nem se define somente por isso (SOUZA, 2007, p. 12)

Tal perspectiva se aproxima e possibilita a busca por alternativas clínicas no campo da reabilitação. O tipo de coterapia que estamos propondo (como se verá adiante) vai ao encontro da leitura do processo saúde/doença construído e/ou encampado pela saúde coletiva.

Campos (2000) lembra que a saúde coletiva passa a ser considerada uma área de conhecimento quando profissionais oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar um campo científico com orientação teórica, metodológica e política que privilegiasse o social como categoria analítica. A questão que interessa diretamente à perspectiva coterapêutica de nossa pesquisa é, justamente, a de pensar a clínica no coletivo.

A concepção de redes de atenção em saúde pode auxiliar na compreensão da clínica no coletivo. Nas palavras Mendes (2010, p.23), essa concepção diz respeito a:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral (...).

Trata-se de pensar as redes de atenção em saúde como construção, processualidade, rede de elos entre diferentes serviços, tipos de cuidados e profissionais, visando atenção integral e humanizada aos pacientes.

Nesse sentido, a clínica no coletivo supõe, de saída, ação em rede, por parte dos profissionais e/ou de serviços de saúde, o que pede transformação não somente na prática do cuidado, mas também em posições ético-políticas no campo da saúde; isto é, nos modos de se oferecer ao trabalho com os profissionais da saúde, os pacientes, familiares e comunidades, e de enfrentar as formas dominantes, muitas vezes organicistas e fragmentárias, de produzir e ofertar cuidados à saúde.

Mendes (2007, p. 132) sugere que a clínica no coletivo concerne à “implicação com as dimensões intensivas das experiências, em se molhar nelas, porque é isso que mantém a sintonia com o real, com as interseções entre as forças vitais e as condições formalizadas” nas práticas de saúde.

Esse panorama, entre outras coisas, aponta várias possibilidades de trabalho compartilhado entre profissionais de saúde, como já pontuado anteriormente: trabalhos multiprofissionais, inter e transdisciplinares. Todavia, convoca abertura aos saberes instituídos, para que possam ser incrementados e/ou ressignificados pelas experiências instituintes que, por seu lado, criam

novos saberes e práticas, produzindo outros horizontes e orientações, inclusive, para as disciplinas aí envolvidas.

Sendo assim, as posições que interessam aqui são aquelas nas quais, de acordo com Souza (2004, p. 895), a

clínica concerne não apenas a um conjunto de saberes, mas sobretudo a uma pragmática dos cuidados no campo da saúde; daí seu caráter e sua condição ética, de se constituir primeiramente em uma ética, uma vez que exige tomada de posição em favor da escuta e da disponibilidade para manejar o sofrimento que os pacientes demandam aos fonoaudiólogos.

É nesse campo que nossa experiência em coterapia busca se situar. Na sequência, apresentamos o(s) conceito(s) de coterapia e, a partir deles, singularizamos uma posição coterapêutica no campo da reabilitação, mas não com a intenção de formular um modelo, por meio de uma alternativa coterapêutica.

Ao contrário disso, o desejo foi investigar a produção de experimentações intensivas, atravessadas pelas relações e pelos afetos que modulam o encontro clínico, e que nele produzem potências de transformação. Nessa perspectiva, o cuidado terapêutico é aquele capaz de constituir um bem a quem o recebe (Platão, *Eutifron* 12-a). Em nosso caso, um bem que se opera na vivência e na elaboração da saúde, dos problemas de saúde e das marcas orgânicas e simbólicas engendradas pela deficiência.

Pelo exposto até aqui, é agora possível retomar a concepção de clínica com a qual iniciamos o primeiro capítulo, partindo da ideia de que

a clínica se realiza no plano dos afetos e, enquanto tal, tem nas afecções aquilo mesmo de que é composta e sobre o que intervém. Estas intervenções se realizam nas fendas da existência, lá onde o que somos está em vias de se modular, em que algo se anuncia como expressão da diferença, quando morremos no que somos para advir outra coisa (Passos e Benevides, 2006, p. 133).

Afeto diz respeito às afecções, àquilo que afeta um corpo, produzindo nele diferenças irreversíveis. Os afetos operam no plano chamado, por Passos e Benevides (op. cit.), de fendas da existência, plano do “entre”, campo relacional e afetivo por excelência, no qual se dão os processos de constituição dos sujeitos. As intervenções clínicas mais potentes serão, portanto, aquelas que conseguem tangenciar o que está *entre*: aquilo que o encontro, que a relação clínica produz em termos de escuta aos sintomas e ao sofrimento dos pacientes, e no suporte – no caso da presente pesquisa e da fonoaudiologia – à construção, pelo paciente com deficiência, de modos de enfrentar seus transtornos de linguagem, bem como as marcas impostas pela deficiência. Isso inclui elaboração de saídas às limitações sensório-motoras e/ou intelectuais e linguísticas, mas também deslocamento nas posições subjetivas, muitas vezes limitadas pelos efeitos pessoais e sociais que os transtornos de linguagem e as deficiências acarretam.

Nos modos pelos quais esse tipo de clínica se constrói, é possível notar intersecção e conseqüente requalificação de saberes, o que pode abalar a estrutura das disciplinas (ao menos para os envolvidos no processo) provocando alterações na percepção e na concepção dos objetos.

Souza (2004, p.897) afirma que “aquilo que se passa entre os corpos humanos é condição de possibilidade do sentido, é a sua maquinação. O entre é o plano a partir do qual os acontecimentos ou rupturas diferenciais nas tramas das realidades se engendram”, portanto campo dos afetos e dos signos, campo da linguagem e também da clínica.

Na prática clínica fonoaudiológica, pensar e operar com o plano simbólico significa considerar a dimensão vincular, os modos de afetar e de ser afetado pelo outro, bem como os efeitos desses afetos em termos de deslocamento e de produção de sentido, com seus impactos na (re)elaboração da linguagem e na circulação discursiva pelos pacientes.

Vimos que a perspectiva prática da anatomia-clínica é aquela que pode subtrair o sujeito de sua equação, dando exclusividade aos saberes, detidos pelo terapeuta, sobre as regularidades orgânicas do corpo humano. Dessa posição, a perspectiva etimológica do termo clínica está mais próxima da ideia de *clinós*, que significa deitado, encostado; ficar na posição horizontal, preferencialmente passivo à intervenção do outro.

Também observamos concepções clínicas que operam a partir de outras posições éticas, nas quais a etimologia do termo clínica se liga à ideia de *clinamen*, que significa *desvio*, uma *clínica* que se desvia ou não se restringe às normas do corpo orgânico e de suas doenças, assim como dos saberes e das práticas instituídos.

Nessa medida, se torna possível, na clínica, a abertura para outro regime de funcionamento da realidade, que Baremlitt (1992) denominou *realteridade*: outra realidade, imanente ao conhecido, mas apta a transformá-lo, a partir da produção do novo, do inusitado. Em outros termos, subversão de espaços clínicos enrijecidos e aprioristicamente determinados em seus conteúdos e formas, em favor de gestos e de movimentos que façam transitar saberes e práticas entre os que se dispõem ao encontro clínico: profissionais, pacientes, familiares.

A experiência coterapêutica proposta aqui quis buscar no outro o desejo do encontro, da reflexão sobre as demandas que cada um dos envolvidos trazia à cena e fazia circular. Partimos da ideia de que o desejo é o combustível da produção clínica e do enfrentamento das questões de saúde que ela se dispõe a enfrentar.

Em síntese, a clínica foi pensada aqui como “acolhimento daquele que chega, acompanhamento dos trajetos claudicantes que se repetem e experimentação dos limites das formas, forçando suas bordas, desviando-se das linhas e riscos de recodificação” (Kastrup e Barros, 2010, p.81).

Foi a partir dessa posição que o desejo orientou modos de pensar uma experiência inédita em coterapia. Na sequência deste capítulo, situamos referências teóricas sobre processos coterapêuticos, buscando delinear proximidades e distâncias em relação às perspectivas clínicas que acabamos de assumir.

Os estudos realizados sobre coterapia são relativamente escassos, ao menos na literatura publicada em português. Pelo que foi possível levantar, esse tipo de estratégia clínica é bastante realizado, porém não muito

documentado. Contudo, a abrangência e as potencialidades experimentadas na coterapia parecem justificar sua relevância na condição de dispositivo clínico.

Nossas primeiras buscas de suporte conceitual sobre coterapia conduziram ao seu conceito formal, que pode ser assim sintetizado: método, com estratégias e técnicas específicas, utilizado, sobretudo, em psicoterapia; aplicada ao trabalho com grupos; em terapias familiares; com pacientes sob atenção psicofarmacológica; na musicoterapia e em atendimentos destinados à formação de estudantes de psicologia, ou seja, no ensino profissional.

Os modos de utilização da coterapia podem diferir, em função dos contextos clínicos e das atividades para as quais se presta; porém, entre os autores que refletem sobre o tema, é comum a percepção de que “a coterapia pode facilitar a assimilação, metabolização e o acesso à multiplicidade de elementos presentes no campo transferencial” (Almeida, 2010, p. 2).

Warlond-Skinner (1976) afirma que existem três eixos nos quais se subdividem a coterapia familiar: o primeiro consiste de dois terapeutas que atuam juntos *in vivo* com o grupo familiar; o segundo que é composto por uma equipe de terapeutas, um dos quais em contato direto com a família, enquanto os outros trabalham indiretamente como observadores; o terceiro consiste de uma equipe de terapeutas que colaboram em distintas combinações com uma família, quase sempre de maneira intensiva e durante curto período de tempo.

No que se refere à grupoterapia e às terapias familiares, a coterapia normalmente é adotada para que dois ou mais profissionais possam dividir cargas psicológicas pesadas, aliviando a intensidade do impacto dos processos

transferenciais no terapeuta, e, por consequência, serve também ao monitoramento dos processos contratransferenciais (Souza e Adad, 1989).

Zuse, Rossato, Backes (2002, p.316) definem

o sistema de coterapia (...) como funcionamento das sessões com, no mínimo, dois terapeutas de família em igual nível hierárquico e poder de decisão. A comunicação circula em plano horizontal e simétrico, mesmo havendo diferentes pontos de vista e inúmeras hipóteses formuladas conjuntamente. (...) Essa estratégia, além de ampliar a leitura do “problema”, possibilita buscar novas maneiras para enfrentá-lo. Essas formas de interações vivenciadas em sessões servem como modelo de funcionamento à família, que, na maioria das vezes, repete um padrão de funcionamento e, no entanto relata que já tentou “tudo”.

Em muitos casos de terapia familiar, utiliza-se, como critério, coterapeutas de sexos opostos, para facilitar a identificação dos pacientes, criando possibilidades de elaboração de dificuldades em relação aos papéis dos pais.

