



JULIANA PINHEIRO DOS SANTOS

**ANÁLISE DE PRÁTICAS DA FONOAUDIOLOGIA E A SUBJETIVIDADE EM  
SERVIÇOS *DESMANICOMIALIZANTES*, DE INCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL**

CAMPINAS

2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

JULIANA PINHEIRO DOS SANTOS

**ANÁLISE DE PRÁTICAS DA FONOAUDIOLOGIA E A SUBJETIVIDADE EM SERVIÇOS  
*DESMANICOMIALIZANTES, DE INCLUSÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL***

Monografia apresentada ao departamento de saúde coletiva da Universidade Estadual de Campinas, como parte das exigências da Residência Multiprofissional em Saúde mental e Coletiva, para a obtenção do título de especialista em saúde mental e coletiva.

Orientadores: Éllen Cristina Ricci

Thiago Lavras Trapé

CAMPINAS

2016

## DEDICATÓRIA

À Sueli, Santos, Rafael, CAPSIJ Maria Clara Machado (usuários e equipe), Anamaria Lambert, Andrea Montechiare, Gisela Giannerini, CAPSIII Novo Tempo (usuários e equipe), Oficina do Papel – NOT (oficineiros e equipe), Participantes CECO Portal das Artes, Juliana Ladeira, Júlia Lima, Natalia Pinheiro, Leticia Carraro, Marcia Minatogawa, Ledisman Bernardes, Katu Silva, Elaine Jesus, Michelle Chanchetti, Daniel Mondoni, Eliselma Neratika, Pedro Andrade, Simone Cabral, Ariadne Estevão, Beatriz Bernardes, Tathiana Itacarambi, Luciana Regina, Lucimara Silva, Ellen Ricci, Larissa Camatta, Renan, João Paulo Evangelista, Agnes Santos, Thabata Gomes, Mariana Marques, Cecilia Baroni e Rádio Vilardevoz (profissionais e participantes), Daniel e Quelen Squarizzi.

## AGRADECIMENTOS

A residência me possibilitou muito mais que uma especialização, me fez abrir os horizontes e repensar diversos aspectos de minha vida pessoal e profissional, me fez adquirir conhecimentos para além da academia. Foi através desta residência que cheguei a Campinas e atingi um grande sonho de me mudar do Rio de Janeiro; foi por seu intermédio também que conheci os amigos que me acolheram nos momentos mais difíceis. O que só foi possível através de Bruno Emerick e Thiago Trapé que fizeram a seleção. Agradeço demais a escolha e a confiança!

À Ellen, por ter sido a supervisora mais parceira que eu poderia ter, com uma escuta cuidadosa e solícita nos momentos mais difíceis que enfrentei neste segundo ano; por ter se colocado tão disponível até mesmo nos momentos em que sua agenda não permitia, por me guiar nos momentos em que “o meu” e “o do outro” tiveram as fronteiras borradas, e me fortalecer pra continuar em frente. Serei sempre grata pela parceria! Assim como à Rosana Onocko que nos momentos necessários fez intervenções importantes por mais difíceis que fossem.

Às preceptoras, de núcleo e de campo, principalmente Michelle Chanchetti por ter encarado de primeira às trocas e composições dos núcleos Fono/ T.O. na construção profissional para dentro de um CAPSIII. À Luciana por ter me apoiado nos períodos mais difíceis, pelas trocas e discussões, pela disponibilidade de fazer diferente e pensar nosso núcleo em serviços os quais “ainda não está dado”. Aos professores, agradeço a disponibilidade em trocar e compor com uma fonoaudióloga na saúde mental.

A equipe do CAPS Novo Tempo, que fez parte do meu “novo tempo” e me possibilitou aprender mais do que o campo da saúde mental em adultos, foi onde fiz os laços mais duradouros, foi onde iniciei minha (re) construção profissional na saúde mental. Foi com vocês que tive acesso a uma nova forma de ser fonoaudióloga na saúde mental. Obrigada equipe pelas trocas e parcerias, e por terem me possibilitado conhecer muitos dos amigos que me deram todo o suporte nos processos de mudança.

Aos oficinairos da oficina de papel do NOT, por terem me ensinado tanto sobre grupo, grupalidade e da força que essa composição trás as significações da vida. Por terem se interessado em conhecer um pouco mais da fonoaudiologia e me solicitado retomar alguns aspectos teóricos escondidos no meu léxico, mas também nos diversos papéis. Acima de tudo, por terem me acolhido quando foi tão difícil ser uma fonoaudióloga na saúde mental! Amo vocês! Kátia e Paula, as trocas foram gratificantes demais (sejam da construção profissional, seja das artes).

À Natalia Pinheiro, Juliana Ladeira e Julia Lima, sem vocês a residência não seria a mesma, não teria a mesma força. A Nathy por desde o processo seletivo estar ao meu lado, do nosso jeitinho pacato, mas cheio de trocas e suporte, ainda lembro-me da seleção e de como passamos juntas! Julia e Juliana, “meu trio do mal”, as Jus que dividiram comigo muitas alegrias, minhas elucubrações da análise, o tipo de profissional que somos e queremos ser. Seja em Montevideú, RJ, Jundiaí, Campinas, Ribeirão, nosso “duo” será sempre uma convivência. “Tim tim”!

Aos meus felinos por terem me proporcionado os melhores e mais acolhedores momentos de alegria nesse ciclo turbulento de aprendizado e (re) afirmação profissional. Por sentirem minha falta tanto quanto eu sinto deles, por me darem o aconchego de um lar tranquilo e divertido, por serem “cãogatos” e fazerem a festa mais divertida quando chego a casa, ou por me pedirem pra ficar com o olhar de “gato de botas” e muitas seguradas nos pés quando não querem que eu saia seja pra onde for. Minha família não é tradicional, mas é família de amor!

Por fim, ao meu marido, que andou comigo todo esse percurso na saúde mental e que não saiu ileso das farpas as quais me ajudou a retirar. Processo longo, cansativo, dolorido, sofrido, agressivo, mas que nos mostrou quem queremos ser na vida e o que queremos pra ela. Foram muitos os obstáculos, mas foram muitas trocas e afirmação de amor! Te amo! “Ao infinito... e além”!

“entre o enunciado e o que ele enuncia não há apenas relação gramatical, lógica ou semântica; há uma relação que envolve os sujeitos, que passam pela História, que envolve a própria materialidade do enunciado” (GREGOLIN, 2004, p. 90)

## RESUMO

SANTOS, Juliana Pinheiro dos. Análise de práticas da fonoaudiologia e a subjetividade em serviços *desmanicomializantes*, de inclusão social e saúde mental. Brasil, 2016. 34f. Monografia (Pós-graduação Lato Senso em Saúde mental e coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

A residência multiprofissional é um programa de cooperação intersetorial, se caracteriza por educação pelo trabalho com supervisão docente assistencial que possibilita uma formação coletiva e favorece uma construção integralizada dos sujeitos e da saúde. Este trabalho segue como modelo o método observacional, com coleta de dados a partir de artigos e construções teóricas advindas do processo profissional, além de entrevistas informais e não estruturadas com participantes dos dispositivos, funcionários e demais participantes destes. Tem por objetivo integrar todas as experiências vivenciadas nos dispositivos em Campinas e Montevideú, a partir do olhar da Fonoaudiologia e como este núcleo pode contribuir nestes, quais aspectos pode integrar nas equipes e favorecer na composição da desinstitucionalização, integrar as diferenças entre Brasil e Uruguai no campo da saúde mental e estruturação de campo e núcleo, não sem considerar o olhar a partir da subjetividade. Isto porque apesar de uma formação direcionada a comunicação humana, a fonoaudiologia ainda não é um núcleo profissional tão respeitado enquanto composição multidisciplinar nas equipes de saúde mental. A subjetividade não pode ser entendida de forma reduzida sem considerar que é através do reconhecimento do outro e pelo autoconhecimento do eu que se constitui, e que se molda através da linguagem e de como esta se estrutura. Portanto, deve ser encarada como direcionador das abordagens terapêuticas e profissional independente de que dispositivos estejamos construindo, independente do ponto de vista intersubjetivo, já que os sujeitos desempenham papéis diferentes de acordo com o ambiente e a situação em que se encontram. A fonoaudiologia contribui a partir de uma clínica que enfatiza a importância de uma comunicação (verbal ou não verbal) efetiva, com foco no aprimoramento e aperfeiçoamento dos padrões da comunicação humana não sem considerar os sujeitos e suas subjetividades.

