

Discussão clínica interdisciplinar como instrumento na formação do terapeuta: uma experiência em fonoaudiologia

An interdisciplinary clinical discussion as an instrument for the formation of the therapist: an experience in phonoaudiology

Discusión clínica interdisciplinaria como instrumento en la formación del terapeuta: una experiencia en fonoaudiología

Beatriz Silveira Alves de Oliveira*
Soraya Abbes Clapés Margall**

RESUMO: Este texto fundamenta as questões envolvidas na formação do terapeuta da área da saúde, articulando-as com o processo de ensino/aprendizagem. A discussão é feita à luz de uma concepção teórica que valoriza os aspectos interacionais do sujeito, a partir de um olhar para a sua singularidade. Discutimos também a interdisciplinaridade como fator essencial para essa formação do terapeuta, e a seguir relatamos sobre essas questões na fonoaudiologia. Finalizamos o artigo expondo nossa experiência de discussão clínica interdisciplinar no Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo, como exemplo de uma prática da graduação em que todas estas questões estão presentes.

DESCRIPTORIOS: Fonoaudiologia-educação, Interdisciplinaridade, Processo ensino-aprendizagem

ABSTRACT: This text is based on the questions related to the formation of the therapist in the health field, articulating them with the teaching/learning process. The discussion is done on the light of a theoretical conception that values the interactive aspects of subjects, from a gaze that looks for her singularity. We argue, also, that interdisciplinarity as a factor essential for this formation of the therapist and we also report on these questions in Phonoaudiology. We finish the article describing our experience of interdisciplinary clinical discussions in the Course of Phonoaudiology of the University Center São Camilo, as an example of a practice of the undergraduate level where all these questions present themselves.

KEYWORDS: Phonoaudiology-education, Interdisciplinary, Teaching-learning process

RESUMEN: Este texto basa las cuestiones implicadas en la formación del terapeuta del área de la salud, articulación de ellos con el proceso de enseñanza/aprendizaje. La discusión se hace a la luz de un concepto teórico que valore los aspectos interactivos del sujeto, a partir de una mirada que busca su singularidad. Discutimos también el interdisciplinaridad como factor esencial para esta formación del terapeuta y enseguida hacemos afirmaciones sobre estas preguntas en Fonoaudiología. Acabamos el artículo exhibiendo nuestra experiencia de discusión clínica interdisciplinaria en el curso de Fonoaudiología del Centro Universitário São Camilo como ejemplo de una práctica de graduación donde están presentes todas estas cuestiones.

PALABRAS LLAVE: Fonoaudiología-educación, Interdisciplinaridad, Proceso de enseñanza-aprendizaje

Introdução

Pensar a formação de um terapeuta implica questionar o que é um terapeuta, ter clareza do que se espera deste para daí construir um saber a respeito de qual formação se torna necessária. Não só isso,

tal discussão se torna mais importante ainda quando inserida num curso de graduação, no qual os alunos participam de um processo de ensino-aprendizagem cuja dinâmica é peça fundamental na apropriação que fazem de sua formação profissional.

De acordo com o dicionário Houaiss, o termo “formação”, além de significar “o conjunto de conhecimentos e habilidades específicos a um determinado campo de atividade prática ou intelectual”, também se refere à “maneira como uma pessoa é criada; tudo o que lhe mol-

* Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Psicóloga da Clínica de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo. biaoliv@uol.com.br

** Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP-EPM. Professora Titular I do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo. sorayamargall@terra.com.br

da o caráter, a personalidade; criação, origem, educação”, entre outros. No mesmo dicionário, informa-se que o vocábulo “terapeuta” se origina do grego *therapeutes*, que se refere ao “que cuida, que trata, que cura doentes”, e o termo “terapia” tem duas significações, a que vem do campo da medicina, e que quer dizer “tratamento de doentes; terapêutica”, e outra, que significa “toda intervenção que visa tratar problemas somáticos, psíquicos ou psicossomáticos, suas causas e seus sintomas, com o fim de obter um restabelecimento da saúde ou do bem-estar”.