Zavaschi, Salle e Santis (1990, p. 122) apontam nesta direção, quanto à escolha dos coterapeutas, afirmando que o

método de coterapia, particularmente de sexos opostos, é um poderoso estímulo no sentido de ajudar os pacientes a criarem identificações com modelos mais saudáveis, uma possível incompatibilidade entre a dupla terapêutica acarretará o retorno às antigas desarmonias familiares, dissipando toda a confiança básica no método.

É necessário destacar que essas formulações sobre o uso da coterapia oferecem um panorama de como surgiu e vem sendo utilizada ao longo do tempo, o que não significa dizer que sejam perspectivas únicas ou que, necessariamente, continuem todas atuais.

Miller de Paiva (1991) comenta que, em coterapia, um terapeuta pode ajudar o outro a sair de seu modo habitual de ver as situações grupais, exercitando-se em novos ângulos. Com a coterapia, o fenômeno da transferência e da contratransferência estaria muito mais em foco. Além disso, outro fator importante seria a habilidade de cada terapeuta em permanecer autônomo em suas atividades, uma vez que não se trata de assimilação da prática clínica de um pelo outro.

Abadi e Pavlovsky (apud Miller de Paiva, 1991) referem-se à coterapia usando a imagem de um prisma que refrata a luz branca solar, mas que além de dissociá-la em outras cores, detecta-as e descobre-as, justamente em função da exposição e da intersecção de vários olhares e reflexões sobre os processos e as cenas clínicas em jogo.

Outra perspectiva da coterapia diz respeito ao ensino, à formação de terapeutas. Lerner (apud Yehia, 1996, p. 113)

propõe a coterapia como instrumento docente em instituição, sendo esta coterapia realizada por um terapeuta experimentado e um estagiário. Considera esta forma de trabalhar vantajosa para a formação de terapeutas.

Acquaviva (1999, p. 15) também refere que “para o principiante, (...) trabalhar em coterapia, no início, é mais seguro, mais eficiente e, principalmente, muito mais divertido.”

Ainda relacionada à formação, Magalhães e Nunes (2001, p. 154) utilizaram a coterapia de outro modo,

segundo um modelo de cooperação (com semelhança de estatutos e papéis das terapeutas), no qual em cada entrevista era feita uma breve interrupção para discussão da mesma entre as terapeutas e afinação das estratégias de intervenção, com definição das eventuais prescrições a fornecer à família no final da sessão.

A coterapia também pode ser vista como uma modalidade terapêutica em que um tratamento é conduzido concomitantemente por dois ou mais profissionais, por meio de ações específicas: um profissional realiza a psicoterapia e outro conduz a psicofarmacoterapia, por exemplo, de forma integrada e colaborativa, ou totalmente independente. (Saffer, 2007).

Esse dispositivo tem sido utilizado também pela musicoterapia, voltada a crianças com deficiências. Nesse sentido, há relatos de musicoterapeutas atuando conjuntamente com fonoaudiólogos (Nisebaum e Hasson, 1997), em trabalhos interdisciplinares.

Embora nem sempre reconhecida como coterapia, instituições de saúde, com alguma frequência, realizam atendimentos conjuntos, de dois profissionais com uma criança ou um grupo de crianças. Esses atendimentos, muitas vezes, embora não sejam chamados de coterapia, poderiam ser assim descritos, ainda que não possuam uma proposta estruturada no plano coterapêutico.

Pelo exposto e em síntese, a coterapia “é o tratamento simultâneo de um indivíduo, de um grupo ou uma família por dois ou mais terapeutas” (Rubinstein e Weiner, 1985, p.2).

No entanto, mais do que atender concomitantemente um mesmo paciente, a coterapia nos interessa na condição de espaço propício à reflexão sobre a construção terapêutica, que é múltipla e multifacetada. É desse lugar que, em nossa percepção, se torna potente utilizá-la, para ajudar a fundamentar e a sistematizar alternativas efetivamente integradas de cuidados às crianças com deficiências.

Sendo assim, a concepção de coterapia que interessa à pesquisa está relacionada à construção de alternativas clínicas para percorrer campos problemáticos, trazidos pelos pacientes e seus familiares. Portanto, como dispositivo clínico para manejar com aquilo que os afeta, e com os modos pelos quais reagem e lidam com os afetos no interior do campo de forças que o ambiente multifacetado desse dispositivo produz.

As forças em questão, claro, são afecções, que deixam ver os fluxos das relações terapêuticas, das intensidades que as movimentam e que permitem deslocamentos no “estilo de vida” dos pacientes. Ou seja, nos modos de serem sujeitos, de se comunicarem, de enfrentarem e suavizarem sintomas sensório-motores e intelectuais das deficiências e de conviverem com as marcas orgânicas que elas fazem no corpo físico e na subjetividade.

Trata-se de oferecer cuidados e trabalhar olhares e dimensões heterogêneas na terapia de cada um dos pacientes, produzindo conhecimentos, fazendo circular saberes pelas especialidades, articulando (em

nosso caso) as escutas de três profissionais da área de reabilitação, em busca de potencializar as ações (Cardoso, 2009).

Refletir sobre a experiência em coterapia se torna pertinente, na medida em que amplia os horizontes de atuação dos profissionais em questão, pois, para realizar a experiência, de saída, é necessário disponibilidade ao novo: admitir e suportar a exposição mútua de práticas profissionais distintas e lidar com a intensificação dos afetos dos pacientes e de seus familiares.

Desse modo, é preciso desejar o imprevisível do encontro, e também os embates que a heterogeneidade de formações e perspectivas traz à tona: instabilidades, ambiguidades e, por consequência, oscilações de posições no manejo das relações, que podem ou não prejudicar o processo. Porém, ao mesmo tempo, é também a partir delas que serão subvertidos conceitos, criadas situações, inventadas novas possibilidades de atuação.

Desse modo, o pano de fundo da coterapia, na forma pela qual a assumimos, é o da experiência na diferença. Agir na diferença, entre outras coisas, pede prudência. A multiplicidade de perspectivas, trajetórias profissionais e dos pacientes e seus familiares impõe a necessidade de atenção e cuidados redobrados, para manejar com as mencionadas instabilidades, dificuldades e ambiguidades na efetuação e na manutenção dos vínculos, bem como para cuidar das relações entre os profissionais, evitando hierarquias ou dissimetrias nas atuações, que possam inviabilizar o processo.

Por fim e naturalmente, a introdução da coterapia como possibilidade terapêutica na clínica fonoaudiológica, e também na fisioterapia e na terapia ocupacional (outros profissionais que participaram da experiência), não

significa oposição ou tentativa de substituição de processos clássicos, realizados pelo par terapêutico e/ou pelos atendimentos grupais, conduzidos por um único profissional.

Ao contrário, trata-se de uma possibilidade clínica a mais, que deve ser pensada e utilizada em certos casos, definidos com cuidado e moderação, e sem que se dispense, necessariamente, a terapia com um único profissional. Além disso, tal iniciativa depende também de formação de vínculo de confiança com os pacientes e seus familiares.

Investigar aspectos e dimensões implicados nos processos de coterapia, verificando – tal como proposto aqui – sua possível pertinência e efetividade no trabalho de reabilitação de crianças com deficiências, não apenas diz respeito e é útil à fonoaudiologia, como se insere em seu movimento de intensificação do diálogo clínico com outras áreas, e de construção de novos horizontes conceituais e de práticas clínicas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório.

Para a compreensão da dinâmica metodológica do trabalho, é útil tecer algumas considerações preliminares sobre o método cartográfico, nos termos em que foi aqui utilizado.

O método cartográfico se origina na filosofia de Deleuze e Guattari (1995). Os autores propõem uma reversão de perspectivas tradicionais de pesquisa, no sentido de orientar a investigação pelos processos internos a determinados fenômenos ou situações e não por seus efeitos e/ou resultados. Guattari e Rolnik (1996) utilizam os estudos de Deleuze e Guattari, partindo do “*saber-fazer para alcançar o fazer-saber*”, ou seja, ao invés de, a partir de um método, produzir conhecimento, sugerem que partamos do conhecimento, daquilo que sabemos e fazemos, para produzir um método científico.

A ideia da cartografia, embora venha da geografia, refere-se, na dimensão filosófica em questão, a uma prática de investigação de processos em curso, “mais do que de um traçado de percursos históricos, ocupa-se de um campo de forças no seio mesmo dos estratos” (Amador e Fonseca, 2009, p.30), isto é, pauta-se pela escuta ao movimento produzido pelos afetos envolvidos num encontro, num plano de experiências. Nesse sentido, diferencia-se dos mapeamentos (conceito também emprestado da geografia) por não ser planificador e fixo. A cartografia, do modo como a sugerem, parte

do princípio de que o pesquisador e o objeto de pesquisa podem produzir um encontro fecundo, produtivo, capaz de colocar em movimento e de gerar diferenças nas dimensões implicadas no encontro (pesquisador, objeto, campo problemático ou de pesquisa).

Ainda nas palavras dos autores: “Proposto enquanto caminho errante, a cartografia se oferece como trilha para acessar aquilo que força a pensar, dando-se ao pesquisador como possibilidade de acompanhamento daquilo que não se curva à representação” (Amador e Fonseca, 2009, p.30).

A cartografia busca, nesse sentido, traçar um campo problemático cuja resolução seja, eminentemente, inventiva. O caráter inventivo é, na perspectiva cartográfica, aquilo que mantém a ciência em constante movimento de transformação, não apenas refazendo seus enunciados, mas criando novos problemas, e exigindo práticas originais de investigação.

O objetivo da cartografia pode ser definido, então, como a busca pelo desenho provisório da rede de forças que entram em relação e se afetam num determinado processo; rede de forças que faz emergir e dá visibilidade ao objeto da pesquisa, ao campo problemático que se quer investigar, dando conta de suas modulações e de seus movimentos.

Sendo assim, a cartografia não pressupõe regras invariáveis; no lugar delas, temos o exercício de uma escuta indiciária, que colhe índices, pistas que destaquem as práticas e as relações implicadas na questão que se quer investigar. Dimensão indiciária, que pode deslocar pontos de vista, reorientar ações de pesquisa e formas de registrá-la, sempre como efeito da produção

coletiva do conhecimento, ou seja, daquilo que, por estar em processo, decorre dos encontros e pelo que é produzido neles.

A cartografia se monta por meio de “pistas”. Estas são uma espécie de norte ou de bússola do processo em investigação, um guia. Referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem das ações no próprio percurso da pesquisa.

Essas referências dizem respeito, portanto, à forma pela qual o pesquisador deve agir e intervir na pesquisa, ao tipo de atenção que deve construir. Indica também modos de acompanhamento do processo e de (re)orientação do método a partir deste acompanhamento dos movimentos existentes no campo de questões estudado.

Em síntese, a caracterização dessas pistas, proposta por Passos et al. (2010), é feita como se verá a seguir:

- Acompanhar processos e não representar objetos;
- Referir-se a um coletivo de forças em atuação;
- Considerar um território existencial;
- Traçar um campo problemático;
- Dissolver o ponto de vista do observador como instância privilegiada;
- Exigir atenção ao presente, aos acontecimentos em ato;
- Requerer, para funcionar, invenção de dispositivos em processo;
- Não separar pesquisa e intervenção.