Palavras-chave: Inclusão social, Subjetividade, transdisciplinaridade, comunicação humana.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	6
1. INTRODUÇÃO .....	8
2. CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	12
3. SUBJETIVIDADE NA FONOAUDIOLOGIA .....	16
4. NÚCLEO DE SABER PROFISSIONAL .....	19
4.1. Rádio comunitária .....	20
4.2. Oficina de trabalho e geração de renda .....	22
4.3. Centro de convivência (CECO) .....	25
CONCLUSÃO .....	29
REFERÊNCIAS .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Com a criação das residências multiprofissionais na área profissional de saúde, através da Lei nº 11.129 de 2005, foi possibilitada uma inserção qualificada dos jovens profissionais no SUS através de programas de cooperação intersetorial. Como especificado nesta lei, a residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço através de vivências e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde (excetuada a médica), para provimento e fixação destes profissionais no SUS de acordo com as regiões prioritárias. Sendo estas áreas Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

O residente inserido nesta pós-graduação caracterizada por educação pelo trabalho se trata de um trabalhador-estudante de dedicação exclusiva, sob supervisão docente assistencial de preceptores, tutores e supervisores. A remuneração se dá pelo programa de bolsas do Ministério da Saúde, mas isto não implica caracterização de vínculo trabalhista. (BRASIL, 2005) Além dos serviços SUS ofertados como campo de estágio no período de dois anos, ao residente é facultado o estágio eletivo (ou optativo) pelo período de um a três meses. Este formato de ensino possibilita uma formação coletiva, em complementaridade de saberes sem que se rejeitem os núcleos de saber profissional, favorecendo assim uma construção integralizada dos sujeitos e da saúde.

Campinas é o terceiro maior município de São Paulo, ocupa uma área de 801 Km<sup>2</sup> e tem aproximadamente 1.154.617 habitantes, cuja rede de saúde mental constitui-se a partir de cinco distritos de saúde: Distrito Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Além dos Centros de saúde (equipe mista) os quais são divididos em miniequipes e matriciados pelos CAPS, a rede é constituída por 1 CAPS Ad III, 3 CAPS Ad II (1 prefeitura), 4 CAPSIJ (2 prefeitura), 6 CAPS III, 1 equipe de consultório na rua, SRT`s vinculadas aos CAPS III, 1 UAT (Unidade de Atendimento Transitório), 6 Centros de convivência (1prefeitura), 2 Serviços de Trabalho e Geração de Renda, internação em hospital geral e hospital psiquiátrico (núcleo de retaguarda), e uma rádio on line que serve como canal de comunicação dos usuários.

A inserção dos campos neste segundo ano de residência se deu de forma diferenciada ao anterior já que além de se manter o campo do primeiro ano, havia mais dois outros serviços para composição da prática profissional. Apesar de se ter como estratégia a manutenção dos campos no mesmo território de abrangência do CAPS, no meu caso não foi possível compor desta forma pela quantidade de vagas disponibilizadas. A partir disso, a inserção se deu em três territórios diferentes (CAPS III no distrito sudoeste, CECO no distrito Sul e Núcleo de oficinas de trabalho e geração de renda no distrito leste), o que particularmente dificultou o processo de circulação e produção de redes neste segundo ano; mas também a construção do núcleo da fonoaudiologia nestes serviços.

Além destes serviços, houve outro dispositivo desmanicomializante<sup>1</sup> de inclusão social e saúde mental em Montevideu (Uruguai), durante o estágio eletivo pelo período de pouco mais de um mês (outubro e novembro de 2015). Tendo por objetivos enriquecer e qualificar o processo de formação, experimentando novas formas de fazer saúde, diferentes das que se teve contato até então no SUS, vivenciando uma nova forma de pensar o processo saúde-doença, a saúde mental e como esta cultura dita o funcionamento da saúde no país, acompanhando o processo de transformação das políticas públicas em saúde mental do Uruguai, participando do processo de discussão das transformações políticas da saúde mental e conhecendo os dispositivos existentes ao cuidado em saúde mental.

Durante o estágio eletivo foi proposto como trabalho de conclusão a realização de um diagnóstico situacional a partir da fonoaudiologia ao serviço em questão. Teve-se por intuito compartilhar saberes e explorar as capacidades técnicas advindas da fonoaudiologia enquanto núcleo de saber profissional – a comunicação humana; as intervenções possíveis numa rádio de usuários da saúde mental de Montevideu (Uruguai) tanto pelo saber do núcleo profissional quanto pela experiência em saúde mental; como também possibilitar outro olhar sobre a construção interdisciplinar e/ ou transdisciplinar em saúde mental numa rede na qual seus dispositivos ainda não se constituem na diversidade dos núcleos de saber profissional e na verdade nem se constituem em rede.

---

<sup>1</sup> Termo usualmente utilizado no Uruguai, mas também por alguns movimentos brasileiros como, por exemplo, o movimento da luta antimanicomial de Sorocaba; focado na transformação da vida cotidiana das pessoas submetidas a procedimentos asilares.

Dito isto, é de suma importância para a construção profissional feita neste ano, explorar a experiência vivenciada no estágio eletivo. Isto porque além de a saúde mental no Uruguai ainda estar em processo de regulamentação, a fonoaudiologia não é atuante nesta e os profissionais não se constituem em multidisciplinaridade. Ainda que tenha sido realizado num período de um mês, as trocas foram possíveis e potentes para ambos os lados (residente x profissionais uruguaios), a atuação foi construída de forma coletiva e potencializada pela possibilidade de conhecer um novo modelo de atenção em saúde mental e de uma nova clínica. Apesar das debilidades de uma saúde mental que na prática não se constitui em rede, os profissionais se possibilitaram muito mais ao novo do que ocorreu em Campinas.

Em dois anos de construção profissional em Campinas, alguns serviços se apresentaram de forma extremamente responsiva por dispor de uma residente do núcleo da fonoaudiologia, enquanto no Uruguai se aproveitou ao máximo essa composição. Certos entraves para as produções em campo aconteceram e impossibilitava algumas construções, mas as trocas foram feitas de maneira gradual e respeitando o tempo dos profissionais envolvidos, o que comparado à construção feita em Montevideu se deu a passos largos. Mas não há como negar que as gestões dos serviços foram e são extremamente importantes no processo de interlocução e produção da residência, e quando isso se dá as trocas ocorrem de modo mais potente e possível.

Tendo vivido, revivido e rememorado diversas cenas passadas ou presentes enquanto Fonoaudióloga residente multiprofissional em saúde mental e coletiva, de processos em serviços tão diversificados de uma rede de saúde mental, pergunta-se: qual o lugar do sujeito nos espaços coletivos? Ele cabe? Como cabe? Como o potencializar? As diversas linguagens são percebidas? Como são percebidas? Há apropriação de si e do espaço que ocupa? Como considerar os diversos desejos, dos diferentes sujeitos? Qual o objetivo de se estar em grupo mesmo que o objetivo seja singular? Perguntas estas que surgem como numa narrativa, cheias de conflitos com diversos personagens envolvidos ainda sem categorias definidas, mas com uma razão de ser e motivos para ser contada.

A partir disso, algumas cenas se mostram evidentes no cotidiano dos espaços vivenciados durante os dois anos desta residência, que pareceram muito maiores e

intensos do que o tempo cronológico e burocrático apresentado. Muito se fala da carga horária de uma residência estipulada em 60 horas semanais, mas ao residente ao que parece, o tempo psicológico vai muito além do burocrático e às vezes ocupa muito mais da vida do que deveria, ocupa muito mais do pensamento do que poderia, ocupa-se a vida com muito mais intensidade do que se suporia. Por falar em lembrar, há músicas que suscitam lembranças e Arnaldo Antunes em “ninguém” se faz presente de forma brilhante caracterizando o sujeito e a subjetividade para além dos padrões preestabelecidos.