Por um lado temos as definições de terapeuta e terapia, as quais nos remetem necessariamente ao campo da saúde/doença, por outro a de formação, que implica o âmbito da educação e da relação professor/aluno. Procuraremos neste texto desenvolver essa discussão — da formação do terapeuta — e apresentar uma experiência de trabalho interdisciplinar no curso de graduação em fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo como um instrumento desse processo de formação.

A formação do terapeuta

Falar de saúde e doença nos remete ao campo da medicina, mais especificamente à ordem médica. De acordo com Clavreul (1983), trata-se de uma lei que estabelece as relações entre aqueles que a ela se submetem, sendo que o que a caracteriza é a metodologia da medicina que institui um campo ordenado de saber. Ou seja, isolando a doença como objeto de estudo, incluindo apenas os dados observáveis e objetivos, a ordem médica institui um discurso do qual médicos e pacientes são os porta-vozes, um discurso que tem por função silenciar a subjetividade de seus autores. De acordo com Oliveira

(2000), é por seus efeitos que percebemos a existência da ordem médica. Na relação médico-paciente quem detém o saber é o médico, ao paciente cabendo apenas as informações objetivas relacionadas à queixa. Por isso não é interessante nem que o médico e nem o paciente exponham suas subjetividades, pois isso pode atrapalhar o exame clínico e o estabelecimento do diagnóstico.

É interessante observar como isso se reproduz nos dispositivos institucionais. Como diz Oliveira (2000), “quanto mais inserido no contexto hospitalar, menos o paciente precisa falar”; há uma pasta ou registro que o representa na instituição. A questão é que o silêncio da subjetividade não ocorre sem consequências para aquele que se cala, seja médico, paciente, ou qualquer terapeuta que aí esteja inserido. São comuns, por um lado, os relatos de quadros depressivos que modificam o prognóstico de um paciente, e por outro escutamos profissionais impotentes diante de um paciente que começa a chorar ou que resiste ao saber racional que a ciência impõe.

Estabelecer o conceito de terapeuta a partir deste campo, no qual o aluno de um curso de graduação da área da saúde estará incluído, implica refletir de que maneira se deseja esta inclusão. Com a ordem médica, vimos que a problemática se estabelece na relação entre um saber constituído e aquilo que aí não se inscreve, o que estabelece posições a partir das quais falam aqueles que sustentam este saber. Ou seja, o médico fala como representante de um saber que o atravessa na medida em que o encontra na literatura e o paciente se coloca no lugar daquele que é desprovido de qualquer saber. O problema é que o médico não sabe tudo, assim como é o paciente quem sabe o que dizer a respeito do que o faz sofrer. Quando estas dimen-

sões são excluídas da relação terapeuta/paciente, tanto um quanto outro ficam alocados numa posição passiva, sem autoria nem crítica a respeito do que está instituído, o que retorna na forma de mal-estar ou maior sofrimento.

Neste sentido cabe pensar o que se deseja quando se fala em formação de um terapeuta. Não há dúvidas de que a posição subjetiva de qualquer um se estabelece ao longo da história de vida do sujeito, o que introduz variáveis que estão além daquilo que uma formação acadêmica poderia pretender. Mas isso não impede de refletirmos a respeito do modo como se formam os terapeutas e o que decorre da relação ensino/aprendizagem ou professor/aluno.

Antes de entrar no âmbito da educação, porém, vale ressaltar que a discussão a respeito de que terapeuta se quer formar é fundamental para orientar esta formação na medida em que se trata de uma questão ética. Desejar um terapeuta que se aproprie de suas questões, que não se posicione de forma alienada em relação a um saber constituído, nem se coloque como o “um” que sabe em detrimento do outro que não sabe não é tarefa fácil, pois implica questionarmos a nossa própria posição ética como formadores ou professores. Queremos dizer que a posição a partir da qual falamos tem consequências para aquele que escuta.