O campo problemático que foi cartografado em nossa pesquisa se desenhou a partir da análise e da escuta a passagens de dois processos clínicos em coterapia. A delimitação de apenas dois casos para o estudo se justifica por duas razões: uma de mérito e outra relativa aos prazos de realização da pesquisa.

Em relação ao mérito, a intenção não foi operar generalizações sobre a abrangência dos processos coterapêuticos realizados, mas tão somente analisar sua pertinência, certas potencialidades e dificuldades da abordagem; por isso, um único caso clínico bastaria aos propósitos do estudo atual, uma vez que, se valer para um caso, a abordagem poderá ser útil também a outros, mas não necessariamente a todos, conforme já referido.

Sendo assim, uma casuística mais numerosa é dispensável, muito embora a opção por dois casos tenha se dado para evitar a ideia de caso de exceção¹, e também para produzir variação de situações, ampliando as possibilidades de escuta e de análise. Isto nos leva à outra razão para apenas dois casos clínicos na pesquisa: o tempo para realização do mestrado é relativamente exíguo, o que sugere – para a adequada realização dessas etapas – um número limitado de processos a serem estudados.

A cartografia foi construída por situações vividas com os pacientes e pontuações de seus pais, bem como de registros das percepções, discussões e considerações dos profissionais envolvidos na experiência. Todo esse

¹ Os casos em questão não são emblemáticos. Ao contrário, são dois casos entre outros atendidos em coterapia pela pesquisadora.

material faz parte de uma espécie de diário dos processos terapêuticos em questão, com ênfase em aspectos tais como:

- Funcionamento do atendimento: como ocorreu naquele dia, pois, a partir disso, é possível analisar as estratégias utilizadas.
- Impressões dos atores: como coterapeutas e paciente se sentiram e como significaram os acontecimentos.
- Pontos de tensão: percepção de “nós” ou dificuldades no manejo das relações por parte dos coterapeutas.
- Problematização: o que se produziu no atendimento e quais novas questões (para os coterapeutas e para paciente) vieram à tona.
- Vínculos: algum coterapeuta pareceu ter sido eleito pelo paciente como referência? Por que e como isso ocorreu? Houve variações na formação de vínculos entre os coterapeutas e o paciente?
- Impactos da coterapia: características singulares que se apresentaram pelo fato de o processo ser realizado em coterapia.
- Relação com os pais: como os pais acompanharam e se posicionaram ao longo dos atendimentos, se questionaram ou trouxeram observações, comentários sobre comportamentos do filho.
- Potência da coterapia: em quais momentos a coterapia se mostrou potente ou mais potente.

- Limites da coterapia: situações em que a dimensão coterapêutica barrou ou dificultou as relações ou a implementação de ações e procedimentos;
- Ligação entre acontecimentos/objetivos/planejamento terapêutico: os acontecimentos em terapia convergem ou não com os objetivos e com o planejamento terapêutico.

Quanto à escolha dos dois casos, esta foi fundamentada pelos seguintes critérios de inclusão: aceitar participar do atendimento em coterapia (fonoaudiologia, terapia ocupacional e/ou fisioterapia) e da pesquisa, para que os processos terapêuticos pudessem ser investigados.

Cada paciente (ou responsável) e terapeuta tiveram acesso às explicações orais e por escrito sobre a temática e os objetivos da pesquisa, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, no qual são explicitadas todas as condições de participação no estudo.

O primeiro caso é de Letícia (nome fictício), sete anos de idade e diagnóstico de síndrome de Down. A queixa principal dos pais era de que a filha apresentava distúrbio articulatorio, sendo pouco compreendida pela família, além de um atraso de desenvolvimento motor e intelectual e pouca autonomia e independência nas atividades de vida diária para sua idade. A partir da avaliação do caso e de conversas com a família, foi proposta a frequência de uma vez por semana, com sessões de uma hora em atendimento de coterapia.

O segundo caso é o de Natali (nome fictício), quatro anos e diagnóstico de paralisia cerebral. A queixa era de distúrbio articulatorio, dificuldades nas atividades de vida diária e nas trocas posturais. Aqui, também, a partir da avaliação do caso e de conversas com a família, foi proposta a frequência de uma vez por semana, com sessões de uma hora em atendimento coterapêutico.

Os dois casos aqui apresentados vêm sendo atendidos em consultório particular, na perspectiva de coterapia, conforme discutido no capítulo 2. O período investigado foi delimitado pelo início do trabalho até o segundo semestre de 2011. Vale dizer: as possibilidades cartográficas não se esgotam com esse recorte, que apenas circunscreve um período, viável à operacionalização da investigação.

Em ambos, o trabalho terapêutico teve início com uma entrevista agendada com os pais juntamente com a criança, em que participam as três profissionais, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Duas conversaram com os familiares e uma permaneceu com a criança, na mesma sala, para uma sondagem inicial, para observar interesses por brincadeiras, jogos, e também possíveis contradições e diferenças na forma de agir em relação à apresentação feita pelos pais. Neste momento, recolhemos dados da história familiar, a demanda que os trouxe ao consultório, esclarecemos a proposta de atendimento e estabelecemos o contrato de trabalho (frequência, duração das sessões, que pode ser de 1h00 ou 1h30, acerto financeiro, etc.).

Depois, em reunião de equipe, decidimos quais profissionais necessitariam compor o atendimento. E durante o processo, realizamos

reuniões frequentes, não só para discutirmos o andamento do trabalho, as respostas das crianças a ele e para afinarmos princípios que norteiam nossa prática clínica, como também para debater sobre a pertinência do processo de coterapia, suas potencialidades e limites.

Partindo do pressuposto de que a cartografia é a análise do presente e do que está em andamento nos encontros entre os participantes de um determinado processo; ela se efetuou, então, nesses vários tipos de encontro entre pais, profissionais e pacientes, numa experimentação e reflexão sobre o dispositivo em questão.

No próximo capítulo, apresentamos então os dois casos clínicos.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Um Caso: O reencontro com Letícia

O percurso de Letícia, nesta história, se inicia com seu retorno e de sua família ao nosso consultório. Os pais pedem (especialmente a mãe) ajuda de uma forma que soou desesperada. Letícia já havia sido atendida por esta equipe em outra instituição há, aproximadamente, um ano da atual procura.

A mãe contou, aflita, que não via evoluções em Letícia, então com cinco anos de idade, e que se mostrava insatisfeita também com o trabalho que vinha sendo realizado na escola; por isso, inclusive, pensava em tirá-la de lá, de modo que a menina permaneceria em casa. A criança enfrentava muitos problemas escolares e, segundo a mãe, os professores não sabiam lidar com eles.

A nossa sensação foi de que a mãe nos procurou também para “cobrar” uma posição em relação ao que estava ocorrendo no ambiente escolar, uma vez que, no primeiro atendimento que realizamos, entre outras coisas, havíamos sugerido que Letícia frequentasse a escola.

O primeiro processo terapêutico que realizamos com Letícia foi interrompido em razão de nosso desligamento da instituição que a atendia, e agora tínhamos a chance de retomar uma relação que ficara inconclusa. Aceitamos o desafio e, de certa forma, nos sentíamos responsáveis pelos

encaminhamentos anteriores. Além disso, em nossa percepção, é função dos profissionais de saúde acolher o sofrimento que lhes são demandados.

Nessa nova busca por trabalho terapêutico, além da questão com a escola, a mãe também reiterava o pedido de cuidados nas áreas de fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Ressaltamos que a proposta de trabalho no consultório seria de atendimentos em conjunto (fonoaudióloga, fisioterapeuta e TO), que ocorreriam concomitantemente com a criança e que procuraríamos ainda ter contato com todos os espaços em que Letícia circulava (escola e academia de balé). A mãe afirmou acreditar na proposta desde a primeira vez em que foi atendida por nós, e desabafou: “estou muito preocupada com o desenvolvimento da Letícia”.

Em uma tentativa de acolhimento a tal angústia fomos também à escola conversar com a equipe técnica (diretora, coordenadora pedagógica e professora), para compreender as dificuldades escolares da paciente; estas se relacionavam, principalmente, à “falta de disciplina” em sala de aula, segundo nos informaram os profissionais da escola.

As investigações clínicas que se seguiram com a escola e a família nos levaram a concluir que o comportamento de Letícia no ambiente escolar era reflexo da forma como vinha sendo tratada em casa. Letícia tinha poucas possibilidades de construção de parâmetros capazes de organizar seu processo de subjetivação, em função, sobretudo, das atitudes parentais de antecipação de suas ações (fazer as coisas por ela); e da “superproteção” materna, que parecia impedir a produção de autonomia por parte de Letícia, que reagia e combatia esse involuntário ou inconsciente sufocamento subjetivo

operado por seus pais por meio de comportamentos supostamente “indisciplinados”. Essas percepções nos introduziram ao modo como os processos escolares e familiares da paciente vinham se fundamentando.

Ao mesmo tempo em que conversávamos com os pais e a escola, também já estávamos em contato com Letícia. Conhecemos seus interesses mais recentes e conversamos sobre como seria e o que ela pensava de nossos encontros semanais.

Observamos que Letícia não era mais a menina tímida de um ano atrás, que mal conseguia nos dirigir o olhar quando nos encontramos pela última vez na instituição onde a atendíamos. Pelo contrário, mostrava-se autoritária em suas ações, mesmo sem ser totalmente compreendida em suas palavras.

Em nossas reuniões clínicas, nessa retomada do trabalho com Letícia, a fisioterapeuta sugeriu essas características como indício de fortalecimento subjetivo da paciente, mas a TO questionou se esse outro jeito de ser não seria reativo, uma espécie de reação à dinâmica familiar, que mostrava vários sinais de tensão: os pais estavam ansiosos e perdidos em relação a como lidar com a filha; na confusão, sobrecarregavam a menina com suas ansiedades e, ao mesmo tempo, cediam ou embarcavam nas estratégias de Letícia para fugir, em casa e na escola, das situações que lhe eram desconfortáveis ou sofridas e que se manifestavam por meio de comportamentos categóricos.

Começamos a estruturar as atividades em função das conversas com a criança, a família e a escola. No início, a paciente não mostrou interesse pelas atividades terapêuticas em várias ocasiões, o que interpretamos como uma espécie de estratégia evasiva em face de situações que pudessem expor suas

dificuldades. Pontuar claramente esses aspectos à Letícia e a seus pais tranquilizou a paciente e permitiu um maior engajamento no processo terapêutico, gerando maior aproveitamento das atividades, com efeitos em seu processo de construção comunicacional, simbólica e motora.

Tal desenvolvimento também foi favorecido pelo processo coterapêutico, uma vez que coletivizamos as atividades de modo que Letícia não se sentisse pressionada, no sentido de se tomar como alvo de ações e atividades, nas quais seu desempenho seria cobrado, como ocorria na escola e também na família.