Esta relação surge quando algumas situações vivenciadas nos campos se tomam evidentes por a essência do sujeito estar ausente, a subjetividade reduzida a um conjunto de atributos que no caso de alguns usuários seriam sintomas e características do quadro clínico, da doença, e não de suas potencialidades. Característica esta abordada de maneira diversa quando comparamos os profissionais brasileiros aos uruguaios, à medida que no Brasil assim como em “ninguém” os atributos incorporados escapam aos padrões estabelecidos, desconstroem as categorias interiores e exteriores que o identificariam e intensifica a indefinição da subjetividade. Já no Uruguai não há essa redução, o sujeito não é anulado ou impedido de se posicionar como “pessoa”.

Portanto, este trabalho surge no intuito de integrar todas essas experiências vivenciadas, nos diferentes serviços desmanicomializantes neste segundo ano de residência (SUS e Uruguai), a partir do olhar da Fonoaudiologia e como este núcleo pode contribuir nestes serviços, quais aspectos pode integrar nas equipes destes e favorecer na composição da desinstitucionalização; como também integrar as diferenças entre Brasil e Uruguai no campo da saúde mental e estruturação de campo e núcleo. Segue como modelo o método observacional, com coleta de dados a partir de artigos e construções teóricas advindas do processo profissional, além de entrevistas informais e não estruturadas com participantes dos dispositivos, funcionários e demais participantes destes.

## 2 CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Em Montevideu ainda não há uma rede de saúde mental organizada. O que se observa são ofertas que seguem uma lógica asilar e medicocentrada, tendo o hospital psiquiátrico como orientador do modelo. Mas, com intuito de que isto se modifique alguns coletivos impulsionaram a discussão sobre a saúde mental, levando a construção de um novo projeto de lei que reveja o modelo de atenção e práticas em saúde mental, para um tratamento que tenha como base a comunidade e a inclusão social, e que, portanto necessita de serviços e dispositivos substitutivos que funcionem em rede. O projeto vem sendo elaborado num grupo de trabalho desde o ano de 2006 e já conta com sete capítulos aprovados, sendo um destes ainda em elaboração, e outros mais em processo de aprovação, totalizando 10 capítulos. (LÉON, 2013)

Mais especificamente sobre a lei da saúde mental e a reforma psiquiátrica, se iniciou em 2005 a partir do primeiro governo “del Frente Amplio”, o qual impulsionou uma nova proposta para reformulação da saúde. Com isso, retomou-se a discussão, ampliando assim esta atuação com a atualização do documento “*Salud mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial*”<sup>2</sup> que fora elaborado por uma comissão técnica específica. Isto fez com que em 2007 outros setores da sociedade civil e do coletivo da rádio comunitária, passassem a compor na construção do “anteprojeto”<sup>3</sup> de lei da saúde mental, o qual fora publicado em 2009. Conseqüentemente em 2011 promovem uma campanha intitulada “rompendo o silêncio”, com intuito de gerar um debate público sobre a reforma. (BARONI, 2015)

Os serviços de saúde que constituem a “rede de saúde mental” são variados e com abordagens diversas já que não há uma lei específica instituída. Sua composição se dá através de cinco regiões de saúde (“*regional litoral*”, “*regional centro*”, “*regional norte*”, “*regional noroeste*” e “*regional leste*”) as quais possuem centros de reabilitação. No caso das regionais leste e norte, possuem também serviços específicos aos usuários de substâncias psicoativas (“*Red drogas*”). Além destes serviços há centros dia, policlínicas e o hospital psiquiátrico que além de regulador da saúde mental no país possui ainda em suas dependências um centro

---

<sup>2</sup> Em português seria saúde mental na emergência social e no novo modelo assistencial.

<sup>3</sup> É como os uruguaios denominam o rascunho da lei a qual estão querendo propor.

dia, uma policlínica e uma emergência psiquiátrica. (ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD DEL ESTADO)

Apesar de na teoria os profissionais uruguaios dizerem funcionar em rede de atenção, na prática os serviços que a compõem não se articulam de maneira a entender os sujeitos e suas subjetividades. Isto porque, não são territorializados, não promovem um cuidado integral aos usuários, os profissionais destes serviços não compartilham de maneira regular e/ ou longitudinal os casos os quais acompanham e, além disso, os usuários não têm referências nestes serviços que entendam o tratamento como algo transversal. Mas a rádio comunitária, ainda que seja gerida por voluntários, funciona como uma rede de relações para os usuários que lá estão e também como referência para as articulações necessárias a cada indivíduo, inclusive nas situações de crise.

Ainda que não instituída uma rede substitutiva, há serviços como a rádio comunitária que surgiu em novembro de 1997, constituída por usuários da saúde mental e profissionais voluntários. Esta iniciou suas atividades em 1997 numa sala do hospital psiquiátrico, onde residentes de psicologia realizavam intervenções com os internos; em 2001 se tornou um centro diurno em que podiam estar os usuários da internação e de ambulatorios; em 2005 apesar de a atividade se dar através da gravação de programas passou-se a abrir o espaço para participação do público em geral, com a chamada “*fonoplateia*”; em 2010 a equipe de voluntários conseguem antenas para que então esta rádio se torne comunitária efetivamente e se aproxime as características que hoje possui. (SANTOS, 2015)

Uma rede de cuidados se forma por fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários por meio dos próprios trabalhadores, não sem a participação ativa destes usuários que descreverão que segmentos lhe fazem sentido sem necessariamente serem instituições de saúde. O que se dá através de pactuações também dos gestores que estabelecem conexões entre si, seja dos fluxos ou dos processos de trabalho, visando facilitar o acesso dos usuários aos serviços aos quais necessitar. No que compete aos trabalhadores, estes atuam como referências não através de protocolos preestabelecidos, mas considerando as subjetividades e fazendo junto aos usuários os projetos terapêuticos individualizados. (BRASIL, 2013; FRANCO & FRANCO, s. d.)

Esta rádio busca favorecer a produção e a construção de autonomia, a responsabilidade social como forma de intervenção social-comunitária, as potencialidades e a criatividade daqueles que a habitam. Visando assim reabilitação e reinserção social de forma comunicativa e participativa, gerando um debate social a cerca da loucura, promovendo conhecimentos a sociedade e aos profissionais em formação ou inseridos nas equipes de saúde. Além desta rádio comunitária, há também dispositivos de cooperativismo social e solidário como a “Bibliobario” e uma lanchonete que vende empanadas, ambos coordenados por profissionais voluntários junto aos usuários da saúde mental egressos da internação no hospital psiquiátrico. (SANTOS, 2015)

Nesta rádio os profissionais voluntários são veiculados a instituições de ensino, a serviços da assistência social e outros da iniciativa privada não relacionados diretamente a saúde. Em média 10 usuários (tanto internados quanto em livre demanda) participam em cada oficina diariamente, e em número maior nos dias em que há fonoplateia com programa ao vivo. Sua constituição se dá através dos chamados “*talleres*”<sup>4</sup>, compostos em “*taller de escritura*” por uma necessidade dos usuários em escrever sobre o que vivenciam, “*taller central*” que é um espaço colaborativo e de tomada de decisões, “*taller de produção*” para organização do programa ao vivo de sábado, do papel de cada participante e todos os outros aspectos relevantes ao programa de sábado. (SANTOS, 2015)

No que compete à formação em saúde e mais especificamente em saúde mental esta se dá, de maneira geral, centralizada no saber médico e sem uma construção em equipe seja multidisciplinar ou interdisciplinar. A formação médica com ênfase em psiquiatria ainda se dá direcionada a medicalização e eletrochoque. No caso do hospital psiquiátrico visitado durante o estágio eletivo, pouco se vê de composição em equipe, o que acontece é uma unidade de funcionários que estão em lugar hierárquico diferente do médico e quase sempre só se compõem como meros auxiliares destes. Não há uma construção longitudinal dos casos, tão pouco em complementaridade de saberes ou com participação dos usuários em seu tratamento.

---

<sup>4</sup> Oficinas de atividades dirigidas com intuito terapêutico, mas também de construção da dinâmica da rádio comunitária, em construção compartilhada com os usuários.