A questão da interdisciplinaridade

Como pensar então as relações que se estabelecem com o aluno no próprio curso de graduação? Quais serão as consequências dessas relações para sua posição enquanto terapeuta? Estas têm sido as questões que sustentam as discussões clínicas do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo. Desde

1993, estas preocupações clínicas nortearam a formação de uma equipe de profissionais que pudesse acompanhar não só os casos atendidos, como também as discussões destes com os alunos. É interessante observar como a discussão de caso com outros campos de saber — como psicologia, medicina — tem permitido não só aos alunos como ao grupo de professores e supervisores rever suas posições e questionar a teoria que constituiu seu campo de saber, fazendo com que esta não seja apreendida como um saber acabado e absoluto, mas sim construída a partir desses mesmos questionamentos.

Assim, introduzimos mais um elemento para a discussão a respeito da formação do terapeuta: a relação com outras disciplinas. Este item é fundamental, pois se articula com a posição ética sobre a qual nos referimos anteriormente. É a orientação ética que permitirá sustentar o modo com que os profissionais de uma equipe se posicionarão. Neste sentido, há uma diferença entre a multidisciplinidade e a interdisciplinidade. De acordo com Pais (1996), a multidisciplinidade "... consiste em unificar o objeto no saber por meio da superposição dos conhecimentos anteriormente produzidos no interior de cada disciplina". Este é o modelo de equipe que mais encontramos nas instituições de saúde, muito utilizado no campo médico. É comum a suposição de que seja possível segmentar o objeto em tantas partes quantas especialidades existam, e que a apreensão da totalidade resultaria da somatória desses conhecimentos parciais. Há nessa concepção a ilusão de que seria possível a constituição de um saber completo sobre o objeto e que este não se modificaria como consequência da própria investigação. Ao paciente, diante de tal concepção, cabe submeter-se tantos exames quanto cada especialidade necessitar, a fim de

que se chegue a uma conclusão uníssona dentro da equipe.

Ainda segundo Pais (1996), a interdisciplinidade constitui "um espaço comum em que o conhecimento não se esgota em sua própria identidade, mas vai além de si mesmo, numa articulação mais abrangente". Isto quer dizer, de acordo com o autor, que não se trata de renúncia de um campo conceitual específico, mas que uma vez inserido numa equipe, torna-se necessário que o profissional "seja capaz de abandonar a segurança e o conforto que outorga um saber supostamente adquirido e se arrisque a escutar outros discursos que, só pelo fato de serem pronunciados, questionam e colocam os limites do próprio".

Retomando a discussão que estávamos desenvolvendo, nos parece que a concepção de interdisciplinidade requer do profissional/terapeuta que compõe uma equipe um questionamento de sua própria investigação, que coloque a si próprio em questão, o que parece ir mais ao encontro do que se espera da posição de um terapeuta que pretendemos formar. O que percebemos na prática é que sustentar uma equipe funcionando de forma interdisciplinar não é fácil, assim como também é difícil sustentar tais posições éticas dentro do processo de formação do terapeuta ao longo de seu percurso no curso de graduação, pois implicam, como dissemos anteriormente, que os próprios professores e supervisores incluam em suas transmissões seus próprios questionamentos.

Apesar de não ser um processo linear — e muito menos simples —, é interessante percebermos que o fato do aluno ter que se deparar com situações em que o supervisor não possui uma resposta pronta e acabada para suas questões clínicas — e quando a tem, muitas vezes a resposta é fruto de uma construção em

conjunto a partir da própria prática terapêutica —, faz com que necessariamente se aproprie dessa prática, tornando-se autor do raciocínio clínico construído.

A clínica fonoaudiológica

Viola (1996) relata que a clínica fonoaudiológica direciona-se basicamente por três modelos clínicos: o médico, o psicolingüístico e o relacional.

No modelo médico, desde o primeiro contato com o paciente e sua família, o fonoaudiólogo prioriza o relato da queixa e sua história pregressa; realiza o que podemos nomear anamnese, para obter informações de forma objetiva, inclusive com indiferenciação frente ao informante presente para transmitir os dados (paciente e/ou seus pais). No processo de terapia, importantes são a técnica, o exercício, a estratégia proposta ao paciente visando a eliminação do sintoma presente. O processo baseia-se na aplicação prática do conhecimento técnico e específico que se tem. No caso do aluno-estagiário, visa transportar para a prática o conhecimento teórico adquirido nos primeiros anos do curso de graduação. O foco é a doença, a patologia, o sintoma, independentemente do sujeito que os traz.