Ao contrário, tentamos produzir cenas clínicas nas quais se sentisse participando de um grupo de trabalho, compartilhando as atividades, as regras e as reflexões ali realizadas. Em nosso planejamento terapêutico, naturalmente, havia uma série de atividades diretamente voltadas aos transtornos de Letícia; atividades ligadas às questões de motricidade global e específica (fisioterapia); às dificuldades de linguagem e de comunicação (fonoaudiologia); e de organização e aquisição de habilidades motoras e intelectuais para realização das atividades cotidianas e escolares (terapia ocupacional).

Tais atividades eram planejadas de modo integrado e, para acontecerem, tanto quanto possível, sem fragmentação ou isolamento da ação de um profissional em relação aos outros². Desse modo, as ações de um

²Não seria o caso apresentar aqui o detalhamento das atividades específicas (fonoaudiológicas, fisioterápicas e de terapia ocupacional). Interessa-nos, no presente processo clínico, e também no que virá a seguir, analisar seus efeitos no tratamento dos pacientes e nas formas de compreensão e elaboração dos coterapeutas e dos pacientes sobre o processo de trabalho que a coterapia ensaja.

estavam sempre acompanhadas e entrelaçadas com as dos outros dois terapeutas: uma atividade psicomotora, por exemplo, era acompanhada de atividades dialógicas, de registros feitos pela própria paciente e orientações dadas pela fisioterapeuta.

Do mesmo modo, a terapia ocupacional propunha ações para desenvolver habilidades, voltadas à compreensão, à organização e estruturação da atividade, bem como para usá-la como referência ao aprimoramento e à generalização dessas habilidades em outras atividades do dia-a-dia do paciente.

Desde que iniciamos este trabalho, Letícia respondeu à proposta de coterapia, gradativamente, mas de forma rápida. Demonstrou se sentir acolhida e segura no grupo que compunha com as três terapeutas. Passou a se fazer entender melhor, inclusive por ajudar a construir todas as atividades de trabalho fonoaudiológico realizadas, nas dimensões discursiva e conversacional.

A partir dessas situações terapêuticas, era demandada discursivamente, e por vários interlocutores, em situações cujo grau de pertença era alto, principalmente porque Letícia participava ativamente da criação dessas situações, o que fazia com que se apropriasse e elaborasse os conteúdos comunicacionais, sensório-motores e psíquicos que ali circulavam, com relativa facilidade e muita intensidade.

No primeiro semestre de 2011, ocorreu um fato bastante significativo para Letícia e para nosso processo em coterapia. A fisioterapeuta teve algumas complicações no sétimo mês de gravidez e necessitou permanecer em repouso

absoluto, sem que tivesse tempo de trabalhar sua saída da cena coterapêutica com os pacientes. Explicamos a situação à Letícia, que, em princípio, pareceu compreender o problema.

Os atendimentos continuaram, mas houve uma mudança relevante na dinâmica transferencial. Quando estávamos as três terapeutas no atendimento, não elaboramos muito claramente a circulação e a dinâmica vincular; percebíamos apenas que sua base de apoio era a fisioterapeuta, isto é, o vínculo transferencial, eleito pela paciente, foi com essa profissional. Sua ausência nos alertou para necessidade de refinar nossa escuta às maneiras pelas quais Letícia vinha organizando ou significando os afetos que circulavam naquela situação.

Importante destacar que, obviamente, diferenças vinculares dos pacientes com os coterapeutas não são pré-estabelecidas ou combinadas a priori; elas se delineiam a partir dos movimentos, dos afetos e das projeções de cada paciente. Conforme mencionado na revisão da literatura, a dinâmica transferencial numa experiência de coterapia amplia a possibilidade de se estabelecer novas formas de elaboração e de funcionamento na dinâmica familiar e social dos pacientes; o que, de fato, ocorreu aqui, como se verá mais adiante.

Quando a fisioterapeuta saiu, notamos que, no início, a paciente começou a me excluir das situações, reportando-se apenas à TO, pontuando constantemente que eu era “chata” e me mandando ficar quieta, de forma hostil. Supúnhamos que essa forma de agir poderia ser motivada, de um lado, pela necessidade de novo foco transferencial, que se iniciava, no caso, pela

projeção em mim da frustração e do incômodo pela ausência repentina da fisioterapeuta. Por outro lado, esse comportamento também poderia estar atrelado ao fato de que meu papel, em alguns momentos das sessões, se definiu pelo enquadre de suas ações: em muitos casos eu estabelecia limites às ações nas atividades; cobrava respeito aos turnos dos diálogos; etc.

Para expressar seu incômodo e, ao mesmo tempo, solicitar uma nova organização de nossas relações no espaço terapêutico, Letícia parece ter explicitado o fato de que eu e ela possuíamos uma relação transferencial bastante forte. O trabalho de demonstrar as valências transferenciais em nosso grupo de coterapia foi de Letícia, e tal demonstração se fez pela atualização, em mim, de seu incômodo com a saída da fisioterapeuta.

Entendi, acatei e conversei, com Letícia e com a TO, sobre a função para qual ela me convocava. A elaboração conjunta desses conteúdos relacionais permitiu que Letícia passasse a revezar o comportamento hostil - num dia me ignorava, e em outro, a TO.

Observamos que essa oscilação também ocorria no ambiente familiar. Pelo fato de a mãe ser dona de um salão de beleza, a paciente ficava grande parte do dia com a irmã mais velha³; então, quando a mãe não estava, dizia para Letícia obedecer essa irmã; mas, quando a mãe voltava do trabalho, exigia que Letícia passasse a obedecê-la. Esse “combinado” nos parecia confundir a paciente, que, com o tempo, acabou por não respeitá-lo mais e, a rigor, não obedecia nenhuma das duas.

³ - Letícia tem três irmãs, é a caçula de quatro filhas.

Depois de aproximadamente um mês da saída da fisioterapeuta, Letícia passou a se vincular ainda mais a mim, priorizando fortemente esse vínculo transferencial, embora oscilando no manejo de seus afetos durante as sessões. Exemplo disso: certa vez, indo ao banheiro comigo, Letícia levou a mão à barriga, me puxou e começou a andar devagar, dizendo que estava com “dor de barriga”. A TO e eu pensamos que esta dor poderia ter algum sentido específico; perguntamos algumas vezes o que estava sentindo, mas ela não conseguia distinguir a que tipo de dor se referia. Nesse momento, ela disse que tinha um nenê na barriga, numa clara alusão à razão da ausência da fisioterapeuta.

Ao tentar tematizar essa questão com Letícia, enunciou o nome da fisioterapeuta. Propusemos que fizesse algo para ela, e Letícia prontamente se dispôs. Disse que gostaria de escrever à fisioterapeuta, pegou um papel e fez algumas representações gráficas; ao final, pedimos que “lesse”⁴ o que havia escrito. A paciente começou a cantarolar, como se tivesse composto uma música para a fisioterapeuta e para seu bebê. Parece que isso foi suficiente para acalmá-la momentaneamente em suas angústias.

Na sequência dessa mesma sessão, durante uma atividade com bonecos, Letícia excluiu a TO da cena, colocando-se de costas para ela. Letícia deu o meu nome a um dos bonecos; para outro, seu próprio nome, ao terceiro, o nome da fisioterapeuta e a um boneco-bebê chamou de “bebê da fisio”. Encenamos uma visita à casa da fisioterapeuta e de seu bebê e em dado

⁴ Na ocasião do estudo, Letícia era capaz de reconhecer as vogais e as letras de seu nome. Conseguia produzir as vogais sem apoio ou pista, e as consoantes de seu nome, com pista (pontilhado, ou falando como devia ser o movimento do lápis).

momento, Letícia tirava o bebê do colo da mãe, substituindo-o pelo boneco que a representava; também fazia o mesmo com o boneco que me representava.

Durante o jogo simbólico que ali se estabeleceu com os bonecos, Letícia convidou a fisioterapeuta e seu bebê para irem ao cinema (seu programa favorito) assistir “Shrek” (seu filme predileto). Lá, colocava-se entre a fisioterapeuta e seu bebê, como que reafirmando o lugar do seu desejo naquela relação.

Depois de produzir para si uma elaboração, ainda que provisória, reparadora e conciliatória, sobre como a afetava a relação privilegiada entre a fisioterapeuta e seu bebê, voltou-se para a TO e perguntou se ela gostaria de participar de nossa dramatização, o que a TO aceitou de imediato. No término da sessão, quando reencontramos a mãe, falei a respeito do modo como a paciente se utilizou da brincadeira simbólica para elaborar o afastamento da fisioterapeuta e o “ciúme” em face da relação mãe/bebê.

Na discussão clínica sobre esses acontecimentos, conversamos sobre a importância de Letícia ter procurado elaborar a separação da fisioterapeuta, bem como a presença de um terceiro (o bebê) como causa da separação. Discutimos que essas elaborações precisavam ficar no espaço do *setting*, não extrapolando seus limites, uma vez que este a protegia e permitia que a realidade fosse elaborada em função de seus desejos, suas condições afetivas e cognitivas singulares. Ao refletir sobre esse processo, vi que havia cometido um erro ao fazer o relato para a mãe, diante da paciente.

Na sessão seguinte, Letícia entrou sem relutar, mas estava sem vontade de participar das atividades, até que a TO propôs novamente brincar com os

bonecos da sessão anterior, tentando dar continuidade à elaboração, bem como buscando espaço para saber se meu deslize, ao final da sessão anterior, traria novos desdobramentos. Letícia topou, mas percebemos que havia um incômodo ali, pois não se dispunha a dar sequência à brincadeira. A TO, então, propôs um pacto: tudo que acontecesse na sessão, daquele momento em diante ficaria ali. No mesmo instante, Letícia apontou o dedo para mim, e disse: “ela?”. Eu reafirmei o contrato, dizendo que também me comprometia com ele. O vínculo foi novamente legitimado.

Esse episódio levou a pensar sobre a necessária preservação do espaço clínico. Apesar de a coterapia ser uma construção coletiva, cabe à paciente aceitar ou não a inserção de novos participantes. Inserir sua mãe no processo, naquele momento, não foi permitido pela nossa paciente, ao contrário, chegou a abalar os signos de pertença, de confiança e mesmo de privacidade que lhe dão contorno.

Ao longo dos atendimentos, como já foi possível observar, foram feitas conversas explícitas, em outros momentos, diálogos permeados pelo lúdico, jogos e brincadeiras simbólicas. Foram esses os recursos para trazer à tona as questões de Letícia, bem como para enfrentá-las, seja em seus efeitos corporais, sensório-motores, seja em sua circulação e desenvolvimento discursivo.

No entanto, como tais elaborações são processuais e as questões dos pacientes (assim como a de todas as pessoas), frequentemente recorrentes, novamente Letícia trouxe a relação com a fisioterapeuta como campo de elaboração de suas questões relacionais, todas elas. Dessa vez, o sintoma

que conduziu ao trabalho foi um episódio de intensa resistência para entrar no consultório. Junto com a mãe, ficamos conversando com ela, tentando descobrir o que estava acontecendo naquele dia. De repente, Letícia disse: “neném”; a mãe perguntou se estava relacionado com a fisioterapeuta, e ela respondeu que sim. Propusemos um telefonema à fisioterapeuta, do telefone do consultório, e ela entrou conosco.