A fonoaudiologia assim como a terapia ocupacional, não recebe formação em saúde mental neste país e o processo de trabalho destas – assim como de outras profissões da saúde – não se constituem em equipes seja de qual abordagem for. Sua origem se deu na década de 1960 com foco inicialmente em audiologia, técnicas respiratórias e vocais, atuando como auxiliar de médicos. Isto se modifica pouco tempo depois com a inserção de uma nova disciplina na formação deste profissional – a linguagem. Com certificação e regulamentação da profissão pelo Ministério da educação e cultura, em 1974, cria-se a “*Asociación de Fonoaudiología del Uruguay*” (AdeFu)<sup>5</sup> a qual disponibiliza serviços jurídicos, estatutos específicos a atuação e a certificação da profissão junto ao ministério. (ADEFU; SANTOS, 15)

De acordo com a AdeFu, o perfil profissional do Fonoaudiólogo no Uruguai não deve se restringir apenas ao campo clínico-terapêutico, à recuperação e reabilitação, mas contemplar também o desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde em diferentes espaços sociais fundamentais ao ser humano seja em instituições públicas e/ ou privadas; assim como ocorre no Brasil. Ainda que sua origem se de desta forma, há outros aspectos da comunicação humana relevantes a serem considerados durante sua atuação com o saberes educacional, legal e científico. Deve-se então, estar apto a reconhecer as manifestações da comunicação na saúde e como intervir nestas, atuar na educação de forma a melhorar a comunicação e intervir de forma ética (SANTOS, 2015; SERRA, 2008).

---

<sup>5</sup> Associação de Fonoaudiologia do Uruguai

### 3 SUBJETIVIDADE NA FONOAUDIOLOGIA

Diversas teorias de núcleos de saber profissional permeiam e orientam a prática clínica da Fonoaudiologia, como por exemplo, a linguística, a pedagogia, a medicina e a psicologia; o que não significa que estas teorias sejam utilizadas sem apoderamento. Por isso, vale justificar o uso do termo “subjetividade” neste trabalho, visto ser um termo advindo da teoria psicanalítica e mais especificamente da teoria Freudiana. Sendo assim, vale retomar que no desenvolvimento inicial a criança ouvinte<sup>6</sup> tem diversos recursos para se inserir no processo dialógico de sua comunidade e adquirir novas concepções de mundo, fazendo com que haja condições mais propícias de constituição cognitiva e afetiva, e para, além disso, significação do mundo e constituição da subjetividade.

Portanto, a língua possui leis próprias que possibilitam o entendimento dos sintomas a partir da relação que o sujeito entretém com a língua durante a infância ou a fase adulta. Processo este que constitui uma das cinco principais especialidades de atuação do Fonoaudiólogo, a saber: linguagem. Esta por sua vez e a subjetividade, são processos que ocorrerem conjuntamente e por mediação da linguagem as relações entre pessoas e o mundo se estabelecem. Isto permite que os resultados do processo terapêutico ultrapassem a relação estrita com a linguagem do sujeito e possibilite uma ampliação da ação terapêutica fonoaudiológica para a condição de vida do sujeito, os aspectos de subjetividade, as relações familiares e as relações sociais. (ARAUJO et al, 2011; DIZEU et al, 2005)

Em contextos terapêuticos, possibilita que terapeuta e paciente estejam em posição dialógica de produção de sentidos que se cruzam e se afetam, e transforme o sujeito e suas maneiras de relacionar-se consigo mesmo, com as pessoas e com o mundo em que vive. Sendo assim, a linguagem é um objeto simbólico indissociável da subjetividade através da qual se amplia a ação terapêutica fonoaudiológica para a condição do sujeito social e sua saúde, de maneira ampla e com consequentes implicações sobre a linguagem e o desenvolvimento desta. E na visão de Vygotsky o sujeito é constituído através da experiência social, histórica e pelo desdobramento

---

<sup>6</sup> Vale fazer esta ressalva visto haver diferenças da aquisição e desenvolvimento da linguagem, quando comparamos as crianças ouvintes às crianças surdas.

da consciência do eu e outro, no sujeito consciente. (DIZEU et al, 2005; PENTEADO et al, 2005; MOLON, 2000)

Como grande estudioso do processo de desenvolvimento da linguagem, Vygotsky é muito utilizado pelo núcleo da fonoaudiologia por entender que a aquisição e o desenvolvimento da linguagem dependem de mecanismos complexos que envolvem desde a cognição até o meio em que vive. Portanto, considera que para um desenvolvimento adequado da linguagem é preciso que as estruturas cerebrais estejam bem desenvolvidas, assim como possua interação social efetiva desde os primórdios, além de ausência de intercorrências durante a gestação. Uma linguagem estruturada permite aos sujeitos utilizar recursos cada vez mais sofisticados que possibilitem aprimorar sua comunicação. (FREITAS, 2006; MOUSINHO, 2008)

Vygotsky infelizmente não teve sua teoria finalizada devido a uma morte prematura, o que também impossibilitou possíveis revisões de seus escritos; e em suas obras nada havia de explícito sobre o conceito de subjetividade, mas apresentava as bases que foram desenvolvidas por seus seguidores posteriormente. Sua teoria da aquisição e desenvolvimento da linguagem tem grande influência na formação acadêmica da fonoaudiologia, por sua visão sociointeracionista que possui como conceitos fundamentais a noção de consciência e a noção da relação constitutiva Eu-Outro, que se constitui na ideia de que o homem e a natureza se articulam em níveis sociais e psicológicos dentro de um marco específico (HERNANDEZ, 2008; MOLON, 2011; PALUDO et al, 2012).

*Nessa concepção, o sujeito não é reflexo, não é comportamento observável, nem reações não manifestadas e nem o inconsciente, mas o sujeito é uma conformação de um sistema de reflexos – a consciência –, na qual os estímulos sociais desempenham um papel importante na operacionalização do eu, já que o contato com os outros sujeitos permite o reconhecimento do outro e por meio disso, o autoconhecimento. (MOLON, 2000. p. 3)*

Portanto, defendia uma unidade da psique e do comportamento e que o “eu” se construiria na relação com o outro, em um sistema de reflexos reversíveis, ou seja, a consciência teria uma origem social e a palavra uma função no contato social, constituindo o comportamento social e da consciência – um sujeito que se constitui pelo outro e pela linguagem. A subjetividade não é só um estado de ser, é uma dimensão muito complexa que envolve tanto o psicológico como o social que se

dá através de mecanismo de reflexos reversíveis, sendo a experiência determinante da consciência, algo que reflete o intercâmbio entre o interno e o externo que conduz a constituição do psiquismo e possibilita ao indivíduo pertencer ao universo de forma singular (BARROS, 2012; HERNANDEZ, 2008).

Sendo então a subjetividade uma ação do sujeito que se dá por intermédio das relações com a cultura e com outros sujeitos, que também se molda através da linguagem e de como esta se estrutura. É também um processo que não impede o sujeito de se posicionar como “pessoa” e muito menos o anula, já que ser alguém pode ser de forma fragmentada e/ou dispersa. Isto porque ainda que se de desta forma ainda assim se constitui alguém, um sujeito, através do reconhecimento do outro, e pelo autoconhecimento do eu principalmente, sendo assim uma forma de sociabilidade qualitativamente diferenciada (BARROS, 2012; MOLON, 2000; PALUDO et al, 2012; SILVA, 2009).

#### 4 NÚCLEO DE SABER PROFISSIONAL

Uma história contada permite que se faça contato com o mundo da imaginação de maneira a exercitar outro olhar sobre o sujeito e os aspectos que permeiam sua história e de tantos outros sujeitos. No caso da narrativa centrada numa trama e conflito vivido por diversos personagens, sejam eles protagonistas, antagonistas, adjuvantes ou coadjuvantes, todos eles são fundamentais na construção da história. Portanto é um método de recapitulação das experiências passadas (na mesma ordem dos eventos originais) que depende da combinação da sequência temporal entre os enunciados narrados, a singularidade do narrado e o emprego do tempo verbal perfeito. Portanto para que aconteça, é de suma importância que as interações dialógicas permeiem o processo. (GUILAM, 2011)

Independente dos elementos pelos quais tenta se apegar quando o sujeito do discurso tenta se afirmar como pessoa, a subjetividade não se define em padrões e deve ser apreendido como algo em constante processo. Sendo esta discussão a mais difícil nos campos da residência, visto os profissionais ainda se basearem em critérios de valor e terem certa dificuldade em sair do lugar de julgamento para compreender de forma mais ampla determinados sintomas apresentados pelos usuários. Ou ainda, acreditarem que por serem profissionais da saúde tem autonomia ou aptidões infinitas para resolverem todos os aspectos da vida de um sujeito, que possibilitem a este se apresentar de forma adequada aos padrões sociais.