Já o modelo psicolingüístico pressupõe o contato inicial com o paciente e sua família para a realização de um procedimento mais aberto, de uma entrevista, cujo propósito é compreender a história interacional do paciente, que lugar ele ocupa na família, como é visto por ela e como a queixa se articula dentro desse complexo processo. Assim, não basta o dado em si, mas como ele é relatado, por quem é relatado, como é visto e tomado pelo paciente e sua família, e todas as demais relações que podem ser estabelecidas.

O modelo relacional, que articula os dois primeiros modelos, é proposto por Spinelli (1994). Neste modelo, o fonoaudiólogo é responsável por esclarecer as questões mais objetivas, muitas vezes orgânicas, e ao mesmo tempo contextualizar esses achados com os conhecimentos a respeito da história interacional do paciente. Por este ponto de vista, não é suficiente colher a informação por si só, ou aplicar determinada técnica terapêutica; o essencial é a escuta dada pelo profissional a todos os dados trazidos, sejam eles verbais ou não verbais, e a articulação que pode ser estabelecida entre eles, visando não só a doença, mas o sujeito que manifesta os sintomas relatados.

Nos dois últimos modelos a escuta de todos os envolvidos no processo é fundamental. A entrevista inicial só tem sentido quando realizada com o paciente e seus pais, sempre, pois os processos relacionais e interacionais estabelecidos são essenciais; falamos de um ser, de um sujeito que ocupa um lugar — e que precisa ser desvendado pelo terapeuta, independentemente de sua área de atuação, uma vez que os sintomas manifestos podem encontrar-se em qualquer área, muitas vezes na linguagem, o foco de ação do fonoaudiólogo.

Atuando à luz desse modelo mais amplo, a relação do conteúdo teórico com a atuação na prática clínica torna-se muito mais complexa.

Não é de estranhar a angústia do aluno ao iniciar a prática clínica, com medo de que a teoria da qual tomou conhecimento até então não seja suficiente para garantir sua atuação profissional. (De fato, ela não dá conta sozinha, mesmo.) É real a sua sensação de despreparo para iniciar a prática. Visando o sujeito, e não a doença, o estagiário só poderá “aprender” a atuar com seu paciente, “exercitando” a pró-

pria atuação prática; não há outro caminho.

Acreditamos na formação de um terapeuta engajado num modelo que privilegie o sujeito, em que apenas o conhecimento teórico e sua linear aplicação à prática clínica, privilegiando a doença, não é suficiente; essa posição deve então ceder lugar a um profissional comprometido com seu paciente como um todo, com foco na sua inserção familiar e social.

É aí que as discussões clínicas interdisciplinares se inserem, como instrumento para fundamentar o aluno e direcioná-lo na possibilidade de se apropriar de sua formação e raciocínio clínico.

Uma proposta de discussão interdisciplinar

Desde 1997 temos tido a oportunidade de organizar as reuniões clínicas do Curso de Fonoaudiologia do Centro Universitário São Camilo. Seu objetivo é possibilitar a discussão clínica interdisciplinar dos casos em atendimento fonoaudiológico, tanto nos grupos de Estágio Supervisionado em Fonoaudiologia Clínica (terapia), como de Estágio Supervisionado em Avaliação da Comunicação Oral e Gráfica (avaliação).

Por se tratar de uma clínica-escola, com essas discussões visamos, por um lado, uma melhor qualidade no atendimento aos pacientes através de condutas interdisciplinares que determinem caminhos mais eficazes e rápidos e, por outro, uma efetiva formação ao aluno no desenvolvimento prioritário de duas vertentes: o estabelecimento de raciocínio clínico e de habilidades de articulação da teoria com a prática.

As reuniões clínicas acontecem a partir do 5º semestre letivo, uma vez por semana.

Participam efetivamente os alunos do semestre letivo correspon-

dente, a professora da disciplina (uma fonoaudióloga) e a psicóloga da clínica-escola que acompanha os casos, além de alguns estagiários de psicologia. Também fazem parte da equipe interdisciplinar, e participam eventualmente das reuniões, um médico otorrinolaringologista e um neurologista, os quais acompanham os pacientes da clínica-escola, assim como o supervisor (um fonoaudiólogo) do grupo de estágio que apresenta a reunião.

Cada grupo de alunos em estágio de fono-clínica e de avaliação é responsável por elaborar a reunião clínica sob sua responsabilidade. Assim, são feitos pelo grupo de alunos, com o apoio do supervisor responsável pelo atendimento clínico do grupo, desde a seleção do caso, passando pelo levantamento da queixa, dos dados importantes do paciente, dos relatos de sua história interacional, processo de avaliação e de terapia, outros atendimentos e/ou encaminhamentos, até a elaboração do material audiovisual a ser utilizado na discussão. Enquanto um grupo apresenta e direciona a reunião, os demais alunos e profissionais participam das discussões propostas.

Inicialmente, o que observávamos era um longo tempo direcionado à explanação do caso à classe, restando pouco tempo para a discussão interdisciplinar propriamente dita com os participantes. Este aspecto foi sendo gradativamente acertado com o estabelecimento de critérios na avaliação do grupo, demarcando a necessidade de maior tempo para a discussão.

Posteriormente, percebemos que mesmo com o tempo de discussão maior era quase nula a participação dos alunos, que nos relatavam sentimentos como medo, vergonha e insegurança para expor suas idéias e dar suas contribuições, impedindo assim um maior e mais efetivo aproveitamento. É interes-

sante observar que mesmo diante de seus colegas, ou em uma situação cujo objetivo era a discussão, os alunos se mostravam inibidos em participar. De acordo com o que pudemos acompanhar anteriormente, essa inibição parece ser reflexo da dificuldade de mudança de posição do aluno diante de seu processo de aprendizagem; não era raro a expectativa de que as respostas fossem vir do outro: profissionais presentes ou alunos que “sabiam” do caso apresentado. Ao longo do ano, percebemos que tal posicionamento ia se modificando, sendo que ao final, os alunos não só conduziam o caso e a discussão, como também concluíam sem que os profissionais necessariamente participassem com alguma colocação. Concluímos que não era a apresentação dos dados, mas a discussão que deles poderia advir que possibilitaria a evolução do aluno e sua formação como terapeuta.

Todo este processo fazia com que nos questionássemos a respeito de nossa própria posição enquanto profissionais ali presentes. Será que éramos nós que inibíamos as discussões? Será que o fato da discussão estar inserida num sistema de avaliação impediria que ela pudesse ocorrer entre os alunos? Sabíamos que a atribuição de uma nota traz conseqüências para o modo como o aluno se coloca e nos perguntávamos como poderíamos lidar com esta problemática.

Então, visando aumentar a discussão entre os alunos a partir do caso selecionado pelo grupo, e com a participação dos profissionais apenas para pontuar aspectos e direcionar o raciocínio clínico, determinamos como norteador da reunião a colocação de uma ou mais questões formuladas pelo grupo e apresentadas aos demais participantes para direcionar a discussão.

Desde o início de sua utilização, este recurso mostrou-se o gatilho

das discussões, delimitando os aspectos a serem abordados, e dificultando que a discussão perdesse seu foco; em nossa vivência, esse direcionamento efetivou a participação dos alunos, e com sua utilização temos conseguido atingir os objetivos da reunião clínica.

Salles (2001) relata que as discussões clínicas na área da fonoaudiologia acabam focalizando um aspecto específico da atuação, abordando um “fragmento do processo terapêutico”, o qual se volta para técnicas específicas utilizadas, “sem entrar no mérito do que marca a singularidade da clínica fonoaudiológica, isto é, a relação terapeuta-paciente”.

Com a escassez de relatos de trabalhos que se voltassem a discutir o fazer fonoaudiológico alicerçado na subjetividade e na singularidade de cada paciente, iniciamos a proposta de nossas reuniões clínicas apenas com a certeza do posicionamento teórico que assumíamos. Atualmente, temos proposto as reuniões com um papel já totalmente definido, como instrumento para firmar o desenvolvimento do raciocínio clínico através do fortalecimento da necessidade de um olhar único para a relação terapeuta-paciente, e dando lugar às diferenças para aprender a ajustar-se como terapeuta à singularidade de cada caso.

Para concluir os pontos importantes do nosso relato, faz-se necessário ainda contar que a avaliação do aluno também é feita de forma interdisciplinar. Ele é avaliado individualmente e em grupo, tanto quando exerce a função de participante, como quando exerce a função de elaborador e apresentador da discussão; essa avaliação é feita por seu empenho na elaboração da reunião, pela condução da discussão oral e também pela confecção de um relatório escrito sobre a reunião. As notas são dadas pelo pro-

fessor da disciplina, pelo supervisor do grupo de estágio supervisionado e também por três de seus pares, ou seja, os próprios alunos da classe que participam da apresentação da reunião, escolhidos aleatoriamente no início de cada reunião.

Através dessa forma de avaliação, acreditamos que, para lá de todos os aspectos envolvidos que já discutimos, o aluno também tem a oportunidade de trabalhar outras duas questões muito importantes: sentir e exercer a ética profissional, e desenvolver o autoconhecimento.

Misrahi & Novaes (2001), a partir de suas experiências clínicas e dos estudos sobre o processo de transformação do aluno em profissional, consideram a existência de três pilares na sustentação da formação: a articulação entre a teoria e a prática, o autoconhecimento do aluno estagiário e a supervisão clínica. Assim, podemos concluir que a reunião clínica, como instrumento de discussão interdisciplinar, é um recurso efetivo na formação do terapeuta. De acordo com a experiência relatada por essas autoras, podemos concluir que além desses aspectos, mais um se torna fundamental para a formação do terapeuta que estamos propondo: a discussão interdisciplinar.

Conclusão

Ao longo desse texto vimos que a discussão a respeito de que terapeuta se deseja formar, e qual a formação necessária para isso, implica necessariamente atravessarmos o campo da ética. Questionar a posição a partir da qual formamos, ensinamos e discutimos exige uma reflexão que traz conseqüências para toda prática terapêutica e profissional, tanto quando estamos diante de um paciente como de um aluno.

No curso de graduação do Curso de Fonoaudiologia do Centro

Universitário São Camilo, a discussão clínica interdisciplinar foi um modo que encontramos de articular as questões que envolvem a formação do terapeuta em sua

passagem de aluno para profissional, visando uma maior implicação deste em seu processo de aprendizagem e raciocínio clínico. Não se trata de estabelecer um

modelo a ser adotado, mas apresentar o questionamento que julgamos necessário para toda equipe que pretenda funcionar de modo interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Clavreul J. A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico São Paulo: Brasiliense; 1993.
- Misrahi DD, Novaes BC. Transformação e formação: o aluno-fonoaudiólogo. In: Passos M. A Clínica Fonoaudiológica em Questão. São Paulo: Plexus; 2001.
- Oliveira BSA. Instituição e Psicanálise. Da impotência à impossibilidade.[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
- Pais A. Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. In: Escritos da criança. Rev Centro Lydia Coriat. 1996.
- Salles FBC. Processo terapêutico fonoaudiológico: um enfoque para a relação terapeuta-paciente. *Disturb Comun Humana*. 2001;13 (1):145-159.
- Spinelli M. Distúrbios no desenvolvimento da linguagem. In: Assunção Júnior F. *Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. São Paulo: Santos; 1994.
- Viola IC. Sobre a primeira entrevista. In: *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Revinter; 1996.
-

Recebido em 19 de outubro de 2005
Aprovado em 16 de novembro de 2005