Na ligação começou a conversar com a fisioterapeuta parecendo contar, a seu modo e de maneira pouco inteligível, tudo que passou no tempo em que ela estava ausente, perguntou do bebê e, supondo que estivesse no hospital, perguntou se ele estava “dodói”. Ao encerrar a ligação, como que numa atitude de alívio, pegou um livro e pediu que eu lesse; quando comecei a fazê-lo, virou-se de costas para a TO e pediu que eu continuasse com a leitura, atualizando na TO, mais uma vez, o lugar do ressentimento pela ausência da fisioterapeuta.

Uma nova etapa do processo teve início com nossa decisão de propor à família uma estratégia para conferir maior autonomia e poder de participação e decisão à Letícia nas atividades cotidianas, uma vez que os avanços em relação às dificuldades posturais, de linguagem e de estruturação e organização das atividades e comportamentos eram visíveis. Além disso, os deslocamentos subjetivos sugeriam maior elaboração da condição orgânica e afetiva por parte da paciente.

Não se tratava de desonerá-la de obrigações em casa ou na escola, mas de dar mais atenção às possibilidades, ritmos e tempos de Letícia, bem como à capacidade de lidar como parâmetros e regras de convívio, que percebíamos

mais presente. Além disso, era notório que a família tendia a sobrecarregá-la, às vezes com excessos de cuidados, às vezes com excessos de atividades e demandas, atualizando nessas atitudes a ansiedade de que as coisas com Letícia andassem mais rápido, de maneira que ela desse conta das demandas sociais, escolares e familiares.

Tal sobrecarga somada à ambiguidade de seus significados - ora cercada de atenção como se não pudesse ter qualquer autonomia, ora pressionada para que fosse mais autônoma, respondendo a anseios e solicitações da família e da escola - produzia sinais contraditórios, que acabavam por despotencializar Letícia em várias situações. Trabalhamos isso com ela e com os pais, e eles toparam arriscar na tentativa de novos arranjos relacionais, de convivência em casa.

Os pais foram percebendo e relatando mudanças referentes às escolhas e posições que Letícia passou a assumir. Porém, nem sempre essas mudanças são vistas, de imediato, como positivas, pois sempre implicavam certo trabalho para negociar as escolhas e as posições da paciente, bem como para demarcar, com clareza e por meio do diálogo, as regras de convívio. Procuramos mostrar o quanto essa outra forma de agir com a filha favoreceria seu amadurecimento e desenvolvimento.

Aos poucos, essa intersecção na dinâmica familiar e seus efeitos em Letícia, e também em seus pais, fizeram com que se apropriassem da condição de participar mais diretamente na produção de transformações em relação ao que lhes incomoda e/ou preocupa nas condições e processos da filha; o que

alterou para melhor a qualidade das relações na família, ao menos nesses aspectos e nesse momento do processo.

Foi importante o papel do pai nessa dinâmica. No início do atendimento, ele se posicionava de modo mais passivo, se mostrava mais distante, calado e menos envolvido, talvez pelo fato de a esposa o desautorizar em relação aos modos de agir com Letícia, diante dela e das outras filhas. Com o tempo e a partir das sessões que realizamos com toda a família⁵, sentimos uma ampliação da potência do pai, e observamos mudanças em suas atitudes. A chance de conversar e de definir com mais clareza os arranjos e os papéis no dia-a-dia da família potencializou seu lugar na relação com as várias mulheres da casa: esposa e quatro filhas.

Além disso, tais mudanças mobilizaram todos os membros da família, que pactuaram dividir com a mãe preocupações e envolvimento com o trabalho da casa e com Letícia, buscando fazer o que discutimos, todos juntos, como melhor para nossa paciente.

O atendimento de Letícia continua em andamento, outros acontecimentos e desdobramentos, além daqueles que foram marcados neste exercício cartográfico, ainda estão por vir. Queremos apenas destacar, por fim, que a escolha por cartografar certas passagens do processo (algumas daquelas que nos marcaram de modo particular) se deu por duas razões, que declaramos a seguir.

⁵ Estas sessões foram feitas com os pais, as quatro filhas e o noivo da filha mais velha, que convive muito com Letícia e tem um ótimo vínculo com ela.

Uma das razões diz respeito às questões relacionais e aos afetos, que foram produzidos no processo. Foram eles que configuraram a condição de possibilidade de nosso trabalho em coterapia com Letícia, pois sustentaram os procedimentos e as atividades específicas da fonoaudiologia, da fisioterapia e da terapia ocupacional.

Mais que isso, as relações e os afetos atribuíram sentido aos cuidados ofertados, criando um campo de jogo, no qual Letícia encontrou formas para se apropriar, para elaborar e para enfrentar suas questões, inclusive aquelas especificamente ligadas à deficiência.

A outra razão tem a ver com a produção de uma escuta clínica que, ao ser (re)construída coletivamente, pelos três (depois dois) terapeutas, com idas e vindas, divergências e convergências, favoreceu a problematização da crença em leituras disciplinares que, muitas vezes, são pensadas como capazes de produzir verdades estáveis sobre os casos. Diferentemente, o que aprendemos nesses processos é o caráter provisório e sempre inacabado de nossas leituras e interpretações clínicas.

Sem a ilusão de verdades supostamente tranquilizadoras, pudemos perceber, em ato, que a integração de nossos vários olhares não totaliza a compreensão dos casos que atendemos, ao contrário, reafirma a necessidade de abertura às variações e às diferenças que a vida e os processos dos pacientes produzem e expõem o tempo todo.

Enfim, a estratégia coterapêutica, no atendimento de Letícia foi efetiva para nos mostrar, mais uma vez e na direção da concepção clínica que assumimos, que o saber da clínica é criado no “entre”, no tempo do encontro,

naquilo que ele faz acontecer, nas soluções que cria para os problemas que lhe são endereçados.

Os conhecimentos, competências e habilidades disciplinares fazem todo sentido se estiverem a serviço da produção que os encontros clínicos promovem.

Naturalmente, outros dispositivos clínicos também abrem tal possibilidade. Isto não é privilégio da coterapia, mas nela tal perspectiva certamente é bastante evidente, ao menos para os terapeutas que se dispõem ao vigor do jogo, para o qual a coterapia convida.

Outro Caso: Vocês me fazem rir

“Vocês três me fazem rir”. Esta fala pode parecer corriqueira, no que se refere à experiência de quem participa de processos terapêuticos em coterapia, uma vez que tornar o ambiente descontraído e acolhedor é algo desejado e buscado nesse contexto. No entanto, no caso específico, não foi corriqueiro. Para compreender o sentido preciso dessas palavras, vou narrar (sinteticamente) o processo que levou Natali a produzir esse enunciado.

A história de Natali conosco começa quando chega com os pais, aos 2 anos de idade, para um encontro inicial⁶.

Lembro do sentimento que aquele encontro me provocou: curiosidade. Havia um enorme descompasso entre a forma como Natali se apresentava fisicamente e a maneira como se expressava.

Posso explicar. Ela se destacava por um discurso articulado para a idade, mesmo apresentando omissão de alguns fonemas (também próprio da idade), mas sua aparência era totalmente frágil, seu olhar submisso. Os pais, por sua vez, traziam a imagem de uma criança que nasceu prematura, permanecendo internada na UTI por dois meses, correndo o risco de morrer. Era essa imagem que o comportamento de Natali parecia espelhar. Como seqüela física, tinha dificuldades motoras nos membros inferiores. Na visão dos pais, ela não poderia se “virar” sem eles. A mãe havia, inclusive, parado de trabalhar e de cuidar de si para se dedicar exclusivamente à filha.

⁶ Vale ressaltar que ela chegou indicada pela fisioterapeuta da equipe, que a conheceu durante um curso Bobath, no qual Natali participava como paciente voluntária.

Começamos os atendimentos e nos coube tentar entender o movimento que levava Natali a ter um funcionamento aparentemente dicotômico.

No início, apresentava uma dificuldade em entrar em nosso espaço sem a presença da mãe, pois este seria o único lugar em que sua mãe não estaria com ela, nos demais permanecia presente: hidroterapia, equoterapia e psicologia.

Natali, por sua vez, reagiu a essa decisão chorando bastante nos atendimentos que se seguiram, mostrando que era muito difícil para ela se separar de quem a trazia, ora o pai, que aqui chamaremos de Renato, ora a mãe, que será chamada de Amanda (com quem estes momentos eram mais angustiantes). O mais curioso é que, assim que entrava na sala de atendimento, Natali prontamente se envolvia nas atividades propostas e parava de chorar. Curioso porque os comportamentos eram intensamente distintos, davam a impressão de se tratar de crianças diferentes. Como alguém que tinha tanta dificuldade em ficar separada da mãe podia ficar tão bem depois que esta se ausentava?

Percebemos que nosso espaço abria possibilidades de construção de novos laços afetivos e outros vetores de existencialização, além de evidenciar a tensão que a relação com os pais (especialmente a mãe) representava para Natali. Em outras palavras, distanciava-se da mãe e ficava bem, mas tinha que mostrar, inclusive para si mesma, que dependia da mãe, como se essa dependência mantivesse sua consistência subjetiva, isto é, sua possibilidade de existir nas relações. Natali precisava mesmo de um lugar para elaborar outros caminhos existenciais, para construir novas relações e maneiras de

conferir autonomia à sua condição subjetiva e social; ainda que fosse difícil para ela, parecia se sentir potencializada na cena coterapêutica.

O processo terapêutico transcorreu, por longo tempo, com Natali oscilando entre angustiar-se por estar separada dos pais e envolver-se conosco e com nossas propostas de trabalho. Nos dois primeiros anos de atendimento, trabalhamos intensamente o vínculo terapêutico, e com os sintomas motores e de linguagem.

Para isso, utilizamos, principalmente, brincadeiras, dramatizações e dinâmicas corporais. Damos ênfase ao trabalho com o que emergia em seu corpo das questões afetivas, uma vez que, em nosso ver, esse era o campo problemático, a partir do qual Natali nos demandava. Em função dos problemas motores, a fisioterapeuta coordenou os trabalhos, na tentativa de levar Natali a se deparar com as questões afetivas, e com seus efeitos no corpo e na linguagem. Queríamos descobrir o que poderia produzir potência nas ações de nossa paciente. Utilizamos muita conversa e problematizamos as situações em que os sintomas traziam à tona suas peripécias subjetivas. Aos poucos, tais intervenções começaram a surtir algum efeito.