Tendo em vista no ano anterior já ter sido elaborado um trabalho em formato de narrativa sobre a vivência no serviço de saúde mental adulto (CAPS III) e a construção profissional da fonoaudiologia para dentro deste serviço; neste segundo ano a ideia é narrar as experiências de construção e trocas para com os outros serviços. Isto inclui a rádio comunitária visitada durante o estágio eletivo na cidade de Montevideu/ Uruguai. Propondo assim correlacionar os diversos campos vivenciados no que compete as similaridades de abordagem terapêutica da fonoaudiologia, e de saberes específicos ao núcleo, mas também de como este núcleo pode compor nestas equipes e nos processos de trabalho; considerando as peculiaridades de cada serviço.

## **Rádio comunitária**

A participação na dinâmica deste serviço se deu numa construção coletiva de como a fonoaudiologia poderia contribuir com o processo de trabalho dos indivíduos que faziam parte deste. Isso não se daria de forma isolada da saúde mental, visto ser uma rádio comunitária coordenada de forma participativa entre profissionais voluntários e usuários da saúde mental em Montevideu. Sendo assim, durante este processo alguns aspectos da comunicação dos participantes ficavam evidentes seja pela qualidade da emissão ou pela dificuldade (e muitas vezes) impossibilidade de construção de diálogos efetivos, mas a proposta inicial era apenas uma construção teórica dessa experiência. Mas em determinado “*taller*” os participantes solicitam intervenções específicas da fonoaudiologia no que tange algumas de suas queixas.

Considerando a rádio um meio de comunicação cujo envio de mensagens se dá por intermédio de códigos verbais e escritos, a fonoaudiologia tem muito a contribuir na dinâmica e processo de trabalho deste espaço. Dentre os aspectos observados estavam em entender que papel a linguagem teria neste contexto grupal, como a audição e a voz são observadas enquanto órgãos de sentido necessários a uma boa comunicação, que abordagens possíveis são realizadas junto aqueles que possuem alguma alteração motora global e/ ou de fala, de que forma se promovem processos comunicativos favoráveis à melhoria destas, como se potencializam as habilidades individuais e grupais, e como consideram as subjetividades sem uma abordagem multidisciplinar.

Logo no início das atividades e participação na dinâmica desta rádio, algo que se colocou evidente e chama bastante atenção é a utilização do microfone, e das regras de utilização do mesmo, durante todos os espaços da rádio que se constituem em organização do programa ao vivo. O microfone tem um funcionamento muito simbólico nas relações comunicativas dos grupos a medida que atua como mediador do discurso daqueles que estão no grupo. Isto se dá através do compartilhamento do foco de atenção comum a todos, reconhecimento do agente intencional e respeito ao turno conversacional, de forma cooperativa e participativa. O que inevitavelmente se reflete aos aspectos da vida destes sujeitos a medida que se constrói uma nova experiência do comunicar.

Isto porque, ao entender que se comunicar é um processo recíproco de troca de papéis estes indivíduos são possibilitados a novas formas de lidar com relações conflituosas, ou seja, propicia aos participantes um processo dialógico que pode ser regulador de relações. Outro aspecto importante neste processo foi possibilitar aos participantes solicitar a presença do núcleo da fonoaudiologia nos espaços que achassem necessário. Mesmo com pouco conhecimento de todo o vasto campo de atuação desta profissão, durante um dos “*talleres*” surge como discussão a forma que cada participante se portava no processo de trabalho da rádio e assim então é solicitada a intervenção do núcleo da fonoaudiologia o qual trabalha com a comunicação humana.

A partir disso, um novo “*taller*” foi proposto pelos participantes para que as habilidades comunicativas relacionadas à apresentação oral na rádio fossem trabalhadas, visto entre eles avaliarem no geral haver uma dificuldade de expressão oral por parte de alguns deles, o que muitas vezes altera a compreensão auditiva da mensagem passada tanto para os que se encontram no auditório, quanto para aqueles que ouvem na rádio. Neste sentido, a fonoaudiologia poderia contribuir a estes participantes, levando em conta suas características pessoais, com o aprimoramento da articulação da fala, dicção, rapidez de acesso lexical, memória de trabalho, voz, projeção vocal, fluência, prosódia, ritmo de fala, e de outras habilidades comunicativas que por ventura fossem necessárias.

Considerando estes aspectos, mas não se fechando a eles já que no decorrer das atividades possivelmente outros apareceriam, a atuação fonoaudiológica se daria através de estratégias que valorizassem e estimulassem a comunicação, e a circulação discursiva entre os participantes da rádio, intensificando o uso da linguagem (verbal e não verbal) desenvolvendo a prática do diálogo e o exercício de se expressar. Nos outros aspectos seria importante considerar as subjetividades no processo coletivo, visando integração destes indivíduos sem que houvesse nulidade destes. Há diversas técnicas a serem empregadas para estas intervenções, como por exemplo, utilização de um tema para produção coletiva. (SANTOS, 2015)

Estas possibilitariam um aprimoramento das habilidades vocais, fala, dicção, fluência, organização de ideias e demais aspectos, contribuindo assim para a construção de uma nova e mais satisfatória condição social. Além de possibilitar que os impactos das desordens na participação e no desempenho destes indivíduos

enquanto atuantes na rádio fossem trabalhadas e minimizadas sem os excluir das atividades com as quais tivessem dificuldade. A ideia não é fazer com que estes participantes se encaixem no padrão preestabelecido pela sociedade como perfeito e normal, mas sim, mediar a relação que tem com o mundo e entender que sua subjetividade esta além do que as pessoas dizem ser o correto, se aceitarem e lidarem com tal.

Foi também durante um dos “*talleres*” que uma usuária se sensibiliza com o olhar do núcleo da fonoaudiologia e se propõe a contar sua história de perda auditiva e da importância que este núcleo teve em sua situação na vida, com um olhar diferenciado a suas queixas que terceiros consideravam sem importância. Durante a infância ela não respondia quando chamada, tinha dificuldade na aprendizagem e todos a sua volta acreditavam ser fingimento. Até que encaminhada a um fonoaudiólogo para avaliação clínica auditiva completa e exames específicos, constatou-se que ela tinha uma perda auditiva bilateral. A partir disso o profissional realizou orientações a familiares e escolas e inseriu próteses auditivas bilaterais, fazendo com que esta usuária enfim fosse ouvida em suas queixas.