Certa vez, Natali chegou perguntando: “Por que minha mãe tem que trabalhar?”. Amanda havia começado a trabalhar, depois de quatro anos cuidando apenas da filha. A angústia de Natali reiterava sua dificuldade em separar-se da mãe, por mais que, em outros momentos, suas tentativas de afirmação fossem visíveis. Chamava nossa atenção a insistência da ambiguidade na relação com a mãe: ao mesmo tempo, porto seguro e lugar do “naufrágio” subjetivo do qual se debatia para superar.

Como foi dito, Amanda fazia de tudo para estar sempre presente, demonstrava esta presença também quando não permitia que Natali se deparasse com a frustração de não tê-la por perto. Diante dos signos que marcavam a relação entre Natali e sua mãe, como não estar presente agora? Lidar com isso era muito difícil para a paciente, mais ainda para sua mãe.

Um modo que Amanda encontrou de fazer-se presente nos momentos em que não poderia estar por perto foi sugerindo que Natali sempre se lembrasse dela de alguma maneira, dizendo, por exemplo: “faz um desenho bem bonito pra mim, para se lembrar da mamãe!”. Nosso trabalho acabou girando em torno desse pedido várias vezes, pois Natali ficava preocupadíssima em atendê-lo, mesmo que tentássemos convocá-la para outras atividades e ao vínculo que vinha construindo conosco.

Natali continuou expressando grande angústia por estar longe da mãe. Ela se envolvia com vivacidade nas atividades terapêuticas, colocava-se, dirigia as brincadeiras e, de repente, seu semblante mudava; quando perguntávamos o que havia acontecido, dizia: “Ai! Lembrei da minha mãe de novo...”.

Em outra ocasião, mas no mesmo circuito fechado de afetos, Natali chegou chorando muito. Ao entrar na sessão, procurou fazer uma atividade que, segundo ela, “fizesse os pais sorrirem”. Ela vivia para agradar os pais, mais excessivamente do que é comum em crianças de sua faixa etária.

Porém, os pais, porque também enredados nessa trama, pouco eram capazes de reconhecer os esforços que nossa paciente lhes oferecia, suas manifestações de crescimento, de expansão afetiva e social. Temiam por possíveis frustrações da filha. Chegaram, por exemplo, a desmarcar uma festa

de aniversário desejada por Natali, sob a justificativa de que, embora a filha mostrasse melhora significativa na marcha, em função do trabalho fisioterapêutico que vínhamos realizando, estavam inseguros, tinham medo de que, na agitação da festa, a filha não conseguisse manter o desempenho já alcançado na marcha, o que poderia desanimá-la em seus avanços.

Em função do caráter inflexível desse arranjo simbiótico da família, insistimos, por longo tempo, na indicação de escola para Natali. De um lado, pelo fato de que nossa paciente, a essa altura, já estava com 4 anos de idade e ir à escola, portanto, era uma necessidade social e cognitiva. Por outro lado, a entrada na escola, em nosso ver, constituía uma estratégia de ampliação da circulação social e afetiva da paciente e, por decorrência, também para seus pais.

Construímos com os pais e com Natali a ideia de que ingressar na escola seria enriquecedor e necessário. A mãe começou a visitar algumas, mas continuou a demonstrar insegurança: “Tenho medo que batam nela, que não cuidem dela direito”. Pontuamos, várias vezes, os modos pelos quais entendíamos as inseguranças demonstradas e, além disso, lembramos que todas as mães, mesmo que com intensidades diferentes, passam por isso. Depois de vários meses, Amanda conseguiu escolher uma escola e matricular a filha.

A adaptação de nossa paciente no ambiente escolar foi difícil, o que obviamente não surpreendeu: depois de dois dias na escola, ela teve uma gripe forte, que evoluiu para pneumonia. Assustada, Amanda decidiu mantê-la em casa por quase três semanas. Ao retornar às aulas, além de não ter estado

no convívio da classe por todo este tempo, Natali também expressava sua insegurança em separar-se da mãe, do momento em que acordava – com choro, ânsia de vômito e dor de barriga – até o momento em que chegava à porta da escola, aos prantos.

Depois de pouco tempo frequentando a escola, perguntamos à Natali qual era sua visão sobre o que acontecia ali; ela respondeu de um jeito objetivo e um tanto complexo: “Está chorante! Porque sinto muita saudade da minha mãe [teve ânsia] e do meu pai [teve ânsia, de novo]”. Natali não tinha poder para lidar com a situação, potência em grau zero e pânico em alta.

A mãe, por sua vez, em resposta às angústias da filha e às suas próprias prometeu buscá-la todos os dias antes do almoço, que, a rigor, deveria acontecer na escola. Era uma resposta da mãe ao fato de Natali dizer que “sua barriga não gostava da comida da escola”. Questionamos essa atitude com frequência, com ambas. Amanda se defendia: “Ela não pode ficar sem comer, né?!”. Esse arranjo durou quase dois meses.

Nesse processo, fizemos contato ou visitamos a escola com alguma frequência, para conversar e pensar conjuntamente sobre como lidar com os acontecimentos e para delinear nossas ações. A coordenadora pedagógica relatou que haviam optado pela permanência de Natali até o horário final, mas ressaltou que a intervenção junto à família fora muito difícil, pois os pais não aceitavam as sugestões da escola em relação à alimentação.

Por outro lado, decidimos intensificar o trabalho com essa questão junto a Natali em terapia. O tempo todo ela dizia que os pais estavam por perto da escola, “na escola de adultos” e, por isso, podiam buscá-la em qualquer

momento que precisasse. Pontuamos que eles estavam no trabalho, e que não havia necessidade de buscá-la antes do final da aula, mas Natali ficava reticente em face de nossas pontuações. Nossa hipótese era de que, por temer a experiência escolar, Amanda, mais do que Renato, transferia suas inseguranças e dificuldades para a filha.

Aos poucos, com o nosso auxílio e também dos profissionais da escola, os pais consentiram e puderam ver que Natali estava se apropriando do ambiente escolar. Certa vez, o pai nos contou que, ao chegar para buscar a filha, viu que estava almoçando com os coleguinhas. A partir daí, Renato começou a conversar com Amanda para que tentassem deixar Natali participar do almoço na escola com mais frequência, até que a mãe também se sentiu segura para tanto, e nossa paciente passou a almoçar na escola, com tranquilidade e sem maiores problemas.

Nossos atendimentos, em muitos momentos, foram permeados por conversas claras, explícitas sobre os sentimentos de Natali, no sentido de oferecer caminhos à elaboração dessas situações. Também nesses momentos podíamos conversar com ela, a partir de atitudes de acolhimento, proporcionando um campo para novas produções subjetivas e relacionais.

Ao longo do tempo, esse trabalho foi permitindo que Natali se desvencilhasse dos entraves na relação com a mãe, de modo que se envolvesse em ambientes que lhe traziam outras possibilidades afetivas, cognitivas e sociais, para além daqueles experimentados em família.

Num determinado dia, Natali sugeriu que brincássemos com a feirinha, brincadeira que gosta muito. Propusemos uma “feirinha de sentimentos”: ela

teria de nomear produtos com sentimentos que não gostava, e outros com sentimentos que ela gostaria de ter. Prontamente, escolheu: dor de barriga e raiva; sugerimos também angústia (nome que demos ao “aperto no peito”, que ela sentia quando estava longe da mãe), e ela topou. Referente aos sentimentos bons, escolheu: felicidade, carinho, abraço; sugerimos, adicionalmente, prazer, paciência e segurança; ela também topou.

Pedimos, então, para que ela escolhesse aqueles com os quais gostaria de começar a brincadeira. Natali optou justamente por dor de barriga, raiva e angústia. O primeiro que quis trocar na feira foi a angústia. Quando colocamos o produto na balança, era muito pesado, para Natali equivalia a três outros sentimentos: prazer, paciência e segurança, que ela colocou no outro prato da balança. Depois, trocou dor de barriga por abraço e carinho; e raiva por felicidade. Ao final da brincadeira, colou adesivos escritos com os nomes dos sentimentos na perna, dizendo que não queria perdê-los, queria poder brincar de novo com eles depois, num claro gesto de elaboração.

Esse episódio ilustra a luta que nossa paciente trava com ela mesma para suportar e para elaborar situações e condição subjetiva, isto é, para pôr em questão tudo que tem vivido, também para dar conta das mudanças que estão em curso em sua vida.

Nesse movimento, o pedido do desenho, por parte da mãe (recorrente durante muito tempo nas sessões) ocorreu novamente, e Natali respondeu dizendo a ela que não iria desenhar mais, e sim brincar de outra coisa. Nessa sessão, quando entrou na sala, disse: “Minha mãe tá ficando louca com esse negócio de desenho”. Suas inseguranças estavam circulando e, em parte, se

dissipando; ela, inclusive, começa a intensificar um vínculo transferencial com as terapeutas. Outro dia nos disse: “vocês me fazem rir, não preciso chorar mais toda hora”.

Pouco antes de encerrar o momento de coleta das experiências cartografadas neste exercício, Natali chegou à sessão dizendo: “Tenho uma notícia boa pra dar pra vocês!”, perguntamos o que seria, e ela respondeu: “Minha mãe vai começar hoje a terapia! Ela vai ficar numa sala conversando e a gente vai poder brincar na outra!”. E arrematou: “Eu cresci e minha mãe esta percebendo que eu estou crescendo”. Ainda estamos atendendo Natali em coterapia, novos lances, acontecimentos e desdobramentos virão, certamente. O campo de trabalho criado com Natali e com sua família no processo de coterapia, em nosso ver, permite tal convicção.

DISCUSSÃO DOS CASOS E CONSIDERAÇÕES, PROVISORIAMENTE, FINAIS

Os dois percursos terapêuticos, cuja cartografia de certos acontecimentos apresentamos de forma sintética, desvendam possíveis manejos de experiências em coterapia no atendimento a crianças com deficiências. Vejamos, agora, potencialidades e limites dessa atuação.

Em primeiro lugar, é preciso destacar que nossas formações disciplinares (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), em maior ou menor grau, começaram a se abrir à transdisciplinaridade. A experiência em coterapia facultou uma espécie de desnaturalização de saberes e, ao mesmo tempo, sua reinvenção, a partir das formas pelas quais saberes de uma disciplina afetaram e foram afetados pelos das outras.

Uma clínica que passa a considerar e a se dispor a tais intersecções pode ser considerada inventiva, criativa. Não por acaso, na cartografia realizada, aparecem questões dos pacientes; na verdade, o olhar de cada uma das disciplinas envolvidas no processo perdeu espaço ou se diluiu na interpretação e nos procedimentos e encaminhamentos que fizemos coletivamente.

Os aspectos específicos, quer da fonoaudiologia, da fisioterapia ou da terapia ocupacional, embora existissem, em nenhum momento ganharam relevo, estiveram sempre sobredeterminados pela dinâmica coletiva dos

encontros terapêuticos com os pacientes, bem como pelas conversas com seus pais.

Sabemos que, por um lado, essa característica de nossa experiência em coterapia é interessante, pois vai ao encontro da posição clínica que assumimos, na qual o foco está sempre em “acompanhar os movimentos afetivos da existência, construindo cartas de intensidade” (Passos e Benevides, 1996, p. 133) para, a partir delas, construir a intervenção clínica.

Porém, por outro lado, persiste como problema a sensação de que, em algumas situações e apesar de avanços em termos de reabilitação dos transtornos dos pacientes (fisioterapêuticos, ocupacionais e de linguagem), aspectos específicos da reabilitação podem ter recebido menos atenção do que o necessário, uma vez que a leitura e a ação conjuntas nos levaram, quase sempre, a priorizar os acontecimentos em seu conjunto, portanto, com menor ênfase em relação a seus efeitos particulares e ao tratamento dos transtornos específicos dos pacientes.

Esse problema, no entanto, não invalida a coterapia como dispositivo de cuidados às crianças com deficiências. Diferentemente, o que a sensação revela é a necessidade de refletir e aprimorar a intervenção clínica que efetuamos. Em outros termos, não há incompatibilidade entre a ação conjunta empreendida e as dimensões particulares da reabilitação dos casos, mas ainda precisamos encontrar maneiras mais efetivas de contemplá-las e conjugá-las no tipo de *setting* que produzimos. Além disso, a experiência mostra que pode ser necessário combinar, em alguns casos ou situações, a coterapia com a terapia individual.

Isso posto, importante ressaltar então aspectos que foram recorrentes nos dois casos da pesquisa. Começo com a preocupação com o entorno, com o ambiente.

No caso de Letícia, a busca por estabelecer interlocução com a família (em conversas periódicas) e com a escola (por meio de conversas frequentes) levou à ampliação do campo de ação terapêutico - fomos além da sala de terapia. Em nosso ver, o próprio dispositivo coterapêutico acaba por pressupor essa ampliação, pelo fato de profissionais diferentes trabalharem concomitantemente e interligados, o que, por consequência, admite que o *setting* se amplie. Nos casos estudados, tal permeabilidade facilitou a inclusão no processo da família e da escola, em função das redes afetivas dos pacientes e das formas de aí circularem.

As relações entre os terapeutas e o paciente, por sua vez, aparecem, nas falas dos pais. Em recente conversa sobre o processo em coterapia com a família de Letícia, seu pai assim avaliou a relação com os terapeutas: “Pra ela (Letícia), agora, é como se fosse uma (pessoa) só. Ela não consegue ver só a fono, a TO e a fisioterapeuta. Quando falta alguma, aí parece mais difícil pra ela.”

Os pais de Natali também destacaram a integração das três profissionais no manejo com a criança, Amanda diz que: “as três (terapeutas) juntas distribuem melhor o que a criança precisa, afinal o corpo humano é um conjunto, não é separado.”

Outro ponto marcante das experiências diz respeito à composição das relações entre terapeutas e paciente. No caso de Letícia, observou-se uma

determinada maneira de se vincular às coterapeutas, que acabou levando a desdobramentos significativos no que se refere à dinâmica familiar.

No início, ela estava num lugar autocentrado, impondo suas vontades sem considerar as nossas, e sem disposição para negociar. Nossa impressão era de uma posição defensiva, a partir da qual precisava não se fazer entender e falar excessivamente, de forma não compreensível, para garantir um lugar no grupo que fazia conosco.

Com o tempo, com o acolhimento que oferecemos e com as intervenções propostas, problematizamos as limitações de tal posição, bem como buscamos construir alternativas a ela (no corpo, na linguagem e nas relações). Essa conduta permitiu que Letícia se abrisse ao diálogo e considerasse o outro, não apenas como ameaça à sua frágil condição, digamos assim, biopsíquica (entrelaçamento de limitações físicas, cognitivas e afetivas), mas como parceiro na elaboração e no enfrentamento de seu campo problemático.

Tal abertura se refletiu, em primeiro lugar, na conquista de uma linguagem oral mais inteligível. Letícia queria ser acolhida e compreendida, tanto quanto desejava compreender o outro, para se assegurar de sua potência para agir, sem se sentir ameaçada pelas dificuldades que lhe impunha a deficiência e os modos da família e da escola lidarem com sua condição pessoal e de saúde.

Assim, em nossa companhia, Letícia se assegurou de que tinha potencialidades, o que possibilitou o deslocamento do lugar que se atribuía na família e na escola: passou de uma condição em que se sentia pouco ouvida e

considerada, para outra, na qual se coloca na posição de se fazer compreender e, assim, de se expressar e de negociar seus desejos.

Natali, ao longo dos atendimentos, se debateu com a dificuldade em superar a relação simbiótica que tinha com a mãe, o que gerou muitas tensões até que ela conseguisse se envolver conosco, aproveitando melhor o trabalho, para elaborar suas questões e conquistar autonomia.

O percurso de Natali começa na impotência e no sufocamento em face do desejo de seus pais, sobretudo da mãe. Procurava se manter nesse lugar: única paisagem afetiva que conhecia, na qual se reconhecia e se assegurava. Seu sintoma mais evidente era um discurso artificialmente articulado, que refletia a tentativa de corresponder às expectativas e aos desejos dos pais ou, como ela mesma nos disse, querendo fazê-los sorrir.

No decorrer do processo, Natali tateia outros caminhos, e luta por eles. Diferencia-se da mãe em seus desejos, passa a questionar as próprias atitudes e também a de seus pais, constitui relações transferenciais conosco, a partir das quais joga com sua condição e com suas relações, criando condições para elaborá-las.

Nós, terapeutas, percebemos os movimentos de Letícia e Natali em processo e tomamos decisões em ato. A articulação que ocorreu entre as terapeutas, embora fosse desejada e até planejada, na verdade se efetuou de maneiras muito distintas daquelas que planejamos. Os encontros clínicos criaram articulações diversas a cada vez, e arrastaram nosso trabalho para zonas de relação, de compreensão e de ação não previstas e (acredito) nem previsíveis.

Naturalmente, havia preocupação em esclarecer os modos de atuação de cada profissional aos outros coterapeutas, mas isso não era feito no atendimento com o paciente, e sim nas reuniões clínicas. Significa dizer que a experiência em coterapia também evidenciou uma inversão de perspectiva em relação ao modelo anátomo-clínico, que, como mencionado na revisão teórica, está na origem das práticas clínicas e das profissões da, assim chamada, área de reabilitação.

A inversão é a seguinte: ao invés dos saberes e procedimentos profissionais prévios determinarem o curso dos atendimentos clínicos, é o encontro ou aquilo que se passa entre os atores do processo terapêutico, que determina a necessidade e a evocação de saberes prévios. Quando é assim, os saberes prévios vêm à cena atravessados pelos sentidos e movimentos que o encontro cria, portanto emergem (re)atualizados, realçados e transformados pelo processo que o encontro clínico for capaz de produzir.

Essa forma de relação entre os terapeutas e de articulação e requalificação de seus saberes disciplinares se aproxima do que Mendes (2007, p. 124) sugere em relação à assunção da multiplicidade e da heterogeneidade nos cuidados à saúde:

as pessoas e as situações com as quais lidamos não são homogêneas (...) Estamos sempre diante de multiplicidades, com toda sorte de atravessamentos entre elementos heterogêneos, e se não se atentar para eles, cuidando dessas dessimetrias, pode-se promover efeitos opressivos, alienantes e mórbidos. Negligenciar esses riscos seria distanciar-se do marco ético imanente à clínica, deixando triunfar operações que a convertem em

dispositivo de reiteração de estratégias de controle, de subserviência e de discriminação, que acontecem com alguma frequência em certas práticas clínicas.

A experiência em coterapia, tal como a realizamos, dialoga com questões e proposições da saúde coletiva, especialmente com aquelas relacionadas com a construção de redes de cuidados entre profissionais e equipamentos de saúde e/ou intersetoriais. Teixeira (2003, p. 95) sugere, para pensar nos cuidados em saúde, a noção de “rede de conversações”, a qual “conforma um autêntico espaço coletivo de conversação, composto de várias e distintas ‘regiões de conversa’ interligadas e, como qualquer outro espaço, passível de ser ‘mapeado’”.

As conversações constituem o campo do acolhimento. O pai de Letícia, sem necessariamente conhecer esses conceitos, dá um depoimento vivencial que vai na mesma direção: “o diferencial (na coterapia), o interessante é que não fica no consultório, vai para a escola. Há um conjunto: família, consultório, escola e uma coisa interage com a outra”.

Obviamente, outros processos terapêuticos podem chegar a resultados do mesmo tipo. Em nenhum momento, a intenção foi fazer comparações valorativas entre abordagens, estratégias e dispositivos terapêuticos. O que buscamos colocar em questão não foram resultados, mas sim a pertinência dos processos coterapêuticos singulares que realizamos.

A produtividade dos processos coterapêuticos que pesquisamos dependeu da implicação e do compromisso que terapeutas, pacientes e familiares construíram. Estas parecem ser suas condições de possibilidade: disposição e disponibilidade ao trabalho coletivo, às muitas variáveis e à

imprevisibilidade que ele coloca em jogo. A coterapia, embora com características próprias, é apenas uma, entre outras maneiras, para realizar uma clínica no coletivo.

Mendes (2007, p. 122) afirma que

as composições que configuram coletivos, além de parciais e variáveis, estão sujeitas a abalos e a reconfigurações, em função da entrada de novos componentes em suas tramas ou pelo rearranjo dos que as formam. A clínica, para operar desde aí, precisa admitir de saída que seu objeto não é fixo, nem totalizável, tampouco definível de antemão. Vale dizer: mesmo que, convencionalmente, se definam certas instâncias como objetos de disciplinas clínicas – como por exemplo, e esquematicamente: o inconsciente ou o processo transferencial no caso da psicanálise; os distúrbios da comunicação na fonoaudiologia e as doenças na medicina – ainda assim os chamados objetos de estudo e intervenção, por mais que se admitam especificidades, não são fixos, nem fechados sobre si.

Se for assim, a coterapia, na condição de dispositivo, digamos assim, clínico/coletivo, não apaga ou recusa as dimensões disciplinares, apenas as coloca em outra chave e, assim, as reconfigura e requalifica, pela admissão de que seus objetos não são fixos, nem totalizáveis. Ao contrário, são parciais, reorientáveis e, por isso, conectáveis a outras disciplinas, em função das necessidades e das histórias concretas dos pacientes.

Descobrimos, recentemente, que estes “vários” terapeutas para uma criança com deficiência fizeram de nossa experiência em coterapia uma trama

de muitos fios. Feixes de fios a serviço da tarefa de tecer uma trama de cuidados. O saber, a sensibilidade, a escuta e a disponibilidade de cada terapeuta faz e refaz esses feixes, e os entrelaça para sustentar o enfrentamento e a elaboração, pelo paciente e seus outros (família, escola, etc.), das problemáticas que nos endereçam.