### **Oficina de trabalho e geração de renda**

A primeira nova escolha se deu numa Oficina de Trabalho e Geração de renda responsável por produzir papéis artesanais a partir da reciclagem de diversos materiais como papéis e papelão, e também reaproveitamento de alimentos como casca de cebola e fibra de bananeira. Além da produção direta desta oficina, há também participação em outras oficinas como fornecedor para produção de diversos outros produtos de decoração e papelaria. É composta por 20icineiros aproximadamente, que são usuários da rede de saúde de Campinas, uma terapeuta ocupacional (coordenadora), uma monitora, e desde 2014 com a participação de profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da UNICAMP. (SANTOS et al, 2015)

Esta oficina compõe um dispositivo de saúde mental da rede municipal de saúde de Campinas, em parceria com uma associação privada, atuando na reabilitação psicossocial através da inclusão pelo trabalho em oficinas de trabalho. O

dispositivo como um todo surgiu na década de 1991 visando atender a demanda de trabalho as pessoas com transtorno mental. Para ser inserido neste projeto, o usuário deve estar em tratamento em algum dispositivo da rede de saúde, seja no público ou no privado, que o encaminhará para uma triagem. Nesta, serão solicitados gerais a respeito destes indivíduos no intuito de avaliar a viabilidade de inserção, suas possíveis oficinas de escolha. Quando inserido, recebe uma bolsa mensal em dinheiro. (RIMOLI & CAYRES, 2012; SANTOS et al, 2015)

Algo a se pensar enquanto dispositivo desmanicomializante de inclusão social que me parece urgente compete à autorização para triagem apenas por intermédio de encaminhamentos de dispositivos de saúde, sejam eles CAPS ou centros de saúde. Tomando como base Amarantes & Beloni (2014), é preciso transcender o modelo assistencial que reduz ao âmbito terapêutico e ao tratamento das doenças (modelo biomédico), já que no trabalho as pessoas se conhecem, se reconhecem e dentre outros aspectos cooperam para enfrentar obstáculos, num processo que conecta o que é comum a todos. É uma fonte de sociabilidade e contratualidade que coloca a doença entre parentes para se ocupar da experiência dos sujeitos concretos, da expressão de cidadania. (TYKANORI, 2014)

No decorrer do ano, algunsicineiros se sensibilizaram com a presença de uma fonoaudióloga junto a eles no processo de trabalho, ainda que uma presença inconstante. Isto possibilitou intervenções de núcleo nos aspectos comunicativos importantes às relações de trabalho e aos indivíduos presentes nesta, já que o grupo é um *“lugar de construções criativas no campo das relações sociais”*, como bem colocado por Panhoca & Leite (2003), seja ele um grupo de atividades terapêuticas ou em grupo de trabalho como no caso desta oficina de geração de renda que se denomina um espaço de trabalho terapêutico. Dentre as propostas de intervenção específicas ao núcleo estavam questões relacionadas a saúde do trabalhador, a comunicação entre osicineiros e aspectos comunicativos individuais específicos.

Dentre as intervenções construídas durante o processo de trabalho diário, ou nas rodas de conversa semanais junto aosicineiros e a equipe desta oficina, estavam aspectos da saúde do trabalhador. Isto se deve a característica do processo de trabalho condizer à prática fonoaudiológica baseada em vigilância em saúde, na atuação em saúde do trabalhador. Sendo embasada na resolução Nº 428 de 2 março de 2013 que afirma ser de competência deste, intervir nas condições

que afetam as habilidades do trabalhador na área da comunicação, bem como em casos de desencadeamento ou agravamento de quadro clínico fonoaudiológico e estabelecer relações entre as atividades laborais e a saúde-trabalho-doença. (BRASIL, 2013; SATANA et al, 2009)

Neste sentido, Santana et al (2009) sinaliza que as ações propriamente ditas devem objetivar o controle a agentes de risco que os trabalhadores estejam expostos e traçar o perfil epidemiológico dos agravos, bem como intervir com melhorias das condições ambientais e organizacionais, individuais ou coletivas, visando à prevenção de riscos, realizando ações de orientação e treinamento. Portanto, foram utilizadas situações de vida diária dentro e fora da oficina para viabilizar o entendimento dosicineiros sobre os agravos dos ruídos ocupacionais aos quais estavam submetidos, elaborando (junto aos oficineiros e equipe) estratégias que eliminassem ou reduzissem a exposição ao ruído, como também da competição sonora entre ruídos dos utensílios de trabalho, rádio e som ambiente.

PAIR, como é conhecida a Perda Auditiva Induzida por ruído, é a doença ocupacional mais frequente na população trabalhadora. Sua gravidade se dá de acordo com o tempo que o trabalhador estiver exposto ao ruído visto, em grande parte dos casos, ser bilateral (atingindo ambas as orelhas), irreversível e progressiva. O limite de tolerância numa exposição acima de 85dB é de oito horas diárias, configurando atividade especial. Por nesta oficina haver instrumentos de trabalho que em época de produção de pedidos ficam ligados em tempo integral, o risco físico é de grau elevado e há grande chance de desenvolvimento de PAIR. Alguns sintomas são dificuldade de atenção e concentração durante realização de tarefas, irritação e ansiedade, isolamento. (FONOAUDIOLOGIA..., 2013)

Paz et al (2005) e Barros (1998) citam as recomendações da Organização Mundial da saúde (OMS) no que compete a exposição a ruídos, na qual esta estipula que o nível sonoro de até 50 dB(A) pode gerar perturbações, mas o organismo se adapta facilmente a ele. A partir de 55 dB (A) pode haver a ocorrência de estresse leve, acompanhado de desconforto. A 70 dB (A) há desgaste do organismo, aumentando o risco de infarto, derrame cerebral, infecções, hipertensão arterial e outras patologias. A 80 dB (A) ocorre a liberação de endorfinas, causando sensação de prazer momentâneo. Já a níveis sonoros da ordem de 100 dB (A) podem levar a

danos e ou perda da acuidade auditiva e todos agem como sensação auditiva desagradável e perturbadora.

Além disso, trabalharam-se de maneira geral com osicineiros, habilidades de comunicação interpessoal seja no dia a dia entre eles, seja nos processos de trabalho como apresentação da oficina nos dias de triagem; respeitar o turno conversacional durante dinâmica do trabalho; manutenção da relação discursiva e abordagem aos clientes/ compradores durante as feiras. Isto porque, para que a comunicação ocorra de forma efetiva é necessário que além da informação passada, seja feita com o mínimo de ruídos possíveis e que o interlocutor reconheça o outro como agente intencional do discurso e se respeite o turno conversacional. Com o publico infantil estas habilidades são trabalhadas através de brincadeiras, de forma simbólica, nos adultos este simbolismo se dá nos aspectos de vida diária.

Para além destas propostas, entreviu-se diretamente com um dosicineiros no sentido de construir estratégias de reconhecimento de suas habilidades comunicativas e do trabalho propriamente dito, como também de se aceitar enquanto sujeito de escolhas e de sentidos. Procurou-se potencializar os pontos positivos para que então se propusesse a sair do lugar de “não sei”, “não consigo” e se interessasse por novas formas de se posicionar como “pessoa” e não mais se anular a partir da fala de terceiros. Ao passar dos dias, diferente de destituir corpo e subjetividade de uma série de atributos preestabelecidos, este sujeito passa a preenche-la com outros ingredientes a medida que passa a se propor novas experiências.

### **Centro de convivência - CECO**

A segunda opção de campo no segundo ano da residência se deu por um projeto mais ligado a vivenciar laços sociais e afetivos dentro de um dispositivo comunitário, um Centro de Convivência, que funciona há 12 anos no mesmo endereço. Neste serviço pude vivenciar uma diversidade de encontros, numa composição de equipe menor que o de costume para os dispositivos de saúde mental que já trabalhei, sendo composta por uma equipe de saúde mental (duas psicólogas e um monitor), a coordenação e uma auxiliar de limpeza. Isto condiz com

a forma a qual as equipes dos CECOS em Campinas foram constituídas com profissionais de outros serviços e/ou remanejados, e com voluntários, apesar de ser um espaço em que os profissionais deveriam possuir uma formação diferenciada. (ALEIXO, 2013)

Por questões que não cabem na proposta deste trabalho, estive presente neste serviço apenas uma vez na semana com a ideia mais viável de estar em convivência num período, sem me prender a nenhuma atividade específica; e no outro, participando junto a crianças e adolescentes num grupo de culinária. Neste ínterim pude pensar em que abordagens ter ou não para dentro de um CECO, o que seria este dispositivo e de que maneira poderia compor com o olhar do núcleo num dispositivo tão aberto e comunitário que não deveria ser espaço da clínica formal da saúde. Esta afirmação surge no sentido de que o profissional inserido neste serviço deve quebrar com o papel tradicional do trabalho em saúde e construir uma abordagem que extrapola o núcleo de saber profissional.

Aleixo (2013) dispõe sobre as características que um CECO deve seguir, sendo um serviço aberto, aonde as pessoas chegam de forma espontânea ou por encaminhamentos dos serviços de saúde e assistência, onde as pessoas se utilizam de espaços de produção para que a população em geral e a população-alvo se dissolvam inclusive de suas diversas formas de sofrimento, de experiências de exclusão, para se tornarem alvo do trabalho num CECO. A partir disso, desenvolver potencialidades, intersubjetividades, trocas, experimentação, produção de encontros, aprendizagem, para isso tudo emergir num encontro de possibilidades. Características estas que não devem estar deslocadas das necessidades do contexto diverso do território no qual está inserido.

Nesse sentido, há diversos aspectos na constituição dos sujeitos os quais habitam este território que seriam importantes de serem estimulados para um convívio integralizado, e utilizados como forma de produção de experiências coletivas. É preciso ouvir o que os participantes têm a dizer, afinal a comunicação pode ser de forma oral ou escrita (sim a escrita também faz sentido e parte do CECO), por palavras, mímicas ou gestos; saber ouvir sem que a mensagem seja recebida como uma ofensa, entender que a agressividade e a agitação, também são formas de se comunicar. O mais importante é se desfazer do a priori estabelecido e compor de forma coletiva, de maneira a experienciar novas formas de produção de

saúde seja por atividades ou novas construções e utilizações dos espaços. (ALEIXO, 2013)

Com este intuito, em composição com profissionais e usuários do grupo de culinária tentou-se pensar no que a agitação e agressividade dos participantes comunicavam aos profissionais do CECO, mas para, além disso, que importância davam aquele dispositivo que de alguma forma os possibilitava expressar suas angústias. Este grupo constituído por crianças, pré-adolescentes e adolescentes, situado na periferia de Campinas, surgiu da demanda específica deste público-alvo durante uma assembleia, já numa constituição de autonomia. É um grupo em parceria com um centro de saúde, com formato de demanda espontânea ou por encaminhamentos, no qual os participantes que o integram o fazem com sentidos próprios.

Com isso, validou-se o desejo de uma população com poucos recursos em realizar uma oficina que tem como foco de intervenção a interação grupal destes indivíduos, mas também servir como espaço de escuta e acolhimento para resolução de conflitos dentro do próprio grupo, e muitas vezes de situações sociais que só são possíveis de aparecer a partir do vínculo. A partir disso, o efeito é uma melhor convivência a medida que os sentidos vão sendo incorporados na dinâmica do grupo, com conseqüente elaboração e aceitação de limites e regras, como também do tempo dos acontecimentos. Além de possibilita-los a novas experimentações de habilidades, outras culturas e novos alimentos. (ZAMBON & CARVALHO, 2015)

Pollonio E Freire (2008) sinalizam que o compromisso da fonoaudiologia é fazer com que a criança assuma outras posições enquanto falante, o que se dá através da escuta à fala e não simplesmente aos sintomas que emergem na situação dialógica (onde a linguagem ganha sentido). O brincar para Vygotsky é um espaço em que a criança não está preocupada com o resultado, mas que implica regras e ações imaginativas. Sendo o manejo possibilitado pelo método clínico, no brincar que produz mudanças na linguagem (e na subjetividade) da criança e é nesta via que se pode refletir sobre como o sintoma se apresenta na fala de um sujeito particular, é uma atividade que permite atribuir outros significados à vida cotidiana. (BRISSANT, 2006; OLIVEIRA et al, 2007)

O que não está deslocado da psicomotricidade, a qual auxilia no andamento de atividades que envolvem o processo de aprendizagem, leitura e escrita, por lidar

com aspectos de noção espacial e temporal, lateralidade, motricidade fina, entre outros. Isto porque o corpo reflete as transformações resultantes da interação do indivíduo nos contextos em que se insere, ou seja, é como um veículo da expressão emocional e um conjunto de vivências essenciais para a construção da identidade e personalidade. Por isso, foram propostas modificações na estrutura e condução da atividade de culinária que pudessem viabilizar uma melhor composição dos integrantes, seja na participação da atividade, seja nos aspectos cognitivos e da circulação dialógica. (MAXIMINIANO, s. d.)

Uma característica que dificulta a constituição do grupo, deste grupo especificamente, estão relacionadas a experiência social a qual estas crianças estão submetidas o que pode ser minimizado com algumas estratégias. Portanto, propôs-se realizar uma modificação no espaço de trabalho, o que se daria aumentando a mesa de forma que todos pudessem compartilha-la e as crianças pudessem se ver e ultrapassar do simbólico ao concreto quais indivíduos compunham o grupo. A partir disso, poderiam partilhar os utensílios, as regras, as ações necessárias para organização das estratégias necessárias a finalização da tarefa e enfim um resultado condizente com a dedicação do grupo, podendo assim avaliarem suas participações e funções.

Outra ideia era que as crianças pudessem fazer suas próprias receitas de forma individualizada, possibilitando-se lidar consigo mesmo e as próprias angustias, ainda que num grupo, mas também como estratégia para que todos pudessem de fato participar e realizar a atividade do começo ao fim. Quando estas propostas foram utilizadas, alguns aspectos na participação foram se modificando, onde os episódios de agressões corporais<sup>7</sup> que diminuíram, quando alguma criança não dava conta de estar no grupo e tinha alguma atitude que desagradasse ao coletivo, as próprias crianças sinalizavam. Também se possibilitaram mudar certas regras preestabelecidas como, por exemplo, experimentar os ingredientes das receitas antes do resultado final, e também se ajudar mutuamente na realização da atividade,

---

<sup>7</sup> Vale ressaltar que este contato se dava em tapas e socos, enquanto resultado de brincadeiras comuns a essas crianças.

## CONCLUSÃO

Apesar de uma formação direcionada a comunicação humana na qual possui como cinco grandes áreas a voz, audiologia, saúde coletiva, motricidade orofuncional e a linguagem, incluindo-se a cada dia novas áreas de atuação mais específicas, a fonoaudiologia ainda não é um núcleo profissional tão respeitado enquanto composição multidisciplinar nas equipes de saúde mental. Somado a isso, ainda encontram-se dificuldades no reconhecimento da comunicação enquanto importante catalisador de diversos aspectos de vida dos sujeitos, das relações interpessoais, das subjetividades, das construções de sentidos, de expectativas, das interações dialógicas, etc. Além disso, a linguagem apresenta-se com alteração de vários de seus componentes alterados nos indivíduos com transtorno mentais.

Dito isto, foi importante produzir este trabalho com reflexão coletiva entre amigos e profissionais que se colocaram a disposição para ouvir, trocar, compartilhar, construir, pensar e até mesmo aprender outras formas de fazer saúde e de se perceber, seja enquanto profissionais ou enquanto sujeitos de expectativas e subjetividades. Neste sentido, fica o desejo de que esta construção experienciada de forma coletiva contribua para abordagens múltiplas que considerem os diversos momentos que as subjetividades emergem, não como uma característica fixa, mas como um processo em curso que se constitui em uma multiplicidade capaz de apreender as movências (movimentos de identificação) do sujeito no meio sociocultural.

A subjetividade é algo que implica efeitos de sentido na construção de identidades do sujeito, e dos afetos que o possibilitem pertencerem a si e aos territórios que ocupa, refletindo o intercambio entre o interno e o externo. Mas não pode ser entendida de forma reduzida sem considerar que é através do reconhecimento do outro e pelo autoconhecimento do eu que se constitui, e que se molda através da linguagem e de como esta se estrutura. Portanto, deve ser encarada como direcionador das abordagens terapêuticas e profissional independente de que dispositivos estejamos construindo, independente do ponto de vista intersubjetivo, já que os sujeitos desempenham papéis diferentes de acordo com o ambiente e a situação em que se encontram.

No que compete à linguagem vale ressaltar que é através da interação nos processos dialógicos que esta se desenvolve, considerando aspectos como as trocas de turnos comunicativos, conceitos gerais da língua e gramática, nomeação de objetos e demais características, identificação de nomes e como estes são escritos, percepção auditiva dos sons da fala, percepção visual e espaço temporal. Sendo este sistema de símbolos pertinente a todos os campos vivenciados, independente do público alvo infante-juvenil ou adulto, o qual seu pleno desenvolvimento depende da boa evolução das comunicações mais primárias. O que diferencia o processo de trabalho e a abordagem terapêutica são as estratégias para interação utilizadas nos processos de construção dos componentes a priori citados.

De maneira geral, esta mediação se dá de forma simbólica numa construção que propicia vivências significativas onde diversos conteúdos podem ser explorados, possibilitando elaboração de novos conhecimentos e reelaboração de novas formas de pensar. Com o público infante-juvenil se dá por intermédio da brincadeira por ser um ambiente desafiador com situações-problema que possibilitam novas alternativas de organização da realidade e auxilia na construção de novas possibilidades de pensar e agir. Já com os adultos, se dá por intermédio das atividades de vida diária seja através dos processos de trabalho ou de queixas específicas aos sujeitos. Além disso, há que se ater aos espaços de atuação enquanto profissional da saúde, para que não se extrapolem as barreiras dos serviços.

Portanto, a fonoaudiologia contribui a partir de uma clínica que favorece e prioriza a autonomia dos usuários, enfatizando a importância de uma comunicação efetiva seja ela de forma verbal ou não verbal. Mas também tem como foco de atuação o aprimoramento e o aperfeiçoamento dos padrões da comunicação humana não sem considerar os sujeitos e suas subjetividades. O foco de intervenção não pode se dar através apenas dos sintomas, ou considerá-los de forma isolada, mas sim considerando a forma como os indivíduos se relacionam não só com aqueles com os quais se comunica como a si mesmo. Isto porque, a comunicação é uma prática social que se dá de forma individual e coletiva, e essencialmente relação.

## REFERÊNCIAS

ADEFUR. Disponível em: <<http://adefu.com.uy/>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD DEL ESTADO. Red salud mental. Disponível em: <<http://www.asse.com.uy/home>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

AMARANTE, P; BELLONI, F. Ampliando o direito e produzindo cidadania. In: PINHO, K. L. R. (org.). Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde. Compacta gráfica e editora. São Paulo: 2014. 15-19

ARAÚJO, M. L. B.; FREIRE, R. M. A. Atendimento fonoaudiológico em grupo. **Rev. CEFAC**. 13 (2): 362-368, 2011.

BARONI, C. **Perspectivas y proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay**. Montevideu, 2015.

BARROS, E. A. **Ruídos ocupacionais**: seus efeitos e suas leis. 1998. 63 f. Monografia (Especialização) - Curso de Audiologia Clínica, Centro de Especialização em fonoaudiologia clínica, CEFAC, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.cefac.br/library/teses/21fae0db36328b9dd331d50412002a0d.pdf>>. Acesso em: 16 de Junho de 2015.

BARROS, R. C. B. **A singularidade da clínica fonoaudiológica**: sobre o sujeito e o objeto de intervenção do espaço clínico fonoaudiológico. 2011. 127p. Tese (Doutorado em linguística) – UNICAMP. Campinas, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria nacional de economia solidária. Economia solidária: outra economia acontece. Brasília. 2011.

BRISSANT, T. M. V. **O brincar e a constituição da linguagem na clínica fonoaudiológica**. 2006. 126p. Monografia (mestrado em ciências da linguagem) – Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2006.

CARILLO, E. R.; RIVERA, L. B. E. Vygotsky: la escuela y la subjetividad. **Pensamiento Psicológico**. 8 (15): 135-146, 2010.

DIZEU, L.C.T.B et al. **A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito**. 2005

FONOAUDIOLOGIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR. Informações básicas sobre a Pair para agentes comunitários de saúde: o que é preciso reconhecer nas visitas domiciliares?. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2013. p. 4.

\_\_\_\_\_. Pactuação da Rede Sentinela de Perda Auditiva Induzida por Ruído relacionado ao Trabalho. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2014. p. 4.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde.

FREIRE, R. M. A. C. Sobre o objeto da fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**. 14 (2): 308-312, 2012.

FREITAS, N. K. Desenvolvimento humano, organização funcional do cérebro e aprendizagem no pensamento de Luria e de Vygotsky. **Ciênc. cogn.** [online]. 9, 91-96. 2006.

GAIGER, L. I. G. A economia Solidária diante do modo de produção capitalista. **CADERNO CRH**, Salvador, 39, 181-211, 2003.

HERNANDEZ, O. G. La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un transito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo. **Revista colombiana de psicología**. Bogotá, Colombia, 147-160.

LECHAT, L. M. P. **As raízes históricas da economia solidária e seu aparecimento do Brasil**. Palestra proferida na UNICAMP por ocasião do II Seminário de incubadoras tecnológicas de cooperativas populares, 2002.

LÉON, N. **Salud mental en debate**: pasado, presente y futuro de las políticas em salud mental. Montevideú, 2013.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. **Abrazos: experiências y narrativas acerca de la locura y la salud mental**. Uruguay: Ediciones Levy, 2013.

MAXIMILIANO, J. **Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria**. Ver. do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. [s. d]

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, 25 (4), 626-635, 2005 .

MOLON, S. I. NOTAS SOBRE CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO, SUBJETIVIDADE E LINGUAGEM. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 16 (4): 613-622, 2011.

MOUSINHO, R. et al. Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. **Rev. psicopedag.** [online]. 25 (78), 297-306. 2008.

OLIVEIRA, A. C. S. et al. Como brincam as crianças surdas: um estudo à luz da fonoaudiologia. **Psic**, São Paulo, 7: (2), 77-84, 2006.

PAZ, E. C. et al. Estudo comparativo da percepção do ruído urbano. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 39 (3), 467-472, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 de Junho de 2015.

PALUDO, K. I; STOLTZ, T.; LOOS, H. **A constituição do ser na perspectiva Vygotskyana**: um olhar para o sujeito com altas habilidades/superdotação. Seminário de pesquisa em educação da região sul – IX ANPED SUL.

PENTEADO, R. Z. et al. Grupalidade e família na clínica fonoaudiológica: deixando emergir a subjetividade. **Dist. Comun.**, São Paulo, 17 (2): 161-171, 2005.

POLLONIO, C. F.; FREIRE, R. M. A. O brincar na clínica fonoaudiológica. **Dist. Comun.**, São Paulo, 20 (2): 267-278, 2008.

RAMÍREZ, R.; COLINA MATIZ, S. Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. **Rev. fac. Med**, Colombia, 2009.

RIBEIRO, V. V. et al. Grupo terapêutico em fonoaudiologia: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**. 14 (3): 544-552, 2012.

RIMOLI, J; CAYRES, C.O. Saúde mental e economia solidária. Armazém das oficinas: um olhar para além da produção.

FERIGATO, S. H. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas: produzindo Redes de Encontros. Tese de doutorado em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

SANTANA, M. C. C. P. et al . Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: vigilância é informação para a ação!. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 11 (3), 522-528, 2009.

SANTOS, J. P. **Construção do núcleo da fonoaudiologia num CAPS III**: relato de experiência. Campinas, 2014

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. **O mútuo partilhar de experiências numa “pasantía” da residência multiprofissional em saúde mental e coletiva em Montevideu (Uruguai)**. Campinas, 2015.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_; SILVEIRA, L.C.; PINHO, K.L.R.; FERREIRA, A.P. **A roda como estratégia de cuidado multidisciplinar.** In: 2 Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, 2015, João Pessoa. Direito às diversidades: cidades, territórios e cidadania., 2015.

SERRA, S. **Fonoaudiologicamente:** nociones basicas y practica profesional. Córdoba: Brujas, 2008.

SILVA, F. G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol. educ.** [online]. 28, 169-195. 2009.

SOUZA, A. P. R. et al. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. **Rev. CEFAC.** 13 (1): 140-151, 201.

TYKANORI, R. Reforma psiquiátrica, economia solidária e cooperativismo social. In: PINHO, K. L. R. (org.). Relatos de experiências em inclusão social pelo trabalho na saúde. Compacta gráfica e editora. São Paulo: 2014. 21-23.

ZAMBON, L. C.; CARVALHO, J. P. E. Você tem fome de que?. In: I mostra de práticas em saúde mental: reconhecer o patrimônio da reforma psiquiátrica. O que queremos reformar hoje?, 2015, Campinas.

ZIA, J.; PANHOCA, I.; ZANOLLI, M. L. O acolhimento da gestualidade na terapia de linguagem: reflexões no âmbito da clínica fonoaudiológica. **Dist. Comun.,** São Paulo, 17 (3): 365-372, 2005