Se, no início da pesquisa, já desconfiava da ideia de que os terapeutas, em função de sua formação prévia, detêm verdades sobre o paciente, agora é certo seu caráter ilusório. Não sei se todas as experiências coterapêuticas são assim (suponho que não), mas, para nós, esse dispositivo clínico fez da conexão entre os terapeutas uma rede de sustentação, sobre a qual o paciente, em alguns momentos, é uma espécie de trapezista, que confia no poder de se lançar a novos voos, de fazer novas manobras: da fixidez dos sintomas à flexibilidade dos fluxos, dos movimentos.

Nessa ambiência, coube tudo que impulsionou deslocamentos e transformações, físicas e subjetivas, ao menos todas aquelas que percebemos e fomos capazes de sustentar. Nas ocasiões em que nossos pacientes experimentaram esse aumento de potência, as outras questões (sensório-motoras, de comunicação, etc.), por serem daí decorrentes, fluíram com menor dificuldade.

Para terminar, é necessário lembrar que nossas experiências em coterapia continuam em andamento, e que esse foi o primeiro esforço sistemático para refletir sobre elas, para formalizá-las. Isso torna essas considerações finais, realmente, provisórias. Sendo assim, tal esforço, também ele, contém potencialidades e limites, que continuam a dar o que pensar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACQUAVIVA N. As entrevistas Iniciais em terapia de família. Pensando Famílias, Porto Alegre, 1999; 1(1) 7-16.

ALMEIDA M.M. A co-terapia no atendimento psicanalítico grupal ou vincular articulações da dupla frente a movimentos transferenciais e contratransferenciais. In: Congresso da Federação Psicoanalítica da América Latina, Bogotá, 2010.

AMADOR F e FONSECA T.M.G. Da intuição como método filosófico a cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, 2009; 61(1) 30-37.

BAREMBLITT G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 1992.

CAMPOS G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e campo de saberes e práticas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 5(2): 219-230, 2000.

CAMPOS G.W.S. DOMITTI A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CARDOSO F. Coletivo de cuidados e o setting terapêutico na clínica fonoaudiológica [dissertação de mestrado] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

CUNHA M.C. Linguagem e Psiquismo: Considerações Fonoaudiológicas Estritas In: Fernandes F.D.M. Mendes B.C.A Navas A.L.P.G.P. (orgs.) Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2009.

_____. Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território. São Paulo: Plexus, 2ª Ed, 2001

DELEUZE G e GUATTARI F. Mil Platôs. São Paulo: Ed. 34 vol. 1. Ed. 1995.

DUNKER C.I.L. Clínica Linguagem e Subjetividade. Distúrbios da Comunicação, São Paulo; 12(1): 50-58, dez., 2000

FAZENDA I.V.C. Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia. São Paulo, Edições Loyola 5 ed, 2002.

FRANCO T.B. Produção de cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil, Botucatu; 11(23): 427-438, set-dez., 2007.

GUATTARI F. ROLNIK S. Micropolítica: cartografia do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

IRRIBARY I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre; 16(3): 483-490, 2003.

KASTRUP V. BARROS R.B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS E. KASTRUP V. ESCÓSSIA L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

LAPLANCHE J e PONTALIS J.B. Vocabulário da psicanálise. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MAGALHÃES C e NUNES M.A.S. Terapia familiar em cuidados de saúde primários: a experiência do Centro de Saúde de Sete Rios. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Lisboa; 17(15):1-8, 2001

MARTINS A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 8(14): 22, 2004.

MENDES E.V. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(5): 2297-2305, 2010

MENDES V.L.F. Uma Clínica no Coletivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEVES C.A.B, RAUTER C, PASSOS E, BARROS R.B, JOSEPHSON S.C. Teorias e práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, n. 4, 1996

NISENBAUM E., HASSON C.E. Musicoterapia e Fonoaudiologia na recuperação de uma criança. Revista de musicoterapia. São Paulo, Ano II, n.3, 1997.

PALLADINO R.R.R., Fonoaudiologia e desenvolvimento da linguagem: diálogo interdisciplinar In: Tratado de Fonoaudiologia. Ferreira L.P, Befi-Lopes D.M, Limongi S.C.O (orgs.) – São Paulo: Roca, 2004.

PAIVA L.M. Co-terapia, complementaridade e impasse analítico. In Psicanálise de Grupo – Grupanálise combinada, psicoterapia analítica de grupo e co-terapia. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1991.

PASSOS E, BENEVIDES B. Passagens da Clínica. In: MACIEL A., KUPERMAN D. TEDESCO S. (orgs.) Polifonias: Clínica, Política e Criação. Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006.

PASSOS E. KASTRUP V. ESCÓSSIA L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PLATÃO. Diálogos: Eutifron, Críton, Fédon e Apologia de Sócrates. São Paulo: Nova Cultural. (Os Pensadores).

RUBINSTEIN e WEINER. Co-Terapia, trabalho de equipe, treinamento. Tradução de Letícia Nobre. Rio de Janeiro: 1985.

SAFFER P.L. O desafio da integração psicoterapia-psicofarmacoterapia: aspectos psicodinâmicos. Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 29(2): 223-232, 2007.

SARACENO S. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental Rev. Ter. Ocup. São Paulo; 9(1):26-31.

SOUZA C.A.C e ADAD M.A. Um estudo sobre os modelos de experiência de Co-terapia em psicoterapia de grupo de casais. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 11(1): 27-31, 1989.

SOUZA, L.A.P. Subjetividade, corpo e linguagem na clínica fonoaudiológica. Revista distúrbios da comunicação, São Paulo, 10 (2): 225 – 234, jun., 1999

_____. Linguagem e Corpo In: Tratado de Fonoaudiologia. Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (orgs.) – São Paulo: Roca, 2004.

_____. Prefácio In: Mendes, V. L. F. Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Linguagem e Corpo na Fonoaudiologia In: Fernandes F.D.M. Mendes B.C.A Navas A.L.P.G.P. (orgs.) Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2009.

TEIXEIRA R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Pinheiro R., Mattos R. A. (orgs.) IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; PP. 89-111.

WALROND-SKINNER S. Family therapy: the treatment of natural systems. Boston: Routledge and K. Paul, 1976.

YEHIA G.Y Clínica-escola: atendimento ao estagiário ou atendimento ao cliente? In: Coletâneas da ANPEPP, Campinas, 1996.

ZANNOM C.M.L.C Desafios à psicologia na instituição de saúde. Psicologia: ciência e profissão. Brasília; 13(1-4): 15-21, 1993.

ZAVASCHI M.L, SALLE E, SANTIS M.B. Grupoterapia com adolescentes: uma experiência de co-terapia. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 12(2) 121-5, 1990.

ZUSE A.S., ROSSATO V.M.D. e BACKES V.M.S. Genetograma: Um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto; 10(3): 308-320, 2002.

CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Silvia Daniella Guedes Ferraz, fonoaudiólogo(a), portadora do CIC ..., RG..., estabelecido(a) na Rua..., CEP..., na cidade de São Paulo, cujo telefone de contato é (11)..., vou desenvolver uma pesquisa cujo título é Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar fonoaudiológico.

O objetivo deste estudo consiste na análise da coterapia (atendimento com dois ou mais profissionais) como uma forma de atendimento clínico para crianças com deficiência e que precisem de atendimentos de várias especialidades profissionais ao mesmo tempo.

A participação do(a) seu (sua) filho(a) nesta pesquisa é voluntária e não envolve riscos à saúde dele. A participação de seu filho na pesquisa se dará pelo uso dos dados dos relatórios dos profissionais que o atendem na Clínica, bem como por conversas com a pesquisadora, a serem marcadas com seu filho, e também com os senhores pais, para saber o que pensam sobre o atendimento em coterapia (atendimento conjunto de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e/ou Fisioterapia), que seu filho está recebendo.

A participação do(a) seu(sua) filho(a) proporcionará, aos profissionais que o atendem, um melhor conhecimento à respeito da coterapia realizada (atendimento conjunto da Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e/ou Fisioterapia), para que possam aperfeiçoá-la no atendimento de seu filho, bem como, em futuros tratamentos, oferecer possíveis benefícios à outras crianças.

Não há outra forma de obter os dados sobre o tipo proposto de tratamento em coterapia.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento em caso de dúvidas.

Também é garantida sua liberdade de retirar esse consentimento a qualquer momento, o que fará com que seu filho deixe de participar do estudo sem qualquer prejuízo ao atendimento que recebe na Clínica.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso seja solicitada, darei todas as informações que o(a) senhor(a) pedir.

Não existirá despesas, nem compensações para o participante, em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à participação do(a) seu(sua) filho(a). Se existir qualquer despesa adicional, ela será paga pela pesquisa, sem qualquer custo para o senhor(a).

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa, e os resultados serão veiculados apenas através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar fonoaudiológico.

Eu discuti com o(a) fonoaudiólogo(a) Silvia Daniella Guedes Ferraz sobre a minha decisão em permitir a participação de meu(minha) filho(a) nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de esclarecimentos sempre que eu sentir necessidade. Tenho claro que não haverá riscos à saúde de meu(minha) filho(a).

Ficou claro também que a participação do(a) meu(minha) filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em permitir a participação do(a) meu(minha) filho(a) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do pai (mãe) ou responsável

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

_____ Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome da criança:

CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a) Profissional

Eu, Silvia Daniella Guedes Ferraz, fonoaudiólogo(a), portadora do CIC... RG..., estabelecido(a) na Rua...CEP... na cidade de São Paulo, cujo telefone de contato é (11)..., vou desenvolver uma pesquisa cujo título é Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar fonoaudiológico.

O objetivo deste estudo é analisar e sistematizar as experiências em coterapia, numa perspectiva inter e transdisciplinar, realizadas com a participação de dois ou três profissionais de saúde, verificando a pertinência, as potencialidades e as dificuldades do emprego desta abordagem como mais uma forma de intervenção fonoaudiológica na reabilitação de crianças portadoras de deficiências.

Sua participação nesta pesquisa se dará pelo uso dos dados das discussões clínicas dos pacientes que atende na Clínica, bem como por conversas com a pesquisadora e crianças e também com os pais, a serem marcadas, para saber o que pensam sobre o atendimento em coterapia (atendimento conjunto de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e/ou Fisioterapia).

Esta participação na pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco, proporcionará um melhor conhecimento à respeito da coterapia, que em futuros tratamentos poderão beneficiar outras pacientes ou, então, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão é referir-se aos estudos da psicologia que utiliza a coterapia em outros termos, além do que pretendo mostrar nesta pesquisa.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirá despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar fonoaudiológico.

Eu discuti com o(a) fonoaudiólogo(a) Silvia Daniella Guedes Ferraz sobre a minha participação nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do participante

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

_____ Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 145/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Luiz Augusto de Paula Souza
Autor(a): Sílvia Daniella Guedes Ferraz

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado *Cartografia de um processo de coterapia a partir de um olhar fonoaudiológico*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

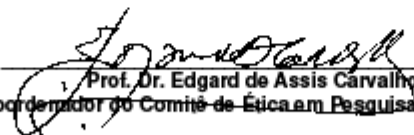
No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 30/05/2011, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 145/2011.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 30 de maio de 2011.


Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP