

Carla Guanaes-Lorenzi
Pedro Martins

**A COMUNICAÇÃO
DIALÓGICA NA PRÁTICA
DAS REUNIÕES FAMILIARES
EM SAÚDE MENTAL**



Pedro & João
editores

A comunicação dialógica na prática das reuniões familiares em saúde mental

**Carla Guanaes-Lorenzi
Pedro Martins**

**A comunicação dialógica na prática das
reuniões familiares em saúde mental**

Apoio:




Pedro & João
editores

Copyright © Autora e autor

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos da autora e do autor.

Carla Guanaes-Lorenzi; Pedro Martins

A comunicação dialógica na prática das reuniões familiares em saúde mental. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 211p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-0314-0 [Impresso]

978-65-265-0315-7 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526503157

1. Saúde Mental. 2. Atenção psicossocial. 3. Família. 4. Construcionismo social. 5. Comunicação dialógica. 6. Interdisciplinaridade. I. Título.

CDD – 410

Capa: Petricor Design

Arte da capa: Tayná Portilho

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Este livro foi avaliado pelos seguintes pareceristas ad hoc: Profa. Dra. Carmen Lúcia Cardoso (FFCLRP-USP); Profa. Dra. Cintia Bragheto Ferreira (UFTM); Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato (EERP-USP); Profa. Dra. Rosana Lázaro Rapizo (UERJ); Profa. Dra. Silvana Martins Mishima (EERP-USP); Profa. Dra. Silvia Matumoto (EERP-USP); Profa. Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos (UNB); Profa. Dra. Sônia Regina Pasian (FFCLRP-USP).

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

Agradecimentos

Às famílias e aos profissionais que participaram do estudo que embasou este livro. Agradecemos por compartilharem suas histórias e por acreditarem que é possível, por meio da relação compromissada entre prática cotidiana e pesquisa, construir novos modos de cuidado em saúde mental.

À Giovanna Cabral Doricci e à Domitila Shizue Kawakami Gonzaga, por todas as sugestões que contribuíram para a melhor organização e apresentação deste material.

Em meu percurso profissional, docente, ativista e de produção de conhecimento no campo da atenção às famílias na saúde mental, raras vezes me encontrei com um livro tão rico quanto útil. Por isso, este é um texto de apresentação escrito com admiração e gratidão pelo belo trabalho destes autores-pesquisadores junto a famílias e profissionais comprometidos e dedicados.

O livro de Carla e Pedro tem a densidade de sua ampla vivência e conhecimento enquanto docentes e pesquisadores nesse campo de prática. Mas, desde os bastidores, nos convidam a ver “como fazem”, num texto que genuína e generosamente compartilha os princípios e processos organizadores da produção de conhecimento a partir desta prática interdisciplinar com famílias num serviço de saúde mental vinculado a uma Universidade Pública.

Eu gosto muito de cozinhar e logo associei a imagem dos bastidores a uma cozinha e me pus a ler o livro como quem se senta ao pé do fogão com os mestres/cozinheiros, olhando atentamente a mistura de ingredientes e movimentos, anotando e provando o que lia/sentia e aprendia nessa leitura tão prazerosa quanto farta.

Nesta cozinha interativa e criativa certamente não há uma receita única porque cada um forma parte dos ingredientes, e a comunicação dialógica resulta do momento singular, “da estação”, da colheita. Mas neste livro aprendemos que sim, podemos, com doses de inquietação, sensibilidade e disciplina, conhecer e ampliar os nossos recursos dialógicos para estudar e implementar práticas mais dialógicas com famílias em saúde

mental. É, portanto, um livro-guia essencial para praticantes, docentes e pesquisadores interessados nesse campo de prática.

Que a leitura possa ser uma experiência dialógica para você também!

Cecília Cruz Villares¹

¹ Terapeuta Ocupacional (USP) e terapeuta de família (Instituto Familiaie, São Paulo, e Institute for Dialogic Practice, Nova York), integra a equipe clínica e docente do Instituto Noos em São Paulo.

Prefácio

Escrever é o mesmo processo do ato de sonhar:
vão-se formando imagens, cores, atos, e sobretudo
uma atmosfera de sonho que parece uma cor e
não uma palavra.
(Clarice Lispector)

Quem de nós, como pessoas no mundo, já esteve às voltas com os desafios de conviver com um familiar em sofrimento mental? Quem já se viu em meio a múltiplas demandas e sobrecarga de trabalho para cuidar de alguém em condições de vulnerabilidade e sentiu-se vitimado por estigmas sociais em relação aos problemas mentais, muitas vezes dentro do próprio sistema de saúde? Sensíveis a questões como essas, os autores deste livro assumem um posicionamento político e ético apresentando uma compreensão psicossocial, denunciando discursos sociais presentes em práticas de exclusão de pessoas em sofrimento mental. A leitura deste livro convida a acreditar na possibilidade de futuros melhores a partir de práticas humanizadoras de cuidado como as que são compartilhadas aqui.

Quem de nós, como profissionais, já esteve envolvido em ações terapêuticas na atenção a pessoas e famílias com diagnóstico de transtornos mentais em seu contexto solitário de uma prática privada? Como fez frente às suas inquietações e dilemas presentes conforme desenvolvia seu trabalho? Por outro lado, trabalhando em contextos institucionais com diferentes profissionais, quem se viu desafiado a coordenar multiplicidades de saberes e práticas de acordo com uma política institucional? Como construiu práticas

criativas e inovadoras favorecendo a colaboração, o diálogo e a responsabilidade compartilhada? Como fez frente à rotatividade de profissionais dentro de uma instituição de prestação de serviços de saúde mental, ensino e pesquisa? Como conseguiu orquestrar as diferenças na construção de uma coreografia harmoniosa entre todos? A prática desenvolvida e compartilhada pelos autores, partindo de questionamentos como esses, oferece alternativas de ações transformadoras e generativas para o contexto da saúde mental.

Este livro, – *A comunicação dialógica na prática das reuniões familiares em saúde mental* – publicado por Carla Guanaes-Lorenzi e Pedro Martins, surge como um precioso presente oferecendo momentos de referência comum para leitores em vários posicionamentos possíveis. Como um caleidoscópio, o livro se abre em diferentes imagens conforme as distintas formas de inserção do leitor. Sem dúvida, será uma grande contribuição para todos aqueles que trabalham no contexto da saúde mental, envolvidos em cuidados de atenção à saúde, no ensino, em práticas grupais e pesquisa em ação. Carla e Pedro, ao compartilharem os caminhos percorridos na sua prática e investigação, oferecem um testemunho de que é possível uma atuação responsável e ética, que valorize o conhecimento *insider* das famílias e sua participação como parceira no tratamento.

O livro convida como interlocutores especialmente profissionais de saúde mental que, coerente com as propostas da reforma psiquiátrica, respeitam o lugar da família como participante ativa e parceira nas práticas de atenção e cuidado. Carla e Pedro assumem um posicionamento político, conforme oferecem novas possibilidades para uma ação cidadã em que as famílias têm sua voz ouvida e suas possibilidades de escolha ampliadas.

Os interessados no construcionismo social responsivo-relacional, inspirado em Shotter, na comunicação dialógica, nas práticas colaborativas e na construção de equipes interdisciplinares em contextos institucionais, têm neste livro uma referência útil para criarem práticas e pesquisas inovadoras. Os

autores desenvolvem sua investigação com foco no que se passa entre as pessoas no momento interativo, valorizando o uso corporificado da linguagem na construção de sentidos nos mundos em que habitam. Um texto de mérito literário, bem organizado, agradável de ler, que compartilha o passo a passo do caminho percorrido pelos autores em conjunto com os profissionais do Hospital-Dia Psiquiátrico (HD) do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP), no atendimento de famílias que convivem com o sofrimento mental.

Ao longo dos seis capítulos deste livro, o leitor poderá ter uma compreensão clara de como foram organizadas as reuniões com familiares das pessoas atendidas no serviço. A partir de sua inserção como colaboradores de ensino e pesquisa na instituição, Carla e Pedro descrevem minuciosamente ações que contribuem com a comunicação dialógica, permitindo ao leitor seguir cada movimento e compreender seu sentido para a situação presente. Conjugando prática e pesquisa, a transparência do texto oferece um exemplo precioso para aqueles que se propõem a trabalhar em equipes interdisciplinares nas instituições, desenvolvendo ações colaborativas e dialógicas ou produzindo conhecimento a partir da prática. O leitor poderá compreender como foram estruturadas as reuniões familiares, abrindo espaços para conversação entre a família e membros da equipe, e para a participação de profissionais com diferentes especialidades em equipes reflexivas. Uma pesquisa artesanalmente desenvolvida, tendo como objetivo compreender o processo de construção da comunicação dialógica na prática das reuniões familiares, nos contextos relacionais dos profissionais da equipe entre si, e entre esses e as famílias. Criativamente proposta como uma pesquisa em contexto de prática e uma pesquisa sobre a própria prática, os autores favorecem uma aproximação entre esses campos. Realizam, assim, uma pesquisa formadora de futuro, construindo a realidade a partir de dentro do próprio fazer.

Os autores abordam o sofrimento mental ampliando o seu entendimento para além dos aspectos clínicos, envolvendo dimensões sociais, históricas e culturais. Eles oferecem argumentos para se estender os cuidados de saúde mental para a família e não apenas para o membro diagnosticado, condizente também com os valores norteadores da reforma psiquiátrica. Assim, tendo o construcionismo social como uma postura filosófica e epistemológica, colocam no centro da atenção todo o sistema em interação e organizado pelo sofrimento mental presente na família. Na prática de cuidado às famílias, bem como na pesquisa a partir dessa prática, os autores elegeram como conceito norteador a comunicação dialógica, tecendo conexões entre os profissionais da equipe entre si, e entre eles e as famílias atendidas.

Desde o início do livro, o leitor é convidado a participar como parceiro numa espécie de diálogo entre o texto e sua experiência de leitura. De tempos em tempos, os autores sugerem que os leitores se conectem com suas vivências no contexto da saúde mental, propondo perguntas e exercícios reflexivos como momentos de pausa para praticar. Perguntas instigadoras são oferecidas para que o leitor possa se colocar em diálogo com os autores, favorecendo novas ideias e possibilidades de ação.

O livro termina dando visibilidade para algumas ações que se mostraram úteis para promover a horizontalidade ao se trabalhar dialogicamente com famílias. Posicionar a família como protagonista, construir conjuntamente os propósitos dos atendimentos, dar espaço de fala para apresentar as reuniões familiares para novos integrantes e avaliar o processo conversacional a cada encontro, mostraram-se como ações exitosas.

Enfim, quero concluir minha fala agradecendo o honroso convite para prefaciar este livro. Meu respeito e admiração para com os autores só faz aumentar. A grande abrangência do trabalho aqui compartilhado e sua coerência epistemológica e filosófica foram pontos marcantes para mim. Além disso, destaco a relevância de sua implicação política, conforme valoriza a cidadania e os direitos humanos de pessoas em sofrimento mental, incentivando a luta

contra estigmas e preconceitos, de modo a estimular condições de respeito e dignidade. Certamente vai inspirar novas ações de práticas de atenção à saúde mental em contextos interdisciplinares e a realização de pesquisas a partir da prática. Este livro incentiva um olhar humanizado para as pessoas e as famílias que convivem com o sofrimento mental, testemunhando que afetividade e carinho podem fazer diferença em práticas de atenção sensíveis às suas condições existenciais e humanas.

Marilene Grandesso

Doutora em Psicologia Clínica e Terapeuta de Famílias.

Referências

Lispector, C. (2013). *As palavras: Nada têm a ver com as sensações, palavras são pedras duras e sensações delicadíssimas, fugazes, extremas*. Curadoria: Roberto Correia dos Santos. Rio de Janeiro: Editora Rocco.

Sumário

Apresentação	19
1. Família, Cuidado e Saúde Mental	25
1.1. A participação da família no cuidado em saúde mental	25
1.2. Desafios vividos pelas famílias e relação com os serviços de saúde	28
2. Construcionismo social e comunicação terapêutica	35
2.1. Construcionismo social: premissas e valores comuns	35
2.2. A comunicação dialógica	42
3. Pesquisando a prática com famílias em um serviço de saúde mental	53
3.1. Pesquisas anteriores e novas inquietações	53
3.2. Pesquisando contextos de prática profissional	56
3.3. Apresentando nosso contexto de pesquisa	60
3.4. A prática das reuniões familiares	63
3.4.1. As reuniões familiares	63
3.4.2. As reuniões de preparação	68
3.4.3. As reuniões de discussão ou intervisão	69
3.5. Procedimentos de produção e análise do corpus de pesquisa	70
3.5.1. Notas de campo: produzindo relatos sobre ações cotidianas	70
3.5.2. Banco de dados	72

4. Aspectos contextuais: a comunicação dialógica nas relações profissionais	87
4.1. Preparação	88
4.1.1. Buscar apoio institucional	89
4.1.2. Realizar reuniões para construção conjunta da prática	91
4.1.3. Promover estudos sobre recursos teóricos e técnicos	93
4.2. Diversidade	96
4.2.1. Atuar em Equipe Reflexiva	98
4.2.2. Formar Equipes com Diferentes Formações Profissionais	104
4.3. Formação	112
4.3.1. Participar de contextos para atendimento supervisionado	113
4.3.2. Participar de contextos de intervenção	115
5. Aspectos responsivo-relacionais: a comunicação dialógica nas reuniões familiares	121
5.1. Horizontalização	124
5.1.1. Posicionar a família como protagonista e construir relacionalmente os objetivos para os atendimentos	126
5.1.2. Convidar a própria família para apresentar o trabalho a novos integrantes	134
5.1.3. Avaliar constantemente o processo conversacional	137
5.2. Afetividade	141
5.2.1. Expressar gratidão	142
5.2.2. Valorizar a aprendizagem mútua	144
5.2.3. Demonstrar carinho	146
5.2.4. Demonstrar humor e descontração	149
5.3. Transparência	154
5.3.1. Tornar público diálogos internos	155
5.3.2. Compartilhar histórias pessoais	157

5.4. Alusão	166
5.5. Ampliação	172
5.5.1. Ouvir histórias passadas como recursos	173
5.5.2. Explorar diferentes vozes presentes e presentificadas na conversa	175
5.5.3. Explicitar a dimensão social das problemáticas apresentadas	181
6. Epílogo	187
Referências	193
Índice Remissivo	209
Sobre os autores	213

Apresentação

(...) nós deveríamos partir de experiências vividas, ao invés de começar por aquilo que desejamos ter em um futuro utópico. (...) Então, quando cito Tom Andersen sobre sua inquietação. Nós somos lembrados da importância de não repetir algo apenas porque essa é “a coisa a ser feita”, mas de trabalhar a partir de nossas inquietudes, ao invés de ir em direção a nossas perfeições desejadas”.
(John Shotter, em entrevista a Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2013).

O tema da comunicação dialógica nos interessa há muitos anos, desde a tese de doutorado da primeira autora, quando, por meio da investigação da prática da terapia de grupo em um ambulatório de saúde mental, ela buscou relacionar a comunicação dialógica à construção conversacional da mudança (Guanaes, 2006). Naquela época, sua investigação apoiou-se na “versão responsivo-retórica” de construcionismo social de John Shotter (2000), propondo uma análise de momentos marcantes do processo terapêutico. Ainda eram poucos os estudos empíricos desenvolvidos no campo da terapia de grupo em uma perspectiva construcionista social, de modo que a tese ganhou visibilidade, sobretudo entre profissionais interessados em aprofundar seu interesse nas ideias construcionistas para a prática clínica. Hoje, anos depois, retornamos ao tema da comunicação dialógica, agora à luz de novos desenvolvimentos teóricos e em um outro contexto de prática.

O presente livro tem como cenário uma prática em saúde mental que construímos em conjunto com os profissionais do

Hospital-Dia Psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e que se desenvolveu entre os anos de 2009 e 2019, visando o cuidado das famílias atendidas no serviço: a prática das reuniões familiares (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012). Nessa prática, buscamos, da posição de colaboradores de ensino e de pesquisa da instituição, colocar em ação os aprendizados que desenvolvemos ao longo dos anos sobre comunicação dialógica e construcionismo social, valorizando o diálogo interdisciplinar e a maior horizontalização nas relações entre profissionais e usuários de serviços de saúde mental. Carla, a primeira autora, atua como colaboradora de ensino e pesquisa da instituição desde 2009, auxiliando na construção e no desenvolvimento da prática das reuniões familiares. Pedro, segundo autor, participou do desenvolvimento deste trabalho no período de 2011 a 2015, por ocasião do desenvolvimento de suas pesquisas de mestrado e doutorado.

A prática das reuniões familiares envolve três espaços de diálogo articulados: 1) reuniões de preparação, que acontecem entre os profissionais de saúde mental envolvidos nas reuniões de família, visando a organização e estruturação dessas; 2) reuniões familiares, que se referem a conversas desenvolvidas com as famílias dos pacientes em semi-internação; e 3) reuniões de discussão ou intervisão, que acontecem após as reuniões da família e que, seguindo a lógica da educação permanente em saúde, visam contribuir para o aprimoramento do conhecimento teórico e técnico da equipe. Esses três espaços serão tematizados ao longo deste livro, com ênfase em como ações desenvolvidas em cada um deles contribuem para a construção de uma cultura de diálogo e colaboração, que favorece a comunicação dialógica.

O livro é produto da tese de livre-docência da primeira autora. Foi elaborado a partir de uma pesquisa sobre a prática cotidiana (Guanaes-Lorenzi, 2019), que teve como objetivo compreender como se dá a construção da comunicação dialógica no contexto das reuniões familiares, considerando tanto a relação entre profissionais da equipe, como entre esses e as famílias no

Hospital-Dia (HD). Nós nos inspiramos no entendimento de John Shotter, citado no trecho que abre esta seção, de que a produção do conhecimento deve partir de inquietações experimentadas na prática, no cotidiano. É a partir de dentro das experiências vividas em nossos contextos de interação com as pessoas que podemos ganhar um senso de orientação, uma sensação corporificada que nos aponta para onde podemos seguir, quais devem ser nossos próximos passos.

Assim, este livro traz conhecimentos que produzimos a partir de nossa inserção específica nesse contexto de cuidado a famílias em saúde mental. De nossa própria participação nesse cenário relacional surgiu o conhecimento que queremos aqui apresentar. Ao compartilharmos os orientadores de nossa prática com os leitores deste livro, esperamos que outros profissionais possam se inspirar e, quem sabe, também produzir novas e criativas maneiras de trabalhar com famílias em outros serviços.

Diferentes públicos podem se beneficiar da leitura deste material. Pesquisadores e alunos de pós-graduação podem encontrar, no livro, um exemplo concreto de como desenvolver uma pesquisa orientada pela e para a prática cotidiana, em uma perspectiva relacional. Ademais, o livro pode ser especialmente útil para estudantes e profissionais de saúde mental que buscam encontrar modos de trabalhar, sobretudo em contextos institucionais, de forma colaborativa e dialógica com famílias que convivem com o sofrimento mental. Para isso, partimos de nossa experiência de prática e pesquisa no HD para apresentar recursos conversacionais que consideramos úteis para a prática profissional interdisciplinar e que podem ser usados tanto no interior das equipes de trabalho, como também entre as equipes e famílias atendidas. Apresentamos tais recursos por meio de exemplos cotidianos. Por terem feito parte de uma pesquisa empírica, tais exemplos foram gravados e transcritos. Analisar os diálogos em detalhes favorece a compreensão do processo de construção da comunicação dialógica em nosso trabalho.

É importante destacar que o HD foi o cenário em que o nosso trabalho se desenvolveu, mas não é o centro da discussão que propomos neste livro. Entendemos que serviços de saúde mental têm diferentes configurações e as práticas possíveis de serem desenvolvidas em cada contexto guardam estreita relação com isso. Assim, não buscamos tomar nossa prática como um modelo ou exemplo a ser seguido por outros serviços. Ao relatar o que fizemos, buscamos colocar em evidência alguns recursos que se mostraram úteis em nossa construção cotidiana. Explicitando os “bastidores” da produção da prática das reuniões familiares, esperamos contribuir com a compreensão de como aspectos contextuais específicos deste serviço também atravessam o que acontece no “palco” – isto é, nas reuniões propriamente ditas. Dessa forma, buscamos ampliar a visão de comunicação dialógica, situando-a como um processo contínuo, que envolve também as diferentes relações institucionais. O foco, portanto, está nas comunicações dialogicamente estruturadas estabelecidas em diferentes âmbitos.

Para alcançar essa finalidade, organizamos este livro do seguinte modo. No primeiro capítulo, apresentamos um pouco do contexto macrossocial que nos atravessa, discutindo como as mudanças na assistência em saúde mental, decorrentes do processo de reforma psiquiátrica, levaram ao posicionamento da família como parceira no processo de cuidado. Com base na literatura, apresentamos alguns desafios vividos pela família no convívio com o sofrimento mental, sugerindo que os profissionais de saúde possam também voltar sua atenção para o cuidado das famílias, auxiliando-as no manejo e enfrentamento das situações mais desafiadoras de seu cotidiano.

No segundo capítulo, partimos da necessidade relatada na literatura de práticas orientadas para o cuidado às famílias nos serviços de saúde mental e apresentamos como as contribuições do construcionismo social à comunicação terapêutica podem ser úteis para o trabalho com famílias em saúde mental. Mais especificamente, discutimos a noção de comunicação dialógica,

descrevendo como a atenção ao momento interativo e ao processo conversacional pode contribuir para a emergência de novos sentidos.

No terceiro capítulo, apresentamos a justificativa e os objetivos da pesquisa que embasam este livro, situando-a no contexto de outras pesquisas já desenvolvidas sobre esse mesmo tema pelos autores e seus colaboradores. Apresentamos também como esta investigação foi delineada, descrevendo de modo detalhado o contexto, os recursos metodológicos adotados para produção e análise das informações, e os aspectos éticos considerados em sua realização.

Nos dois capítulos seguintes, apresentamos os resultados. Analisamos dois eixos da prática com famílias no HD. O capítulo quatro traz o primeiro eixo, que trata dos aspectos *contextuais*, referentes às ações de preparação, diversidade e formação desenvolvidas no interior da própria equipe de trabalho. O segundo eixo é apresentado no capítulo cinco e refere-se aos aspectos *responsivo-relacionais*, que dizem respeito às ações de horizontalização, afetividade, transparência, alusão e ampliação, desenvolvidas pelos profissionais em sua relação com as famílias atendidas. O texto é repleto de exemplos, que permitem ao leitor compreender como tais ações se desenvolvem na prática, contribuindo para a construção da comunicação dialógica, tanto entre profissionais, como entre estes e familiares. Por fim, no sexto capítulo, apresentamos algumas considerações sobre a investigação realizada, refletindo sobre suas condições de produção, seus limites e alcances.

Considerando sua clara orientação para a prática, acreditamos que este livro possa ser útil para profissionais interessados em promover a participação da família no cuidado em saúde mental em uma lógica de parceria, interdisciplinaridade e responsabilidade compartilhada. Nosso desejo é que a leitura deste livro possa ser uma experiência dialógica em si mesma. Convidamos você, em sua interlocução com o material, a estar sensível às suas próprias reações conforme avança ao longo dos capítulos. Que inquietações surgem para você conforme seu

estudo sobre o tema avança? De que maneiras os conceitos teóricos ressoam com as práticas que você já coloca em ação em seu cotidiano? Como os exemplos apresentados te fazem refletir sobre pessoas e contextos de sua interação? Essas são algumas perguntas que podem te orientar ao longo do texto. Esperamos trilhar com você um caminho em que, aos poucos, nossas palavras possam também se tornar suas: que elas possam te inspirar, de sua própria maneira, a transformar seu contexto de trabalho com famílias em práticas cada vez mais sensíveis à importância do diálogo e da comunicação. Desejamos, assim, uma ótima leitura!

Capítulo 1

Família, cuidado e saúde mental

Quem é que vai tomar conta das famílias da gente,
nesse mundão de ausências?
(João Guimarães Rosa, 1983/1967, p. 315)

1.1. A participação da família no cuidado em saúde mental

A decisão sobre o “começo” de uma história carrega sempre alguma arbitrariedade. Quem poderá dizer, de uma vez por todas, onde uma história começou? Nosso livro tem como objeto de reflexão principal a construção da comunicação dialógica com famílias em contextos de saúde mental. Mas, para falar deste objeto, quais histórias precisamos contar? Que elementos são necessários e importantes para uma contextualização adequada deste tipo especial de comunicação sobre o qual queremos falar?

Buscando responder essas questões, decidimos tomar como ponto de partida a apresentação das ideias de outros que nos antecederam acerca dos desafios envolvidos na construção e qualificação da assistência às famílias que convivem com algum tipo de sofrimento mental. No contexto brasileiro, esse tema é atravessado por uma luta política fundamental: a reforma psiquiátrica. Começar por essa contextualização é importante porque a participação da família tem sido apontada como um dos pilares para a efetivação do cuidado às pessoas em sofrimento mental, sobretudo a partir das mudanças nos discursos e práticas

oriundas do processo de reforma psiquiátrica ainda em curso no país. Assim, neste primeiro capítulo os leitores encontrarão uma sistematização de alguns estudos brasileiros acerca do convívio das famílias com o sofrimento mental, incluindo tanto desafios vividos na própria família, como em sua relação com os serviços de saúde.

A reforma psiquiátrica tem se pautado em uma visão psicossocial que busca ampliar a compreensão sobre o sofrimento mental e seus modos de cuidado, de forma a preservar as relações da pessoa com sua família e comunidade. Tem sido descrita como um movimento complexo, que articula ações nos âmbitos político, social e científico (Brasil, 2005; Amarante, 2007). Sustenta-se na luta pela ampliação da compreensão do sofrimento mental como um fenômeno meramente clínico, assumindo uma perspectiva psicossocial que considera os aspectos experienciais e subjetivos do adoecimento e sua relação com a sociedade, a história e a cultura (Amarante, 2007). Orienta-se, ainda, pela defesa de valores éticos e políticos, pilares de uma concepção democrática de sociedade, dentre os quais destacam-se o direito à liberdade, à autonomia e à participação cidadã das pessoas em sofrimento mental (Vasconcelos, 2004; Yasui, 2006; Amarante, 2007; Pitta, 2011).

As mudanças nas práticas de cuidado em saúde mental proporcionadas pela reforma psiquiátrica implicaram em novos lugares para a família (Rosa, 2011). A família passou a ser considerada parceira no tratamento e, assim, central no processo de desinstitucionalização (Brasil, 2001; 2005). No entanto, autores têm apontado para alguns desafios engendrados por esta transformação discursiva, que nem sempre vem acompanhada de apoio efetivo por parte do estado às famílias que convivem com o sofrimento mental (Dimenstein *et al.*, 2010). Neste sentido, parece-nos fundamental considerar o lugar atribuído à família no processo de cuidado em saúde mental como uma construção social, analisando os efeitos de determinados discursos na sustentação de determinadas formas de prática.

Rosa (2011) apresenta que a participação da família no cuidado em saúde mental foi abordada de diferentes modos ao

longo da história, variando de acordo com a abordagem usada para descrição e compreensão da “loucura”. Na abordagem asilar ou hospitalocêntrica, compreendia-se a família como fator patogênico, sendo que o afastamento do doente era proposto como uma forma de protegê-lo do efeito nocivo da família. Ainda que inadvertidamente, algumas leituras psicodinâmicas e sistêmicas em terapia familiar, ao relacionarem de maneira simplista a etiologia dos transtornos mentais a padrões ou dinâmicas familiares disfuncionais, participaram da produção discursiva da responsabilização e patologização das famílias nesse período (Rosa, 2004; Navarini & Hirdes; 2008; Vecchia & Martins, 2009; Constantinidis, 2017).

Com o advento da abordagem psicossocial, o isolamento da pessoa em sofrimento mental passou a ser questionado. Adotou-se a compreensão de que o cuidado deveria ser desenvolvido em serviços comunitários, preservando-se os vínculos sociais e familiares (Brasil, 2005). Com isso, a família voltou a assumir certa centralidade, posicionada discursivamente como “parceira” no cuidado. No entanto, como aponta Rosa (2004), frente aos inúmeros desafios (sociais, econômicos, financeiros, psicológicos, culturais etc.) que as famílias brasileiras enfrentam no exercício do cuidado, é fundamental que recebam suporte efetivo no exercício desta função. Como explicam Silva e Rosa (2014), o cuidado proposto pela reforma psiquiátrica é comunitário e não apenas familiar, exigindo a proteção social do Estado e da sociedade. Trata-se, portanto, da defesa de uma tendência protetiva, que “defende que a capacidade do cuidado e proteção da família e está intimamente ligada à proteção garantida pelas políticas públicas”, em contraposição a uma postura “familista, pautada na responsabilização individual da família e sua culpabilização” (p. 258).

Dimenstein *et al.* (2010) lembram que o investimento das políticas públicas na família não é recente, estando presente desde o século XIX. Para os autores, é frequente a busca do Estado por posicionar a família como uma aliada no alcance de seus princípios. Contudo, os autores apontam que tal investimento

assumiu, por vezes, uma perspectiva de ordenamento social, pautada em uma visão etnocêntrica e normativa de família. Em suas palavras, “seus saberes e práticas foram desconsiderados, tornando-os meros consumidores de prescrições calcadas no modelo biomédico e coadjuvantes dos mais diversos especialistas” (p. 1214). Por isso, considerar criticamente os efeitos dos novos posicionamentos atribuídos à família é fundamental para a construção de práticas sensíveis às suas necessidades. Conforme avaliam, as dificuldades que os serviços substitutivos têm enfrentado em seu cotidiano para atender a demanda, para atender às situações de crise e para oferecer suporte às famílias, têm produzido insegurança nos familiares, levando-os, muitas vezes, a desacreditarem nos caminhos da reforma psiquiátrica (Dimenstein *et al.*, 2010).

Em função desses e de outros fatores, a questão da participação da família como parceira no processo da reforma psiquiátrica mantém-se como um importante desafio na atualidade, sendo fundamental refletir sobre a maneira como os serviços têm conseguido promover essa participação em uma lógica de parceria e corresponsabilização (Colvero, Ide & Rolim, 2004; Rosa, 2005; Mello, 2005; Dimenstein *et al.*, 2010; Covelo & Badaró-Moreira, 2015). Investir em ações de suporte à família é fundamental para que o cuidado em saúde mental se dê de forma humana, ética e responsável.

1.2. Desafios vividos pelas famílias e sua relação com os serviços de saúde

Muitos pesquisadores têm se dedicado a conhecer o ponto de vista das famílias, buscando compreender suas necessidades cotidianas e sua relação com o sofrimento mental. Com frequência, os familiares chegam aos serviços com sentimentos de cansaço, estresse, desesperança e culpa, muitas vezes reforçados em sua relação com profissionais de saúde (Mello, 2005; Cavalhieri, 2010). Além disso, demonstram dúvidas sobre o

manejo das situações de crise e sobre as terapêuticas recomendadas, e demonstram dificuldades no enfrentamento de algumas situações específicas, tais como administração de medicamentos e manejo de comportamentos considerados inadequados socialmente ou de risco (Mello, 2005; Pegoraro & Caldana, 2006; Borba, Schwartz & Kantorski, 2008). Soma-se a isso uma importante questão de gênero, uma vez que, na maior parte das vezes, o cuidado é exercido por mulheres (mães, filhas, irmãs), refletindo uma visão socialmente construída de naturalização do cuidado como algo feminino (Rosa, 2004).

Em pesquisa qualitativa visando compreender a vivência de familiares de pessoas em sofrimento mental, Cavallieri (2010) chama a atenção para aspectos importantes de serem considerados na elaboração do cuidado à família. Os familiares entrevistados em sua pesquisa relataram o sentimento de terem sido “destituídos de si mesmos”, passando a viver a vida da pessoa em sofrimento mental. Relataram também dificuldades para atender às demandas apresentadas e não terem recursos físicos e psíquicos para lidarem com elas. Há relatos de sobrecarga oriunda da convivência intensa, bem como vivências de solidão e desamparo, muitas vezes resultantes da perda de vínculos sociais, o que leva alguns familiares ao próprio sofrimento mental. Tais vivências aparecem, especialmente, em períodos de crise do usuário ou em quadros crônicos, e variam também em função do grau de comprometimento que geram, atingindo a capacidade de autonomia e independência (Rosa, 2004; Pegoraro & Caldana, 2006; Navarini & Hirdes, 2008; Galera *et al.*, 2011).

Além disso, os familiares entrevistados na pesquisa de Cavallieri (2010) relataram a vivência de emoções contrastantes, tanto no que se refere à própria convivência com o familiar (sentimentos de aceitação, rejeição, culpa, esperança, desesperança etc.), como à própria relação com os serviços de saúde, e demonstraram desejo de que pudessem ser mais amparados pelos serviços. A partir disso, a autora aponta como urgente que “os profissionais desenvolvam olhar atento aos

familiares, percebam seu potencial colaborativo e organizem programas para atender às carências de quem cuida” (p. 56).

Nesse sentido, Navarini e Hirdes (2008) ressaltam que é importante que os estudos destaquem também os recursos adaptativos das famílias em sua relação com o sofrimento mental. A vivência das situações de crises e recaídas garante certa aprendizagem às famílias, que passam a prever situações de crise e a lidar melhor com elas. Assim, quando conseguem passar pelas situações de dor e sofrimento com afeto e solidariedade, os laços familiares são reforçados. Ainda segundo as autoras, reuniões conduzidas por profissionais de saúde mental com familiares e usuários podem ser úteis, gerando possibilidades de orientação e apoio emocional. No entanto, reconhecem que, com frequência, no cotidiano dos serviços, a família é reduzida a mera informante sobre a vida do usuário, algo muito distante da ideia de coparticipação proposta na política de saúde mental.

Discussão semelhante é apresentada por Covelo e Badaró-Moreira (2015). As autoras reconhecem que familiares de pessoas em sofrimento mental têm demandas para falarem sobre suas vivências e sofrimentos, mas, por vezes, não se sentem atraídos à participação pelos serviços de saúde, o que pode ser mais um desafio à desinstitucionalização e à ativação da articulação com outros dispositivos sociais de cuidado (trabalho em rede).

Tais apontamentos permitem refletir também sobre a perspectiva dos profissionais no trabalho com famílias. Buscando compreender os impasses que impedem um bom encontro entre profissionais de saúde mental e familiares, Constantinidis (2017) entrevistou profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e observou, em seus relatos, algumas regularidades discursivas. A autora aponta que muitos profissionais apresentam medo, insegurança e dificuldade de entrar em contato com sua falta de conhecimento sobre atendimento familiar. Apresentam, também, certa rivalização com a família, como se estivessem em lados opostos, compreensão que é marcada por julgamentos

morais pautados em uma visão idealizada de família e em teorias que atribuem à família a etiologia do transtorno mental.

Tal aspecto é também discutido por Pinho, Hernandez e Kantorski (2010), que apontam que a relação entre profissionais de saúde e família pode estar atravessada por conflitos na comunicação, com atribuições mútuas de responsabilidade pelos sucessos, desafios e impotências decorrentes do processo de tratamento. Afinal, como observa Rosa (2005), nem sempre o que os profissionais de saúde esperam em termos de participação da família corresponde ao que ela pode ou deseja oferecer. Tais sentidos prejudicam a construção de um bom vínculo com as famílias, condição para o estabelecimento de uma relação de parceria e corresponsabilização, e, conseqüentemente, para o processo de desinstitucionalização.

Apesar dos desafios descritos, tem havido em diversos serviços a iniciativa de propor ações voltadas ao cuidado às famílias, tais como visitas domiciliares, grupos de apoio ou suporte familiar e reuniões familiares com objetivos de orientação, psicoeducação, aconselhamento e mesmo terapia familiar. Tais ações podem aproximar o serviço de saúde das famílias, contribuindo com a melhor compreensão sobre as situações de crise, com o alívio da sobrecarga emocional vivenciada e com o desenvolvimento de recursos para o manejo das situações cotidianas. Mais do que isso, tais ações são fundamentais para que as famílias sejam ativistas na luta pela reforma psiquiátrica, buscando fortalecer a rede de atenção psicossocial.

De modo coerente com uma compreensão psicossocial do processo saúde-doença-cuidado, recomenda-se que tais práticas se sustentem em uma concepção ampla de família, que respeite sua complexidade e, por conseguinte, rejeite descrições preconceituosas ou reducionistas. Cada família é singular, podendo apresentar diferentes configurações (Brasil, 2013). Cabe aos profissionais compreender essas diferentes configurações com respeito, sem posturas de julgamento e valor, algo nem sempre fácil na prática. Devem, assim, refletir criticamente sobre o seu trabalho com

famílias, articulando-o à uma concepção ampliada de clínica que, como define R. Campos (2001), “incorpora em seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou do grupo em questão” (p. 101).

Segundo R. Campos (2001), na busca por responder à demanda de se trabalhar com famílias, muitos serviços acabam por propor práticas que se mostram “esvaziadas de sentido”, cumprindo ora a função de apenas informar a família sobre a evolução do paciente, ora de obter, junto aos familiares, informações sobre o paciente, sua história, vida etc. As posições de informante ou de coadjuvante não favorecem que a família seja efetivamente ouvida em suas necessidades cotidianas. Somada a outras dimensões importantes da clínica ampliada, o trabalho com famílias deve estar orientado para interrogação constante do sentido da própria prática, o que traz para os profissionais de saúde o desafio de construir modos mais inventivos e criativos de atuação (Martins, 2017; Silva, 2017).

Alguns autores têm oferecido reflexões que podem orientar a prática dos profissionais de saúde com famílias em uma perspectiva psicossocial. Como uma síntese geral, destacamos a necessidade de:

- Adotar um enquadre interdisciplinar, de modo que a prática com famílias não seja monopólio ou exclusividade de nenhum profissional, assim rompendo com os especialismos comumente presentes no campo da saúde mental (Rosa, 2005).

- Reconhecer as particularidades do cuidado em saúde mental, dando visibilidade ao papel predominante que a mulher vem assumindo historicamente no exercício do cuidado doméstico (Rosa, 2004).

- Auxiliar as famílias na estruturação de sua vida cotidiana, para que consigam desenvolver estratégias práticas para manejo das situações de maior sofrimento ou crise (Dimenstein *et al.*, 2010).

▪ Desenvolver mais ações de acolhimento e menos de cobrança nos serviços de saúde mental, entendendo que a família se “organiza como pode” para participar do cuidado (Pinho, Hernandes & Kantorski, 2010).

▪ Reconhecer que protagonismo e participação são resultados, e não ponto de partida, das ações de saúde mental. Trata-se de posições construídas no cotidiano, no exercício de compartilhamento de dificuldades e decisões, ou seja, no exercício prático de construção de parceria com o serviço de saúde (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

No entanto, transpor essas reflexões para o cotidiano dos serviços de saúde pode representar um desafio importante na prática de muitos profissionais. Acreditamos que as propostas construcionistas sociais podem oferecer aportes teóricos e técnicos importantes para as práticas em saúde mental. Assim, no capítulo seguinte, apresentamos alguns posicionamentos e valores derivados da epistemologia construcionista social e propomos a comunicação dialógica como um conceito-guia para o desenvolvimento do cuidado às famílias em contextos de saúde mental, de forma a estruturar os intercâmbios estabelecidos tanto na relação entre os profissionais da equipe, como entre estes e as famílias atendidas.

Capítulo 2

Construcionismo social e comunicação dialógica

O rio que fazia uma volta atrás de nossa casa era
a imagem de um vidro mole que fazia uma volta atrás
de casa.
Passou um homem depois e disse: essa volta que o
rio faz por trás de sua casa se chama enseada.
Não era mais a imagem de uma cobra de vidro que
fazia uma volta atrás de casa.
Era uma enseada.
Acho que o nome empobreceu a imagem.
(Manoel de Barros, 2015, p. 85)

2.1. Construcionismo social: premissas e valores comuns

O construcionismo social pode ser compreendido como um conjunto de ideias oriundas de diferentes campos de conhecimento (Filosofia, Psicologia, Sociologia, Antropologia, entre outros) que, em um dado momento histórico, se articulam na construção de uma nova forma de inteligibilidade em ciência (Gergen, 1985). Surge, segundo Moscheta (2014), no contexto das mudanças culturais trazidas pela pós-modernidade que, presentes em diferentes domínios culturais, têm em comum a recusa por explicações totalizantes e absolutas sobre a realidade, ou seja, o questionamento das metanarrativas. Assim, ainda de acordo com o autor, o discurso pós-moderno opera em duas frentes complementares: na reflexão crítica sobre os pressupostos da ciência moderna e na legitimação de

diferentes descrições, sustentando a coexistência de valores e a multiplicidade de sentidos.

Como uma maneira particular de elaboração da crítica pós-moderna, o construcionismo social se organiza em torno de algumas premissas básicas, já bastante difundidas no contexto nacional (M. J. Spink, 1999; Rasera & Japur, 2005; Guanaes, 2006, Guanaes-Lorenzi, Moscheta, Corradi-Webster & Souza, 2014) e internacional (Gergen, 1985; Gergen, 1997; Shotter, 2008), que afirmam a centralidade da linguagem, do relacionamento humano e dos processos sociais, históricos e culturais na construção do conhecimento. Articuladas, essas premissas sustentam a tese de que construímos relacionalmente, no uso corporificado que fazemos da linguagem, o que conhecemos como sendo a realidade. Há, desse modo, um deslocamento da mente para o relacionamento como lócus da produção do conhecimento (Shotter, 2008).

Como apresentado em outro texto, muito aconteceu desde o surgimento dos primeiros artigos sobre construcionismo social (Guanaes-Lorenzi, 2014). Por um lado, no diálogo com visões mais tradicionais de ciência e de mundo, essa proposta foi bastante questionada, acusada de negar a realidade do mundo físico e material, de incorrer no relativismo cultural e moral, de negar outros modos de linguagem para além do discurso, e de ignorar a corporeidade e a subjetividade, críticas que foram amplamente debatidas por Gergen (1997) e outros autores (McNamee, 2003). Por outro lado, no diálogo com visões sensíveis aos limites impostos pela visão moderna de ciência, essa proposta foi acolhida como uma alternativa na produção de novas formas de relacionamento social, com ênfase em seu potencial para o diálogo transformativo, a partir da criação de novos vocabulários para ação (Gergen, McNamee & Barret, 2001). Seja pela crítica, seja pela legitimidade, é possível afirmar a grande expansão do construcionismo social no discurso acadêmico e profissional ao longo dos anos (Guanaes-Lorenzi, 2014; Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016).

No campo da comunicação terapêutica, a influência do movimento construcionista social tem se dado de maneira expressiva, especialmente no contexto da terapia familiar. A publicação, nos Estados Unidos, do livro “Terapia como construção Social” (McNamee & Gergen, 1992), foi um marco importante dessa influência (Guanaes-Lorenzi, 2014), colocando sob um mesmo guarda-chuva práticas desenvolvidas por diferentes profissionais, em diferentes lugares do mundo, entre elas: os processos reflexivos (Andersen, 1998), as práticas narrativas (White, Epston & Murray, 1998) e as práticas colaborativas (Anderson & Goolishian, 1998). Tais práticas exemplificariam formas absolutamente singulares e criativas de organização de conversas terapêuticas com indivíduos, famílias e comunidades, diferenciando-se de visões mais tradicionais, focadas em diagnóstico e tratamento, até então presentes na área clínica.

Se, por um lado, o livro organizado por McNamee e Gergen (1992) pode ser considerado como articulador de um movimento que já vinha se constituindo na área clínica em função de outras influências, por outro, o agrupamento de práticas distintas sob o guarda-chuva da “Construção Social” correu o risco de oferecer a ilusão de que se estaria sugerindo um novo modelo ou uma nova forma (construcionista) de terapia (Guanaes-Lorenzi, 2014). No entanto, como Sheila McNamee apresentou em entrevista sobre o tema, a esperança na edição do livro era de que as pessoas pudessem ver que o construcionismo social não era mais um “modelo” ou “escola”. Ao invés disso, cada exemplo de prática apresentada no livro, trazida na voz de seus diferentes e criativos autores, exemplificava uma mudança radical, pois deslocava a atenção da mente individual para a compreensão do sentido como uma realização relacional (Guanaes & Rasera, 2006). Assim, com o passar dos anos, foi ficando cada vez mais claro que o construcionismo social não oferecia novas técnicas ou métodos de prática, mas uma “postura filosófica” ou “epistemológica”, um modo de estar no mundo que convida ao diálogo (Gergen & Ness, 2016; McNamee, 2004; 2005; 2015).

Gergen e Ness (2016) apresentam quatro transições (do pensamento moderno ao pós-moderno ou construcionista social) que contribuem para o desenvolvimento da comunicação terapêutica. Por compartilhar da síntese apresentada pelos autores e julgá-la particularmente útil para se pensar o trabalho com famílias em saúde mental, objeto deste livro, apresentaremos a proposta desses autores em detalhes a seguir.

A primeira transição refere-se à passagem de uma visão moderna centrada na busca por *fundamentos*, a uma postura de *flexibilidade*. Essa transição questiona a avaliação das diferentes teorias e práticas como sendo “boas em si mesmas”, e propõe o reconhecimento dos efeitos práticos de seu uso nos relacionamentos humanos. Assim, admite-se que cada escola ou prática terapêutica possui um potencial de transformação. Nessa lógica, as teorias podem ser consideradas *opções discursivas*, consideradas nos efeitos que seu uso acarreta na configuração de determinadas realidades sociais e relacionais (McNamee, 2005). Não se trata, portanto, de assumir uma postura eclética ou relativista, mas de reconhecer a multiplicidade presente na linguagem, e, assim, evitar um uso inflexível das teorias (psicológicas, médicas, sociais ou outras), que leva ao empobrecimento de nossa possibilidade de nos relacionarmos com as pessoas e suas histórias. Nas palavras de Shotter, em entrevista publicada, “toda vez que alguém inventa um modelo ou um conceito ou uma teoria... uma nova metáfora emerge. Eu tento chegar a um entendimento do quão útil ela é, mas também a um entendimento do quanto ela limita” (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2013, p. 565).

A segunda transição refere-se à passagem *do essencialismo à consciência da construção*. Para os autores, assim como a máxima usada por Gregory Bateson de que “o mapa não é o território”, os construcionistas evitam tratar a linguagem como se ela fosse um retrato de uma essência ou realidade que independe de nossa participação em sua construção. A consciência da construção, segundo os autores, nos leva a reconhecer a *verdade em contexto* e é

uma postura valiosa nos momentos em que a consideração da realidade como algo inquestionável gera sofrimento para as pessoas e suas redes de relacionamento.

A terceira transição refere-se à passagem da *especialidade à colaboração*. Essa é uma mudança especialmente importante, pois convida o profissional a explorar alternativas à postura tradicional de autoridade, orientando-se colaborativamente na relação com o cliente. A colaboração é uma característica importante nos trabalhos de Andersen (2002) e Anderson (2009). Em ambos os casos, preza-se por um modo de estar *com* as pessoas, valorizando-se uma postura democrática ou horizontal que retira do profissional a crença de que tem um acesso a uma realidade privilegiada sobre as pessoas e suas vidas (Anderson, 2012a; 2012b). Passa-se, alternativamente, do saber *o quê* para o saber *com* – uma mudança central na compreensão do dialogismo (Shotter, 2011).

Por fim, a quarta transição apresentada pelos autores marca a mudança de uma postura de *neutralidade à relevância de valores*. Enquanto uma visão moderna evita o envolvimento político, ideológico ou ético, sendo mister ao profissional assumir uma postura de avaliação neutra e objetiva dos fenômenos à sua volta, as propostas construcionistas defendem não ser possível uma postura isenta de valor, reconhecendo que “qualquer ação, no seio de uma sociedade, está simultaneamente a criar o futuro desta” (Gergen & Ness, 2016, p. 508).

Essa visão abre a possibilidade para práticas que explicitam seus compromissos políticos e ideológicos, como é o caso das “práticas narrativas”, que se posicionam de forma crítica ao discurso de poder presente na definição de problema em nossa sociedade (White, 2012); e de práticas em saúde mental pautadas na democratização do diálogo e na justiça social como valor (Andersen, 2002; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020; Paré, 2014), como por exemplo a proposta dos “Diálogos Abertos” (Seikkula, Alakare & Aaltone, 2007; Seikkula, 2017) e dos “Ouvidores de Vozes” (Baker, 2009; Corradi-Webster, Leão & Rufato, 2018).

Tais mudanças têm sustentado muitos questionamentos, sendo um deles relativo à própria coerência de se manter o nome “terapia”, quando o que se considera são práticas de diálogo e de relacionamento. Como apontam Rapizo e Brito (2014):

Tradicionalmente, a palavra terapia carrega uma série de sentidos que evidenciam sua conexão com a área de saúde e o modelo médico, como, por exemplo, diagnóstico e tratamento de problemas. Isso deriva em determinada posição do terapeuta como um expert, que tem um saber sobre como ajudar o seu cliente. (...) O contexto terapêutico estaria mais afinado com a produção de sentidos através do diálogo do que com a ideia de um tratamento para alguma doença (Rapizo & Brito, 2014, p. 38).

Entre os autores que adotam uma visão crítica de “terapia”, encontram-se Anderson (2009), Andersen (2002) e White (2012), importantes proponentes de práticas com famílias (colaborativas, reflexivas e narrativas, respectivamente). A reflexão tecida por Rapizo e Brito (2014) conecta-se diretamente à análise proposta por McNamee (2015) que, reconhecendo vivermos um estado terapêutico, pautado na profusão de diagnósticos, medicações e terapias diversas, propõe avançarmos desse estado rumo a outros modos de relacionamento, orientada por uma presença radical no encontro com o outro.

Nessa direção, é especialmente interessante o direcionamento proposto por profissionais da área de terapia familiar, a partir da publicação da *Gavelston Declaration*, que define um “conjunto de valores” compartilhados por profissionais colaborativos (Gosnell, *et al.*, 2017). Esta declaração resultou de um encontro promovido em maio de 2016, no Texas (EUA), intitulado “*Galvanizing Family Therapy: Reclaiming and Revitalizing Collaborative Practices*”, com o objetivo de “revitalizar” o campo das práticas colaborativas, ajudando os profissionais a reverem e reafirmarem seus posicionamentos. Foram conduzidos grupos de discussão e a declaração que resultou deles refere-se a valores que foram conjuntamente pactuados.

Na visão destes autores (Gosnell *et al.*, 2017), as mudanças que têm atravessado o campo das práticas em terapia familiar nas últimas décadas são muito significativas. Partem de uma problematização ampla do campo, que coloca em cheque sua própria identidade, uma vez que os próprios termos “terapia” e “família” passaram a ser limitantes – o primeiro, em função de sua tradição médica e diagnóstica, focada em um discurso de patologização das relações humanas; e, o segundo, em função tanto da inexistência de um único discurso de família, como do fato de que hoje os profissionais do campo da terapia familiar trabalham em contextos muito amplos e diversos, focando diferentes redes de relacionamento, as quais não se encaixam à clássica descrição da “terapia familiar” e de seu *setting*.

Ao apresentarem as profundas transformações do campo da terapia familiar em uma “Declaração”, marco de um novo momento, os autores assumem o risco de apresentar um “elemento unificador em um campo diverso” (Gosnell *et al.*, 2017, p. 22), mas o fazem de maneira fluida, elencando um conjunto de valores que convidam os profissionais a se manterem atentos, no contexto de suas diferentes práticas, acerca de quais privilegiam e quais ignoram. Assim, a Declaração pauta que o *pluralismo* (de visões) é mais valorizado por profissionais colaborativos do que uma postura de singularidade (de visão); a *visão de fluxo*, pautado no reconhecimento da pessoa e sua inserção em redes amplas de relacionamento, é mais valorizada do que uma visão estática, pautada em uma visão rígida de identidade e de tratamento individual; o *espaço aberto (expansão da escolha)*, sustentando a inclusão de mais e diversas vozes no diálogo, é mais valorizado do que o espaço fechado, que remove a opção de escolha e exclui a participação de outras vozes; e a *responsabilidade (generatividade)*, pautada no reconhecimento de recursos e potencialidades, é mais valorizada como ação interpessoal do que o foco no *déficit*.

Nesse sentido, entendemos que essa Declaração assume a *relevância de valores* descrita por Gergen e Ness (2016), afirmando que “a razão desengajada não é suficiente; ela não pode formar

uma base suficiente para informar nossas ações. Ao contrário, nossas escolhas como profissionais e cidadãos devem estar enraizadas em valores que são conscientemente escolhidos e articulados explicitamente” (Gosnell *et al.*, 2017, pp. 22, 23).

As transições e os valores descritos por esses autores podem ser transpostos a uma diversidade de contextos de prática, para além do *setting* terapêutico. É o que têm mostrado alguns pesquisadores e profissionais ao darem visibilidade para como as ideias construcionistas sociais têm sido aplicadas no trabalho com indivíduos, famílias, grupos, organizações e comunidades (Rasera, 2015; Rasera, Tavernies & Vilches-Álvares, 2017; Grandesso, 2017; Grandesso, 2018; Larsen & Rassmussen, 2015).

Independente do contexto de prática, consideramos que as contribuições aqui citadas convergem em relação ao argumento de que *é fundamental a criação de contextos relacionais e dialógicos nos quais novos sentidos e práticas possam emergir*. Assim, no tópico seguinte, discutiremos a versão responsivo-relacional de construcionismo social proposta por Shotter (2008), buscando refletir, especialmente, sobre alguns elementos que contribuem para o desenvolvimento da dialogia como uma qualidade especial da comunicação.

2.2. A comunicação dialógica

Entre os muitos autores interessados na compreensão da comunicação dialógica, optamos, neste texto, por continuar a conversa que já vimos estabelecendo há alguns anos com alguns escritos de John Shotter (Guanaes, 2006). A versão responsivo-relacional de construcionismo social deste autor trata de “como as pessoas primeiramente criam e sustentam, entre elas mesmas, determinados modos de se relacionar umas com as outras em suas conversas e então, a *partir de dentro* desses modos de se relacionar, constroem sentidos sobre seus arredores” (Shotter, 2008, p. 2). Nessa versão, o foco reside em como os sentidos emergem de contextos particulares de relacionamento, no *uso corporificado* que

as pessoas fazem da linguagem. Para o autor, o momento interativo envolve outras ordens de sentido, que se presentificam no corpo, na entonação, nos murmúrios, na respiração, no silêncio, enfim, em formas particulares de expressão e de uso da linguagem (Guanaes-Lorenzi, 2017).

De acordo com Shotter (2008), para compreender o processo de produção de sentido devemos focalizar o espaço relacional – o espaço que se define entre pessoas e circunstâncias. As pessoas respondem ao seu ambiente circundante de determinados modos, a partir de sua posição no diálogo em desenvolvimento. Para o autor, precisamos problematizar a ideia de que podemos entender outra pessoa a partir simplesmente do modo como ela coloca suas ideias em palavras. Ao invés disso, devemos considerar que os entendimentos alcançados entre as pessoas em diálogo derivam de amplos processos de negociação que acontecem no interior de processos conversacionais complexos. Quando as pessoas conversam, elas não estão simplesmente colocando suas ideias em palavras, mas encontrando relacionalmente um *modo de seguirem juntas* (Wittgenstein, 1999).

Essa consideração nos desvia da possibilidade de apreender, de modo pictórico ou representacional, a comunicação. Considerar a natureza não finalizada, incerta e “em fluxo” da comunicação humana é fundamental. O sentido é uma realização relacional – “uma criação de, com e para pessoas em seus encontros colaborativos” (Shotter, 2008, p. 2). Com esta afirmação, Shotter (2008) coloca como centro de uma investigação construcionista social o “fluxo interminável de atividades sociais turbulentas e corporificadas” nas quais nós, como seres humanos, estamos inseridos. Para o autor, trata-se de assumir uma perspectiva processual ampla, sensível à nossa participação em um fluxo interminável de conversas em desenvolvimento.

De acordo com Shotter (2008), os enunciados se articulam em dois planos: na interação imediata entre interlocutores, e na relação dos enunciados com outras vozes que compõem o mundo social (Guanaes, 2006; Seikkula, 2017). Somos responsivos,

portanto, a múltiplas influências, sendo o sentido uma *realização temporária* que emerge do momento interativo. Assim, compreender o processo de produção de sentidos implica em ir além do foco apenas no conteúdo dos enunciados ou do discurso. Implica em considerar como os enunciados se articulam, bem como o próprio *pronunciamento* dos mesmos, em um dado contexto e ambiente (Shotter, 2017). Nos dizeres de Andersen (2002, p. 159), deve-se considerar “tanto as expressões que surgem (das quais as palavras fazem parte) como a atividade simultânea (a forma de expressá-las)”.

O foco responsivo e relacional presente na proposta de Shotter (2008; 2017) pode ser sintetizado na noção de *ação-conjunta*, a qual ele apresenta, em termos metafóricos, de maneira especialmente rica em entrevista concedida a nós e outros autores por ocasião de sua visita ao Brasil:

É por isso que uma das primeiras coisas que realmente capturou meu interesse foi o que eu chamei de ação-conjunta. Pode ser ilustrada pelo exemplo da placa *Ouija*, na qual cada pessoa de um grupo de 5 ou 6 coloca seus dedos em uma taça de vinho. Esta começa a se mover em círculo... e caso você já tenha feito isso, você sente que você tem que fazer um grande esforço para manter seu dedo sobre a borda do copo... Você experiencia isto como se a taça de vinho tivesse uma vida própria. Mas, tão logo todo mundo retira seus dedos... Nada!!! Então, eu estive interessado na ação conjunta, naqueles tipos de atividades que acontecem somente quando as pessoas se encontram. Mas, é impossível atribuir o resultado do que acontece nessas reuniões a indivíduos particulares. São esses tipos de influências, em que há um resultado sobre o qual não temos controle de forma autoconsciente, mas, no entanto, somos nós que produzimos esses tipos de resultados, que sempre me interessaram (Guaaes-Lorenzi *et al.*, 2013, p. 564).

Como a citação acima ilustra, focar no *espaço relacional* nos convida a considerar não os enunciados separadamente, mas o que eles produzem em conjunto, de tal forma que é impossível

analisá-los sob uma lógica de causalidades simples. Para o autor, estamos permanentemente inseridos em um fluxo de atividade espontânea e responsiva entre nós e o mundo que nos cerca, somos participantes de um fluxo interminável de atividade em desenvolvimento (Shotter, 2008, 2017).

No momento interativo, no diálogo corporificado entre interlocutores, alcançam-se alguns resultados que não podem ser analisados sob a ótica de contribuições individuais à interação. O próprio espaço relacional parece criar uma terceira unidade de compreensão. Nesse sentido, o momento interativo tem resultados imprevisíveis e não obedecem claramente às intencionalidades dos indivíduos participantes do processo comunicacional. Nas palavras de Shotter (2008), “nós sabemos o que estamos tentando fazer; mas o que nós não sabemos até que nós sejamos bem-sucedidos em nossa tentativa de nos comunicar com os outros ao nosso redor, é o que o nosso dizer e fazer disse e fez” (p. 12). A ideia de “ação-conjunta”, portanto, traduz a ênfase responsiva-relacional da proposta construcionista do autor, e amplia nossa compreensão sobre o processo de produção do entendimento.

Além do foco no momento interativo, as contribuições de Shotter (2008) são especialmente úteis para compreendermos como a dialogia se apresenta no processo conversacional. Para o desenvolvimento desse conceito, o autor se ampara nas teorizações de Bakhtin (2002), para quem a dialogia é a base para a construção da ideia e do pensamento. A emergência de um novo sentido ou ideia está relacionada à característica polifônica do diálogo em desenvolvimento, presente na interação entre diferentes vozes ou consciências:

Somente quando contrai relações dialógicas essenciais com as ideias dos outros é que a ideia começa a ter vida, isto é, a formar-se, desenvolver-se, a encontrar e renovar sua expressão verbal, a gerar novas ideias. O pensamento humano só se torna pensamento autêntico, isto é, a ideia, sob as condições de um

contato vivo com o pensamento dos outros, materializado na voz dos outros, ou seja, na consciência dos outros expressa na palavra. É no ponto desse contato entre vozes-consciências que nasce e vive a ideia (Bakhtin, 2002, p. 86).

Para Bakhtin (2002), todo diálogo é, por princípio, dialógico². Isso impõe uma contradição de se sugerir um método ou prática dialógica como recurso (Seikkula, 2017). Contudo, tem havido por parte de diversos autores a busca por enfatizar a qualidade da relação envolvida em uma comunicação dialógica. A análise que a primeira autora apresentou em seu doutorado acerca da construção da mudança em terapia de grupo é um exemplo desta forma de elaboração (Guanaes, 2006), assim como as análises de Seikkula e colaboradores acerca dos efeitos do “Diálogo Aberto”, uma proposta inovadora de intervenção em saúde mental nas situações de crise (Seikkula, 2002a; Seikkula, 2002b; Seikkula, Alakare & Aaltone, 2007; Seikkula, 2017). Enquanto em uma comunicação monológica há a dificuldade de se estabelecer contato com a voz do outro, em uma comunicação dialógica há uma atmosfera de proximidade, construindo-se um intercâmbio em que a emergência de novos sentidos se torna possível.

Para Shotter (2017), não se trata do que se pode ou não falar, mas de *como* a interação se desenvolve, com foco no que se passa “entre” as pessoas no momento interativo. Para o autor, estar em diálogo é reconhecer a natureza espontânea e não intencional da ação-conjunta e, assim, favorecer um tipo de conversa responsiva,

² Para aprofundar essa discussão, ver Guanaes (2006, pp. 71-72). Neste texto, a autora apresenta a elaboração de que “Bakhtin apresenta o monologismo como uma variação possível do dialogismo, característico dos diálogos onde não há uma relação viva de troca entre as vozes, elas permanecem impermeáveis umas às outras, fechadas em seu próprio domínio”. A elaboração proposta por Barros (1996) entre monofonia e polifonia é particularmente interessante na compreensão dessa definição. Para a autora: “o diálogo é condição da linguagem e do discurso, mas há textos polifônicos e monofônicos, conforme variem as estratégias discursivas empregadas. Nos textos polifônicos escutam-se as várias vozes, nos monofônicos uma apenas, pois as demais são abafadas” (Barros, 1996, p. 36).

sensível ao momento interativo, marcado pela incerteza que lhe caracteriza.

De fato, se alguém responde a outrem de uma maneira sensível às relações entre seus atos e os do outro, de modo que ambos possam agir em antecipação à resposta de outra pessoa, então podemos dizer, com certo grau de acerto, que existe uma confiança entre os envolvidos. Mas se a segunda pessoa sentir que a primeira tem uma agenda própria, então não só ficará ofendida eticamente com a falta de respeito da primeira por ela, mas também ficará ofendida eticamente pela falta de consideração da mesma em relação ao projeto comum de ambas (Shotter, 2017, p. 35).

Focalizar a conversa em desenvolvimento é justamente o que permite, ao profissional, orientar-se para o relacionamento, e não para ideias ou interpretações que façam parte de sua “própria agenda”. Nesse sentido, como sugere Shotter (2015), *tornar-se dialógico* requer prática constante e vigilante. A meta é criar os contextos em que a comunicação, como uma atividade dialógica, possa acontecer, de maneira a fazer jus às pessoas, às suas histórias e aos seus contextos de vida. Embora não possamos “planejar” uma mudança genuína, podemos “preparar o cenário” para que essa aconteça (Shotter, 2010a), e isto implica em treinar-se para o pensamento-conjunto – *with-ness thinking* (Shotter, 2010b).

Particularmente útil para se compreender a dialogia como uma qualidade da comunicação é a proposta de Pearce e Pearce (2003). Segundo eles, profissionais de diferentes áreas têm discutido a questão do diálogo, sem necessariamente fundamentar suas práticas nos desenvolvimentos teóricos e de pesquisa realizados pela “perspectiva da comunicação”. Essa perspectiva busca explicar como mundos sociais são criados nos relacionamentos e nos processos de comunicação e, desse modo, pode ampliar a compreensão dos profissionais sobre a construção do entendimento, nos diferentes cenários de prática.

Para os autores, assumir uma perspectiva de comunicação envolve três passos. O primeiro seria “ver organizações, famílias,

pessoas e nações como conjuntos texturizados de pessoas-em-conversações” (Pearce & Pearce, 2003, p. 41). O segundo, seria “compreender que a comunicação é substancial e que suas propriedades têm consequências” (Pearce & Pearce, 2003, p. 41). Ou seja, a comunicação não é um veículo neutro através do qual a realidade externa é transmitida. Por fim, o terceiro passo seria tratar conceitos como personalidades, crenças, atitudes, poder, entre outros, como produzidos, e não dados, um deslocamento que nos leva a focalizar processos, e não produtos. Para os autores, “assumir uma perspectiva de comunicação permite ir além na diferenciação entre diálogo e formas não-dialógicas de comunicação. Questões relevantes incluem ‘*como o diálogo é produzido na comunicação*’? e ‘*o que é produzido por meio da comunicação dialógica*’” (Pearce & Pearce, 2003, p. 44, grifo nosso).

Partindo desta compreensão ampla de comunicação, Shotter (2017) chama a atenção para “*momentos de referência comum*” ou, como descreveu em outros momentos, “*momentos marcantes*” ou “*eventos de ocorrência única*”. Esses eventos são geralmente vividos como significativos pelos envolvidos, permitindo novas possibilidades de sentido e relacionamento. Eles são especialmente reveladores da qualidade da interação (dialógica e corporificada) estabelecida entre as pessoas. Para o autor, tais momentos referem-se a ocorrências espontâneas e não intencionais, e envolvem um tipo de interação no qual as pessoas estão engajadas de modo responsivo ou dialógico de interação, agindo de dentro do momento interativo, quando podem encontrar novos modos de *seguirem juntas*.

Shotter e Katz (1998) também chamam a atenção para a linguagem envolvida no processo conversacional durante tais momentos marcantes. Trata-se de uma linguagem alusiva, e não objetiva ou “referencial”. Não é um modo de fala que busca explicar ou solucionar os dilemas humanos, mas construir entendimento conjuntamente, tecendo novas relações entre eventos e conectando velhos fatos de novas maneiras (Shotter & Katz, 1998; Shotter, 2017).

Nesse sentido, alguns estudos têm apontado que as conversas dialógicas, geralmente, fazem uso de formas poéticas de fala, sensíveis ao relacionamento e ao momento interativo (Gergen, 2005). O uso das metáforas é um exemplo de linguagem poética ou estética (Paschoal & Grandesso, 2014; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020), e há muito tempo tem sido descrito como um recurso na comunicação terapêutica, nas mais diferentes tradições teóricas (Witztum, Van der Hart & Friedman, 1988; Fox, 1989; Clarke, 2013).

Como sintetiza Rosenblatt (1994), as metáforas têm se mostrado um recurso útil no trabalho terapêutico por serem ricas em significado e por permitirem que o diálogo com os dilemas apresentados pelos clientes se dê em diferentes níveis. Nesse sentido, a linguagem metafórica permitiria alcançar muito do que não se consegue por meio de uma linguagem literal ou referencial. Como expressa poeticamente Manoel de Barros (2015), a palavra pura, remetida à busca pela compreensão objetiva do mundo, “empobrece a imagem”.

Fox (1989) apresenta que metáforas são comparações e, como tais, expressam sensações e ideias de modos muito específicos, “permitindo que muito seja dito com pouco” (p. 234). Para ele, “comparações tornam concreto e tangível o que é vago ou abstrato, porque estimulam os sentidos” (p. 234). O autor apresenta uma série de características específicas das metáforas que as tornam especialmente úteis na comunicação, dentre as quais não serem ameaçadoras, operarem em níveis contraditórios, evocarem mais do que respostas intelectuais, provocarem respostas múltiplas e tornarem a interação memorável. Além disso, o autor apresenta que as metáforas são alusivas e, por isso, incluem um grau considerável de maleabilidade, considerando tanto a resposta do cliente quanto do profissional às mesmas.

Também Clarke (2013) discute o uso das metáforas como um recurso na comunicação terapêutica. Embora reconheça que muito tem se afirmado na literatura especializada acerca das potencialidades envolvidas no trabalho clínico com metáforas, a

autora afirma haver ainda poucos desenvolvimentos relacionando as metáforas às práticas pós-modernas, dentre as quais considera especificamente a “terapia breve focada na solução”, desenvolvida por Steve de Shazer e colaboradores (Berg & de Shazer, 1993; de Shazer, 1994). Para a autora, trabalhar com as metáforas dos clientes na construção de soluções é compatível com a proposição de de Shazer de que “a teoria não deve ter precedência sobre o que é útil para o cliente, mas a teoria e a prática influenciam-se mutuamente, geralmente em modos recursivos e mutuamente definidores” (Clarke, 2013, p. 429). Portanto, faz sentido pautar a prática na linguagem do cliente, e, portanto, observar como ele recorre às metáforas nos diálogos dos quais participa.

Assim, estudos que investiguem como as metáforas e outras linguagens alusivas participam do processo de produção de sentidos são importantes e favorecem a compreensão da comunicação dialógica. Estudar empiricamente a articulação entre o uso de metáforas e a comunicação dialógica pode ser uma forma de enriquecer a compreensão sobre o processo de produção de sentidos e a construção conversacional da mudança.

No entanto, é importante lembrar que apontar estas formas de fala não significa reduzir a compreensão da comunicação a uma técnica ou modo único de atuação. Como definem Pearce e Pearce (2003), qualquer ato de fala pode ser performado em uma conversa, incluindo formas verbais ou não verbais de comunicação. A qualidade dialógica de uma conversa resulta de *como* tais atos de fala são utilizados e *do quê* se produz com eles, relacionalmente. Nas palavras dos autores:

Quando se comunica dialogicamente, pode-se ouvir, fazer perguntas diretas, argumentar, debater etc. (Pearce, 1995). A característica definidora da comunicação dialógica é que todos esses atos de fala são feitos de forma a se afirmar os próprios posicionamentos, mas permitindo aos outros afirmar os deles, estando-se então profundamente aberto para ouvir as posições de

outros sem necessitar opor-se a elas ou absorvê-las. (Pearce & Pearce, 2003, p. 45).

A proposta de Shotter (2017) de que possamos voltar nossa atenção para os momentos de referência comum, com ênfase ao modo como nos comunicamos como uma chave para compreensão da comunicação dialógica, nos parece um recurso metodológico interessante, tanto para a prática profissional como para a investigação científica. Tal proposta é coerente com o que muitos autores apontam sobre a postura colaborativa, a qual orienta um modo de estar em diálogo com indivíduos, grupos, famílias ou organizações, mais do que um modelo formalizado de prática (Anderson, 2012a; Anderson, 2012b).

No contexto específico do trabalho com famílias em saúde mental, compreender *se* e *como* tais modos de comunicação têm sido favorecidos nas relações que, como profissionais, estabelecemos entre nós mesmos e com as famílias nos parece fundamental. A potência desta análise reside justamente na possibilidade de melhorar a formação profissional, orientada por uma postura mais sensível à prática compartilhada no seio da própria equipe, e aos pedidos e necessidades singulares que cada família apresenta.

Capítulo 3

Pesquisando a prática com famílias em um serviço de saúde mental

3.1. Pesquisas anteriores e novas inquietações

Como envolver as equipes de saúde mental em um trabalho conjunto com as famílias, pautado na construção de parceria e corresponsabilização? Como desenvolver propostas práticas de atuação interdisciplinar com famílias nos serviços públicos de assistência em saúde mental? Como construir diálogos generativos com as famílias que convivem com o sofrimento mental? Como desenvolver diálogos que ajudem as famílias na estruturação de sua vida cotidiana, especificamente considerando o manejo das situações de crise?

Como dissemos na apresentação deste livro, ao longo dos últimos dez anos temos nos dedicado a produzir conhecimento sobre o desenvolvimento das reuniões familiares por meio de pesquisas desenvolvidas em um cenário específico de prática profissional – o trabalho com famílias no Hospital-Dia Psiquiátrico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto (HD). Em 2012, elaboramos uma primeira reflexão teórica sobre o nosso trabalho com famílias, em um relato de experiência escrito colaborativamente com profissionais da equipe (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012). Nele, apresentamos como estávamos nos apropriando do

construcionismo social para a construção das reuniões familiares e refletimos sobre alguns desafios presentes em nosso trabalho.

Iniciamos, então, o desenvolvimento de estudos empíricos sobre o cuidado à família no HD. Em uma primeira investigação (Martins, 2013), buscamos compreender como familiares atendidos no programa de assistência familiar do HD significavam sua participação no tratamento. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais com dez familiares participantes do programa, as quais foram analisadas qualitativamente. A análise temática destas entrevistas, em um recorte temporal, nos permitiu definir três temas referentes à experiência da família em sua relação com o sofrimento emocional de um de seus membros: 1) *famílias em sofrimento* - que aborda a vida dos familiares antes do HD, trazendo referências ao processo de adoecimento, as consequências na vida familiar e o seu histórico em outros serviços de saúde; 2) *famílias em tratamento* - que descreve as formas de participação no HD durante o processo de semi-internação de seu familiar, e 3) *famílias em desenvolvimento* - trazendo aspectos da vida atual, abordando a melhora do familiar e os desafios da vida após a alta (Martins, 2013; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

Entre outras conclusões dessa investigação, apontamos que a participação no tratamento é resultado do investimento das famílias e dos profissionais na construção de uma relação de colaboração e parceria. Isso quer dizer que o simples “convite” não garante a participação das famílias. Em contraste, ela se constrói por meio da qualidade das interações e conversas estabelecidas com os profissionais de saúde no cotidiano. Outro aspecto interessante dessa investigação foi o destaque dado por alguns familiares para a “transformação das relações familiares” no período de tratamento, o que acontecia principalmente nas conversas tecidas no contexto das reuniões familiares (Martins, 2013; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2016).

Esse apontamento nos levou a uma segunda investigação, mais densa, delineada para ampliar nossa compreensão sobre

como as reuniões familiares efetivamente funcionam (Martins, 2017). Assim, buscamos compreender as reuniões familiares por meio do acompanhamento e gravação em áudio de um conjunto de 33 reuniões, realizadas com três famílias diferentes, as quais compuseram um banco de dados também a ser utilizado em estudos futuros. Como resultado desta pesquisa, traçamos teoricamente articulações entre o construcionismo social e as referências teóricas presentes hoje no contexto da saúde pública e da saúde mental, com orientações para a prática com famílias na lógica da clínica ampliada. Além disso, por meio da análise do processo terapêutico em cada um dos atendimentos, apresentamos três recursos conversacionais que se mostraram úteis no processo de produção de sentidos nas reuniões familiares: *convidar o social para o individual*; *tecer o diálogo familiar*; e *conhecer a si em outras vozes* (Martins, 2017; Martins, McNamee & Guanaes-Lorenzi, 2017). Ao analisar esses recursos, com ênfase no momento interativo, esta pesquisa contribuiu com uma leitura construcionista social para a clínica ampliada em saúde mental (Martins, 2017).

No entanto, seguimos inquietos, desejando um pouco mais de detalhamento, isto é, desejando oferecer mais recursos orientadores para a ação profissional cotidiana, guiados pelas perguntas apresentadas na abertura desta seção. Então, visando ampliar a compreensão sobre a construção do cuidado às famílias em saúde mental, delineamos a pesquisa apresentada nesse livro.

O objetivo desta pesquisa é compreender como se dá a construção da comunicação dialógica na prática das reuniões familiares, considerando tanto a relação entre profissionais da equipe, como entre estes e as famílias. Seus objetivos específicos são: a) descrever a prática com famílias no HD, dando visibilidade para o contexto relacional e discursivo que sustenta as interações entre a própria equipe profissional; e b) descrever as ações responsivo-relacionais desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental no manejo das reuniões familiares propriamente ditas.

Para alcançar estes objetivos, buscaremos sistematizar a prática das reuniões familiares no HD, por meio da descrição minuciosa de como a construção da comunicação dialógica se faz presente nos três espaços de diálogo que a caracterizam: a) as reuniões de preparação; b) as reuniões familiares; e c) as reuniões de discussão/intervisão. Ao descrever cada um desses espaços, buscamos contribuir para uma visão mais ampla do trabalho com famílias, dando visibilidade tanto para as ações de preparação e construção de contexto envolvidas no trabalho da equipe multiprofissional, como para as ações desenvolvidas pelos profissionais no diálogo tecido com as famílias no contexto das reuniões familiares propriamente ditas.

A partir da análise dos processos de comunicação envolvidos em cada um desses espaços, esta pesquisa visa oferecer um exemplo de uma prática dialógica que pode ser utilizada também por profissionais de outros serviços de saúde mental. Historicamente, temos sido beneficiados pelo relato sistemático feito por pesquisadores e profissionais sobre como têm transformado as descrições teóricas do construcionismo social em ações criativas concretas junto a pessoas, famílias, grupos, organizações e instituições. A pesquisa apresentada neste livro é mais uma ação nessa direção.

3.2. Pesquisando contextos de prática profissional

Esta é uma pesquisa *em contexto* de prática e uma *pesquisa sobre* a própria prática, a qual busca aproximar esses campos e responder a um movimento presente nas ciências humanas e sociais de se pensar a pesquisa como formadora do futuro, isto é, reconhecendo que esta não revela a realidade, mas constrói realidades em seu próprio desenvolvimento (Gergen, 2014). Sustenta-se nas contribuições do construcionismo social para a compreensão do processo de produção de conhecimento, refletindo sobre a ciência como uma prática social, ou seja, como um empreendimento relacional do qual participam diferentes

atores, em um determinado contexto histórico e social particular (Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016).

De acordo com McNamee (2014), o foco nos processos relacionais é a marca de uma orientação construcionista social em pesquisa. O que investigamos “são os processos interativos, das pessoas entre si mesmas e também com seus ambientes. Estamos curiosos sobre quais tipos de mundos se tornam possíveis a partir de formas específicas de interação, conversação e ação” (p. 106). A questão principal é compreender que “formas de vida social se tornam possíveis quando um modo de falar ou agir é empregado ao invés de outro” (McNamee, 2010, p. 13).

Assim, uma orientação construcionista social para pesquisa dá ênfase à descrição de *como determinados contextos discursivos e relacionais engendram possibilidades de sentido e prática*. Portanto, comum às pesquisas construcionistas é a atenção ao processo de produção de sentidos. É por meio de nossa participação em processos relacionais que sentidos e práticas são construídos e legitimados (Pearce & Pearce, 2003; McNamee, 2014).

Para McNamee (2010), diferentes tradições incorporam diferentes modos de compreender a pesquisa e seus desenvolvimentos, diferindo em suas suposições centrais acerca da realidade (ontologia), formas de conhecimento (epistemologia) e formas de condução de uma investigação a partir desses conhecimentos (metodologia). Compreender o que caracteriza cada mundo de pesquisa é importante para análise dos alcances e limitações dos estudos desenvolvidos.

Assim, a *ontologia construcionista* valoriza que mundos são criados relacionamente. Nesse sentido, todas as decisões tomadas em um processo de investigação contribuem para a construção do que se entende como realidade a partir dela – como, por exemplo, as perguntas feitas, o contexto selecionado e as decisões tomadas na produção de dados. Conseqüentemente, o que podemos conhecer (*epistemologia*) emerge do intercâmbio relacional. A pesquisa, portanto, é uma prática social, e dela participam diferentes atores – tanto seus colaboradores, quanto a própria

comunidade acadêmica que legitima esse conhecimento. Por fim, não há um *método construcionista de investigação*, mas sim a consciência de que cada método permite a produção de um tipo de informação, ao invés de outra. Esta consciência resulta na adoção de uma postura reflexiva sobre o processo de pesquisa, assumindo que não há um método bom em si mesmo, mas que cada um contribui com a construção do mundo social de uma dada maneira. Todo conhecimento é local, histórico e culturalmente específico (McNamee, 2010). Em consequência desses entendimentos, a qualidade de uma investigação passa a ser avaliada por sua utilidade social e capacidade generativa – isto é, o quanto esta pode ajudar uma comunidade a seguir adiante (McNamee, 2014).

Tal concepção é também defendida por Gergen (2014), que sugere o critério de utilidade social como um orientador para a prática científica. Para o autor, é importante considerar as possibilidades produtivas de uma investigação, investindo em delineamentos que nos movam da busca por revelar/espelhar a realidade para a própria construção de futuros preferíveis. Uma forma de orientar a pesquisa para o futuro é aproximá-la da *prática*, borrando os limites entre campos convencionalmente vistos de forma separada.

Para ilustrar esta orientação para o futuro e para prática, Gergen (2014) cita exemplos de pesquisas nas quais o conhecimento é adquirido por meio do próprio processo de se criar uma nova prática que, ao ser compartilhada, se torna também um recurso para outros. Nas palavras do autor, “à medida que múltiplas práticas são geradas, elas propiciam alternativas a partir das quais pode-se selecionar o que se encaixa melhor para as necessidades locais, ou a partir das quais novas (práticas) híbridas podem ser formadas” (p. 15). O autor também cita exemplos de pesquisa como uma *ação colaborativa* – em que os pesquisadores buscam atuar em conjunto com pessoas fora da academia como forma de alcançar a transformação social. Fundamental, segundo ele, é a orientação para a prática de

produção do conhecimento e a busca por coordenar ações com comunidades de prática, de modo que os próprios pesquisadores se tornem agentes de transformação social.

Considerando especificamente a produção de investigação no campo da terapia familiar, Lerner (2004) defende a relevância de pesquisas delineadas na prática, em *cenários de vida real*. Para o autor, o trabalho com famílias pode ser considerado como uma “intervenção ecológica em um ambiente natural que não se traduz facilmente em procedimentos passo-a-passo ou nas quais intervenções de manual possam ser aplicadas e testadas repetidamente” (p. 19). Por sua própria ênfase no processo relacional, as orientações construcionistas sociais, narrativas ou sistêmicas para a prática, amplamente utilizadas no trabalho com famílias, não se prestam tão facilmente à manualização e replicação, dificultando que pesquisas orientadas para a produção de evidências sejam realizadas nestes *settings*. Nesse sentido, o autor sugere que as pesquisas desenvolvidas neste campo possam focar no que funciona como comunicação terapêutica na prática cotidiana, e pesquisas de processo podem ser muito úteis nessa direção.

Com base na proposta destes autores, a investigação apresentada neste livro orienta-se para a prática e para o futuro. A análise minuciosa de como o contexto discursivo e relacional circunscreve as possibilidades de ação na prática das reuniões familiares visa contribuir com a identificação dos aspectos que favorecem a comunicação dialógica, tanto na relação entre os profissionais, como entre estes e as famílias. Dessa forma, esta pesquisa pretende tanto contribuir com o trabalho já desenvolvido no HD (*foco na prática/aplicabilidade*), como servir de inspiração para profissionais de outros serviços de saúde mental comporem novas práticas, a partir das contribuições aqui descritas e discutidas (*foco no futuro/generatividade*).

3.3. Apresentando nosso contexto de pesquisa

A prática das reuniões familiares, objeto de investigação deste estudo, acontece no contexto do Programa de Assistência Familiar do Hospital-Dia Psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP). O Hospital-Dia (HD) se insere na rede pública de atendimento à saúde mental do município de Ribeirão Preto (SP), que compõem junto a outros 26 municípios a DRS-XIII (Departamento Regional de Saúde), uma rede que abarca cerca de um milhão de habitantes (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012).

O HD da FMRP-USP foi o primeiro hospital-dia universitário do Brasil, tendo sido fundado em 1962. Como aponta Contel (2012), no país, os hospitais-dia geralmente se vinculam às escolas de Medicina e, embora considerados experimentos bem-sucedidos, ainda não foram plenamente integrados à rede de cuidados em saúde mental. Voltado à hospitalização parcial, hospitais-dia geralmente têm a função de oferecer tratamento agudo como alternativa ao tratamento hospitalar, e funcionam como uma instituição de transição, pois preservam a vinculação do paciente com a comunidade.

Nesses serviços, os pacientes passam o dia no hospital, tendo acesso a uma rotina de atividades, e retornam ao final do dia para suas casas, onde residem sozinhos ou com familiares. Este modelo de atendimento (intensivo e multidisciplinar, com ênfase nos aspectos psicossociais) é um dos mais indicados para a clientela atendida, caracterizada por pessoas geralmente diagnosticadas com transtornos mentais graves (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012).

Nos hospitais-dia, valoriza-se o convívio cotidiano em grupos compostos por pacientes, profissionais, familiares e comunidade, dando-se especial ênfase ao vínculo e ao aprendizado com o outro como fatores terapêuticos. São promovidas práticas de atendimento que têm como enfoque a reabilitação e reinserção psicossocial da pessoa em sofrimento mental, visando o resgate das suas potencialidades e recursos.

Tais práticas são pautadas em uma ética de cuidado e respeito à pessoa em sua singularidade, e na busca de uma assistência interligada ao contexto de vida no qual ela está inserida (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012).

O HD (HC-FMRP-USP) responde a essas orientações. Conforme descrito por seu coordenador clínico, a instituição pode ser caracterizada da seguinte forma:

O HD realiza o atendimento de pacientes psiquiátricos em regime de hospitalização parcial diurna, através de um programa de tratamento intensivo e multidisciplinar. Esse programa inclui diversas abordagens de cuidado articulando intervenções clínicas e abordagens psicossociais, como psicoterapias, abordagem familiar, terapia ocupacional, atividades educativas e recreativas. O serviço funciona pautado por princípios psicodinâmicos e de comunidade terapêutica.

A equipe multidisciplinar é formada por profissionais contratados e profissionais em formação. A equipe de profissionais contratados é composta por médicos psiquiatras (2), assistente social (1), terapeuta ocupacional (1), psicólogo (1), enfermeiros (2), auxiliares de enfermagem (3), agentes administrativos (2) e auxiliar de serviço (1). E a equipe de profissionais em formação possui médicos residentes em psiquiatria, aprimorandos de psicologia, serviço social, terapia ocupacional e estagiários de medicina, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional. Além disso, profissionais colaboradores e voluntários atuam nas oficinas terapêuticas, no programa de abordagem familiar, no programa do Grupo Comunitário de Saúde Mental e nas oficinas de atividade física, ioga e canto.

O Hospital-Dia atende até 16 pacientes em regime de hospitalização parcial, com permanência média de três meses e realiza atendimentos ambulatoriais de acolhimento e de pós alta (Ishara, 2019. Comunicação pessoal).

No HD, a pessoa em semi-internação permanece no serviço por um período de aproximadamente oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, retornando ao ambiente familiar nos

horários restantes. Durante esse período, pode participar de diferentes atividades, as quais são coordenadas por profissionais da equipe multiprofissional ou, em alguns casos, por profissionais voluntários e pacientes antigos.

O leque de atividades oferecidas no serviço é amplo, e envolve desde atendimentos individuais com profissionais da área de serviço social, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, e medicina, referentes ao núcleo de competência de cada especialidade, e que respondem às demandas específicas de cuidado do paciente e sua família; como atendimentos em grupo – alguns, também organizados por especialidade, e outros, coordenados de modo interdisciplinar. Assim, como apontado por Ishara (2019), são diversas as abordagens de cuidado, contemplando o acesso a intervenções clínicas e psicossociais.

Além disso, cada paciente é acompanhado por uma mini-equipe de referência, formada por profissionais de diferentes especialidades, incluindo o médico residente que o acompanha clinicamente. Esta mini-equipe é responsável por desenvolver o plano terapêutico do paciente, acompanhar sua evolução no tratamento e avaliar seu envolvimento com as atividades. Há, no serviço, uma tradição interdisciplinar.

Além das atividades voltadas à pessoa em semi-internação, existem dois Programas destinados à família e à comunidade, ampliando o alcance das ações oferecidas: o *Programa do Grupo Comunitário em Saúde Mental*, que se caracteriza como uma abordagem inovadora, que tem o mérito de levar o cuidado em saúde mental para a comunidade, favorecendo a diminuição do estigma relacionado à pessoa em sofrimento psíquico (Cardoso, 2012; Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013); e o *Programa de Assistência Familiar (PROAF)*, caracterizado por um conjunto de atividades, geralmente oferecidas em conjunto por profissionais de diferentes especialidades, voltadas ao oferecimento de suporte e apoio familiar (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012).

As atividades do PROAF incluem: *grupo de familiares/cuidadores* – um grupo aberto, que visa oferecer suporte,

orientação e apoio social e emocional aos familiares/cuidadores; *visitas domiciliares*, que visam aproximar a equipe do contexto de vida das famílias, buscando garantir melhor compreensão de suas histórias como inscritas em um determinado território e contexto; e a *prática das reuniões familiares*, que é objeto de investigação apresentada neste livro, e único contexto do HD do qual participamos diretamente como pesquisadores e colaboradores.

3.4. A prática das reuniões familiares

Como citado na apresentação deste texto, a prática das reuniões familiares se organiza em torno de três espaços de diálogo, que acontecem no HD às quartas-feiras, no período da manhã: a) as reuniões familiares propriamente ditas; b) as reuniões de preparação; e c) as reuniões de discussão ou intervisão. Nossa colaboração com este espaço de ensino e pesquisa da instituição começou em 2009. Desde então, participamos semanalmente desses três espaços, contribuindo para seu desenvolvimento.

3.4.1. As reuniões familiares

As reuniões familiares podem ser entendidas como espaços de diálogo que têm como objetivo criar um contexto conversacional favorável à troca, compartilhamento e ampliação das narrativas do paciente e de sua família, considerando, de maneira mais específica, as questões que envolvem a situação de sofrimento mental e suas implicações no cotidiano. Estas reuniões visam oferecer suporte às famílias durante o processo de semi-internação, permitindo o diálogo sobre situações que julgam relevantes (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012; Martins, 2017; Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020).

As reuniões familiares acontecem semanalmente durante o período de semi-internação, que pode durar em média três meses. São convidadas a participar das reuniões familiares do paciente

em semi-internação as pessoas que ele descreve como significativas em sua vida e que se relacionam com a problemática vivenciada. Trabalhamos, na prática, com a proposta de Anderson (2007) de que a conversa deve se organizar não em torno de um sistema pré-definido (a família nuclear, por exemplo), mas na avaliação sensível de que interessa participar as pessoas que são vistas pelo cliente como centrais na questão a ser abordada. Tal compreensão se apoia também na proposta de Sluzki (1997) de ampliarmos nosso olhar da família para a rede social significativa.

Nossa prática também se encontra apoiada teoricamente na compreensão de família como realização discursiva, ou seja, “a família é definida em termos do que as pessoas, utilizando-se de diferentes discursos socialmente produzidos disponíveis, descrevem juntas como sendo família” (Martins, McNamee & Guanaes-Lorenzi, 2014, p. 621). Assim, buscamos incluir pessoas relevantes para o usuário, assumindo que as reuniões podem ter a configuração que a pessoa desejar, inclusive mudando esta configuração no curso dos atendimentos. Assim, quem participa das reuniões é uma consequência das conversas que são desenvolvidas sobre “participação” no curso dos próprios atendimentos (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2018).

Importante dizer, contudo, que apesar de termos um movimento aberto e inclusivo para participação de outras pessoas nas reuniões familiares, em nosso cotidiano, os usuários são, geralmente, acompanhados nas reuniões por mulheres (mães, irmãs ou esposas) na condição de cuidadoras. Tal realidade é compatível com o que aponta Rosa (2004) acerca do lugar da mulher no provimento do cuidado doméstico. Ainda assim, acreditamos que, ao nos orientarmos teoricamente pela proposição desses autores, somos impedidos de participar inadvertidamente da manutenção dessa construção social (de que apenas as mulheres participam dos atendimentos), assumindo uma postura mais ativa na busca por incluir outros atores no processo de cuidado em saúde mental.

Em relação à equipe, participam da coordenação das reuniões familiares profissionais contratados (equipe fixa) e profissionais em formação (equipe móvel, que é constituída por médicos residentes e aprimorandos e estagiários em saúde mental, de diferentes especialidades), vinculados à Universidade de São Paulo (USP) ou ao Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Além disso, é possível que algumas reuniões sejam desenvolvidas contando com o recurso da Equipe Reflexiva, tal como definida por Andersen (2002).

A equipe reflexiva introduz um modo de conversa que amplia as vozes presentes no diálogo. Na prática, a equipe reflexiva (um sistema composto por duas ou mais pessoas) primeiramente observa, ocupando a posição de escuta, a conversa realizada pela família e pelos terapeutas, que ocupam a posição de fala. Em algum momento, a equipe reflexiva pode ser chamada para participar da conversa, apresentando suas impressões sobre o diálogo até então desenvolvido. Então, trocam-se as posições de fala e de escuta. A equipe tem a possibilidade de apresentar questões ou comentários pertinentes acerca da conversa desenvolvida, enquanto a família e os profissionais escutam silenciosamente os mesmos (Andersen, 2002; Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018).

Algumas orientações gerais guiam o trabalho da equipe, entre elas: a escuta apreciativa da história da família, evitando julgamentos ou comentários depreciativos; o enfoque na conversa desenvolvida naquele encontro, sem referência a conversas tecidas em outros contextos e com a participação de outras pessoas; e a busca por apresentar perguntas que ampliem as possibilidades de entendimento, permitindo uma “diferença adequadamente incomum” para a família. Assim, a equipe fala de seu ponto de vista, enfatizando o lugar a partir do qual pôde escutar aquela conversa em desenvolvimento. Então, nova troca de lugares se apresenta, e a família, em conjunto com os profissionais de campo, têm a possibilidade de continuar o diálogo considerando o que julgaram

mais significativo a partir do que escutaram/valorizaram da/na conversa da equipe (Andersen, 2002).

Descrevemos a relação de nosso trabalho com a proposta de Tom Andersen detalhadamente em outro texto, explicando como adaptamos as diretrizes teóricas e técnicas da proposta do autor às condições estruturais, físicas e de recursos humanos do Hospital-Dia:

Um desafio importante para o nosso trabalho com equipes reflexivas refere-se à questão do espaço físico. (...) não dispomos de espelhos unidirecionais ou de jogo de luzes que nos permitam marcar, fisicamente, as mudanças que fazemos entre os turnos de fala e de reflexão. Contudo, duas destas salas têm um espaço amplo o suficiente, e permitem a configuração do *setting* de maneira mais estruturada. Nelas, criamos uma delimitação física clara entre os sistemas de fala e de escuta, ao posicionar quem fala no centro da sala, em roda, e quem escuta no canto, olhando para a roda central. Nestas conversas, ao convidarmos a equipe reflexiva para ocupar a posição de fala, temos usado o recurso de trocarmos concretamente de posição na sala: quem estava sentado no centro se desloca para o canto, e vice-versa. Isso introduz um marco físico na mudança de posição dos sistemas nas reuniões. As outras salas são menores. Por isso, quando também temos o recurso de equipe reflexiva nestas salas, não há movimentação das pessoas, e a equipe fala a partir de seu próprio lugar (Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018, pp. 308-309).

Além da proposta dos *Processos Reflexivos* (Andersen, 2002), temos buscado inspiração nas *práticas narrativas* (White & Epston, 1990; White, 2012) e nas *práticas colaborativas* (Anderson, 2009, 2012). Destas práticas, extraímos apenas os posicionamentos que julgamos úteis para o contexto específico das reuniões familiares. Portanto, transitamos entre estes recursos de forma livre, apropriando-nos da sugestão de McNamee (2005) de que as teorias podem ser compreendidas como opções discursivas; e de Shazer (2017), que apresenta as teorias como metáforas, as

quais podem se mostrar mais ou menos úteis no relacionamento que construímos com as famílias em nossa prática cotidiana.

Das práticas narrativas, extraímos a compreensão de que, ao narrarem suas vidas, as pessoas fazem alguns recortes de sua experiência. As experiências vividas são muito mais amplas do que as pessoas podem narrar. As pessoas contam sobre si mesmas e sobre os acontecimentos de sua vida *para/com* alguém, em um determinado contexto e história relacional. A cada interação, uma determinada versão de *self* emerge. Porém, quando pessoas vivenciam problemas para os quais não encontram alternativas, suas narrativas passam a se organizar em torno do problema, caracterizando o que White e Epston (1990) nomearam como “narrativas saturadas pelo problema”. Nesses casos, é comum que vivenciem um sentimento de falta de controle sobre suas vidas, como se suas identidades se confundissem com o problema vivido. A busca por acontecimentos singulares (ou relatos de exceção), em que a pessoa e a família conseguem se perceber como tendo uma existência distinta do problema pode contribuir com a construção de novas posições e narrativas (White, 2012; Grandesso, 2011; Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018).

Das práticas colaborativas extraímos, sobretudo, seu posicionamento filosófico, voltado à compreensão de que construímos entendimento *com* as pessoas, e não sobre elas (Anderson, 2012a; Shotter, 2010a). Escutar as pessoas a partir de uma “posição de não saber” é um posicionamento ético, que leva o profissional a ouvir a pessoa em seus próprios termos (Anderson, 2009). Trata-se de tarefa complexa, pois, como sinaliza Shotter (2015), como profissionais de saúde fomos treinados a desenvolver um repertório teórico e técnico rico em explicações *sobre* as pessoas e seus problemas. Alternativamente, Anderson (2009) nos convida a posicionar as pessoas como especialistas em suas próprias vidas, e nos percebermos como especialistas do processo conversacional. Ou seja, voltamos nossa atenção para o diálogo em desenvolvimento, refletindo sobre o significado de

nossas ações para a construção conjunta de sentidos (Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018).

Esses aportes teóricos são apresentados à equipe em diferentes momentos – aspecto que será considerado na análise, por ser um importante aspecto de construção de contexto.

3.4.2. As reuniões de preparação

Antecede as reuniões familiares uma breve reunião de preparação. Esta tem em média cerca de 15 ou 20 minutos de duração e objetiva organizar os atendimentos conjuntamente, de forma a responder à dinâmica da instituição, que inclui certa rotatividade de pacientes, familiares e profissionais em formação (equipe móvel). Como descrito, o HD é campo de estágio para médicos residentes de psiquiatria, estagiários e aprimorandos em saúde mental. Os médicos residentes de primeiro ano (R1) ficam três meses no serviço e seguem para outros serviços (enfermaria, ambulatório etc.). Os médicos residentes de segundo ano (R2) ficam apenas um mês no serviço. Até 2018, os aprimorandos ficavam no HD por um período de um ano, assim como os estagiários de Psicologia. Por sua vez, os pacientes podem ficar em semi-internação por um período variável, de cerca de três meses, o que não necessariamente coincide com a o rodízio dos demais profissionais. Portanto, mudanças na configuração dos atendimentos são constantes, o que é um desafio para a gestão da prática.

Assim, nas reuniões de preparação, verificamos quem são os familiares presentes, os quais geralmente já foram avisados e convidados anteriormente para participação da “reunião familiar” pelas miniequipes de referência. Em seguida, construímos as duplas de profissionais responsáveis pelos atendimentos. Geralmente, a mesma dupla acompanha a família durante todo o seu processo nas reuniões familiares, que pode ter a duração do período de semi-internação. Alterações na dupla são feitas apenas em função do rodízio dos profissionais em formação, ou por

alterações em função de férias ou outros impedimentos dos profissionais contratados.

Após a definição das duplas, escolhemos as reuniões nas quais haverá a presença da equipe reflexiva, a partir de critérios definidos conjuntamente em cada reunião. Geralmente, a equipe reflexiva é indicada para participar nos atendimentos considerados mais difíceis, seja por características dos próprios atendimentos, seja por demanda de aprendizagem dos próprios profissionais. Por fim, as reuniões de preparação também servem para antecipar possíveis dificuldades, permitindo que a equipe dialogue sobre as mesmas e se estruture para responder às suas necessidades e às da família da melhor forma possível.

3.4.3. As reuniões de discussão ou intervisão

Após as reuniões familiares acontece outra reunião de equipe, a qual cumpre a função de acompanhamento e aprimoramento teórico e técnico do trabalho realizado com as famílias. A primeira autora deste livro (Carla) atua como coordenadora dessa reunião, que pretende criar um contexto favorável para o diálogo em torno de dúvidas e questões que surgem da prática cotidiana.

Geralmente, nessa reunião, há o compartilhamento pelos profissionais das principais demandas trazidas pelas famílias nos atendimentos e, então, escolhe-se uma das reuniões para ser discutida de modo mais aprofundado. A discussão orienta-se para a prática e objetiva, sobretudo, rever as orientações teóricas e técnicas para o trabalho com famílias, partindo das demandas concretas surgidas nos atendimentos. De forma permanente, portanto, podemos retomar as principais ideias que orientam nosso trabalho com famílias, relembrando as diretrizes gerais para nossa atuação com processos reflexivos (Andersen, 2002).

3.5. Procedimentos de produção e análise do corpus da pesquisa

A pesquisa aqui descrita seguiu as regulamentações para pesquisa com seres humanos, descritas na Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). Ela foi iniciada apenas após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). As informações aqui analisadas baseiam-se em duas principais fontes de informação: a) notas de campo; b) e banco de dados.

3.5.1. Notas de campo: produzindo relatos sobre ações cotidianas

Como define P. Spink (2003), “investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar – e produzir - o mundo” (p. 26). Discutindo sobre a pesquisa de campo em Psicologia Social, o autor apresenta que o campo não pode ser compreendido apenas como um lugar ou contexto, mas como “o argumento no qual estamos inseridos; argumento este que têm múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes” (p. 28).

Com base nesse entendimento, buscamos amparar esta investigação em registros sobre nossa relação com a prática das reuniões familiares e, de modo mais amplo, também com o tema da participação da família no cuidado em saúde mental. Esses registros envolvem elementos da história de nossa atuação como colaboradores de ensino e pesquisa no HD, bem como de nossa participação em outros contextos, que se relacionam com a prática das reuniões familiares de forma indireta e que ilustram como o tema desta pesquisa se apresenta cotidianamente em nossa sociedade. Além disso, estes registros buscaram focalizar os “processos relacionais” associados à própria produção do objeto pesquisado. Como define P. Spink (2003, p. 36):

O campo-tema não é um aquário que olhamos do outro lado do vidro; é algo do qual fazemos parte desde o primeiro momento em que

dissemos, “estou trabalhando com.....”. A investigação em ação, portanto, se refere à ação da investigação; sua localização como parte do tema. Conversar sobre o que entendemos, ampliar argumentos, narrar e publicar o que parece importante narrar ou publicar, não são atividades eventuais e opcionais. Estamos no campo-tema porque disciplinarmente achamos que podemos ser úteis e é sempre bom lembrar que, ao contrário da posição confortável da separação de problema e solução na famosa frase atribuída ao Lenin – se somos parte da solução, provavelmente somos também parte do problema.

Assim, produzimos notas sobre elementos discursivos, relacionais e materiais que circunscrevem a prática das reuniões familiares e que, considerando os objetivos definidos para esta investigação, consideramos relevantes. De modo coerente com a epistemologia construcionista social, as notas de campo são produções de sentido e, como tais, não “revelam” um contexto, mas o constroem de determinadas maneiras. Desse modo:

- Sobre a participação da família no cuidado em saúde mental, ficamos atentos ao modo como este debate se apresentava não apenas na literatura, mas também cotidianamente, em nossos arredores, assim registrando vivências e relatos informais que sustentam a relevância social do tema pesquisado.

- Sobre as reuniões de preparação das reuniões familiares, fizemos registros sobre o modo de organização dos atendimentos e divisão das atividades entre os profissionais;

- Sobre as reuniões familiares propriamente ditas, realizamos notas sobre nossa posição da equipe reflexiva, sobre o clima afetivo dos encontros, sobre modos de manejo dos profissionais e sobre assuntos comumente discutidos nos atendimentos; e

- Sobre as reuniões de discussão ou intervisão, realizamos notas sobre as principais dúvidas e inquietações trazidas pela equipe para discussão conjunta, sobre os desafios vivenciados pelos profissionais na condução dos atendimentos e, sobretudo, sobre nosso posicionamento como facilitadores das conversas trazidas para este contexto.

Estes registros sobre o campo-tema atravessam toda a narrativa produzida neste livro e são especialmente explorados na análise sobre o contexto relacional e discursivo que sustenta as interações entre a própria equipe profissional.

3.5.2. Banco de dados

Além das notas de campo, integra esta investigação um banco de dados produzido por ocasião do estudo de Martins (2017). Esse banco de dados foi composto pela transcrição de 33 reuniões familiares, as quais totalizam 1120 páginas. Estas transcrições referem-se à gravação em áudio da participação de três famílias nas reuniões familiares, as quais foram conduzidas pelos profissionais da instituição conforme sua rotina, e observadas pelo pesquisador (Pedro) como membro da equipe reflexiva (Martins, 2017). A pesquisadora (Carla) esteve presente em 09 reuniões na condição de pesquisadora e membro da equipe reflexiva, sempre que sua participação foi demandada pela equipe. Todos os participantes dessa pesquisa (paciente, profissionais e familiares) assinaram Termos de Consentimento para Composição de Banco de Dados.

Nas tabelas 1, 2 e 3, a seguir, apresentamos os participantes de cada um dos atendimentos.

Tabela 1. Participantes do Atendimento 1 (banco de dados).

Familiares (Atendimento 1)	Profissionais de campo	Equipe reflexiva
Joel (paciente)	Tom (equipe fixa)	Helena (equipe fixa)
Heloísa (mãe)	Silvia (equipe fixa)	Lisa (equipe móvel)
Antônio (pai)	Monique (equipe móvel)	Nina (equipe móvel)
		Juliana (equipe móvel)
		Carla (pesquisadora)
		Pedro (pesquisador)

Tabela 2. Participantes do Atendimento 2 (banco de dados).

Familiares (Atendimento 2)	Profissionais de campo	Equipe reflexiva
Raquel (paciente)	Helena (equipe fixa)	Daniel (equipe móvel)
Esther (mãe)	Lana (equipe móvel)	Sarah (equipe móvel)
Gilberto (pai)		Carla (pesquisadora) Pedro (pesquisador)

Tabela 3. Participantes do Atendimento 3 (banco de dados).

Familiares (Atendimento 3)	Profissionais de campo	Equipe reflexiva
Olívia (paciente)	Gabriel (equipe móvel)	Lucas (equipe móvel)
Miriam (mãe)	Daniel (equipe móvel)	Camila (equipe móvel)
Felipe (pai)	Sílvia (equipe fixa) Helena (equipe fixa)	Mia (equipe fixa) Carla (pesquisadora) Pedro (pesquisador)

Os atendimentos que compuseram o banco de dados foram gravados com a anuência dos pacientes e de seus familiares, bem como dos profissionais da equipe que conduziam a reunião ou que dela participavam como equipe reflexiva. Os 23 participantes da pesquisa (14 profissionais e 09 usuários e familiares) assinaram o Termo de Consentimento para Composição de Banco de Dados. Desses, apenas três profissionais, um paciente e um familiar assinalaram que gostariam de ser informados caso os dados fossem utilizados em pesquisas futuras (Martins, 2017).

Conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento da presente investigação, entramos em contato com os cinco participantes e apresentamos novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após esclarecidos sobre os objetivos da presente investigação, todos assinaram os termos. Os cinco participantes receberam positivamente a proposta da nova pesquisa e não apresentaram qualquer dúvida ou posicionamento contrário à sua realização. Para os demais 18 participantes da pesquisa, solicitamos ao CEP dispensa de novo TCLE, uma vez que eles assinalaram que “não gostariam de ser

informados caso os dados fossem utilizados em pesquisas futuras”, o que foi aprovado.

Nesta pesquisa, o sigilo em relação às identidades de todos os participantes foi mantido, buscando garantir seu anonimato e privacidade. Seus nomes e outras informações que pudessem identificá-los foram substituídos por nomes fictícios tanto nos trechos de transcrição de atendimento, como nas notas de campo. Apenas os nomes dos pesquisadores foram mantidos (Carla e Pedro), o que se justifica pela intenção de dar visibilidade para os efeitos de nossa participação no serviço. Ao final da pesquisa, os resultados foram apresentados para equipe do HD e para os participantes que solicitaram. Uma cópia do relatório da pesquisa (Guanaes-Lorenzi, 2019) foi doada para a instituição para estudo, favorecendo o contínuo aprimoramento da prática das reuniões familiares.

A análise qualitativa deste banco de dados envolveu os seguintes passos:

Passo 1: Leitura intensiva das notas de campo

Como apresentado, em uma orientação construcionista social, a descrição de como determinados contextos discursivos e relacionais engendram possibilidades de sentido e prática se faz relevante (Pearce & Pearce, 2003; P. Spink, 2003; McNamee, 2014). Tendo isso em vista, por meio da leitura intensiva das notas de campo, buscamos analisar como as ações de preparação e estruturação de contexto se relacionavam às possibilidades de a equipe interagir de forma dialógica. Assim, nesta leitura, buscamos destacar trechos relativos às vivências dos pesquisadores com a equipe móvel e fixa do HD, e que pareciam ilustrar como se constroem, na prática, as relações de parceria e colaboração no trabalho em equipe.

Passo 2: Leitura intensiva do banco de dados

A leitura intensiva das transcrições permitiu uma visão mais abrangente do material como um todo. Em uma primeira leitura, buscamos fazer anotações sobre temas conversados, momentos significativos e clima afetivo dos encontros. Isso nos conectou emocionalmente com o conjunto dos atendimentos, ao mesmo tempo em que nos permitiu fazer relações entre os atendimentos que compuseram o banco de dados e a prática das reuniões familiares no serviço como um todo, considerando nossa história de participação nas mesmas.

Passo 3: Sistematização dos dados

O terceiro passo envolveu a sistematização do material que compõe o banco de dados. Embora uma primeira análise deste banco tenha se dado por ocasião da pesquisa de Martins (2017), optamos por dar início a um novo processo de análise, orientada pelos objetivos definidos para esta pesquisa especificamente.

Assim, como uma primeira forma de sistematização deste material, elaboramos uma tabela com o objetivo de dar visibilidade para o caminho percorrido com cada uma das famílias ao longo das reuniões familiares. Esta tabela foi organizada visando distinguir as posições de fala no atendimento, assim separando: 1) a participação da família (principais assuntos trazidos para discussão); 2) a participação dos profissionais de campo, isto é, das duplas responsáveis pela coordenação dos atendimentos (principais intervenções); e 3) participação da equipe reflexiva (principais intervenções).

Embora muito rica como estratégia de visibilidade, optamos por não apresentar como apêndice a tabela em sua totalidade por um cuidado ético, pois o conjunto do material poderia revelar mais informações sobre as famílias do que necessário para a compreensão dos procedimentos de análise. Apresentamos apenas a estrutura desta tabela e um pequeno fragmento dos conteúdos que compõem

cada coluna, o que permite compreender o tipo de registro realizado nesta etapa de análise (Tabela 4).

Tabela 4. Exemplo de tabela construída para sistematização do banco de dados.

Atendimento 1			
Título	Participação da família (assuntos principais)	Participação dos profissionais de campo	Participação da equipe reflexiva
1. Definindo a questão relevante: entre a doença e a homossexualidade	Sobre a decisão de vir para o HD: situação de crise e agitação. Rompantes, explosões, esquecimentos. Viver em uma família grande, casa cheia de gente. Tentar “se conter”. Diferentes explicações para os sintomas: o lado médico e o lado espiritual. (...)	Apresentação da pesquisa, dos profissionais, explicação sobre a equipe reflexiva e construção do contexto conversacional. Exploração do que ajuda. Exploração do que são as “explosões” Exploração do sentido de “ter que se conter” (...)	1. Conhecer mais a vida da família: que mais tem na vida de Joel? 2. Palavra “conter” – de onde vem esse conter? Ouvir um pouco mais da história de Joel e da família (...)

A leitura de cada tabela forneceu uma ideia geral do caminho percorrido nas reuniões familiares com cada família. Algumas temáticas são comuns aos atendimentos e incluem conversas sobre: histórico anterior de tratamento; a relação com o diagnóstico; o manejo das crises e das recaídas no cotidiano; sobrecarga familiar; o medo da dependência e o desejo de autonomia; o preconceito da sociedade; exploração das causas e das histórias de passado; relações familiares; e construção de projetos de futuro.

Tais assuntos são compatíveis com o que aponta a literatura acerca das necessidades que as famílias apresentam no processo de cuidado em saúde mental, tal como descrito no primeiro capítulo deste livro, e demonstram que as famílias usam as reuniões familiares para conversar sobre eles. No entanto, na relação que estabelecem com a equipe, o caminho que fazem na abordagem destes assuntos é absolutamente singular.

A construção de uma tabela para cada atendimento foi muito útil, permitindo compreender que, apesar da proposta das reuniões familiares ser apresentada de modo semelhante para todas as famílias, por meio do diálogo estabelecido com os profissionais, cada uma delas pôde fazer um uso singular do espaço de ajuda que lhes era oferecido. Além disso, as tabelas tornaram visível a participação das pessoas na reunião a partir de suas diferentes posições (família, profissionais de campo e equipe reflexiva) e, desse modo, permitiram levantar hipóteses sobre como os sentidos se integram, sugerindo possíveis “momentos de referência comum”. Isto se deu, por exemplo, pela possibilidade de acompanhar a aderência de alguns vocabulários nas práticas discursivas de familiares e profissionais (como por exemplo, o uso de determinadas metáforas), ou mesmo a repetição de algumas temáticas ou intervenções no processo conversacional.

O atendimento da família de Joel (Atendimento 1/ Tabela 5) envolveu um conjunto de 12 reuniões, marcadas por conversas muito afetivas, nas quais a família buscou refletir sobre preconceitos vivenciados tanto em relação ao transtorno mental, como à questão da homossexualidade (Martins, 2017). As reuniões foram realizadas com Joel e sua mãe, Heloísa. Seu pai, Antônio, esteve presente em apenas uma reunião. Joel havia sido admitido no HD com um histórico de depressão e confusão mental, e a indefinição do diagnóstico fez parte de algumas conversas. No processo de diálogo ao longo das reuniões, a família retomou vivências e experiências passadas, buscando construir novos sentidos relacionalmente. Este atendimento foi marcado por um grande envolvimento da equipe com a família,

sendo bastante comuns ações de autorrevelação por parte dos profissionais, que pareceram gerar forte conexão entre todos os participantes (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017).

O atendimento da família de Raquel (Atendimento 2/ Tabela 6) envolveu um conjunto de 10 reuniões, marcadas por conversas “intensas” (sic), nas quais geralmente havia o pedido de que a equipe pudesse auxiliar Raquel e sua mãe, Esther, a desenvolverem um relacionamento melhor (Martins, 2017). Havia a compreensão de que a relação entre elas era muito próxima, prejudicando o desenvolvimento de ambas. A maior parte das reuniões foi conduzida com Raquel e sua mãe. Seu pai, Gilberto, participou de quatro encontros, pois tinha compromissos profissionais que o impediam de comparecer ao serviço. Raquel havia sido admitida no HD por vivenciar crises emocionais, referindo histórico de depressão e tentativa de suicídio. Nas reuniões familiares, houve um forte investimento das profissionais na facilitação do diálogo, auxiliando a família a desenvolver recursos para escuta e compreensão mútua, aspecto que foi valorizado pela família como um dos principais ganhos obtidos com tratamento (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2018).

Por fim, o atendimento da família de Olívia (Atendimento 3/ Tabela 7) envolveu um conjunto de 11 reuniões familiares, desenvolvidas, em sua maioria, com Olívia e sua mãe, Miriam. Seu pai, Felipe, esteve presente em quatro delas, pois tinha dificuldade de se ausentar do emprego. Algumas reuniões abordaram a história da família, com ênfase na adoção das filhas e nas pressões sociais por serem uma família “fora do padrão”. Outras, envolveram diálogos sobre o diagnóstico e modos de lidarem com as crises (Martins, 2017). A identificação da piora de Olívia como uma resposta às pressões por projetos de futuro por parte da equipe de saúde caracterizou-se como um momento interessante do processo conversacional desta família, permitindo que a equipe refletisse sobre sua própria atuação nas reuniões familiares.

Passo 4: Síntese do processo conversacional em cada atendimento (banco de dados).

Tendo como base as tabelas construídas para cada um dos atendimentos, elaboramos uma nova síntese, traduzindo em “títulos” o processo conversacional vivido por profissionais e familiares em cada encontro. Assim, criamos um título para cada reunião familiar, como uma forma de nomear o que profissionais e familiares fizeram juntos ao conversar sobre determinado tema. Para cada atendimento, criamos um título mais amplo, que sintetiza o processo conversacional desenvolvido.

Esta síntese é apresentada nas Tabelas 5, 6 e 7, que cumprem a função de comunicar de forma breve o caminho percorrido por cada família em seu processo nas reuniões familiares. Vale lembrar que uma análise minuciosa do processo conversacional desenvolvido em cada um destes atendimentos foi anteriormente desenvolvida por Martins (2017) e, portanto, não foi objetivo deste livro. Nosso objetivo, neste ponto, foi apenas o de construir uma síntese que permitisse, também ao leitor, localizar-se em relação ao conjunto de informações que fazem parte do banco de dados pesquisado.

Tabela 5. A família de Joel (Atendimento 1)

Atendimento 1 – A família de Joel

**Assumindo a direção: refletindo sobre preconceitos e
revisitando a própria história**

1. Definindo a questão relevante: entre a doença e a homossexualidade.
 2. Sobre aceitação e exclusão social.
 3. Sobre diagnósticos, rótulos e além.
 4. Sobre os momentos de pane: desesperança, medo de ficar sozinho e diálogos internos.
 5. Reconhecendo os limites e assumindo o controle da direção.
 6. Reconhecendo os recursos da família para lidar melhor com os desafios da autoaceitação.
 7. Integrando intelecto e prática: desenvolvendo recursos para ação.
 8. “Zerando a conta”: esclarecendo posicionamentos e construindo objetivos de futuro.
 9. Enfrentando os monstros com confiança.
 10. Lidando com o preconceito da sociedade: a relação entre o individual e o social.
 11. Revendo a própria história: desenvolvendo estratégias e aprendendo com as diferenças.
 12. Avaliando o percurso: quando todos cuidam de todos.
-

Tabela 6. A família de Raquel (Atendimento 2)

Atendimento 2 – A família de Raquel

Ajustando a receita: aprendendo a conversar e a compreender as crises

1. Construindo um pedido para a reunião familiar: ajudar a construir independência.
 2. Encontrando a receita certa: em busca de um jeito melhor de estar junto.
 3. Refletindo sobre comunicação: aprendendo a ouvir com ouvidos generosos.
 4. Compreendendo as faltas: acolhimento de Raquel e escrevendo uma carta conjunta para a família.
 5. Sentindo a direção do vento: construindo juntos os caminhos para independência.
 6. Sobre mudanças na família: a possibilidade de se conhecerem em outros lugares.
 7. Desenvolvendo “anticorpos” para lidar com as crises: se preparando para a vida lá fora.
 8. Tecendo conversas francas, esclarecendo mal-entendidos e construindo pedidos mútuos.
 9. Nomeando as ferramentas adquiridas: como lidar com novos desafios.
 10. Avaliando o percurso: aceitando as crises e relembrando momentos significativos.
-

Tabela 7. A família de Olívia (Atendimento 3).

Atendimento 3 – A família de Olívia
Enfrentando as pressões sociais: das abstrações à vida cotidiana
1. Quem somos e porque estamos aqui.
2. “Eu não sou um monstro”: compreendendo as obsessões e as crises.
3. “Uma fagulha pode gerar um grande incêndio”: o medo da crise e a sobrecarga da mãe.
4. Mudando o foco: conversar sobre a obsessão impede o diálogo em torno de outras conversas.
5. Abrindo o jogo: compartilhando sentimentos profundos.
6. O que é a felicidade: dos conceitos a exemplos da vida real.
7. Revisitando a história da família: como nos tornamos quem somos.
8. Lidando com a pressão social: acertando o rumo do próprio diálogo.
9. Construindo a posição de Olívia como merecedora do tratamento.
10. Preparando-se para a alta e avaliando o Hospital-Dia.
11. Avaliando o percurso: encerrando um ciclo e novos pedidos de ajuda.

Passo 5. Análise da comunicação dialógica

Os passos anteriores permitiram uma visão ampla do material pesquisado. Por meio deles foi possível nomear alguns processos relacionais e discursivos sugestivos da construção de uma interação dialógica, tanto entre os profissionais, como entre estes e os familiares.

Tais processos foram selecionados com base em alguns marcadores da comunicação dialógica, os quais, por sua vez, foram construídos considerando, especialmente, o apontamento de Pearce e Pearce (2003) de que a análise da comunicação dialógica deve envolver tanto a investigação de “*como o diálogo é produzido na comunicação*”, como “*o que é produzido por meio da comunicação dialógica*” (p. 44, grifo nosso).

Partindo dessa diretriz, buscamos analisar as interações na prática das reuniões familiares de modo amplo, considerando tanto as condições que atravessam a produção do diálogo, como os efeitos que conversar de determinados modos no contexto

desta prática gera para as interações em curso. Assim, na análise das interações, buscamos considerar que:

- O sentido é uma produção conjunta, relacional. Portanto, não há uma forma de falar que se revela, em si mesma, dialógica. É a resposta do outro a um enunciado (verbal ou não verbal) que confere a esse seu sentido. O foco de análise, portanto, reside *sobre o espaço relacional (e não meramente discursivo)*. Assim, no processo de análise do material, consideramos como a resposta dada a uma ação ou fala configurava um determinado sentido para a mesma; por exemplo, legitimando a ação desenvolvida ou confirmando seu direcionamento;

- A dialogia é uma *qualidade* da interação. Portanto, deve-se considerar não apenas a enunciação, mas elementos de contexto e da interação em seu próprio acontecer. Assim, no processo de análise, buscamos apresentar descrições densas e minuciosas, que permitissem explicitar como, por meio de determinados processos relacionais, determinadas práticas ou sentidos foram produzidos;

- A dialogia depende da construção de “boas circunstâncias”. Ações de preparação e de responsividade participam igualmente do processo dialógico. Essas, por sua vez, se dão quando: a) assume-se uma postura aberta e sensível ao outro; b) reconhece-se o pluralismo de vozes e discursos; c) cria-se possibilidade para que todos participem do diálogo em desenvolvimento; d) evita-se impor pontos de vista (discursos, sentidos e formas de prática). Assim, no processo de análise, buscamos destacar momentos em que tais circunstâncias se faziam presentes, tanto nas relações entre os profissionais da equipe, como entre estes e as famílias.

Resultou de nossa relação com os dados a produção de dois eixos ou categorias de análise: a) *aspectos contextuais*, relativos às ações de construção ou preparação de contexto, presentes na relação entre os próprios profissionais da equipe; e b) *aspectos responsivo-relacionais*, relativos a ações desenvolvidas entre profissionais e familiares, durante as reuniões familiares propriamente ditas.

Como sugerem Spink e Menegon (1999), categorias são práticas discursivas e, como tais, constituem-se uma estratégia linguística, podendo ser empregadas de muitas formas, com muitas finalidades. Como apontam as autoras, compreendidas desse modo “as categorias não têm um valor ou sentido que lhes é intrínseco” (p. 83). Dessa forma, os dois eixos de análise aqui apresentados não foram revelados, mas construídos por meio de nossa posição como pesquisadores, ao buscarmos produzir sentidos sobre o material pesquisado. Ambos permitem produzir descrições que focalizam o espaço relacional em que o significado se produz, considerando tanto a relação entre os profissionais da equipe, como entre estes e os familiares. Dessa forma, permitem compreender a comunicação dialógica como uma qualidade da relação estabelecida entre as pessoas.

No entanto, vale a pena destacar que as categorias construídas para a organização do texto cumprem uma função puramente didática. Elas criam uma divisão arbitrária entre elementos relacionados entre si e que se dão, na prática, de forma concomitante. No entanto, acreditamos que dar destaque a estas dimensões separadamente é importante para nomear processos que poderiam ser, de outro modo, naturalizados ou objetificados – como se “estivessem lá” antes de sua construção desta forma, neste contexto específico de prática, com determinados atores (Pearce & Pearce, 2003; McNamee, 2014). Na Tabela 8, apresentamos as categorias construídas neste processo de análise, as quais serão descritas de forma detalhada adiante, com base em trechos extraídos das notas de campo ou do banco de dados.

Na apresentação do texto, introduzimos as notas de campo em seu formato original de registro ou incorporadas à nossa própria narrativa como pesquisadores. Já os trechos de transcrição são seguidos da proposta de identificação feita por Martins (2017). Assim, após a fala do profissional ou da família, apresentamos entre parênteses os números que indicam a ordem do atendimento e da sessão. Por exemplo, a indicação (02x05)

significa que o trecho selecionado faz parte do Atendimento 2 (a família de Raquel), referente à sessão de número 5.

Tabela 8. Categorias de análise: aspectos que contribuem para a comunicação dialógica na prática das reuniões familiares.

Aspectos que contribuem para a comunicação dialógica	
Aspectos contextuais	<ul style="list-style-type: none">▪ Preparação▪ Diversidade▪ Formação
Aspectos responsivo-relacionais	<ul style="list-style-type: none">▪ Horizontalização▪ Afetividade▪ Transparência▪ Alusão▪ Ampliação

Nos dois próximos capítulos, apresentamos os resultados desse processo de análise, discutindo-os a partir da literatura.

Capítulo 4

Aspectos contextuais: a comunicação dialógica nas relações profissionais

Duas vezes são o mínimo de vida,
o mínimo de existência.
(Bakhtin, 2002, p. 257)

Escrever sobre as reuniões familiares é um grande desafio, pois envolve um trânsito entre a história de construção da prática e as condições atuais de desenvolvimento da mesma. Ao longo desses muitos anos, a prática das reuniões familiares passou por muitas fases, adaptações e mudanças. Da posição de colaboradores de ensino e pesquisa da instituição, buscamos adaptar nossas ações às demandas presentes no serviço, persistindo nos momentos de reconfiguração da equipe, de rearranjo das atividades e necessidades dos profissionais.

A primeira apresentação dos resultados dessa pesquisa se deu em setembro de 2019, portanto antes da pandemia de COVID-19. Depois da pandemia, várias mudanças aconteceram. Muito do que aqui se apresenta foi transformado, após um longo período em que as atividades descritas ficaram impossibilitadas de acontecer. No atual momento, as ideias apresentadas neste texto também estão servindo para reinventarmos nossa própria prática, isto é, para recomeçarmos nosso trabalho com famílias.

Nesta seção, buscaremos analisar alguns aspectos históricos e estruturais envolvidos na idealização, preparação e desenvolvimento

da prática das reuniões familiares – aqui nomeados como aspectos contextuais. Buscamos dar visibilidade para como algumas ações de construção e estruturação de contexto contribuíram para manutenção/construção de uma cultura de colaboração e parceria no seio da própria equipe interdisciplinar, favorecendo a comunicação dialógica.

Tabela 9. Aspectos contextuais

Aspectos contextuais	
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar apoio institucional ▪ Realizar reuniões para construção conjunta da prática ▪ Promover estudos sobre recursos teóricos e técnicos
Diversidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atuar em equipe reflexiva ▪ Formar equipes com diferentes formações profissionais
Formação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar de contextos para atendimento supervisionado ▪ Participar de contextos de intervenção

4.1. Preparação

Não é possível tecer uma prática dialógica com famílias quando esta não atravessa também o trabalho na equipe que se responsabiliza pelo atendimento. Assim, mais do que o resultado burocrático esperado (fazer reuniões familiares), é preciso construir “boas circunstâncias” (Andersen, 2002) no interior da própria equipe para que o trabalho com as famílias aconteça da melhor forma possível.

Nomeamos como “preparação” as ações que favorecem o desenvolvimento da prática das reuniões familiares em um formato dialógico e colaborativo. Nos inspiramos, aqui, na distinção feita por Shotter (2010) entre preparar e planejar-se para o acontecimento de uma mudança por meio do diálogo. Nas palavras do autor: “Nunca podemos dizer que planejamos uma mudança genuína, mas podemos dizer que nos preparamos para ‘ocasioná-la’, no sentido de ‘preparar o cenário’ para o acontecimento da mudança” (Shotter, 2010, p. 136). Ou seja, ações

de preparação, para nós, são as ações de construção de contexto, isto é, aquelas que produzem o solo ou boas circunstâncias para o trabalho em equipe acontecer (Andersen, 2002).

Shotter (1993) nos lembra que três tipos de conhecimento geralmente orientam o nosso fazer profissional: um conhecimento teórico, que se refere às diferentes teorias e discursos que adotamos para explicar o mundo em que vivemos; um conhecimento prático, que se refere ao conhecimento que nos instrumentaliza a agir no mundo a partir de alguns procedimentos e técnicas; e um conhecimento que o autor denomina como sendo do “terceiro tipo” ou relacional, que deriva do próprio momento interativo e que nos orienta sobre como responder aos nossos arredores. Andersen (2022) adiciona a este conhecimento o aspecto corporificado de nossas respostas ao mundo e que também pode ser importante fonte de conhecimento.

Considerando o contexto institucional, algumas ações de preparação para o trabalho com famílias podem ser especialmente importantes. Dentre elas, destacamos: a) buscar apoio institucional; b) realizar reuniões para construção conjunta da prática; e c) promover estudos sobre recursos teóricos e técnicos. Tais aspectos contribuem para que a prática das reuniões familiares seja criada/idealizada em parceria com os profissionais da equipe, em um movimento que, como aponta Doricci & Guanaes-Lorenzi (2020), atende à lógica da gestão compartilhada em saúde. Descreveremos cada uma destas ações separadamente.

4.1.1. Buscar apoio institucional

Uma série de inquietações atravessa nossa prática profissional cotidiana e nos leva a procurar respostas. Essas inquietações são importantes, uma vez que nos dão pistas sobre o que podemos e buscamos transformar em nosso trabalho. Buscar criar espaços de diálogo para construção conjunta da prática cotidiana é algo importante, e pode se dar de diferentes maneiras.

Buscar apoio institucional pode ser uma forma de construir respostas a estas inquietações. Há situações em que a equipe sente necessidade de ampliar seu caminho a partir do diálogo e da colaboração com outros profissionais e instituições. Muitas vezes, a universidade pode cumprir esta função, auxiliando equipes de saúde a refletir e produzir conhecimento a partir de sua prática. Parcerias também podem ser construídas com profissionais experientes ou institutos de formação que, por se dedicarem a processos de ensino e formação, podem contribuir para novos entendimentos sobre a prática desenvolvida.

Compreendemos o apoio institucional como um espaço de “intervisão”, e não de “super-visão” (Flam, 2016). Isso quer dizer que entendemos que, por ocuparem posições distintas, profissionais, acadêmicos e supervisores desenvolvem olhares também distintos sobre os acontecimentos. Um olhar não é, de forma alguma, superior ao outro. Buscar apoio institucional, em uma instância colaborativa, implica em buscar um colaborador ou parceiro para diálogo. Cabe ao colaborador investir na construção de espaços para intervisão que honrem o trabalho e percurso já trilhado pela equipe e que, ao mesmo tempo, possa acolher dúvidas e inquietações, multiplicar pontos de vista, produzir novas perguntas e, dessa forma, produzir conhecimentos específicos, voltados à prática e singularidade da equipe. No entanto, é certamente possível que a equipe encontre em suas próprias relações espaços de intervisão. Nesse caso, isso se dará também por meio da construção de espaços de diálogo no interior da equipe, visando a criação conjunta da prática almejada.

Exemplificamos o primeiro caso – quando há demanda da equipe por apoio institucional externo – relatando como se deu nossa inserção no contexto do HD, há dez anos.

Conforme relatam os profissionais do serviço, as atividades de suporte à família sempre existiram no HD, desde os seus anos iniciais de funcionamento. No entanto, passaram por algumas mudanças a partir do ano de 2009, quando fui convidada (Carla)

pelo coordenador clínico da instituição a auxiliar na reorganização do trabalho com famílias. Embora o serviço sempre tenha se preocupado em desenvolver ações de cuidado às famílias, havia naquele momento uma certa inquietação com o pouco engajamento e adesão das famílias às atividades propostas. O desejo de “reinventar a prática” e de buscar maior preparo da equipe para o desenvolvimento do trabalho com famílias motivou a equipe a convidar-me para participar destas atividades.

Portanto, o apoio institucional foi, neste contexto, um importante ingrediente no processo de construção das práticas das reuniões familiares. Houve, desde o início, grande mobilização por parte dos profissionais contratados, que se mostraram interessados em se envolver com as atividades propostas. Tal aspecto sugere que já havia, por parte da equipe profissional, a busca por atuar de modo conjunto e de procurar apoio institucional em colaboradores externos à instituição para ampliar a potência das práticas já desenvolvidas neste contexto. A partir disso, comecei a frequentar o serviço semanalmente, atuando como colaboradora de ensino e pesquisa na instituição.

Como podemos observar no fragmento acima, a equipe apresentava uma “inquietação” (o pouco engajamento e adesão das famílias), que alimentava a motivação por buscar apoio institucional externo para produzir novas formas de prática.

4.1.2. Realizar reuniões para construção conjunta da prática

Se o apoio institucional for pensado como exercício de colaboração, seu desenvolvimento, na prática cotidiana, passa necessariamente pela construção de espaços de diálogo coletivos, que incluam as diferentes vozes presentes na instituição e relevantes para a construção da prática.

No exemplo anterior, a partir do convite que recebemos da equipe para oferecer apoio institucional, realizamos diversas reuniões com os profissionais do serviço, visando conhecer os recursos existentes, as atividades já realizadas e explorar outras

possibilidades conjuntamente. Assim, passamos a atuar junto com a equipe facilitando a construção de um contexto conversacional orientado para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar com famílias, que era o desejo relatado. Ao invés de trazer algum formato previamente pronto para o trabalho, nossa opção foi sempre a de produzi-lo artesanalmente, de maneira que pudesse fazer sentido no contexto institucional e de relações já existentes no serviço.

Essa postura baseia-se na proposta de Vicente, Japur, César, Ruffino e Russo (2016) acerca dos efeitos que produzimos em nossas práticas quando optamos por participar dos grupos de uma ou outra maneira. Nas palavras das autoras:

Pensamos que, ao fazermos determinadas opções sobre como iremos trabalhar com um grupo, estamos assumindo um compromisso ético com os efeitos que produzimos com nossas práticas. Trabalharmos com grupos na construção de práticas mais inclusivas e legitimadora das diferenças é um efeito com o qual queremos nos responsabilizar, como participantes ativas na construção de uma nova forma de ser e estar no grupo (Vicente *et al.*, 2016, p. 63).

Assim, no lugar de apoiadores da instituição, buscamos valorizar o grupo como um espaço de criação conjunta. Realizamos várias reuniões, nas quais refletimos sobre alguns desafios do trabalho com famílias em saúde mental a partir da experiência da equipe e exploramos algumas possibilidades práticas, considerando as características do serviço. Resultou destas reuniões a construção de alguns pedidos por parte da equipe, os quais passaram a orientar nossa ação como colaboradores da instituição: que o trabalho com famílias pudesse ser feito pela equipe interdisciplinar, seguindo a lógica compartilhada do cuidado adotada pela equipe já em outros cenários de prática (cultura institucional); e que tanto profissionais contratados como profissionais em formação

(residentes e aprimorandos de saúde mental) pudessem se envolver nas atividades práticas, considerando que a instituição funciona como um serviço-escola, sendo sua missão atuar na formação em saúde mental. Respeitar os pedidos da instituição se colocou como algo imperativo, levando-nos a explorar, dentro de nosso enquadre teórico, os recursos que melhor poderiam atender suas necessidades.

Também resultou destas reuniões o desejo de desenvolver um conhecimento mais amplo sobre o trabalho com famílias. Assim, paralelamente às ações que estávamos realizando para estruturação da prática, os profissionais da equipe fixa investiram em um espaço de estudos para o trabalho com famílias, a qual foi oferecida por profissionais ligados a um instituto de formação em terapia familiar de Ribeirão Preto.

4.1.3. Promover estudos sobre recursos teóricos e técnicos

Desde a década de 50, profissionais de diferentes especialidades voltaram seus olhares para a “família”, buscando produzir conhecimento sobre ela. Diferentes teorias nasceram a partir de então, com contribuições valiosas para compreensão das relações familiares e modos de comunicação em família, a partir de diferentes referenciais teóricos. Compreender alguns debates importantes no campo, delimitados especificamente pela atuação de cada profissional, é importante e pode auxiliar a construir conjuntamente o que se espera dos diálogos produzidos com as famílias atendidas, bem como o que se deve evitar (o que não deve ser feito), considerando os valores e princípios que orientam a prática na instituição.

Com base nas ideias de Shotter (1993) e Andersen (2022) acerca dos tipos de conhecimento, apresentadas no início desta seção, entendemos que a construção de espaços de estudo e capacitação podem contribuir certamente com o desenvolvimento das duas primeiras formas de conhecimento (conhecimento teórico e prático) e, quando desenvolvidos também com atenção à

formação pessoal, reflexiva e implicada dos profissionais de saúde mental, também com as outras duas formas (conhecimento relacional e corporificado).

Como exemplo, relatamos como se deu esta prática em nossa atuação no HD. A partir da busca da equipe, ao longo de 2010, foram oferecidas atividades quinzenais, divididas entre discussões teóricas e interlocuções clínicas (quando a equipe apresentava seu trabalho com famílias e podia refletir e ampliar sua prática). Em 2018 e em 2019, em função da mudança de alguns profissionais da equipe fixa, nova capacitação foi conduzida – desta vez, oferecida pela primeira autora deste trabalho. Esta foi organizada em torno da apresentação dos fundamentos teóricos, técnicos e éticos do trabalho com famílias em saúde mental. Ou seja, a equipe engajou-se em um processo de formação continuada, visando desenvolver aprendizagens úteis para a prática com famílias em saúde mental. O conteúdo deste curso equivale ao que foi discutido no item Contexto, em que apresentamos os aportes teórico-práticos da prática das reuniões familiares.

Importante destacar que a construção destes espaços de formação não se caracterizou como uma especialização em terapia familiar, mas como um aprofundamento em recursos conversacionais para o desenvolvimento de diálogos generativos, visando a qualificação da escuta e o desenvolvimento de uma postura sensível às singularidades das famílias atendidas no serviço, com ênfase na possibilidade de auxiliá-las em suas demandas cotidianas referentes ao convívio com o sofrimento mental (Martins, 2017). Nesses espaços de formação continuada, os profissionais da equipe fixa conheceram alguns recursos teóricos para a prática com famílias, baseados nas contribuições do construcionismo social, e com isso, adquiriram maior segurança para se envolverem em um formato de reunião aberto, centrado no diálogo horizontal, e não na ideia de diagnóstico, avaliação e tratamento familiar.

Quadro 1. Construindo Boas Circunstâncias para o Trabalho em Equipe

Vamos Praticar?

Construindo “Boas Circunstâncias” para o Trabalho em Equipe

Trabalhar com famílias em saúde mental é tarefa encantadora, mas também atravessada por desafios. Focamos, anteriormente, na importância de ações de preparação, que envolvem a construção na instituição de espaços de diálogo que permitam à equipe pensar sobre suas necessidades e inquietações, bem como acordar valores comuns para orientar seu trabalho com famílias.

Vamos imaginar juntos como construir “boas circunstâncias” em seu contexto de trabalho com famílias? Que tal separar um caderno específico para anotar suas reflexões ao longo de sua leitura neste livro? Papel e caneta em mãos, tente responder: por que estou interessada(o) em trabalhar com famílias na minha instituição? A que demandas esse interesse responde?

Em seguida, vamos olhar para seu contexto relacional. Quais de seus colegas de trabalho compartilham com você desta visão? Se você for começar esta conversa com apenas uma pessoa que você imagina ser uma boa parceira, quem seria? Que outros parceiros dentro da própria instituição poderiam ser bons aliados na construção deste projeto?

E fora do serviço, quem mais (pessoas, universidades, consultorias, instituições, por exemplo) você imagina poder contribuir como apoio para a formatação deste trabalho? Faça uma lista de potenciais parceiros e tente nomear que contribuições você desejaria que cada um deles pudesse oferecer (por exemplo, intervisão, formação teórica, consultoria externa etc.)

Vamos olhar agora para o que já acontece em sua instituição? Como o trabalho com famílias é visto em seu contexto? Ele já é realizado de alguma forma? Quem se interessa por ele? Quais potenciais você já enxerga nessa prática? Há um desejo comum para o trabalho com famílias? Ele traz desafios ou inquietações para você e sua equipe? Quais são eles? Como estas inquietações são acolhidas? Há espaços conjuntos para que a equipe possa pensar e refletir sobre as potencialidades e limites de sua prática?

4.2. Diversidade

De acordo com o dicionário Michaelis, *diversidade* significa “qualidade daquilo que é diverso, diferença, dessemelhança, variação, contradição” (Michaelis, 2008, p. 742). Inspirados nas contribuições dos processos reflexivos (Andersen, 2002; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020), acreditamos que uma prática com famílias será tão rica e efetiva quanto puder fazer bom uso das diversidades existentes na instituição. Diversidades, no plural, podem ser naturalmente encontradas em qualquer cenário de saúde mental. Nelas, coexistem pessoas com diferentes bagagens e histórias, seja por sua formação profissional, cargo ocupado, local de nascimento, idade, especificidades culturais, gênero, religião, política, visões de mundo, formas corporais etc. De acordo com Rosa (2005), “a abordagem da família é um encargo de toda a equipe dos serviços de assistência psiquiátrica. Nenhum profissional pode deter monopólio ou exclusividade” (p. 212). Concordamos e, mais ainda, acreditamos que as diferenças presentes entre os profissionais pode ser um recurso valioso para a construção da prática com as famílias.

Polifonia e polissemia são dois conceitos centrais para comunicações dialógicas e nos ajudam a pensar essa diversidade ao estruturar a prática com famílias. Polifonia refere-se à diversidade de vozes. Este conceito nos mantém atentos a como as vozes dos diferentes profissionais podem ser úteis na construção da dialogia com as famílias. Se cada pessoa enxerga o mundo de uma posição única, então, precisamos criar contextos em que essas diferentes posições possam contribuir para ampliar entendimentos e possibilidades junto às famílias que atendemos. Polissemia significa diversidade de sentidos e, nesse caso, nos lembra que não é preciso buscar unicidade e homogeneidade de entendimentos em nossas práticas. Ao contrário, acreditamos que quanto mais possibilidades puderem ser construídas junto àqueles que atendemos, mais rica e potente será nossa prática com as famílias. Os processos reflexivos nos ajudam a pensar

transversalmente como tornar potente a diversidade presente nos atendimentos, tanto das relações entre equipe e família, quanto entre os próprios profissionais (Andersen, 2002; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020).

Essa proposta parte de uma ênfase na flexibilidade, tal como proposta por Gergen e Ness (2016), que valoriza o pluralismo e a participação no diálogo das vozes de diferentes atores sociais. A essa postura de colaboração, nos referimos anteriormente como uma busca por tecer a prática conjuntamente, saindo do lugar de autoridade também na própria relação entre os pares.

Tradicionalmente, nos serviços, quando se fala em diversidade, a primeira distinção à qual se recorre é aquela da formação profissional. Na literatura em saúde mental, há extensa discussão sobre como o cuidado às famílias não é exclusividade de uma profissão isolada e deve ser interdisciplinar. No caso específico do HD, buscamos criar condições que respeitassem tanto diferenças de formação e especialidade profissional, como reconhecessem a complementariedade de suas ações. Para tanto, partimos da diferenciação feita por G. Campos (1997) entre núcleo e campo de competência e responsabilidade profissional. Entende-se por *campo* “os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades” (p. 249) e por *núcleo* o “conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional” (p. 248).

Com base na proposta de G. Campos (1997), elaboramos que a prática nas reuniões familiares em saúde mental não deveria se sustentar em conhecimentos específicos de um determinado núcleo de conhecimento ou responsabilidade profissional. Ao contrário, ela deveria estruturar-se em torno de um *conjunto de responsabilidades comuns aos profissionais*, a partir de compromissos amplos descritos na área da saúde mental acerca da atenção à família, os quais foram descritos no primeiro capítulo deste livro, entre eles, a busca: a) pela escuta sensível da família em suas necessidades cotidianas, livre de posturas de julgamento e culpabilização; b) por auxiliar a família a desenvolver estratégias

para o manejo e enfrentamento de situações de maior dificuldade ou crise; e c) por posicionar a família no centro do processo de cuidado, reconhecendo também sua condição de sofrimento. Nesse sentido, definimos as reuniões familiares como um espaço de diálogo acerca dessas questões, e dirigimos nossa atenção para a estruturação desta prática de modo que a atuação conjunta e interdisciplinar pudesse acontecer.

Ao pensarmos a estruturação da prática das reuniões familiares, buscamos criar um modo de trabalho que nos permitisse “operacionalizar conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas”, na estruturação dos três espaços de prática articulados. Assim, buscamos, para além da justaposição de saberes, a construção de uma atividade comum – o trabalho com famílias em saúde mental. Como o HD já dispunha de equipe multiprofissional, buscamos utilizar amplamente esse diferencial, criando condições para que uma atuação efetivamente interdisciplinar se fizesse presente no trabalho a ser desenvolvido com as famílias.

Compreendemos que as disciplinas são apenas uma forma de diversidade, já naturalmente presente em qualquer instituição. Elas nos oferecem importante ponto de partida para a organização de uma prática com famílias que valorize a polifonia e a polissemia. Lembramos que há, contudo, sempre muitas outras diversidades presentes nos serviços, e que sua valorização e intencional utilização a favor da construção de uma prática plural são recursos potentes para nosso trabalho. Para ilustrar, a seguir, exploramos mais proximamente exemplos de como a orientação para o uso da diversidade no serviço é operacionalizada no HD.

4.2.1. Atuar em Equipe Reflexiva

A estruturação do atendimento às famílias no HD a partir do recurso conversacional da *equipe reflexiva* (Andersen, 2002) nos oferece um enquadre muito útil para a construção da diversidade já presente no serviço a favor da prática. Essa estruturação das

reuniões familiares cumpre ao menos duas funções importantes. A primeira delas, refere-se à introdução de um recurso conversacional que avaliamos como útil nos atendimentos, aumentando as possibilidades de a comunicação dialógica acontecer com a família, tal como aponta Andersen (2002). A segunda, refere-se à possibilidade da comunicação dialógica se dar também na relação entre os diferentes profissionais da equipe que, ao compartilharem seus diferentes olhares sobre os atendimentos, podem também construir “momentos de referência comum”.

Assim, as ações envolvidas na formação de duplas e na composição das equipes reflexivas são também formas de “preparação” do contexto conversacional. Tais ações favorecem a diversidade como forma de fomentar dialogia, por criarem a possibilidade de que todos participem do diálogo, tendo seus limites reconhecidos e seus recursos valorizados. Cuidando destes aspectos contextuais, temos conseguido criar boas circunstâncias para que diferentes vozes se apresentem, considerando tanto as experiências de vida que atravessam a constituição de cada profissional como pessoa, como os discursos profissionais e suas diferentes leituras sobre as situações que a família apresenta. É certo, contudo, que a preparação não garante o que se processa na conversa, o que dependerá também das dimensões responsivo-relacionais presentes no desenvolvimento das reuniões familiares propriamente ditas.

Participam do desenvolvimento das reuniões familiares um número expressivo de profissionais. Estimamos que estejam presentes semanalmente em torno de 3 a 4 profissionais da equipe fixa, de 3 a 4 estagiários da Psicologia, e cerca de 6 residentes de medicina e aprimorandos de saúde mental. Isso nos permite organizar os atendimentos de modo que cada família seja atendida por uma dupla de profissionais de diferentes especialidades. Em geral, realizamos entre 5 e 6 reuniões familiares na quarta-feira, simultaneamente.

Além desses cuidados, orientamos os profissionais responsáveis pelo acompanhamento individual de um paciente a

não assumir a responsabilidade pelo atendimento de sua família. Com isso, buscamos evitar duas situações que se mostrariam problemáticas, considerando os objetivos das reuniões familiares. A primeira, que o foco na “especialidade” que orienta as intervenções individuais junto aos pacientes em outros *settings*, se presentifique nas reuniões familiares. A segunda, que conversas desenvolvidas em outros contextos participem, inadvertidamente, das reuniões familiares. Tais diretrizes para a prática têm contribuído para que os profissionais se coloquem em uma atividade conjunta, na qual, juntos com as famílias, buscam construir um atendimento aberto, focado no diálogo e na busca por responderem às demandas trazidas pela família no momento, considerando a proposta específica da reunião familiar.

Também orientamos os profissionais para que só participem dos atendimentos que desejem. Assim, cuidamos para que possam ter liberdade para escolher não participar de algum atendimento, sem que seja necessário justificarem os motivos que os levam a tomar essa decisão. Como aponta a literatura, não é incomum que profissionais de saúde formem julgamentos negativos sobre as famílias (Souza & Scatena, 2005; Pinho, Hernandes & Kantorski, 2010). Trabalhar esses julgamentos no cotidiano é uma ação importante, mas nem sempre possível como uma ação anterior à formação das duplas de atendimento. Assim, buscamos nos “antecipar” a situações que possam gerar desconfortos tanto para estudantes quanto para os familiares. Ter uma relação empática inicial pela família, em nosso trabalho, pode auxiliar a construção da comunicação e, desse modo, constitui-se para nós uma forma de cuidar tanto dos profissionais, como dos familiares.

Alguns exemplos de nosso trabalho podem contribuir para dar visibilidade para como os elementos de estruturação da prática se apresentam no cotidiano do serviço. O trecho a seguir, extraído do diário de campo da primeira autora, relata uma situação rotineira de *organização dos atendimentos*.

Após o intervalo dos grupos, nos dirigimos à sala de prescrição para a organização das reuniões de família. Como na semana anterior já tínhamos dividido as duplas, a organização dos atendimentos estava mais simples de ser conduzida. Os profissionais da equipe fixa compunham duplas com estagiários ou residentes que estavam participando das reuniões pela primeira vez. Havia três famílias para serem atendidas naquele dia. Outras duas haviam justificado a ausência. Uma das pacientes tinha uma outra consulta agendada no HC, e outra tinha uma perícia. Desse modo, pudemos compor duas equipes reflexivas (uma com dois profissionais, outra com três). Discutimos a importância de ter equipe reflexiva no atendimento de Fabiana, que estava acompanhada do marido e dos filhos. Havia preocupação com o andamento da conversa e nos pareceu importante garantir a presença da equipe, tanto como apoio para os profissionais, como para ajudar a própria família. Também fizemos uma outra equipe, que pôde acompanhar o atendimento de Jéssica, apesar de termos dúvidas sobre o quanto ela poderia aproveitar a equipe, pois se mostrava muito quieta e pouco participativa nos grupos (Diário de campo, 13/03/2019).

Como citamos na apresentação do contexto de nosso estudo, uma breve reunião de preparação antecede as reuniões familiares. Nestas reuniões, construímos as duplas de profissionais responsáveis pelo atendimento de cada família, bem como escolhemos as reuniões nas quais haverá a presença da equipe reflexiva.

Na sala de reuniões de equipe, há um quadro com anotações compartilhadas pela equipe multiprofissional sobre as atividades oferecidas a cada paciente, bem como os profissionais responsáveis por seu desenvolvimento. No que tange especificamente às reuniões familiares, o quadro contém a informação sobre qual é a dupla de profissionais responsável pelo atendimento de cada família. Esse quadro é atualizado semanalmente, acompanhando as mudanças dos pacientes e da

equipe móvel³. Dessa forma, a utilização da equipe reflexiva como recurso nos atendimentos tem nos permitido tanto a valorização da polissemia, marcada pela compreensão de que observadores diferentes fazem distinções diferentes dos mesmos acontecimentos; como a horizontalização do processo conversacional, pela ampliação das vozes participantes na conversa (Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018; Guanaes-Lorenzi & Martins, 2020).

O trecho seguinte, desenvolvido na 4ª reunião com a família de Joel (Atendimento 1), é um exemplo desse tipo de uso. Joel e sua mãe estavam especialmente preocupados com a questão do diagnóstico. A conversa girava em torno da compreensão dos momentos de confusão vividos por Joel (descritos por ele como “tilte” ou “pane”), e dos possíveis limites que um diagnóstico de esquizofrenia poderia representar, incluindo seu medo de perder a razão e de ficar mais dependente de sua família no futuro. Entre outras ações, Tom (profissional contratado) explora os sentidos de esquizofrenia para Joel e Heloísa, buscando compreender o que este diagnóstico significava para eles na prática. Na conversa, lembra do filme “Uma mente brilhante”, resgatando uma situação em que a esquizofrenia, embora fosse uma parte importante da vida do personagem, não se mostrou algo limitante.

A entrada da equipe reflexiva amplia⁴ o diálogo em torno do “sentido da esquizofrenia”, trazendo novas possibilidades para a conversa.

³ Gerir esta rotatividade, de forma a permitir que todos participem das reuniões familiares, é um grande desafio. A cada mudança de “turma” (de três em três meses), as diretrizes para a prática são apresentadas de forma breve, visando criar condições mínimas para inclusão da equipe móvel nas atividades. Adicionalmente, separamos um conjunto mínimo de leituras, as quais são discutidas pelos supervisores imediatos ao longo do estágio dos alunos/aprimorandos no HD. Trata-se, portanto, de uma ação de educação continuada como parte de um processo de educação permanente.

⁴ A ampliação como uma ação responsivo-relacional dos profissionais com as famílias será explorada adiante. Neste momento, o foco está posto apenas no aspecto estrutural, isto é, de como a conversa com a equipe reflexiva cria determinadas possibilidades.

Tom: Eu lembrei desse personagem, né, porque eu fiquei pensando, né: O que é a esquizofrenia? Será que a esquizofrenia é...

Heloísa: É tão incapacitante?

Tom: Será que ela é tão feia assim? Será que é esse monstro, é, é... Essa... Quase que uma...

Joel: É...

Tom: Uma sentença, né?

Heloísa: De morte.

(...)

Joel: É, eu não sei...

Tom: Então, vamos ficar nesse ponto, porque eu quero ouvir o pessoal ali. Porque senão o Pedro briga depois comigo. [risos]

Heloísa: Porque não deixou ele falar! (...)

[risos] [Os sistemas trocam de lugar]

Nina: Pedro. Eu... Ouvindo a história do Joel e da Heloísa, eu fiquei pensando que... O quanto é difícil... E o quanto esse medo que o Joel tem é um medo legítimo diante de inúmeras situações que ele porventura venha a passar, né, se fechado esse diagnóstico. (...) Então, o que ficou pra mim – de tudo o que eu ouvi da Heloísa e do Joel... E desses nomes feios que o Tom colocou – é o que que a gente pode fazer com isso? (...) E também me pareceu que é uma percepção que a Heloísa tem, que não é uma coisa tão feia assim, que não é bater o carimbo em cima de uma esquizofrenia. Que, assim, entendendo a preocupação do Joel, mas não vendo isso como uma coisa que vai fechá-lo ou que vai incapacitá-lo. E aí eu fiquei pensando no que é que ele pode fazer agora. Coisas que ele pode reaprender. Né? Como é que ele pode... Pequenas coisas! É... Aprender a lidar melhor com esses “tiltes”, né? O que ele pode fazer com isso. O que pensar depois que isso acontece? Como saber lidar com essas situações. Né? Foi um pouco nesse sentido que eu fiquei pensando em tudo o que a gente ouviu, Pedro.

Pedro: É. É, Nina, você está falando essa coisa das situações, né, eu... Na verdade, eu acho que eu pensei isso agora, assim. Porque, independente do nome feio que a gente vai dar pra isso – se é esquizofrenia, se é esclerose, que a gente ainda não sabe – o Joel já vive determinadas coisas hoje. E... Esse nome, é... Vai mudar o que do que ele já vive hoje? Essa é uma coisa que eu fiquei pensando. E, em cima disso, dessas coisas que você falou, Nina, eu acho que a coisa que mais

me dá vontade de falar é, assim: Gente! Eles estão com a faca e com o queijo na mão. (...) Por quê? Eles já identificaram – e isso não é fácil – quais são os momentos que é mais fácil de “dar tilte”? Que é quando ele tá mais nervoso, quando ele tá mais cansado, quando ele fica mais irritado. Isso é um passo enorme! (01x04)

Esse exemplo ilustra como os profissionais constroem juntos uma linha de argumento, no próprio momento interativo. Enquanto Tom parecia, inicialmente, problematizar a ênfase que vinha sendo dada à questão do diagnóstico (como algo em si mesmo), a fala de Nina tanto legitima o sofrimento de Joel (sua preocupação com o futuro), como amplia para a questão prática de como lidar com as situações críticas (foco no presente). Pedro, na sequência, explicita que pensa algo a partir da fala de Nina, ou seja, no diálogo com ela. Assim, aponta que Heloísa e Joel já conseguiram identificar as situações concretas que levam Joel a experimentar as crises, o que permite que se planejem em relação às mesmas.

Foge do nosso objetivo, neste ponto, focalizar o desenvolvimento desta interação. No entanto, esse trecho ilustra de forma típica temas que são comuns às reuniões familiares (a preocupação com o diagnóstico, com a limitação, com a perda da autonomia), e a busca da equipe por orientar as conversas para uma abordagem mais concreta destes assuntos, inscrevendo tais temáticas nas situações cotidianas vividas pela família em seu convívio com as dificuldades trazidas pelo sofrimento mental (Dimenstein *et al.*, 2010). No caso citado, a atuação conjunta da equipe garante essa orientação à conversa, já que é no diálogo entre os profissionais que a orientação para o cotidiano se torna possível.

4.2.2. Formar Equipes com Diferentes Formações Profissionais

Na formação das equipes reflexivas, buscamos ativamente fomentar a diversidade a partir de diferentes parâmetros que pareçam interessantes para a construção da dialogia em determinado atendimento. Uma dessas formas costuma ser a

formação de equipes a partir dos critérios de sua formação profissional. Isso pode significar formar duplas de profissionais de diferentes especialidades, ou profissionais que estejam presentes no serviço a partir de posições diferentes. Por exemplo, podemos compor diversidades múltiplas a partir de diferentes critérios: desta ou daquela profissão; concursado ou contratado; formado ou em formação; parte do serviço ou consultor externo; equipe fixa ou equipe móvel. Neste último caso, cuidamos para que os profissionais em formação (equipe móvel) fiquem acompanhados de profissionais contratados ou da equipe móvel com mais experiência.

No trecho a seguir, buscamos exemplificar como as diferentes vozes profissionais se integram no trabalho com famílias, permitindo que diferentes observações contribuam para o diálogo em desenvolvimento. Buscamos ilustrar também a participação de profissionais de diferentes posições (equipe profissional e equipe em formação) e especialidades. Trata-se de um pequeno trecho de diálogo desenvolvido no Atendimento 3 (banco de dados).

Na 5ª reunião com a família, Olívia demonstra-se bastante preocupada com o processo de alta. Havia, da parte dela, a dúvida sobre o quanto poderia se envolver com o tratamento, pois temia que sua alta estivesse próxima e que pudesse dar início a um processo que não daria seguimento. Os profissionais convidam a equipe reflexiva para participar e, buscando auxiliar Olívia e a família na sua compreensão do processo de alta, o seguinte diálogo se desenvolve:

Pedro: Ô, Mia, eu acho que... Antes de eu... Eu tenho um caminho que eu acho que era bom a gente seguir. Mas, antes disso, eu queria conversar com você que... A Olívia, parece que, é... Me parece importante essa coisa da alta pra ela, né? E, como você é da equipe fixa, você sabe um pouco como funciona esse processo de alta, né?

Mia: Hm-hum.

Pedro: Eu queria, se você puder contar pra gente um pouquinho, como que... Rapidinho, assim... Para leigos [rindo]. Como que a

equipe chega a decidir se alguém vai ter alta ou não. Você pode me contar um pouco?

Mia: Hm-hum. É... Eu fiquei sentindo que ela sente que o paciente tem um papel mais passivo na alta. E eu vejo na forma como acontece aqui que eu acho que não é tão assim que acontece. Então, um dos principais critérios pra ter alta é perguntar para o paciente se ele acha que ele está preparado. Então, a equipe conversa, né, tanto com o paciente, quanto com o familiar. Pergunta se tem mais alguma coisa que o serviço pode contribuir...

Pedro: Hm-hum.

Mia: Pergunta se acha que está preparado... Então, é sempre uma conversa e sempre decidido junto. Nunca é algo que a equipe chega e fala assim: “Não, você vai ter alta semana que vem, você querendo ou não, estando preparado ou não”.

Pedro: Entendi. E... É... Você falou assim que é conversado com o paciente... Essa coisa da data? Ela é o mais importante?

Mia: Como assim?

Pedro: Tipo, é... A quantidade de tempo que a pessoa está aqui.

Mia: A gente fala que é em média quatro meses, né? Mas, tem gente que fica mais, tem gente que fica menos...(..)

Pedro: É. Tá bom. É o que eu imaginava mesmo. Porque eu não participo das altas, né? E... Eu fiquei pensando quando você fala isso, né, que é conversado com o paciente e, principalmente, que tem uma pergunta que é central nisso. Que é: Como ele acha que o Hospital ainda pode ajudá-lo?

Mia: Hm-hum.

Pedro: E, da forma como a Olívia está contando agora, eu fico com a sensação que... é... Eu não tenho clareza de como ela acha que o Hospital pode ajudá-la. Ainda.

Mia: Hm-hum.

Pedro: Você está me entendendo?

Mia: Estou.

Pedro: (...) E eu acho que, se ela ajudar a gente a responder essa pergunta... Como... O que mais ela acha que o Hospital pode ajudá-la? Isso pode ajudar a gente a entender o que mais ela vai ficar fazendo aqui. E por quanto tempo.

Mia: Eu fiquei pensando num sentido parecido. Me ficou a pergunta na cabeça, né? De como ela sente que ela precisa estar pra

falar: “Agora eu estou preparada”. E o que a mãe acha também que é estar preparada, né?

Pedro: Hm-hum. (03x05).

Neste exemplo, a equipe reflexiva intencionalmente explora os diferentes conhecimentos profissionais para conversar com a família. Pedro pede que Mia explicita a voz de sua experiência como profissional contratada (parte da equipe fixa, que conhece o HD) para contar sobre como funciona o processo de alta que ele mesmo, por ser da equipe móvel, não conhece tão bem. Este diálogo explicita estas diferentes posições, e mostra como, na conversa, profissionais diferentes fazem distinções diferentes sobre um mesmo tema, tal como destacado por Andersen (2002). No caso, Pedro, ao buscar se apoiar na voz de Mia, amplia o diálogo sobre o processo de alta, convidando Olívia a participar mais ativamente da construção de objetivos para seu tratamento. Mia, por sua vez, busca entender o significado de “estar preparada” para Olívia e para sua mãe, o que, em sua visão, parecia impedir que Olívia se envolvesse com as atividades propostas no HD. Com este exemplo, buscamos explicitar como a estrutura da equipe reflexiva favorece a participação das diferentes vozes profissionais na conversa.

Esse exemplo também ilustra como a organização dos atendimentos favorece que as reuniões sejam conduzidas de modo relativamente aberto. No caso, os profissionais responsáveis pelo atendimento de Olívia não são os mesmos profissionais que a acompanham individualmente em psicoterapia (psicólogo) ou em atendimento clínico (médico residente). Isso favorece que a reunião familiar não se transforme em uma conversa “sobre alta” (critérios médicos, avaliação de quadro clínico etc.), mas que seja uma conversa sobre como esta vem sendo vivenciada pela família naquele momento. Ilustra, portanto, a questão do foco na “especialidade”, citado anteriormente. A conversa na reunião familiar é mais aberta, pois foca nas questões do cotidiano da família e suas necessidades.

Obviamente, desenvolver a conversa de forma aberta só se faz possível por haver, no serviço, outros contextos que atendem a outras finalidades (discussão de medicação, tratamento psicológico, terapia ocupacional, assistência social etc.) e que participam do tratamento, com suas próprias linguagens e vocabulários. Como dissemos na apresentação do contexto, o HD oferece um amplo leque de atividades clínicas e psicossociais, realizadas por diferentes profissionais em seus núcleos específicos de competência. Portanto, a prática das reuniões familiares é parte de um sistema mais amplo, de forma que o cuidado em saúde mental resulta da articulação entre todas essas ações.

Entendemos que este modo de estruturação da prática interdisciplinar nas reuniões interdisciplinares tem contribuído também para a construção de um senso de responsabilidade compartilhada entre os profissionais da equipe de saúde mental. A tarefa de desenvolver o diálogo com a família em conjunto com um ou mais colegas leva os profissionais a conversarem mais entre si, inclusive negociando, na presença da família, o rumo dos próprios atendimentos. As conversas que demonstram este senso de responsabilidade compartilhada da equipe aparecem em diferentes momentos das reuniões familiares, bem como nas reuniões de preparação e de discussão de caso para aprimoramento profissional. Tais conversas, por sua vez, integram a cultura da instituição de responsabilização (vide, por exemplo, a prática já instituída, neste contexto, de trabalho em miniequipes de referência)⁵.

⁵ Não analisamos o trabalho dos profissionais em outros contextos institucionais, para além da prática das reuniões familiares. No entanto, julgamos fundamental reconhecer que a própria possibilidade de estruturar o trabalho com famílias do modo como fizemos (de uma forma colaborativa e dialógica) relaciona-se a aspectos mais amplos do contexto, os quais não fizeram parte do escopo desta investigação. O processo de produção de sentidos e práticas sobre influência de aspectos relacionais e de contextos (como, por exemplo, a cultura de gestão e organização da instituição), o que, por sua vez, influencia na dinâmica relacional das equipes de trabalho em contextos de saúde (para aprofundamento deste tipo de análise, sugerimos: Doricci & Guanaes-Lorenzi, 2020; e Doricci, Caccia-Bava & Guanaes-Lorenzi, 2020).

Como se observará em muitos trechos apresentados ao longo deste livro, é comum que os profissionais conversem entre si nos atendimentos, de modo a pactuarem entre eles e com a família os rumos da conversa a ser desenvolvida. Ao desafiarem, assim, a tradição individualista que tem orientado a prática profissional, a realização do atendimento conjuntamente tira o profissional de saúde mental do isolamento e permite a construção de uma ética compartilhada no atendimento familiar. Divide-se, desse modo, tanto o peso do diálogo nas situações mais desafiadoras, como a conquista pelos laços construídos com as famílias no processo conversacional.

Como mais uma forma de ilustrar o uso da diversidade na formação das equipes reflexivas, trazemos agora a possibilidade de formar duplas com profissionais de diferentes níveis de formação. Com isso, tentamos responder à demanda da equipe por investir em um modelo de formação em serviço, no qual o aprendizado entre teoria e prática acontece de modo entrelaçado.

O exemplo a seguir pode contribuir para a visualização desse sentido. Na segunda sessão da família de Raquel (Atendimento 2), Helena (profissional contratada) começa um caminho de investigação sobre determinado assunto, e busca verificar com Lana (profissional em formação) se ela tinha avaliado a questão da mesma maneira. Em sua fala, Helena tanto busca explorar os entendimentos da família, como também de Lana. A confirmação de que Lana estava percebendo a situação de forma semelhante parece dar maior confiança para que Helena continue sua fala em uma certa direção:

Helena: Eu fiquei pensando, Lana, assim... Não sei o que vocês acham, né? Mas... A... A sensação que eu tive, Esther, que quando a Lana perguntou desse processo que está acontecendo e que nós não estamos sabendo. (...) Me chamou muito atenção quando a Esther conta a história, né, Lana, de que faz oito meses que você está nessa busca de mudanças, não é, e você traz muito a questão das mudanças internas. (...) Essa questão da Raquel e vocês duas

pensarem nisso tem muito a ver com essa possibilidade também de continuar fazendo essas mudanças, de continuar fazendo essas mudanças internas e de uma forma também de a Raquel ter autonomia, conseguir ter essa liberdade. É isso?

Esther: Isso, exatamente.

Helena: E pra você, Raquel? Me chama atenção isso, né, porque... Você pensou assim, Lana, também?

Lana: Hm-hum. Hm-hum. (02x05).

Movimento similar acontece em outras reuniões com esta família, sempre com a função de que Helena e Lana se envolvessem de modo igualitário na condução do diálogo. Para citar mais um exemplo nessa direção, apresentamos um breve trecho de interação na sexta reunião familiar. Raquel diz à equipe que estava se sentindo “eufórica” com as mudanças (melhoras) que vinha experimentando em decorrência de seu tratamento no HD. Helena busca explorar o sentido da euforia, mas o faz de modo a incluir Lana no diálogo que deseja construir com Raquel a partir daquele momento.

Helena: É, mas... Desde o começo da reunião, eu achei interessante, Lana, eu... alguns movimentos, assim, do grupo, né? Eu achei interessante quando a Raquel reorganiza a cadeira pra fazer um fechamento do grupo assim. Tipo, “a conversa é nossa aqui”, a preocupação dela com relação à Equipe Reflexiva e, principalmente, Raquel, tô aqui pensando, desse movimento todo que ela ficou pensando das melhoras. Né? E eu fiquei curiosa em entender o que é essa euforia? E uma euforia que provocou o que ela ia dizer hoje aqui. E eu fiquei um pouco curiosa pra entender o que foi esse processo. (...) Você [Lana] não ficou um pouco curiosa também? Euforia né?

Lana: Eu tô fazendo várias hipóteses aqui, mas só vou saber se a Raquel falar mais! [risos] (02x06).

Nesse trecho, parece haver uma integração entre as profissionais. Embora tenha sido convidada por Helena para falar sua opinião, Lana prefere dar voz a Raquel, reforçando o caminho

que já iniciado por Helena, assim também colocando em prática a orientação teórica para as reuniões familiares, de que é mais importante dar voz aos clientes do que apresentar posições fechadas ou definidas sobre as problemáticas trazidas para este contexto.

Com estes exemplos, buscamos dar visibilidade para a estruturação da prática das reuniões familiares (atuação em equipe reflexiva e atuação conjunta por profissionais de diferentes especialidades) que criam possibilidades para a ação interdisciplinar, criando uma prática que se concretiza na colaboração que se estabelece entre os próprios profissionais no cotidiano. Assim, em termos estruturais, a prática das reuniões familiares adota o “espaço aberto” ou expansão da escolha como um valor, criando condições para que diferentes vozes (e disciplinas, discursos etc.) participem do diálogo em desenvolvimento (Gosnell *et al.*, 2017).

Quadro 2. Ampliando Recursos por meio da Diversidade

Vamos Praticar?

Ampliando Recursos por meio da Diversidade

Diversidade é palavra em voga e pode adquirir diferentes sentidos. Certa vez, em entrevista sobre seu filme “Milk” – que trata da luta do ativista Harvey Milk pelos direitos gays no contexto dos Estados Unidos da década de 1970 – o roteirista e diretor de cinema Dustin Lance Black disse: “Todo mundo é diferente, dependendo de como você corta a pizza”. Sua fala nos convida a pensar sobre como os critérios utilizados para separar as pessoas em “categorias” não são necessariamente dados a priori, mas sempre negociados em linguagem, tanto inserida em uma cultura e momento histórico específicos, quanto produzida de acordo com os propósitos situados das pessoas interagindo em um determinado momento. A forma como “cortamos a pizza”, ou seja, a forma como dividimos o mundo, não é óbvia e nem fixa. Encontrar e utilizar a diversidade no contexto do trabalho com famílias, portanto, pode ser tarefa criativa.

Vamos olhar para o seu contexto sob esta ótica? Comece fazendo uma lista das pessoas que trabalham com você e que, potencialmente, poderiam participar do trabalho com as famílias. Sem refletir muito, responda: **Qual o**

critério mais óbvio de divisão dessas pessoas? Utilize agora este critério para apreciar a diversidade presente entre este grupo. Quantos “subgrupos” se formam a partir dessa possibilidade de divisão? O que essa diversidade te permite ver acerca do serviço? Como ela pode ser favorável para o contexto do trabalho para as famílias? Vamos, agora, além do óbvio e mais explícito. Junte novamente todas essas pessoas em um grande grupo e as observe. De que outras formas você pode cortar esta pizza? Tente encontrar pelo menos outros dois critérios que lhe pareçam úteis e faça novamente as divisões, refletindo sobre seus efeitos. Que possibilidades cada critério abre? Que limites ele coloca?

Depois de fazer este exercício, tente novamente recortar a pizza ainda de outras maneiras. A seguir, fizemos uma lista de critérios que podem ser úteis. Você pode utilizá-la para contemplar diferentes possibilidades de uso da diversidade em seu serviço. Mas, não se prenda a ela. Continue a se perguntar: que outras formas de cortar essa pizza podem ser mais úteis em cada momento em seu trabalho com famílias?

- Formação profissional.
- Tempo de experiência profissional.
- Experiência de trabalho com famílias.
- Disciplina de origem.
- Disciplina de pós-graduação.
- Equipe fixa ou equipe móvel.
- Membro da equipe ou consultor externo.
- Gênero.
- Sexualidade.
- Vivências pessoais com questões de saúde mental.
- Concepções pessoais de família.

4.3. Formação

No contexto da saúde coletiva, processos de educação permanente têm sido valorizados como forma de qualificar a assistência em saúde mental. Como define Silva (2017), a Educação Permanente em Saúde fundamenta-se na “relevância social do processo ensino-aprendizagem, a partir da junção dos saberes técnicos e científicos com as dimensões éticas da vida, do trabalho, das pessoas e das relações” (p. 53). Articula-se, segundo

a autora, pela busca de romper com a lógica tradicional de formação no campo da saúde, muitas vezes baseada em técnicas, habilidades e procedimentos, não considerando a complexidade do ser humano, do processo saúde-doença, e das relações envolvidas na produção do cuidado em saúde. Assim, a Educação Permanente “tem seu potencial na micropolítica e deve ser utilizada como forma de fomentar o pensamento crítico, com vistas ao exercício do trabalho significativo, politizado e criativo” (Silva, 2017, p. 51).

Em nossa experiência, valorizamos modelos de formação em serviço, considerando a configuração geralmente mista das equipes de saúde, tanto em função da multiprofissionalidade, como de níveis de formação. É comum que instituições, sobretudo aquelas relacionadas a universidades, tenham também a missão de ensino, acolhendo estudantes em formação ou profissionais que desenvolvem cursos de residência ou aprimoramento profissional. Em função dessas características das instituições com as quais trabalhamos, temos considerado o trabalho em equipe reflexiva como algo que pode contribuir para que uma proposta de formação contínua, aliada ou não à lógica da educação permanente, se desenvolva, o que se dá de duas formas: criando a possibilidade de aprendizagem supervisionada, em tempo real, a partir da própria ação profissional; e por meio da criação de espaços de intervenção. Esses itens serão analisados a seguir.

4.3.1. Participar de contextos para atendimento supervisionado

A prática do profissional de saúde, com frequência, é feita de modo isolado e individual, o que se deve tanto à tradição individualista que atravessa nossa sociedade, como também à falta de recursos humanos e dificuldades de gestão do tempo, que trazem desafios para que possamos agir de forma mais colaborativa no interior das equipes de saúde. Dentro dessa, geralmente a supervisão de processos terapêuticos é feita por meio do relato dos casos atendidos, quando um profissional relata

sua ação profissional a um supervisor que, a partir de sua experiência, pode oferecer novas possibilidades e olhares ao relato do atendimento realizado.

Descrevemos anteriormente que trabalhar com processos reflexivos, sobretudo com a presença de equipe reflexiva nos atendimentos, tem sido um recurso importante para nossa atuação, nos permitindo explorar diferentes formas de configuração de nosso trabalho e valorizar a diversidade presente na composição da equipe. Somado a isso, o trabalho com a equipe reflexiva tem nos trazido a possibilidade de que os atendimentos sejam supervisionados em seu próprio acontecer. Assim, utilizamos nossa posição como apoiadores institucionais para nos inserirmos nos atendimentos como equipe reflexiva e, assim, contribuir com nossa experiência profissional, tanto para os atendimentos das famílias, como com a formação dos profissionais do serviço. Em nossa experiência, geralmente somos convidados a integrar a equipe reflexiva em atendimentos que os profissionais de saúde consideram mais desafiadores, justamente pela expectativa de que a equipe possa contribuir com a construção de novos olhares.

Um exemplo pode dar visibilidade para como a estruturação deste tipo de cenário de aprendizagem a partir da prática se desenvolve. Na 3ª reunião com a família de Joel (Atendimento 1), Tom usa do humor para apresentar a presença da supervisora no atendimento. No caso, a família conversava sobre a questão do diagnóstico, apontando o quanto parecia difícil aceitá-lo. Para Joel, o diagnóstico era como uma “carga pesada” a ser carregada e trazia mais um limite para sua vida. Ao chamar a equipe reflexiva, Tom refere-se à professora presente no atendimento, e Heloísa (mãe de Joel) se surpreende, rapidamente compreendendo o delineamento de nosso trabalho: “somos todos professores e aprendizes”.

Tom: Como será que a gente tira um pouco desse peso, né? É... Eu tô fazendo até uma coisa diferente, né? Depois a minha professora ali [olha pra Carla], ela vai me falar se eu to fazendo certo ou não,

mas, assim, eu vou chamar a Reflexiva já com uma pergunta, né? O que que a gente faz com esses pesos, né?

[Movimentação das cadeiras]

Heloísa: A Carla é professora de vocês? É? Não sabia. Bom, nessa vida, somos todos professores e aprendizes!

Carla: Isso aí!

Tom: Aham!

[Os sistemas trocam de lugar]

Carla: É... Então, eu vou voltar pra minha pergunta, né, pra responder à pergunta do Tom. É... (inicia fala sobre a questão dos rótulos, respondendo à pergunta de Tom. (01x03).

Heloísa desconhecia o lugar de apoiadora institucional que Carla ocupava no atendimento, e valoriza que, naquele contexto de trabalho, os lugares de aprendizagem podem estar misturados. Desse lugar, Carla tanto contribui observando a atuação profissional de Tom, refletindo sobre aspectos teóricos e técnicos que podem ser discutidos posteriormente na intervenção, como contribui com o desenrolar do atendimento, apresentando suas reflexões sobre a conversa, por meio de sua atuação como membro da equipe reflexiva.

4.3.2. Participar de contextos de intervenção

As conversas tecidas nas reuniões de discussão que se seguem às reuniões familiares partem de uma lógica da educação permanente em saúde e, portanto, são desenvolvidas no cotidiano do trabalho. Isso permite que a equipe profissional produza um conhecimento aplicado e relacionado às demandas concretas presentes no seu cotidiano de trabalho (Silva, 2017).

Entre outros aspectos interessantes de serem apontados, destacamos a busca por tecer essas conversas de forma dialógica, respeitando que os profissionais e estudantes ali presentes partem de diferentes tradições e disciplinas, e, portanto, apresentam diferentes visões de mundo. Nesse sentido, a compreensão das diferentes teorias como “opções discursivas” (McNamee, 2005)

tem nos auxiliado a tecer diálogos produtivos com os profissionais da equipe. Buscamos assumir uma perspectiva pragmática, que convida à reflexão sobre os efeitos do uso de diferentes discursos para a prática. Assim, nenhum discurso é banido ou valorizado *a priori*. Todos são considerados em relação ao que eles promovem como abertura e restrição na interação com as famílias. As discussões tecidas após as reuniões têm se mostrado ótimos contextos para reflexão e revisão da prática a partir desse posicionamento. Consideramos que a reflexão é uma ação central para criação de possibilidades, permitindo explorar diferentes vozes e criar conexões com pensamentos diferentes.

Como exemplo, citamos um diálogo tecido em uma das reuniões realizadas posteriormente ao atendimento, para reflexão sobre a prática. Durante a discussão, um dos residentes trouxe sua concepção de que, ao focar a conversa nas necessidades da paciente em semi-internação, a família distanciava-se de olhar para outras questões, as quais seriam importantes de serem observadas na visita domiciliar. Ele apontava outras problemáticas da família, que pareciam ser vividas como “segredo”. Nesta situação, buscamos discutir com o grupo o quanto aquela era uma leitura pertinente e bastante difundida no campo da terapia familiar. Retomamos o histórico da área, relembando as teorias sobre “paciente identificado” e sobre a possibilidade de que o paciente seja depositário de ansiedades da família (Pichón-Rivière, 1983). No entanto, diferenciando nosso espaço de uma terapia familiar, buscamos refletir conjuntamente sobre como aquela leitura poderia nos auxiliar, na prática, a tecer o processo conversacional com aquela família, considerando tantos os limites de nosso contexto, como os objetivos definidos conjuntamente para as reuniões familiares. Buscamos assim, valorizar que aquela era uma leitura teórica possível, ao mesmo tempo em que fizemos o convite para pensarmos nos efeitos pragmáticos de se tecer aquela análise naquele momento, a qual parecia sugerir que a família corroborava de algum modo com a problemática vivida, o que poderia, inadvertidamente, contribuir com sua culpabilização – risco

apontado na literatura em saúde mental (Rosa, 2004; Constantinidis, 2017; Vecchia & Martins, 2009).

A partir disso, buscamos refletir sobre o quanto a hipótese formulada pelo residente poderia auxiliar no diálogo com aquela família, de modo que ela sentisse confiança na equipe para trazer seus sofrimentos e dores, para além dos desafios concretos que viviam na atualidade em virtude das dificuldades de saúde mental da paciente. Essa conversa nos permitiu refletir sobre como, na prática, ao fazermos uso de determinadas teorias explicativas, construímos realidades específicas para os familiares envolvidos.

Da mesma forma, considerando o contexto em que atuamos – um serviço multiprofissional, em que os participantes fazem uso de tratamentos médicos e psicossociais para reabilitação em saúde mental – é comum que as conversas sobre diagnóstico façam parte de nossos diálogos. Estas não são, em absoluto, ignoradas. No entanto, buscamos sempre incentivar os participantes a considerarem como as conversas sobre diagnóstico fazem parte dos atendimentos, evitando fechar o diálogo muito rapidamente. Assim, é possível que os profissionais recorram nas reuniões familiares a explicações sobre o adoecimento mental. Mais comum, no entanto, é que usem esse contexto para explorar os sentidos dados pela família a esta experiência, bem como para refletir sobre como os familiares organizam seu cotidiano ou manejam as situações de crise.

Neste ponto, buscamos chamar a atenção para como a dialogia se apresenta na relação entre a própria equipe profissional, criando contextos para que diferentes vozes e discursos participem do diálogo em movimento. A ideia, de nossa prática, é a inclusão, e não a exclusão – de atores, vozes e discursos. Buscamos manter o “espaço aberto” (a expansão da escolha) presente também na relação entre profissionais. Assim, as reuniões de preparação e de discussão não contribuem apenas com a formação, mas com a própria construção de uma cultura de

diálogo e participação que, como define Doricci & Guanaes-Lorenzi (2020) é fundamental na atuação interdisciplinar.

Fundamental nessa postura é a permanente busca por relações mais horizontais no interior da própria equipe e também entre esta e os apoiadores institucionais. Consideramos que trabalhar a colaboração e o diálogo no interior da própria equipe é fundamental para que o trabalho com famílias possa também acontecer com base nesses valores. Investir em contextos para intervenção é, portanto, um importante elemento estruturador da prática das relações familiares. Ela sustenta uma ação constante no interior da equipe de rever aportes teóricos para a prática, bem como compartilhar dúvidas e questionamentos. Ela também permite refazer acordos, renegociar combinados, alterar duplas, enfim, cuidar para que a prática não se perca diante de um contexto tão dinâmico, marcado por constantes mudanças dos apoiadores institucionais, da equipe e de pacientes/familiares.

Quadro 3. Construindo Espaços para a Aprendizagem Continuar

Vamos Praticar?

Construindo Espaços para a Aprendizagem Continuar

Aprender é processo contínuo. A prática profissional se transforma quando compreendemos que “somos todos aprendizes”. Estruturar cenários que favorecem o intercâmbio entre profissionais pode transformar contextos solitários e desafiadores em contextos colaborativos de prática profissional. Vamos pensar em como isso pode ser aprofundado em seu contexto de trabalho com famílias?

Comece pensando quais são, atualmente, os espaços já disponíveis para o diálogo e a troca de experiências entre as pessoas de sua equipe. Onde eles acontecem? Quem costuma participar mais ativamente destes espaços? Quem tem direito à fala neles? Quem fica mais calado? Comece procurando pelas brechas nesses espaços. Se você pudesse ampliá-los um pouco mais, como faria isso? Seria aumentando seu tempo de duração? Sua frequência? A quantidade de pessoas envolvidas? A qualidade do diálogo?

Agora, vamos imaginar juntos a construção mais específica de um espaço de intervenção para o acompanhamento da prática cotidiana. Em que momento da rotina profissional mais pessoas interessadas poderiam participar? Tente imaginar que ações poderiam auxiliar as pessoas do serviço a se sentirem convidadas a ocuparem este lugar. Qual o lugar físico onde acontece? Quem conduz a reunião? Como ela é conduzida? Como as diferentes vozes são apreciadas? Em nossa experiência, a equipe reflexiva se mostra um recurso muito útil para este fim. Seria possível implementar esse recurso de alguma forma em seu contexto?

Busque também refletir sobre os recursos conversacionais ou opções discursivas que orientam suas ações nos atendimentos. Tente, primeiro, nomear quais são os valores que orientam a prática com famílias no serviço. As opções teórico-técnicas da equipe vão ao encontro desses valores? Que efeitos práticos elas geram? Elas se mostram suficientes para responder aos pedidos e necessidades das famílias? Que lacunas essas opções deixam e como você pode ajudar a preenchê-las?

Capítulo 5

Aspectos responsivo-relacionais: a comunicação dialógica nas reuniões familiares

Ouvir também é ver. Não só ‘as pausas’ podem ser vistas, mas também as ‘aberturas’ que nós, profissionais, poderíamos usar como ponto de partida para nossas perguntas. (...) A pessoa que escuta, além de escutar a tudo o que é dito, também vê como é proferido.
(Andersen, 2002, p. 158)

Nos aspectos contextuais, buscamos dar visibilidade para como ações de preparação, de valorização da diversidade e de formação podem favorecer a comunicação dialógica entre os profissionais de saúde mental. Neste capítulo, focalizaremos a comunicação dialógica na relação entre profissionais e familiares – isto é, no interior das reuniões familiares propriamente ditas. Para tanto, buscamos nomear algumas ações desenvolvidas no contexto dessas reuniões, articulando-as a noções teóricas e técnicas que orientam nossa prática no cotidiano. Nossa intenção, com a descrição destas ações, é dar visibilidade para como a responsividade da equipe de saúde mental às demandas apresentadas pelas famílias se manifesta no cotidiano nas ações discursivas e corporificadas que desenvolvem. Assim como na análise apresentada no capítulo anterior, as categorias aqui nomeadas cumprem fins didáticos. Na prática, as ações que

descrevemos se dão de forma articulada, podendo se sobrepor em muitos momentos.

Nomeamos alguns aspectos que atravessam a interação entre profissionais e famílias como “responsivo-relacionais” por nos inspirarmos na versão de John Shotter (2010; 2015) de construcionismo social. Como descrito anteriormente, este autor apresenta contribuições importantes para compreensão da comunicação dialógica, ao focalizar o momento interativo, com ênfase em como as pessoas, de dentro de seus relacionamentos, produzem sentidos sobre seus arredores. Para este autor, é preciso assumir uma compreensão ampla de linguagem, que compreenda seus aspectos discursivos e também não discursivos. O sentido, para o autor, é uma realização conjunta, que depende de como coordenamos nossas ações, por vezes antecipando entendimentos a partir do que vivenciamos a partir de dentro dos relacionamentos com os outros. Ou seja, não importa apenas o que falamos, mas como falamos, com quem falamos, em que contexto e em resposta a quais circunstâncias.

Por compartilharmos dessa visão ampla sobre o processo de significação sabemos que a responsividade nas relações humanas envolve também aspectos difíceis de serem traduzidos por elementos “observáveis”. É mais fácil, para nós pesquisadores, tecermos análises discursivas. Isso, contudo, não significa compreendermos que tudo o que se passa no processo comunicacional é da ordem do discurso. A maneira como vivenciamos nossas relações envolve também dimensões corporificadas, afetivas e relacionais, difíceis de serem descritas objetivamente.

Isso guarda relação com a reflexão de Shotter (2017) sobre comunicação terapêutica. Para o autor, as pessoas procuram ajuda terapêutica quando encontram dificuldades de orientação, e não de intelecto, isto é, quando encontram desafios para seguirem juntas em suas vidas e relacionamentos. Tais dificuldades são complexas, assim não podem ser solucionadas apenas com novas informações (conhecimento teórico), ou apenas com recursos

técnicos (como fazer ou proceder). Estão relacionadas a novos modos de conhecimento e, por isso, precisam de um tipo de qualidade de interação distinta, possível apenas em interações dialogicamente estruturadas. Assim, criar contextos em que as famílias possam comunicar suas dificuldades de orientação em relação ao mundo é importante, ainda que desafiador. Por isso, as duas palavras escolhidas como título desta seção são relevantes: responsividade e relacionamento.

Em nosso esforço de nomear alguns aspectos responsivo-relacionais, é possível que tenhamos simplificado o momento interativo e a ideia de ação-conjunta; por outro lado, acreditamos ter conseguido dar visibilidade para dimensões comumente pouco valorizadas na literatura tradicional, em sua tendência de superestimar conhecimentos teóricos e técnicos de intervenção sustentados pela ideia de neutralidade do profissional de saúde e em visões mais mecanicistas sobre o que é ser alguém (Shotter, 1977).

Como apresentamos a seguir, a partir de nossa prática, identificamos e nomeamos alguns aspectos nas interações com as famílias que podem contribuir para a comunicação dialógica. Eles envolvem dimensões discursivas, relacionais, afetivas e corporificadas que se fazem presentes quando nos abrimos para escutar e compreender as necessidades de famílias que em seu cotidiano se deparam com dificuldades de orientação – isto é, que gostariam de encontrar outros modos de se relacionarem com seus arredores.

Tabela 10. Aspectos responsivo-relacionais

Aspectos responsivo-relacionais	
Horizontalização	<ul style="list-style-type: none">▪ Posicionar a família como protagonista e construir relacionalmente os objetivos do atendimento▪ Convidar a própria família para apresentar o trabalho a novos integrantes▪ Avaliar constantemente o processo conversacional
Afetividade	<ul style="list-style-type: none">▪ Expressar gratidão▪ Valorizar aprendizagem mútua▪ Demonstrar carinho▪ Demonstrar humor e descontração
Transparência	<ul style="list-style-type: none">▪ Tornar público diálogos internos▪ Compartilhar histórias pessoais
Alusão	<ul style="list-style-type: none">▪ Utilizar linguagem metafórica▪ Utilizar recursos estéticos
Ampliação	<ul style="list-style-type: none">▪ Criar contexto seguro para conversas francas▪ Explorar diálogo entre vozes presentes e presentificadas▪ Reconhecer a dimensão social das problemáticas apresentadas

5.1. Horizontalização

A horizontalização é um processo resultante de um conjunto de ações discursivas e corporificadas voltadas à construção de uma relação mais democrática com a família, em que esta é valorizada e posicionada como protagonista do atendimento, podendo decidir sobre os rumos que quer dar ao processo conversacional. A discussão sobre o protagonismo das pessoas nos atendimentos tem ampla história de discussão. No campo da saúde mental, a luta de usuários e familiares por mudar as relações com os serviços de saúde mental marca o processo de reforma psiquiátrica e traz, em seu seio, a denúncia aos riscos de abuso de poder nas práticas de saúde (Amarante & Nunes, 2018). Mesmo com tão longa história, as

práticas de cuidado se fazem ainda atravessadas por relações de autoridade, sustentadas no olhar do especialista por profissão como posição de superioridade.

No campo dos estudos construcionistas, diferentes autores têm buscado valorizar a criação de contextos de diálogo mais horizontais, orientados pela centralização do usuário ou família no processo de cuidado. A horizontalização pode ser considerada como o centro das práticas colaborativas, que sustenta a postura de não saber como forma de impedir que o profissional exerça um poder colonizador sobre o cliente, a partir da imposição de seu saber normativo (Anderson, 2009). Também as práticas narrativas se opõem a qualquer forma de exercício de autoridade de uma pessoa sobre outra (White & Epston, 1990). Do mesmo modo, os processos reflexivos têm em sua origem a busca por democratizar o espaço terapêutico, criando meios para que múltiplas vozes possam se entrelaçar, e garantindo à família a opção da escolha pelos caminhos considerados por ela como preferíveis (Andersen, 2002). Mais recentemente, as propostas de diálogos abertos avançaram ainda mais, propondo que decisões relevantes sobre a pessoa em crise sejam tomadas envolvendo necessariamente sua participação, bem como a de sua família e das pessoas que consideram como parte de suas redes sociais significativas, fortalecendo a base comunitária das ações em saúde mental (Seikkula, 2007; Seikkula & Arnkil, 2020). Sendo essas as principais inspirações teóricas para o trabalho nas reuniões familiares, consideramos importante retomá-las para definição de horizontalização.

Na prática, há muitos meios de promover a horizontalização, alguns mais sutis, e outros passíveis de serem observados no uso da linguagem. Em nossa pesquisa, observamos que três ações muito simples parecem ser úteis para promover maior horizontalização nos diálogos construídos com as famílias, e incluem movimentos, por parte da equipe, de: posicionar a família como protagonista e construir relacionalmente os objetivos dos atendimentos; convidar a própria família para apresentar as reuniões

familiares a novos integrantes; e avaliar permanentemente o processo conversacional.

5.1.1. Posicionar a família como protagonista e construir relacionalmente os objetivos para os atendimentos

No trabalho que realizamos como apoiadores institucionais no HD, temos orientado os profissionais a começarem as reuniões familiares com perguntas amplas e abertas, que permitam às famílias trazerem para discussão aquilo que mais lhes interessa, bem como escolherem as pessoas significativas para participação nas reuniões familiares. Tal postura é compatível com o que sugere Anderson (2009) de que o problema organiza o sistema. Para o profissional isso implica romper com a busca por dirigir a conversa a partir de temas pré-definidos, trabalhando com aquilo que a família traz como importante no próprio momento interativo.

Como é possível apreender a partir da leitura das sínteses apresentadas (Tabelas 5, 6 e 7) o primeiro encontro com cada uma das famílias tem como objetivo a construção relacional de pedidos e objetivos para os atendimentos. Essa construção é feita de forma singular com cada família, uma vez que a equipe busca guiar-se por aquilo que é apresentado como relevante. No entanto, cada profissional pode apresentar um estilo próprio de participação no diálogo, descrevendo a proposta de trabalho nas reuniões familiares de forma particular. Passemos à análise de alguns exemplos.

No Atendimento 1, Tom (profissional da equipe fixa), após apresentar todos os participantes da conversa, explicar o funcionamento da equipe reflexiva e negociar com a família a necessidade e a temperatura do ar condicionado, apresentou a proposta da reunião familiar da seguinte forma:

Tom: É... Qual que é a ideia deste espaço nosso... É um espaço pra vocês. Então a ideia é que vocês podem estar usando este espaço pra conversar daquilo que vocês quiserem. Então, daquilo que vocês acharem que é importante estar conversando aqui com a

gente. Então, aí vocês que vão estar trazendo pra gente o que que vocês gostariam de estar conversando. E a ideia é que eu e a Monique, a gente possa ajudar vocês a estar pensando, a estar conversando a respeito do que vocês acham que é importante. Então, é com vocês! (01x01)

Em resposta à apresentação de Tom, a família prontamente inicia um relato sobre a motivação para o tratamento no HD, contando sobre o histórico que os levou a pedir ajuda. Assim, a resposta à pergunta não é objetiva, como se trouxesse a apresentação de um tema, mas um movimento da família em resposta ao convite que recebeu, movimento este que passa a ser acompanhado pela equipe ao longo do processo conversacional. No atendimento 1, é apenas após a fala da equipe reflexiva que começa a se delinear a questão relevante a ser discutida, que se refere inicialmente ao desejo de aceitação da homossexualidade por parte de Joel (Martins, 2017). Por ora, interessa apenas dar visibilidade para como o convite aberto à participação é uma forma de posicionar discursivamente a família como protagonista das reuniões, construindo o solo para a comunicação dialógica florescer.

No Atendimento 2, Helena conduz a apresentação da proposta da reunião familiar à família de Raquel, como segue:

Helena: Mas, o intuito dessa... dessa reunião em si é o trabalho com o familiar. Então, com quem ela eleger pra estar aqui na quarta-feira que, no caso, com a Esther, com a mãe dela. Então, este momento é um momento pra vocês trabalharem vocês. Né? Trabalhar a família, trabalharem questões que vocês gostariam de compartilhar. Momentos, é... É o momento de vocês. O momento de vocês conversarem, o momento de vocês... se conhecerem melhor. O momento de vocês conhecerem um pouco melhor a doença. De conhecer um pouco melhor a Raquel. A Raquel conhecer um pouco melhor a Esther. É um espaço de vocês. É um espaço que será criado pra vocês terem essa conversa. Tá? Lógico que nós duas estaremos aqui... As duas que faremos parte dessa reunião, a Lana e eu. E sempre essa reunião terá a Equipe Reflexiva como os observadores

dessa conversa (...). Então, é este espaço pra vocês. É um espaço de conversa, de diálogo, entre a família, entre vocês. A Raquel tá chegando essa semana, então é tudo muito novo, né, Raquel?

Raquel: Sim.

Helena: E como que você tá se sentindo? Eu acho que nós podemos começar nossa... nossa... Assim, é o espaço de vocês, mas, eu já tô curiosa pra saber como que a Raquel tá se sentindo.

Raquel: É... Eu tô me sentindo... Frustrada.

Helena: Frustrada?

(Raquel explica sua frustração, contando sobre o sentido da internação psiquiátrica naquele momento em sua vida, interrompendo seus projetos e sonhos relacionados aos estudos, por exemplo) (02x01).

Helena busca oferecer vários elementos para a família compreender o enquadre da reunião familiar. Inicialmente, chama a atenção para a questão da participação – nomeando que é Raquel quem elege quem deve participar do atendimento. Trata-se de um apontamento importante, que traduz, na prática, nossa tentativa de orientar os profissionais para saírem da lógica do “familiar acompanhante/informante” (R. Campos, 2001; Navarini & Hirdes, 2008), na qual participa apenas aquele que pode, seja por conveniência ou pelas próprias questões de gênero associadas ao provimento do cuidado doméstico (Rosa, 2004). O uso repetitivo da expressão “é um espaço de vocês” (de vocês, entre vocês, para vocês), dá visibilidade à tentativa de posicionar a família no centro do atendimento, podendo decidir como utilizar o “espaço” que lhe é oferecido. Além disso, Helena busca dar exemplos de alguns usos que a família pode fazer do “espaço”, incluindo conversarem, se conhecerem melhor e entenderem melhor a doença. A referência a questão da “doença” também explicita o contexto de saúde mental no qual este diálogo com a família acontece, o que tem sido por nós descrito como um dos objetivos específicos das reuniões familiares (Guanaes-Lorenzi *et al.*, 2012).

Embora Helena tenha colocado que cabe à família escolher o que gostaria de compartilhar, ela demonstra curiosidade para saber inicialmente como está sendo a primeira semana de Raquel no

HD, possivelmente preocupada com o processo de adaptação dela ao serviço, e pautada em sua longa experiência de atuação neste contexto. A resposta de Raquel de que estava se sentindo “frustrada”, orienta o diálogo a partir desse momento, e Helena passa a ouvir silenciosamente o relato emocionado de Raquel sobre o sentido que a internação psiquiátrica tem em sua vida naquele momento.

Na sequência, a fala da mãe de Raquel, Esther, retoma a proposta de Helena sobre o objetivo da reunião familiar, apresentando o pedido de que a equipe possa ajudá-las a melhorar seu relacionamento.

Esther: (...) E... Já que esse é um espaço nosso, né?

Helena: Hm-hum.

Esther: Um espaço de família, eu tô gostando muito e quero trazer isso, eu quero trabalhar isso. Ela não concordou, mas ela falou... “Eu não quero. Eu não quero contar da nossa vida”. Eu falei: “Não, Raquel, mas lá é o lugar certo. É onde nós estamos encontrando ajuda. Vamos trabalhar isso, porque é uma coisa que faz a gente sofrer”. Porque, assim, é... A nossa... (02x01)

A partir da fala de Esther, a conversa orienta-se para construção de um pedido comum para as reuniões familiares e pela melhor compreensão de qual é a questão que elas desejam discutir conjuntamente. O desejo de construir maior independência na relação mãe-filha aparece como um tema importante, que passa a ser explorado pelos profissionais ao longo desta e de outras reuniões (Ver Tabela 6). Portanto, é a resposta de Raquel e Esther ao convite de participação feito por Helena que constrói o caminho do diálogo a ser desenvolvido na reunião familiar.

No atendimento 3, a negociação sobre quem participará das reuniões familiares acontece logo no início do atendimento. A família de Olívia havia tido uma experiência de atendimento em terapia familiar em uma clínica social de um instituto de formação de Ribeirão Preto. Reconhecendo a diferença de contextos, mas

também partindo dessa sua experiência anterior, Olívia traz para a equipe sua preocupação com a questão de “quem participaria da conversa”, uma vez que sua aceitação das reuniões familiares parecia depender do enquadre que seria dado às reuniões:

Daniel: Acho que já surgiu dois assuntos aqui. Logo no começo, né? E a Olívia queria começar falando primeiro do formato da reunião, não é, Olívia? E aí depois eu acho que a gente pode conversar um pouquinho sobre isso que a sua mãe está falando assim. O que que você tem dúvida, assim? Sobre quem vai participar da reunião...

Olívia: É, quem vai participar do debate? Porque o meu pai trabalha. E... Eu não sinto muito à vontade com essa... É. Ah. Muito à vontade com a minha irmã. Porque...

Daniel: Entendi.

Olívia: O santo não bate, o meu com o dela. O dela bate com o meu. O meu não bate com o dela.

Sílvia: Quantos anos ela tem mesmo?

Olívia: 19.

Sílvia: 19. Quem que... Você elegeria quem, por exemplo? Se fosse pra pensar nesse formato, quem seria seu desejo?

Olívia: Seria meu pai e a minha mãe, mas eu não sei se o meu pai pode.

Daniel: Hm-hum.

Olívia: Porque ele trabalha nesse horário.

Miriam: Não. Ele pode, mas, assim...

Olívia: De vez em quando.

Miriam: É. É. Mas, eu acho que... É uma coisa que não é a vida inteira. Então... Porque ele trabalha (...) Mas, eu acho que ele vai fazer tudo pra participar. Se alguma quarta ele não puder vir... (03x01)

A discussão acerca de quem participará da reunião leva a família a conversar sobre a relação entre as irmãs, a história de adoção de ambas e, de maneira mais específica, a história das crises vivenciadas por Olívia, com ênfase na exploração por parte da família de quando os problemas começaram. Os profissionais acompanham este movimento, buscando conhecer a família e também compreender um pouco mais sobre os possíveis pedidos

para o atendimento. Ao mesmo tempo, mostram-se abertos à negociação da questão da participação, entendendo que o formato das reuniões não precisa ser fixo, podendo acompanhar o desejo da família ao longo das reuniões familiares.

Daniel: E deixar claro pra Olívia que, assim, pode vir a sua mãe. Se daqui algumas semanas, vocês se sentirem à vontade de chamar a Sabrina... Que não precisa ser sempre só a sua mãe. Ou sempre só o seu pai, ou toda semana junto.

Miriam: Pode vir ela, o pai e a Sabrina...

Daniel: Isso, pode mudar.

Sílvia: Às vezes, a Sabrina um dia, você fala: “Não, agora chegou num ponto que eu quero que ela venha”.

Miriam: Na verdade, com a [Terapeuta do Instituto onde fizeram terapia familiar], ia eu, o pai e a Sabrina. Depois era eu, ela e a Sabrina. Depois um não ia. (03x01)

Após este diálogo, a equipe reflexiva é chamada a contribuir com a conversa. Utilizando-se de uma metáfora, busca ajudar a família a refletir tanto sobre “quem participa”, como sobre os objetivos da própria conversa:

Pedro: (...) E o que eu sinto que a gente está fazendo hoje, assim, é como se a gente tivesse pegado um grande livro – que é o livro dessa família, né – e estivesse folheando o livro. Adoro folhear livro. Então, você olha aqui, depois você vai lá no final um pouquinho, depois você passa a página de trás pra frente... Não sei se vocês gostam de fazer isso.

Sílvia: Eu gosto! Às vezes, eu vou pro final também [rindo].

Pedro: Você dá uma olhada no final, né? [pausa] Apesar de ter me ocorrido que é um livro sem final ainda, né?

Sílvia: É. É.

Pedro: É... E eu sinto que é isso que a gente está fazendo. Né? Dando uma olhada nesse livro assim. E eu fiquei pensando que... Enfim, são muitos assuntos. E eu ainda não olhei a capa do livro não. Mas, enquanto eu estou dando essa folheada, eu estou tentando imaginar que título tem esse livro. O que a gente... Sobre o

que a gente está conversando aqui? Eu acho que conversar sobre esse título pode ser uma conversa que ajuda a gente depois. Não sei se vocês concordam. [pausa] (03x01)

A metáfora do livro serve, neste primeiro encontro, como um recurso conversacional, e cumpre a função tanto de ajudar a família e os profissionais de campo a elaborarem melhor quem serão os protagonistas da história, como de refletirem sobre os objetivos que serão definidos para o atendimento. Em resposta à intervenção da equipe reflexiva, Olívia diz que gostaria que a irmã não participasse das conversas no HD, caminhando na definição momentânea de que apenas ela, a mãe e o pai devam ser incluídos em seu tratamento.

Além disso, utilizando-se da metáfora trazida pela equipe reflexiva, Miriam usa seu conhecimento profissional para refletir sobre os limites de se pensar o “título do livro” com antecedência, propondo que as conversas possam seguir um curso mais livre e não planejado. Portanto, propõe um sentido diferente daquele trazido pela equipe, o que sugere que ela, de fato, compreendeu a fala da equipe como oferta, uma visão passível de ser questionada. Isto nos parece um indicativo importante de uma comunicação dialógica, trazendo tanto a valorização do pluralismo, como a não imposição de um ponto de vista:

Miriam: É. Entendeu? Tem uma pauta sim. Vai levar pra onde? Se você fizer o título antes, você direciona o conteúdo. Então, assim, quando um jornal é tendencioso, ou uma revista, a gente costuma dizer assim: “Ele já sai com o título da matéria, pra fazer a matéria”. Não pode. Você deturpa o sentido. Você altera o sentido. Porque, assim, mesmo sendo um livro, quando ele está pronto... Você viu tudo, você está com aquilo tudo na cabeça, você pinça uma coisa, é a sua chamada, é o seu título. (...)

Sílvia: E você, Olívia?

Olívia: É, também... Eu gosto muito de pensar nas coisas antecipadamente. Mas, isso não é o que eu quero fazer, porque me faz mal. Então, tudo eu quero ter planejado. (...)

Sílvia: Pensa muito antecipatório mesmo.

Olívia: É. Totalmente, né? E isso me faz mal. Então, acho que é legal mesmo deixar o título mais pro final, até porque, se eu der o título agora, eu vou querer seguir isso. Que eu sou obrigada a fazer o que eu coloquei no título.

Sílvia: Que já é um pouco o seu... o seu funcionamento.

Olívia: É. (...) (03x01).

É interessante observar que o sentido inicial dado pela equipe reflexiva era de que pensar o título poderia orientá-los na construção de um objetivo para o atendimento. No entanto, a resposta da família aponta uma direção diferente: dar o título pode “dirigir” o atendimento de forma tendenciosa, além de contribuir para que Olívia sofra por antecipação, algo que ela já faz em seu cotidiano e que lhe traz sofrimento. A partir disso, conversam sobre a possibilidade de ter “pautas” e não objetivos, podendo também o “improviso” ser acolhido pela equipe como parte do diálogo. Importa, aqui, valorizar a abertura que os profissionais buscam ter aos diferentes pedidos das famílias, mesmo quando o pedido parecia ser o de “não definir um pedido”.

Embora a questão da construção do pedido/objetivo tenha acontecido invariavelmente nas primeiras reuniões com cada família, quase todos os encontros foram abertos pelos profissionais com perguntas amplas, como: *Sobre o que gostariam de conversar hoje? Como gostariam de usar este espaço hoje? O que consideram importante trazer hoje?* Tais perguntas cumpriam a função de explorar as expectativas da família, orientando o atendimento para as questões trazidas por ela como relevantes, considerando seu cotidiano, e são baseadas em sugestões feitas por Andersen (2002). A partir da resposta, trilhava-se o caminho desejado na própria conversa.

Aos poucos, a proposta aberta de diálogo fica implícita, de forma que as famílias passam a esperar pela pergunta quase como uma “formalidade”, uma “convenção”, sendo que muitas vezes as frases dos profissionais eram encurtadas em função do sentido

comum já instituído nos atendimentos: “E hoje?”, “Sobre o quê hoje?”, “Então?”. Este é um exemplo claro de como criamos relacionalmente as normas e convenções sociais que passam a nos orientar (McNamee, 2015).

Embora tenhamos destacado, ao longo deste item, a função das perguntas iniciais na construção relacional dos objetivos do atendimento, perguntas que favorecem a horizontalização das relações e que promovem maior protagonismo das famílias foram usadas em diferentes momentos dos atendimentos. Como exemplos, podemos citar: as verificações que os profissionais fazem acerca da escuta (“*Veja se eu entendi corretamente*”, “*Eu vou repetir o que me disse e se eu estiver errada por favor, me corrija*” etc.); a reflexão sobre as direções que oferecem aos atendimentos, ao escolherem responder a alguns aspectos do diálogo em detrimento de outros (“*vocês trouxeram dois pontos importantes, o que acham de pensarmos juntos primeiro sobre...*”); e as avaliações feitas sobre o próprio processo conversacional, quando, junto com a família, refletem sobre o trabalho desenvolvido conjuntamente (“*Este tipo de conversa faz sentido pra vocês?*” “*Como vocês acham que estamos caminhando?*”).

5.1.2. Convidar a própria família para apresentar o trabalho a novos integrantes

Outro aspecto que contribui para a construção de maior horizontalização nos atendimentos refere-se à ação dos profissionais de convidarem a própria família para apresentar as reuniões familiares a novos integrantes. Trata-se de uma ação importante, por pelo menos dois motivos: valoriza o conhecimento adquirido pela família sobre as reuniões familiares; e garante que a família compartilhe com novos participantes apenas aquilo que compreende como importante. Assim, a equipe acompanha a fala da família e a apresentação que ela faz sobre o processo até então realizado. No caso, o potencial dialógico desta ação reside em se assumir uma postura aberta e sensível ao outro.

Um exemplo desse tipo de processo acontece na 8ª reunião familiar (Atendimento 1), na qual houve a participação de Antônio, pai de Joel, pela primeira vez. Após apresentarem o contexto da pesquisa e o formato da reunião, desenvolvida com auxílio da equipe reflexiva, Tom pede que Joel (paciente) e Heloísa (mãe) contem para Antônio (pai) sobre o que eles têm conversado nos encontros desenvolvidos até então.

Tom: O... É... Eu não sei como vocês querem fazer. Eu não sei se vocês acham que essa é uma coisa importante, a gente tentar contar um pouquinho pro Antônio do que a gente vem conversando... É claro que foram oito encontros, então a gente não vai conseguir... Mas, talvez fazer um resuminho do que a gente vem conversando. Vocês acham que seria importante?

Heloísa: O Joel pode começar e eu...

Joel: Hm-hum. Então, (faz uma síntese do que considera mais importante, focando na questão da auto-aceitação). (01x08)

Na sequência, Antônio se insere no diálogo a partir da fala de Joel, buscando contar para os profissionais e para a própria família como ele vê sua própria contribuição para a questão definida, apresentada por Joel como relevante. A equipe apenas acompanha os caminhos indicados pela família, e uma conversa franca sobre os posicionamentos do pai se desenvolve, buscando “*zerar a conta*” e reconstruir a história da família a partir de novos marcos de sentido (ver Tabela 5).

Diálogo semelhante acontece na 3ª reunião familiar, no Atendimento 2. No caso, Raquel (paciente) e Esther (mãe) comparecem acompanhadas de Gilberto (pai), e os profissionais buscam incluí-lo na conversa, dando autonomia à família para apresentarem a reunião familiar e seus objetivos.

Helena: E... Na realidade, hoje nós não faremos a apresentação, né, Lana? Eu acho que quem fará apresentação hoje... Posso te chamar de Gilberto?

Gilberto: Pode!

Helena: (...) É... Quem fará, na realidade, essa apresentação do que nós fazemos aqui... serão... vocês duas [Raquel e Esther]. Tá? Então, hoje vocês terão um papel importante de apresentarem pro Gilberto... Então, Raquel, você vai apresentar pro seu pai e a Esther vai apresentar pro esposo... O que que representa esse espaço pra vocês. Desde as coisas boas, né, Lana? Também das coisas que não têm sido tão boas assim e como vocês têm visto esses espaços. Esse espaço. Tá? Então, quem gostaria de começar apresentando pro Gilberto o que é esse espaço? [pausa]

Esther [timidamente]: Eu... Eu começo. [pausa]. Então, aqui é um espaço onde a gente fica mais... é... mais... reservado. Eu vejo assim, né. Eu e a Raquel, como centrado na nossa família, na nossa convivência, assim... E onde a gente se sentiu à vontade de trazer tudo o que a gente passa na família, assim, pra trabalhar aqui. (...)

Helena: E você, Raquel? Como que você apresentaria essa reunião pro seu pai?

Raquel: Ahn... É... Acho que é um lugar mais protegido, né, a gente pode falar, é... melhor as coisas que a gente pensa sobre a nossa família, sobre a nossa convivência. Sobre as relações que a gente tem um com o outro. Pra... Pra tentar mesmo entender melhor, digerir melhor e... E tudo o mais. (...) [pausa]

Helena: Eu fiquei pensando, Lana, assim, né... Eu acho que, primeiro, antes de retomar algumas coisas que elas falaram, seria importante a gente ouvir o Gilberto, né? Como que você ouve isso, Gilberto? (02x03).

Assim, mais do que incluir um novo familiar no atendimento, destacamos o respeito e o cuidado presente no posicionamento da equipe, o que permite que a inclusão de um novo participante respeite as necessidades e demandas da família, e não dos profissionais. Este tipo de ação é importante, também, por dar mais segurança à família em relação ao processo que será conduzido, permitindo que se sinta mais confortável, e confiante de que os profissionais cuidarão para que os assuntos tratados sejam aqueles por eles indicados como relevantes. Uma análise mais detalhada deste mesmo momento interativo e de como ele possibilitou a

construção de uma participação efetiva de Gilberto no atendimento familiar pode ser vista em Martins & Guanaes-Lorenzi (2018).

Esse exemplo ilustra o que Shotter (2017) aponta sobre a importância de que o profissional não tenha uma “agenda própria de argumentação” para que possa ter uma orientação dialógica à conversa. Esta ação promove a horizontalização e, portanto, a comunicação dialógica, porque contribui para que família e equipe caminhem juntas a partir da *construção de um momento de referência comum*.

5.1.3. Avaliar constantemente o processo conversacional

Também consideramos que contribui para horizontalização das relações entre equipe e familiares as constantes avaliações do processo conversacional. Tais avaliações assumem formatos mais ou menos amplos, a depender do processo conversacional de cada família e do estilo de cada profissional. Em geral, ao fim dos encontros, os profissionais pedem uma avaliação da família sobre o atendimento, com questões como: “O que estão levando desta reunião”? “Como foi estar aqui hoje”? “Como estão saindo daqui hoje”? “Cada um pode falar uma palavra que ficou da reunião de hoje”? “Que momento da reunião foi mais significativo”? “Conseguem pensar em algum momento marcante”? Geralmente, esta avaliação também envolve os profissionais de campo e a equipe reflexiva, que fazem destaques sobre aspectos da conversa que julgaram interessantes. O potencial dialógico desta ação reside em evitar assumir o ponto de vista da equipe como o único importante na avaliação do processo conversacional.

Como exemplo, citamos o diálogo que passa a ser desenvolvido com a família de Olívia (Atendimento 3), na 5ª reunião familiar. Gabriel inicia o atendimento pedindo que a família faça uma avaliação das reuniões familiares, considerando se as mesmas estão contribuindo com a família:

Gabriel: É... Eu estava conversando com a Sílvia. Né? E a gente estava pensando, assim, em saber... o que vocês estão achando desse espaço. Aqui do Hospital-Dia. Essa parte da conversa familiar. O que vocês trazem de opinião, de ideias... né? (03x05).

O questionamento de Gabriel permite à família trazer algumas vivências de Olívia no HD, sinalizando sua percepção de que ela *“ainda não entrou no tratamento”* (Ver Tabela 7). A partir disso, a exploração dos profissionais acerca do que seria *“entrar no tratamento”* abre novos caminhos para o trabalho até então desenvolvido, permitindo à equipe avaliar com Olívia a sua relação com o tratamento e sobre o que considera como relevante.

Além de verificar com a família a utilidade da reunião para suas vidas, as avaliações de processo pareceram marcar momentos de compartilhamento entre opiniões e sentimentos entre profissionais e familiares. Da mesma forma, permitiram aos profissionais avaliar com a família os caminhos que estavam sendo percorridos, compartilhando riscos e cuidando da construção do contexto conversacional. É o que mostra o trecho seguinte, extraído do Atendimento 2:

Helena: E eu gostaria de fazer um pedido a vocês duas. Eu gostaria de fazer um pedido no seguinte: de que forma que nós... Tanto nós duas, Lana e Helena, quanto o Pedro e a Sarah, poderíamos ajudar vocês duas nesse processo... mãe e filha? Dessa comunicação. Pra que as reuniões, é... Não que elas se transformassem em celestiais, que os anjos estivessem aqui abanando as suas asas. Nada disso. Tá? Até porque vocês estão chegando agora e eu acho que todo esse processo de mágoas ainda leva um tempo pra serem digeridos e tudo o mais. Mas que, na realidade, vocês também pudessem nos ajudar a construir um processo de reunião familiar que fosse também significativo, mas que também não precisasse gerar tanta ansiedade e que também não repercutisse de forma muito negativa. Porque parece que ficou muito ansiogênico pra você, Esther, e pra Raquel também. E eu acho que a proposta da reunião familiar, gente, não é vocês saírem daqui com uma carga que repercute, sabe, de uma forma negativa...

Gilberto: Na semana delas.

Helena: É. Tá? Eu acho que a primeira pergunta talvez importante de nós pensarmos é: Vocês gostariam de continuar nesse processo? Das nossas reuniões às quartas-feiras?

[pausa]

Raquel: Gostaria.

Helena: Gostaria. [Olhando para a Esther] Gostaria?

Esther: Hm-hum.

Helena: Então, eu acho que, a partir desse momento que vocês estão colocando que vocês gostariam, o meu pedido é: de que forma que nós poderíamos pensar juntos, durante o transcorrer da reunião mesmo, em formas de trabalhar juntos. Então, vamos supor, se um determinado assunto não tiver legal pra você, Raquel. Não tiver legal pra você, Esther. Ou, de repente, você está se sentindo... Ou o Gilberto está aqui. É que você vem a cada quinze dias, né, Gilberto? Mas, vamos supor, algum assunto, Esther, Gilberto ou Raquel. De repente, não quer ser mexido ou está machucando... Ou, Esther, você tá se sentindo incomodada ou, Raquel, você ficou incomodada com o que a mãe disse, ou algo que nós dissemos, ou algo de alguma intervenção da equipe tenha remexido, tenha... Que vocês nos pontuem também. Então, as coisas também não fiquem tão ansiogênicas. Né? (02x03)

Ao pontuar sua preocupação de que as conversas desenvolvidas não gerem um efeito negativo na família (*“que não sejam ansiogênicas”*), aumentando o sofrimento ou o conflito existente na relação familiar, Helena coloca em xeque a própria pertinência de se realizar a reunião familiar. Considerando que a família expressa desejo de seguir com as reuniões, Helena pede que possam conversar mais abertamente sobre a maneira como a conversa está sendo desenvolvida e sobre como estão se sentindo com as mesmas. No caso, parece um movimento que visa tranquilizar a própria equipe sobre o quanto o trabalho desenvolvido contribui para diminuir as dificuldades, e não o oposto – o que seria impróprio e prejudicial para a família.

Embora compreendamos que nem sempre falar sobre a preocupação é suficiente para que as famílias sintam que têm acesso

aos profissionais e que podem intervir no curso dos atendimentos, em função das relações de poder historicamente construídas no campo da saúde, este é um passo importante que, somado às outras ações (discursivas e corporificadas) aqui citadas, contribui com a construção de uma relação mais democrática e horizontal.

Quadro 4. Posicionando seu cliente como um consultor

Vamos praticar?

Posicionando seu cliente como um consultor

Você já parou para pensar que, apesar de estarmos inseridos em uma cultura altamente avaliativa, poucas vezes usamos a avaliação como parte de nosso desenvolvimento? Ainda que mudanças venham sendo feitas no contexto de ensino, qualquer estudante hoje pode contar como se sente quando um professor anuncia uma avaliação! Infelizmente, ainda hoje, avaliações com frequência referem-se a finais de ciclos e, assim, deixam pouca margem para corrigirmos a rota e revermos os caminhos percorridos, sobretudo quando as coisas não saíram como o desejado.

Mas, se criamos relacionalmente as normas, rituais e padrões em que vivemos, como sugere McNamee (2014), podemos investir na criação de novas formas de prática, em que as famílias possam ser convidadas a participarem ativamente da avaliação das conversas de que participam. Como, então, fazer isso de modo dialógico, para que as perguntas de avaliação não sejam simplesmente perguntas retóricas? Vamos refletir?

Pense em um atendimento que você tenha feito com uma pessoa ou família no serviço de saúde em que está inserido. Como seria se você pudesse posicionar esta pessoa ou família como uma consultora experiente, capaz de te ajudar a aprimorar o trabalho que você realiza?

Você tem perguntado para esta pessoa/família o que tem achado das conversas com você? Como estas conversas têm sido úteis na vida dela? Já explorou exemplos concretos de como as conversas contribuíram para que ela realizasse as ações que deseja? Se ela tivesse que contar para outras pessoas para quê serve a conversa com você, como ela contaria? Se ela pudesse te dar algumas dicas sobre o que funciona, que dicas seriam estas?

E sobre o que não funciona? Como ela se sente ao compartilhar isso com você? Ao que ela atribui este sentimento (de conforto ou desconforto)? Como você se sente após essa conversa? Que ajustes pode fazer no trabalho que vocês vêm construindo juntos?

5.2. Afetividade

... as próprias palavras das pessoas as movem. E o verbo *mover* tem em todas as linguagens dois significados: um de aspecto físico e outro de aspecto emocional (motivar).
(Andersen, 2002, p. 158).

O termo “afetividade” pode ser compreendido como “a capacidade de exprimir-se na linguagem a emoção que nos despertam as ideias anunciadas, bem como de despertar nos outros idêntica emoção” (Michaelis, 1998, p. 71). Nesse sentido, a afetividade, por sua qualidade relacional, nos pareceu uma dimensão muito importante da construção da comunicação dialógica no contexto das relações familiares.

Na análise realizada, observamos um grande empenho por parte dos profissionais da equipe para construir “boas circunstâncias” (Andersen, 2002) para o desenvolvimento dos atendimentos, incluindo a manutenção de um contexto de diálogo afetivo, rico em demonstrações de afeto. Neste item, apresentamos como as ações de expressar gratidão, valorizar a aprendizagem mútua, demonstrar carinho e demonstrar humor e descontração participam das reuniões familiares.

Ao ilustrar a maneira como a afetividade acontece na prática cotidiana do serviço, convém lembrar que nosso material, de alguma maneira, privilegia as referências discursivas da dimensão afetiva presente nos encontros entre profissionais e familiares. Contudo, em nossa prática e na análise do próprio banco de dados, percebemos como os diferentes afetos envolvidos na construção das relações dialógicas com a família se apresentam também de maneira corporificada (Shotter, 2017). As entonações

das falas são, por exemplo, indicações da emocionalidade presente. Exclamações, risos, complementações de fala são também elementos que apontam para uma sincronicidade na relação com as famílias. No campo da saúde mental, pesquisas recentes têm focalizado como a sincronicidade na comunicação entre terapeutas e clientes se apresenta, sendo as respostas corporais uma dimensão importante a ser explorada (Seikkula *et al.*, 2015; Rober, 2019).

Além disso, em muitos momentos, observa-se a responsividade corporificada na relação construída entre profissionais e famílias: olhares, gestos, toques (segurar as mãos em momentos de maior emoção ou mesmo de crise, colocar a mão nos ombros, orientar o corpo para a pessoa a quem se dirige à fala) são usados nos atendimentos em diferentes momentos, tornando a responsividade ao que se fala algo muito mais amplo, sempre com a finalidade de gerar uma maior aproximação com a família.

Com frequência, os profissionais despedem-se das famílias com um aperto de mão ou com um abraço, nos momentos em que sentem abertura para tal e quando isso parece ser apropriado como resposta à relação construída com a família. No decorrer dos encontros, as famílias também vão se sentindo mais confortáveis com os profissionais, recorrendo a essas formas de expressões de afeto e gratidão. Ao ler os exemplos a seguir, lembre-se que cada fala se produz em um contexto de relacionamento concreto, corporificado, no qual as pessoas estão respondendo umas às outras não apenas com suas mentes e palavras, mas também, com seu corpo inteiro.

5.2.1. Expressar gratidão

O primeiro aspecto destacado são as ações desenvolvidas pelos profissionais nas quais expressam gratidão e apreço pela família. Em diferentes momentos dos atendimentos, os profissionais mostram-se gratos à família pela oportunidade de ouvir suas histórias e aprender com elas; pela confiança que

depositam neles, ao compartilharem suas histórias e, por vezes, intimidades; e pelas trocas que podem fazer nos atendimentos, as quais resultam em um aprendizado mútuo. Trata-se de um movimento genuíno, que parte do pressuposto de que a família não é obrigada a compartilhar suas histórias pessoais e que, se opta por assim fazer, é dever dos profissionais cuidarem para que suas histórias sejam respeitadas e valorizadas. Isso é um exemplo de como é possível promover acolhimento e menos cobrança na relação com as famílias (Pinho, Hernandez & Kantorski, 2010). Discursivamente, isto se deu nos atendimentos em diferentes momentos, mas aparecia de modo mais claro nos momentos de fechamento dos encontros, nas avaliações do processo conversacional.

No primeiro atendimento da família de Joel (Atendimento 1), Heloísa agradece a sessão e diz que ficou impressionada pelo fato de Joel ter trazido tão rapidamente para a equipe sua dificuldade de aceitação da homossexualidade, a qual demorou para relatar em outras terapias das quais participou. Ao ouvir esse relato, Tom diz sentir-se honrado e responsável:

Tom: E sabe como que eu me sinto com isso, é...

Heloísa: Ahn?

Tom: Heloísa... É... Eu me sinto honrado...

Heloísa [ao mesmo tempo]: Honrado!

Tom [continuando]: ... E responsável.

Heloísa [ao mesmo tempo]: ...sável.

Tom: Porque a sensação que eu tenho é que a gente falou muito de contenção, né, de estar contido, e a sensação que eu tenho é que o Joel escolheu esse espaço como um espaço onde ele não precisa...

Heloísa: Se conter.

Tom: ... se conter tanto. É... E que você compartilhou com a gente, né, Joel, uma coisa que eu acho que é muito especial. Então eu me sinto honrado, né, por você ter confiado na gente, e me sinto responsável. Responsável em que sentido? Que eu acho que a gente tem que cuidar disso com muito carinho (01x01).

A fala de Tom marca sua compreensão de que Joel compartilhou algo muito importante para ele, e que, por isso, se sente responsável por cuidar de sua história com carinho. Ao mesmo tempo, Tom assinala a “honra” que sentiu em ser escolhido como confidente por alguém, assim reconhecendo o valor que foi atribuído pela família à escuta que como profissional proporcionou. Este sentido traduz a afirmação de Shotter (2015) de que é importante que o profissional faça jus às pessoas, suas histórias e seus contextos de vida.

As palavras *honra* e *responsabilidade* referem-se ao papel do profissional nas reuniões familiares e “invertem” a hierarquia geralmente presentes no contexto da saúde. É, para o profissional, uma honra ser guardião ou anfitrião das histórias trazidas pelas famílias (Anderson, 2009). Na mesma proporção, tal ação é carregada de responsabilidade. Afinal, como aponta a literatura, posturas de julgamento e culpabilização por parte dos profissionais podem ter efeitos profundamente iatrogênicos para os pacientes e seus familiares (Souza & Scatena, 2005; Pinho, Hernandez & Kantorski, 2010; Constantinidis, 2017).

A questão principal, neste trecho, refere-se à ênfase dada por Tom ao *sentimento* por ele presenciado – ele se sente honrado e responsável, o que inscreve uma dimensão teórica e técnica da prática colaborativa no modo como Tom conduz a conversa específica com a família de Joel, respondendo de modo corporificado ao diálogo.

5.2.2. Valorizar a aprendizagem mútua

As reuniões familiares se mostram como espaços de aprendizagem mútua, aspecto que é valorizado afetivamente pelos profissionais da equipe, que se veem tocados pelas famílias e suas histórias, com ganhos que transcendem à dimensão apenas profissional e técnica. Como ilustração, apresentamos a avaliação conjunta feita no último atendimento da família de Joel (Atendimento 1) sobre o processo que vivenciaram ao longo das reuniões familiares:

Tom: O... É... Acho que o Pedro vai querer falar um pouquinho também, né? É... Eu queria colocar assim que... Primeiro, eu queria agradecer muito vocês, né? Porque, eu acho que me sinto honrado e privilegiado de vocês terem me permitido entrar na sala-de-estar. Então, acho que vocês realmente abriram as portas, né? (...) Então, eu acho que isso é de uma coragem, de uma generosidade que, gente!

Heloísa: Mas a gente ama muito e confia muito, Tom!

Tom: E eu queria... Eu queria registrar isso de... E do quanto que eu... Eu acho que vocês, é... tiraram o melhor de mim. Eu sinto que eu fui um terapeuta melhor do que eu costumo ser com vocês, porque realmente...

Heloísa: Ah!

Tom: ... vocês me despertaram algo, assim, que eu falei: “Nossa, realmente, eles estão conseguindo tirar o melhor que eu tenho pra oferecer enquanto terapeuta”, né? Enquanto terapeuta e enquanto pessoa, né? Porque as coisas não vêm separadas. Então, eu gostaria de agradecer muito. (...)

Pedro: Eu acho que eu sigo com o Tom, assim, agradecendo que vocês toparam participar. Isso aqui é... O que acontece com todas as famílias, mas vocês toparam fazer de um jeito diferente que seria com a pesquisa, né? (...) Eu tenho uma amiga que fala assim pra mim que eu tenho uma “sorte bizarra”. Que as coisas acontecem, né? E, de todas as famílias que eu podia ter convidado, foram vocês e vocês toparam. (...)

Joel: Olha. Santo dia que eu consegui vir pra cá. Porque, é... E, assim, foi até por isso que eu só faltei em situações extremamente necessárias. Né? E... Olha... Qualquer coisa...(..)

Tom: O... Não sei se você quer falar alguma coisa, Heloísa?

Heloísa: Eu queria falar que eu sempre... Bom, vocês já disseram tudo, né? Agradecer, eu acho que eu já fiz e reforço isso sempre, né? Não tenho nem palavras pra dizer. Mas, eu quero dizer que aqui eu... Se eu tinha algum preconceito de alguma coisa, aqui eu acho que eu perdi todos. E... E tem uma coisa. Eu sempre lutei muito, lutei muito pra ser um pouquinho preferida... pela minha mãe.

Pedro: Hm-hum.

Heloísa: Né?

Pedro: Aham.

Heloísa: E aqui eu me senti preferida. Eu me senti um pouco olhada de forma diferente, né, Joel?

Joel: Hm-hum.

Heloísa: Eu também me tratei. Não foi só o Joel. Vocês tratam a família, né?

Tom: A ideia é essa, né?

Heloísa: É. E a gente... Vocês atingem. Vocês podem ter certeza disso. Tá? Muito obrigada. (01x12)

Tom fala de seu envolvimento com o atendimento, reforçando a dimensão pessoal e profissional do encontro com a família – dimensões que não vê como separadas. Pedro, que havia acompanhado todas as reuniões com esta família na condição de pesquisador e membro equipe reflexiva, reflete sobre o caráter “único” daquele encontro, atribuindo à sorte o fato de, entre tantas famílias possíveis de terem sido convidadas para a pesquisa, terem podido estar justamente com aquela. Há muita emoção nesse momento final de avaliação, da parte de todos os envolvidos. É o encerramento de um ciclo de crescimento vivenciado, de posições diferentes, mas com a mesma intensidade afetiva por todos os envolvidos. A referência de Heloísa ao fato de sentir-se especial (“preferida”) é particularmente interessante, pois indica o quanto, na prática, conseguimos nos aproximar da proposta de ampliar o cuidado do “paciente” para toda a família. Para Heloísa, algo se processa no atendimento que cria uma afetividade na qual ela não apenas se sente incluída, como se sente “preferida”, tratada de forma especial. Em suas palavras, as conversas “atingem a família”, e ela sente que encontra, ali, também um espaço de cuidado.

5.2.3. Demonstrar carinho

As famílias frequentemente se referem ao carinho que a equipe demonstra em seu cuidado como um importante aspecto de sua participação nas reuniões familiares. A maneira como isso se torna possível e apropriado em cada contexto relacional é

vivida em caráter único, conforme profissionais e familiares, passo-a-passo, se ajustam aos ajustes uns dos outros (Lannamann, 1998), de maneira a produzirem relações marcadas pela afetividade também na forma da demonstração de carinho.

Como ilustração, podemos recorrer a um momento importante que aconteceu no Atendimento 2. Após três encontros, a família de Raquel falta duas vezes consecutivas, por problemas particulares impeditivos da presença na reunião. Visando não perder o vínculo com a família, e ao mesmo tempo manter o diálogo em torno de questões que haviam sido discutidas no atendimento anterior, a equipe se reúne com Raquel e decidem, conjuntamente, enviar uma carta à família, na qual retomam pontos discutidos e reforçam o convite para que possam estar juntos novamente. Trata-se de um recurso que foi utilizado com inspiração nas propostas de White e Epston (1990), do uso de cartas terapêuticas.

Apresentada de maneira recortada abaixo, para não identificar aspectos particulares da família, a carta traz vários elementos de afetividade, dentre as quais destacamos: o endereçamento à alguém próximo/familiar ("*Queridos*"); a legitimação da falta no atendimento como uma ação de autocuidado (em detrimento à uma postura de cobrança pelo comparecimento); a ênfase nos sentimentos dos profissionais na relação com a família; o uso de uma linguagem apreciativa sobre os movimentos da família na busca pelo atendimento; a valorização do desejo da família de que o irmão (Gabriel) participasse dos atendimentos; e a disponibilidade da equipe para adequar seus horários para poder atender a família em suas necessidades. A carta, portanto, cria um outro canal de comunicação afetiva com esta família e torna memorável o percurso trilhado por todos nas reuniões familiares também porque se faz materializada em um documento escrito (White & Epston, 1990):

Queridos Raquel, Esther e Gilberto,
Sentimos falta de vocês, Esther e Gilberto, nas últimas semanas conosco! Por isto, decidimos conversar com a Raquel para entender

como estava caminhando nosso processo e acabamos falando sobre algumas ideias que decidimos compartilhar com vocês. A Raquel nos contou que, no dia anterior, a Esther havia tido uma crise alérgica e que os remédios que precisou tomar não a deixaram bem para ir ao Hospital-Dia. Achamos este um cuidado importante da Esther para consigo mesma e esperamos que, a esta altura, a alergia já tenha lhe dado uma trégua!

Ao mesmo tempo, ficamos muito satisfeitos e aliviados quando a Raquel nos disse que o Gilberto havia saído de nosso último encontro dizendo que gostou bastante da conversa e que estava disposto a voltar sempre que possível. (...) Nós nos sentimos muito valorizados como profissionais e ficamos ansiosos pelos nossos próximos encontros!

Retomando um pouco a sessão que tivemos na semana anterior, (...) (a partir daqui, abordam questões específicas que vinham sendo tratadas nos atendimentos).

(Sobre o desejo de incluir o irmão, Gabriel, nos atendimentos) Entendemos também que querer trazer ainda mais um membro da família para o Hospital-Dia é de fato aproveitar este espaço de conversa como sendo de vocês. Por isto, ficamos muito felizes e abrimos a possibilidade de, se preciso, marcarmos algum dia ou horário diferente para que também o Gabriel possa ser incluído, se assim vocês decidirem.

Com este resumo, convidamos vocês para estarem conosco na próxima semana mais uma vez. Gostaríamos muito de poder encontrá-los novamente para que continuemos a trabalhar com esse diálogo e com as histórias que vocês têm nos confiando.

Até lá,

Helena, Lana e Pedro (Carta, 02x04).

A carta exemplifica o empenho da equipe em construir a possibilidade de participação junto à família de Raquel, em uma narrativa marcada por respeito e afetividade. Isto é sentido pela família, que refere o “carinho” da equipe para com eles:

Helena: É... Acho que nós gostaríamos de começar agradecendo, né, a participação de vocês. Que bom que vocês puderam vir, né,

Raquel? E... E falar que realmente nós sentimos falta nesse período e que hoje vocês estão aqui.

Esther: Eu também senti muita falta. Senti muito não poder ter vindo. Eu perdi uma quarta. Depois tive que perder a outra. Mas, eu não queria perder de jeito nenhum! E... Agradecer pela carta também. Muito, nossa, gostei muito mesmo! Da carta que eu recebi também. E na carta estava falando pra retomar. Vamos retomar aqui agora e... conseguir continuar.

Helena: E pra você, Raquel?

Raquel: Eu também estou bem. Eu também achei a carta muito importante.

Helena: Hm-hum.

Raquel: A gente sente um carinho mesmo. (...) (02x05)

A maneira carinhosa como a carta convida a família a se engajar novamente nas reuniões familiares parece ter feito diferença em como Raquel e Esther decidem voltar para este contexto de cuidado ofertado como parte do serviço. Em um cenário mais amplo da saúde mental, no qual o cuidado às famílias é frequentemente marcado por relações que geram desamparo e culpa (Rosa, 2011; Pinho, Hernández e Kantorski, 2010), nos parece que construir circunstâncias em que essas famílias se sintam valorizadas, importantes e bem cuidadas é, em si mesmo, uma prática terapêutica contracorrente.

5.2.4. Demonstrar humor e descontração

Dentre as diferentes emoções presentes no contexto das reuniões familiares, o humor também esteve bastante presente nos atendimentos, tanto na relação entre os profissionais entre si, como entre estes e os clientes, cumprindo as funções de descontração e também de aproximação entre a equipe e os profissionais. Apenas a título de ilustração, citamos duas situações em que o humor aparece nos diálogos desenvolvidos, tornando as reuniões mais leves e descontraídas.

Na 4ª reunião com a família de Olivia (Atendimento 3), a conversa girava em torno da dificuldade de Olívia decidir-se em relação a um projeto do futuro. Os pais buscavam tranquilizá-la, ao mesmo tempo em que criticavam a maneira como as pessoas lidam com isso em nossa sociedade. A fala do pai de Olívia, Felipe, é engraçada e Silvia participa do diálogo, legitimando a visão de Felipe, mantendo a conversa descontraída desenvolvida pela família.

Felipe: Né? No seu tempo, natural. Né? É quase que a mesma coisa que, às vezes, eu falo pra ela. “Ah, o que eu vou ser? O que eu vou ser?” Eu falo: “Seja feliz”. Não importa, né? O que vai ser. Se vai ser manicure...

Sílvia [ao mesmo tempo]: Não interessa.

Felipe: Se for feliz, bicho, vai ser uma ótima.

Sílvia: É. É mesmo.

Felipe: Não é? Se vai ser engenheiro, tem que ser feliz também. Senão, vai cair o prédio. Sei lá. [risos]

Sílvia: É isso.

Felipe: Tem que... Né? Vai procurar felicidade. Se você fizer direitinho, vai.

Miriam: Às vezes, ela... Às vezes, ela acha que a gente não é muito normal, né, nesse sentido de que os pais ficam cobrando e não sei o que... E a gente deixa mais solto, entendeu? É... A gente tem conversado sobre isso também. Não acho que precisa fazer faculdade. Seria legal. Vamos fazer? Vamos fazer. Agora, também se não fizer... Porque não adianta. O título, o negócio, não vai dar garantia de nada na vida.

Sílvia: Sim.

Miriam: Não é? Então, esse tipo de cobrança, eu não sei, eu acho até que... De repente, sente falta.

Felipe: Porque também não... Às vezes, a gente vive... A gente brincava antigamente. Antes. Sei lá. “Vamos fazer regressão. Ai, eu fui um príncipe...”

[todos riem]

Felipe: Po! Ninguém foi peão, bicho?

[mais risos]

Sílvia: Isso é verdade!

Felipe: Poxa! O mundo tem que ter todo mundo! Tem que ter o cara que varre a rua. Não é? Tem que ter! Porque, senão, as coisas não funcionam!

Miriam: A gente falava: “Ninguém foi cozinheiro em Muzambinho. Todo mundo foi só general do Império Romano”. [risos] (03x04)

No caso, o humor foi trazido para o atendimento pelos pais de Olívia e legitimado por Silvia, e isso busca diminuir a angústia que Olívia relatava sentir em relação à questão da escolha profissional. Mais do que isso, Silvia se permite participar, com a família, por meio do humor, da construção de uma crítica social, que se amplia posteriormente para análise de como a sociedade atual tem imposto padrões e cobranças que geram sofrimento para os indivíduos e famílias.

Esse diálogo ilumina o que Gergen e Ness (2016) apontam acerca da “relevância de valores”. Para os profissionais que se orientam por uma abordagem construcionista social para a prática, não é possível a adoção de uma posição política e ideologicamente neutra. No caso específico dos profissionais que trabalham na saúde mental, a atuação é necessariamente política ao se afirmar na luta social contra o preconceito e a favor da cidadania e dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental (Bezerra Jr., 2007).

Além desses aspectos, em muitos momentos, há brincadeiras sobre a própria estruturação das reuniões familiares, sobretudo na relação com a equipe reflexiva. Na medida em que profissionais e familiares adquirem maior intimidade, passam a brincar sobre isso conjuntamente, “mudando o enquadre” (referindo a isto como quebra de “*protocolos*”) e dando aos atendimentos uma dinâmica bastante peculiar. Em geral, tais mudanças referem-se à necessidade sentida pelas famílias e profissionais de não organizar a conversa em torno de “dois sistemas” distintos, mas de fazer uma “única roda”, incluindo todos na conversa, simultaneamente. Como discutimos em outro texto (Guanaes-

Lorenzi, Martins & Santos, 2018) tais ações são sugestivas da democratização das relações que atravessa o contexto das reuniões familiares, mostrando como, em muitos momentos, as posições de poder historicamente construídas, e que separam/distanciam profissionais de saúde e pacientes, podem ser diluídas.

No 2º atendimento da família de Raquel (Atendimento 3), Helena já havia iniciado o fechamento da reunião quando sente a necessidade de dizer coisas que considera “importantíssimas”. Assim, sugere que a família imagine que a equipe está participando do mesmo “sistema”, todos participando de um diálogo único, e sente-se mais livre para fazer uma síntese para a família sobre a conversa desenvolvida. O convite que Helena faz (e que nomeia como quebra de protocolo) é para que a equipe atue naquele momento como um grupo, em uma única roda, rompendo com os dois sistemas que estruturam a participação da equipe reflexiva.

Helena: Deixa eu falar uma coisa importantíssima, assim? Vamos pensar juntos e aí a Equipe Reflexiva... Vamos quebrar o protocolo. É... Faz de conta que vocês tão aqui, tá? [Mostrando o sistema terapêutico] [Sussurrando] Que a Carla não nos ouça! [Volta tom de voz normal, rindo] A Carla é nossa supervisora. Tira da fita, hein! (02x03).

Mais do que o conteúdo da fala de Helena, o que queremos assinalar é a atitude de descontração presente no atendimento, que a leva inclusive a explicitar os “bastidores” do trabalho desenvolvido: uma prática que é supervisionada, que faz parte de uma pesquisa (“*tira da fita, hein!*”) e que envolve o aprendizado de um recurso conversacional (a equipe reflexiva) que ela, naquele momento, parece usar de modo diferente do sugerido/ensinado na instituição. Nesse exemplo, a descontração presente no atendimento dá visibilidade também a uma dimensão importante da comunicação dialógica: a busca por agir de modo responsivo, de forma que a técnica seja um recurso, e não uma imposição.

Exemplifica, portanto, que a dialogia é uma qualidade da interação, e não está em uma “forma de fala” ou “modo de prática” em si mesmo, de forma isolada.

Além disso, o trecho mostra que, embora haja no serviço figuras que reconhecem como de “autoridade” ou “especialidade” (no exemplo citado, a presença da “supervisora”, orientando o uso adequado da equipe reflexiva), a relação estabelecida não impede Helena de atuar de acordo com sua própria avaliação do que é importante para o desenvolvimento daquela conversa.

Por todo o exposto, avaliamos que a afetividade é um elemento central em relações dialogicamente estruturadas, favorecendo a direção do olhar da equipe “para o outro”, sendo, dessa forma, importante na condução das reuniões familiares. A afetividade aproxima os profissionais em relação à família, permitindo a construção de uma atmosfera de diálogo diferente, marcada por uma parceria afetiva, que valoriza e respeita a família, independente dos desafios que ela enfrenta.

Quadro 5. Tornando a Prática Mais Afetiva

Vamos Praticar?

Tornando a Prática Mais Afetiva

O lugar do afeto na prática profissional nem sempre é bem estabelecido. Somos atravessados por concepções de ciência que, muitas vezes, privilegiam a noção da neutralidade como aspecto central à prática. Como consequência, a distância e frieza com que um cientista deve lidar com seus dados acaba, muitas vezes, sendo trazida também para a prática profissional. Contudo, essa concepção já foi questionada e transformada tanto no campo das ciências em geral, quanto nas diferentes formações profissionais. Como concluímos em nossa investigação, a afetividade é aspecto potente na construção do cuidado às famílias e, portanto, pode ser mais explorada em nossas formações como um recurso na prática profissional. Para pensarmos sobre isso, propomos um exercício reflexivo.

Vamos começar olhando para a sua história.

- Em sua formação profissional, como você aprendeu a lidar com o

afeto?

- Quais são as suas principais referências (teóricas e pessoais) neste quesito? O que elas te dizem sobre a possibilidade de uma prática afetiva?

- Pense nas palavras *afeto* e *profissão*. Para você, como elas se relacionam? Quais são as suas aproximações? Como elas combinam? Quais são seus distanciamentos e contrastes?

Agora, vamos explorar uma relação profissional real em que você já tenha experimentado a afetividade como um potencial. Tente se lembrar de um momento marcante em sua vida profissional em que você tenha sentido que isso aconteceu. Descreva esse momento em detalhes: onde você estava? Quem eram as pessoas presentes? De que maneira a afetividade pôde ser expressa nesta relação? Se você fosse nomear esses afetos, como diria que se chamam? Quais foram os efeitos imediatos de sua expressão naquele momento? E depois, quais outros efeitos relacionais você pôde observar como decorrência da expressão de afeto nesta relação profissional?

Você reconhece riscos da expressão afetiva na relação profissional? Se sim, quais são eles? Você reconhece benefícios dessa expressão afetiva? Se sim, quais são eles? Como você pode se orientar em relação ao momento interativo para fazer um bom uso do afeto no processo de comunicação com a família?

5.3. Transparência

Como em muitos dos exemplos anteriores, houve um empenho por parte dos profissionais para serem transparentes na relação com as famílias. De acordo com o dicionário Michaelis (1998), transparência refere-se à propriedade do que é transparente, que “diz-se do corpo que deixa passar os raios de luz, permitindo que se vejam os objetos através dele” (p. 2101). No campo dos estudos construcionistas, Anderson (2018) tem proposto, como alternativa ao termo “transparência”, a noção de “tornar público”, que se refere à ação do profissional de dialogar com suas conversas internas, de certa forma explicitando para os clientes os caminhos que o leva a construir determinadas perguntas. Para a autora, “tornar público diálogos privados tem o potencial de prevenir os terapeutas de caírem em monólogos” (p. 31). No entanto, neste

texto, optamos por nomear como transparência duas formas através das quais o profissional se deixa ver nos atendimentos: o “tornar público”, tal como proposto por Anderson (2018); e também o “compartilhar histórias pessoais”, ação comumente descrita na literatura como autorrevelação, e que merece ser analisada em seus limites e potencialidades (Barnett, 2011; Gibson, 2012; Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017).

5.3.1. Tornar público diálogos internos

Em nossa análise, a ação de tornar público diálogos internos esteve presente em muitos atendimentos, buscando construir pontes com as famílias, ao explicitar os caminhos trilhados (diálogos internos) por trás das perguntas. Em muitos exemplos anteriores, esse modo de interação se fez presente. São momentos em que os profissionais deixam claros os caminhos que fizeram para chegar a alguma observação; ou mesmo esclarecem porque estão com vontade de perguntar alguma coisa. Tais formas de diálogo são interessantes por aproximarem as famílias dos profissionais, tornando suas intervenções menos “misteriosas”. Geralmente, frases como *“Deixe em te contar porque pensei isto”*; ou *“Eu fiquei pensando algo que não sei se vai fazer sentido”* introduziam a ação de tornar público os diálogos internos, deixando o próprio processo de construção da intervenção mais acessível à família e aos outros profissionais participantes do diálogo. Tais comportamentos ocorreram tanto por parte dos profissionais de campo, como por parte dos membros da equipe reflexiva.

Como exemplo deste recurso citamos uma pequena passagem de uma conversa desenvolvida na 5ª reunião com a família de Joel (Atendimento 1). No caso, a conversa girava em torno do relato de uma situação na qual Joel havia experimentado um estado de confusão mental. A família de Joel havia se reunido para assistir um jogo do Brasil, e um colega de seu pai (Lucas) se juntou para assistir ao jogo com eles. Assim, na reunião familiar, Heloísa e Joel buscavam compreender fatores que pareciam ter contribuído com o

estado de confusão, e Tom faz uma associação em que aponta que a confusão experimentada por Joel parecia relacionar-se ao fato de ter pessoas diferentes ou mudanças no contexto no qual ele estava habituado. Para explicar sua afirmação, Tom explicita o seu caminho de pensamento, tornando público as conversas internas que teve para construir tal afirmação.

Tom: Eu, é... Eu posso falar uma grande besteira, né, Joel? Daí, se eu falar uma grande besteira, não hesite em... falar que eu tô falando uma besteira, viu? Mas, é... Eu tô pensando... Na semana passada, na... Acho que na quarta ou na terça feira. Acho que foi na terça feira que eu acho que você ficou um pouco mais nervoso...

Heloísa: Hm-hum.

Tom: Teve uma... Uma questão que o Ivan (*paciente do HD, que iniciaria a semi-internação*) tinha chegado... Acho que era o primeiro dia do Ivan, não era?

Juliana: Foi o segundo dia do Ivan.

Tom: E daí você foi apresentar o hospital pra ele. Não teve uma...

Joel: Foi, e eu... Eu assim... Digamos assim que eu tenha feito tudo errado. Né? Porque... Eu fui fazer um esforço de apresentar o hospital pra ele e a confusão... Não estava marcado pra eu fazer a apresentação dele. Entendeu? Mas, eu quis, assim, me antecipar ao hospital. Não sei! E... E aí eu me atrapalhei tudo lá! O erro pra mim é uma coisa muito difícil. E eu tenho que entender que todo mundo erra. Né?

Tom: Acho que isso entra no auto-respeito, não entra?

Heloísa: Mas, você errou?

Joel: É porque tem um nome nas plaquinhas nas portas do hospital, só que eu acabei não lendo. Eu não sei o que eu fiz. Eu sei que, de alguma forma ali, eu me atrapalhei. E... O que vocês não estão entendendo? Você [Heloísa] tá numa cara...

Heloísa: Eu não sabia de nada disso.

Tom: Sabe por que eu falei isso, Joel? Eu vou tentar contar qual foi o meu pensamento. É que você falou da... da questão do jogo do Brasil. Do Lucas, né? Que era uma pessoa de fora do convívio e como essa coisa de “algo diferente” parece que te coloca num lugar desconfortável que parece que contribui pra essa confusão. E daí eu fiquei pensando no Ivan – só pra fazer um paralelo – que talvez o

Ivan, como uma pessoa nova, te colocou num lugar diferente que te deixou um pouco desconfortável e isso vai...

Joel: Uma coisa leva à outra, né?

Tom: ... E isso gera uma certa confusão. Quando algo diferente acontece, às vezes você fica um pouco confuso.

Joel: Sim.

Tom: Isso faz sentido?

Joel: Pleno sentido. É isso mesmo.

Tom: O que vocês acham disso? A Heloísa... (01x05).

No exemplo acima, Tom faz uma associação entre fatores, produzindo uma explicação para a confusão de Joel. No entanto, ao tornar público o caminho construído para sua explicação, convida Joel e sua mãe a participarem dessa associação, inclusive sugerindo que a abandonem caso não seja uma boa explicação para eles (*“Eu posso falar uma grande besteira, né, Joel? Daí, se eu falar uma grande besteira, não hesite em... falar que eu tô falando uma besteira, viu?”*). Nesta ação de Tom, observamos tanto a horizontalização como a transparência atuando juntas no processo conversacional. Por meio dessas ações, Tom pareceu evitar impor um único ponto de vista, explicitando o caminho da construção de seu posicionamento – que poderia ou não se revelar útil para a família orientar-se em relação à problemática que vivenciavam.

5.3.2. Compartilhar histórias pessoais

Além de tornar público diálogos internos, como o exemplo acima ilustra, em muitas reuniões familiares os profissionais buscaram compartilhar alguma história pessoal. Essa ação vinha associada, geralmente, às manifestações de horizontalidade e afetividade já descritas.

A ação de compartilhar histórias pessoais pode estar associada a vários fatores, dentre os quais destacamos apenas dois. O primeiro, refere-se à inscrição das conversas tecidas nas reuniões familiares no contexto de saúde mental, o que parece

convidar os profissionais a compartilharem experiências com a finalidade específica de evitar preconceitos ou a patologização de experiências cotidianas. Como afirma Bezerra Jr. (2007), um dos desafios da reforma psiquiátrica é transformar o contexto sociocultural, de forma a fazer com que o sofrimento mental possa ser pensado em suas dimensões existencial e humana. Os profissionais de saúde mental parecem ser sensíveis a essas dimensões, buscando, por meio de suas próprias histórias, apresentá-las no contexto do atendimento.

O segundo fator se refere à influência, no contexto específico do serviço de saúde onde desenvolvemos nossa pesquisa, de modelos grupais de intervenção em que o compartilhamento de experiências tem permitido aos profissionais de saúde ocuparem também outros lugares, pautados em fatores terapêuticos como a universalidade, por exemplo. Sobre esse último aspecto, citamos especificamente a influência da proposta do Grupo Comunitário de Saúde Mental, uma prática valorizada na instituição e que conta com a participação engajada de vários profissionais e estudantes (Cardoso, 2012; Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013).

Analisamos a prática de autorrevelação detalhadamente em outro texto, refletindo sobre algumas de suas vantagens e potenciais riscos como recurso conversacional (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017). Mais do que propor um uso correto da autorrevelação, buscamos considerar como o seu uso, em atenção ao fluxo conversacional, pode favorecer o desenvolvimento da comunicação terapêutica. No entanto, cientes de como a utilização inadequada da autorrevelação pode prejudicar o relacionamento estabelecido, propusemos dois usos úteis, os quais nomeamos como uso “reflexivo” e uso “político”. Trata-se de uma divisão didática, de aspectos que, na prática, encontram-se relacionados.

O uso reflexivo caracteriza-se pela ação do profissional de emprestar alguma história ou fragmento pessoal para ampliar o diálogo em desenvolvimento:

O uso reflexivo da autorrevelação primordialmente implica em entender que a possibilidade de o terapeuta revelar aspectos de sua vida pessoal em sessão é uma realização relacional, ou seja, ela só pode fazer sentido como resposta a um contexto no qual ajude a conversa a caminhar. Estar atento ao desenrolar da interação é o foco central nesse tipo de uso para a autorrevelação (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017, p. 403).

O uso político, por sua vez, ocorre quando o profissional recorre a suas próprias experiências como forma de dar visibilidade para como discursos sociais configuram práticas e vivências pessoais, assim convidando os pacientes e familiares a refletirem sobre como esses discursos participam da construção de seus dilemas (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017).

Na análise aqui apresentada, trabalhamos estes usos conjuntamente, uma vez que reconhecemos que os debates hoje presentes nas discussões sobre saúde mental envolvem necessariamente uma dimensão política, a saber, um posicionamento dos profissionais em relação à defesa dos direitos humanos, à luta contra o preconceito e à busca por ampliar os modos de vida de pessoas que convivem com o sofrimento mental (Amarante, 2003; Bezerra Jr, 2007; Davidson & Roe, 2007).

Como nossa análise sugere, em muitos momentos das reuniões familiares os profissionais recorreram à prática da autorrevelação. Assim, acompanhando o fluxo conversacional e cumprindo as funções de reflexão e de conscientização política (no sentido acima descrito), os profissionais pareceram emprestar histórias pessoais para auxiliar as famílias a reconhecerem preconceitos sociais; evitar patologizar experiências cotidianas; valorizar recursos adquiridos e ampliar as possibilidades de vida social apesar das limitações impostas pelo sofrimento mental. Apresentamos alguns exemplos que mostram como o compartilhamento de histórias pessoais apareceu nas reuniões familiares, de forma a gerar uma responsividade-relacional dos profissionais ao diálogo em desenvolvimento.

Em um primeiro exemplo, ilustramos a possibilidade de a autorrevelação dar voz a sentimentos presentes no atendimento, mas que por algum motivo pareciam difíceis de serem verbalizados/nomeados. Na 5ª reunião com a família de Joel (Atendimento 1), ele compartilha com os profissionais algumas dificuldades relacionadas a momentos de confusão e esquecimento. Ao longo da conversa, Heloísa (mãe de Joel), busca ajudá-lo a narrar as situações por ele vividas, as quais incluíam sentir-se ameaçado na relação com profissionais da equipe. Nessa situação, Tom empresta uma história pessoal para dar voz ao possível sentimento experimentado por Joel na situação vivenciada.

Heloísa: Esse... É, é, é... Acho que só o fato dele sentir na mente dele que talvez eles sejam inimigos, ele se sente depois tão culpado, tão culpado. Sabe? Então, primeiro, ele coloca como se as pessoas fossem opositoras dele. Nossa! Aí depois vêm a culpa. Quando começa a baixar essa situação, aí vêm a culpa. Uma extrema culpa! Olha, gente, que dá compaixão! (...)

Tom: É... Eu não sei... Não sei se vai ajudar, né? Mas, você contando, né, Heloísa, o Joel contando... Eu lembrei de algo que eu vivi quando eu era criança. É... Eu acho que eu devia ter... Sei lá, eu acho que eu devia ter uns... Era primeira série. Oito anos, né?

Joel: Sete, oito.

Tom: Sete, oito anos. E eu fui pra uma escola nova, né? Eu tinha mudado de cidade e tal. Minha família mudava muito e eu fui pra uma escola nova. E eu tava muito assustado, assim, eu tava morrendo de medo daquela escola nova. Porque... era novo, né? E eu não queria ir pra escola de jeito nenhum. Daí, é... O que que meu pai fazia? Meu pai me levava... E tinha tipo um alambrado, né? Um alambrado dividindo a escola da rua. E ele ficava do outro lado do alambrado conversando comigo até a hora que tocava o sinal. E quando tocava o sinal eu entrava e depois ele ia me buscar, tal, enfim. Mas, eu tô lembrando assim que, pra mim, tudo era ameaçador. Pra mim, os colegas, tal... Era tudo uma ameaça, né?

Joel: Os professores novos...

Tom: É. E você fica... Você fica assustado, fica confuso. É uma situação... Muito difícil mesmo. Mas, é... Eu lembrei disso, Joel,

porque eu não sei se talvez tem alguma semelhança, parece que talvez, tem algumas situações...

Joel: Sabe qual a semelhança? Medo. É muito medo. De... [pausa] É... De chegar a perder a razão, sabe? E... É... Eu acho que é importante que eu diga que, assim, eu quero me amar. Mas, no fim das contas, eu não consigo, entendeu? E...

[Heloísa respira profundamente].

Joel: Eu não vou te interromper, fala. Você ia falar alguma coisa.

Tom: Ela deu uma respirada! [risos]

Heloísa: Não, Joel. Fala. Eu só pensei. Fala você.

Joel: É assim... [longa pausa] Como diz... Como diz a [Nome da paciente]. Até minha mãe também... “Só Jesus na causa”. [todos riem] Nossa, não tem como.

Tom: Então, além de Jesus, vamos colocar a Reflexiva na causa?

[risos](entrada da equipe reflexiva, que dá continuidade ao diálogo em questão). (...)

Carla: A gente senta pensando em falar uma coisa, né? Aí senta, escuta, outras coisas aparecem... (...) Fiquei pensando da história que o Tom contou, né, do pai dele, de fora no alambrado, né? Que, no caso do Joel, parece que a Dona Heloísa está lá do lado de fora também, do alambrado. Ou, aqui do lado de fora das portas do HD? Não sei, né? (01x05)

A história de Tom é relacionalmente responsiva às demandas da família naquele momento – portanto, orienta-se para o outro, e não simplesmente para algum tipo de desabafo pessoal ou troca de experiências. Tom conta uma história na qual, assim como Joel, havia uma “ameaça presente”. A imagem de Tom como um menino assustado no portão da escola parece corresponder à imagem que Joel buscava representar dele no contexto do tratamento – em um momento em que se sentia vulnerável, ameaçado, por não saber ao certo o que se passava com ele. Tom não traz sua história para que se converse sobre ela ou para que ela seja um “modelo” de comportamento para Joel – o que entenderíamos ser um mau uso da autorrevelação. A história, ao contrário, oferece uma imagem – uma linguagem alusiva – à história descrita por Joel e Heloísa. Além disso, a imagem trazida

por Tom faz referência a uma vivência familiar, que em muito se assemelha ao apoio que Heloísa vem dando a Joel no tratamento, aspecto que posteriormente é valorizado na equipe (postura apreciativa) como uma relação de compromisso e cumplicidade. (*“Que, no caso do Joel, parece que a dona Heloísa está lá do lado de fora também, do alambrado”*).

Em certo sentido, a imagem oferecida por Tom também “naturaliza” (no sentido de normalizar) o sentimento vivido por Joel. Sentir-se ameaçado é algo que muitos de nós já experimentamos. No entanto, embora Tom tenha sugerido uma possível semelhança entre os sentimentos, quem definiu qual era o sentimento presente foi Joel, quando logo em seguida à fala de Tom, complementou: *“Sabe qual a semelhança? Medo. É muito medo. De... [pausa] É... De chegar a perder a razão, sabe?”*.

A forte emoção presente nesse diálogo – que aparece corporalmente sinalizada pelo longo suspiro de Heloísa – é mais um sinal de que a autorrevelação de Tom foi usada de forma a ampliar as possibilidades da conversa em desenvolvimento, favorecendo a construção de uma comunicação dialógica. O sentido político dessa ação reside na intenção de contar algo que impede que sentimentos humanos sejam reduzidos à experiência de adoecimento mental. Sentir-se ameaçado, com medo e sozinho são elementos da experiência humana (Cardoso, 2012; Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013).

A autorrevelação também serviu nos atendimentos para consolidar posições de “enfrentamento”, bem como para legitimar o percurso trilhado pelas famílias ao longo do tratamento. Citamos, como um segundo exemplo, uma conversa tecida também no contexto do Atendimento 1, quando os profissionais buscaram avaliar o trabalho construído nas reuniões familiares. Baseados em uma metáfora presente em outros encontros, reconhecem que conseguiram lutar contra alguns “monstros” (ampliando os entendimentos do diagnóstico, revisitando preconceitos etc.), o que permitiu que olhassem para as situações de vida de outros modos. Novamente, a autorrevelação foi usada

pelo profissional de saúde como um recurso para desenvolvimento da conversa, orientada para a alteridade – isto é, como um recurso para dar sentido à experiência trilhada pela família no curso dos atendimentos, como ilustra o uso “reflexivo”:

Tom: As coisas são muito divididas, muito separadas. Mas, enfim, mas isso é só uma... Mas, o... Eu fiquei lembrando de uma coisa que eu vivi, né? Uma bobagem, mas eu acho que talvez... Vocês já viram aquele filme “Exorcista”?

Sílvia: Já.

Joel: Hm-hum.

Tom: Uma vez... Eu morria de medo daquele filme. Mas, eu morria de medo daquele filme sem nunca ter visto. Porque, é... Meu pai tinha muito medo e tem uma história...

Joel: Tem uns efeitos especiais, assim, meio...

Tom: É! Mas, eu nunca tinha visto. Porque tinha uma história de quando o filme foi lançado e causou a maior polêmica.

Joel: Que teve gente que morreu quando viu o filme!

Tom: É! Que teve gente que assistiu no cinema e morreu. Então se criou um negócio em torno do filme, né?

Heloísa: Negócio mesmo. É pra vender!

Tom: E eu morria de medo do filme, né? Meu pai morria de medo, passou pra mim e eu não assisti o filme. Então, várias vezes eu assisti os cinco primeiros minutos do filme, que não mostra nada, e daí quando começava a ficar assustador eu desligava.[risos]

Tom: Aí depois... Sei lá, gente, eu devia ter ali os meus vinte e lá vai cacetada. Falei: “Não, deixa eu assistir esse filme”. E daí assisti o filme. É... E... Eu fiquei até meio decepcionado assim...[risos]

Heloísa: Porque o fantasma era maior do que o filme!

Tom: É... O... Porque que eu estou contando essa bobagem, né...

Heloísa: Bobagem nada!

Tom: Eu acho que tem... tem... Eu acredito nisso, é uma opinião minha, né? Que eu acho que tem o tempo certo pra gente enfrentar alguns demônios, né?

Heloísa: Hm-hum!

Tom: Eu acho que, às vezes, tem o tempo ali, o momento, pra gente conseguir assistir o filme inteiro, né?

Heloísa: Exatamente.

Tom: Então... Eu fiquei pensando um pouco nisso, que talvez isso não tenha sido conversado antes porque talvez não tenha sido o momento, né? E, de repente, o momento surgiu, né? De poder enfrentar esses demônios. (01x12).

Embora, em um primeiro momento, Tom tenha considerado uma “bobagem” compartilhar sua história, ela parece fazer sentido para a família, pois, revendo seu percurso nas reuniões familiares, considera que respeitaram o tempo necessário para a abordagem das questões que se apresentaram. Fundamental para compreensão desse sentido, no caso, é reconhecer que esta família já tinha referido uma longa história de tratamento anterior, inclusive explicando que nem sempre a abordagem das questões tematizadas nas reuniões familiares foi possível anteriormente a Joel.

Por fim, nossa análise sugere a existência de situações em que a autorrevelação dos profissionais de saúde contribuiu para que a discussão de algumas vivências saísse da esfera pessoal, para também ser inscrita em uma esfera social. Foram situações em que os profissionais pareciam buscar auxiliar as famílias a saírem do isolamento, reconhecendo preconceitos vividos pela experiência de adoecimento mental ou por fazer parte de minorias ou grupos “fora do padrão” (Martins & Guanaes-Lorenzi, 2017). Nestes casos, fica explícita a posição política da atuação do profissional de saúde mental, que reconhece o preconceito social tanto como fator que contribui com o sofrimento emocional, como que o atravessa (Amarante, 2003; Bezerra Jr., 2007). Embora compartilhar histórias pessoais certamente não seja a única forma de trabalhar o tema do preconceito e promover conversas comprometidas com a justiça social (Paré, 2014), em nosso contexto, essa ação pareceu ser uma das formas encontradas pelos profissionais para tecer diálogos orientados por esse valor.

Assim, nossa análise sugere que a ação de compartilhar histórias pessoais cumpre também a função da universalidade, permitindo, de modo muito semelhante ao que se passa em alguns processos de grupo (Yalom & Lezcz, 2007; Barreto, 2005;

Cardoso, 2012; Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013), que sentimentos comuns como exclusão, preconceito e injustiça social sejam discutidos e abordados não de forma individual, mas coletiva. A nosso ver, isto é uma forma de resistir à patologização individual. Isso é compatível com a dimensão jurídica e política presente no paradigma da desinstitucionalização, o qual coloca em pauta as relações sociais e civis em termos de cidadania e de direitos humanos (Amarante, 2003).

Quadro 6. Falando de Si para Escutar o Outro

Vamos praticar?

Falando de Si para Escutar o Outro

Você já parou para pensar o quanto compartilhamos histórias sobre nós mesmos? Este parece ser um dos modos mais comuns de nos engajarmos em conversas. Uma pessoa nos conta que está triste, e logo emendamos: “sabe que estou triste também?”. Outra conta que foi traída e logo trazemos uma história de quando também nos sentimos assim. Se nas conversas cotidianas isso pode ser bastante adequado e comum, nas conversas profissionais compartilhar experiências profissionais nem sempre é algo útil e generativo. Corremos o risco de nos antecipar, oferecendo a nossa história como similar porque acreditamos já ter entendido qual é o dilema envolvido; ou, ainda, o risco de nossa história ser tomada como um modelo, o que pode ser muito prejudicial para o andamento da conversa.

Mas será possível falar de si mesmo justamente para poder ouvir um pouco mais sobre o outro? Vamos tentar colocar isso em prática? Que tal imaginarmos uma situação hipotética?

Você encontra com seu amigo João por acaso em uma cafeteria. Há tempos você não o encontrava e ficou verdadeiramente feliz em vê-lo. Ao perguntar para ele como estavam as coisas ele te conta, chateado, que sente como se tivesse “passado um furacão na vida dele”. Com a pandemia, as coisas ficaram difíceis em casa, ele e a esposa se separaram e ele tem sentido muita dificuldade para reconstruir sua vida, como se não soubesse por onde começar. Estava se sentindo sozinho e

desiludido. O olhar de João volta-se para você e, nessa hora, você percebe que precisa falar alguma coisa para ajudá-lo.

Se você pudesse falar algo de si como recurso para escutar um pouco mais sobre João e ajudá-lo a lidar com essa dificuldade de orientação, que história você contaria? Como poderia contá-la? Que cuidados você precisaria tomar? Que efeitos que você imagina que sua história poderia ter? Onde poderia residir uma dimensão reflexiva no contar algo sobre si mesmo? E onde poderia residir uma dimensão política dessa narração?

5.4. Alusão

Atreva-se a tatear, a ousar ser alusivo, a hesitar, a tentar maneiras diferentes de expressar o “isso” que parece estar “lá”, esperando nosso desenvolvimento criativo disso dentro de nossas vidas conjuntas. Atreva-se a tropeçar criativamente nas palavras.
(Shotter, 2011, p. 220).

De acordo com Shotter e Katz (1998), uma característica importante da comunicação dialógica refere-se à busca por se conectar ao outro por meio de uma linguagem alusiva, que mais sugere entendimentos, do que afirma certezas. Para os autores, linguagens poéticas de fala têm a capacidade de abrir novos caminhos de entendimento, quando as pessoas podem se conectar mais amplamente, a partir dos lugares que ocupam no relacionamento. Como apresentamos no segundo capítulo, as linguagens alusivas podem assumir múltiplas formas, sendo as metáforas e as formas poéticas de comunicação exemplos das mesmas (Clarke, 2013; Shotter, 2017). Além disso, essa é uma forma de linguagem que traz, em sua própria construção, a tentativa de não impor um único sentido ou ponto de vista.

O uso de recursos estéticos pode ser uma forma de oferecer uma apreensão diferente das conversas em desenvolvimento, sendo marcado pela incerteza e pela busca de conexão com um

elemento emocional presente no momento interativo (Seikkula, 2017). Recorrer a linguagens estéticas pode tanto auxiliar os profissionais a lidar com alguns desafios presentes no uso da linguagem, como por exemplo o desafio de transitar entre mundos discursivos diferentes (o que inclui, muitas vezes, o choque entre os repertórios de clientes e dos profissionais) ou, ainda, de romper com uma visão meramente discursiva dos acontecimentos. A linguagem estética se comunica mais amplamente com os sentimentos, permitindo o contato com a dimensão também sensível e corporificada da comunicação (Guanaes-Lorenzi, Martins & Santos, 2018; Shotter, 2017).

Neste tópico, buscamos dar visibilidade para como a alusão esteve presente nas reuniões familiares como um recurso para construção da comunicação dialógica, o que aconteceu, sobretudo, por meio do uso de metáforas e outros recursos estéticos (imagens, poemas) por parte dos profissionais. Os títulos usados nas tabelas-síntese (Tabelas 5, 6 e 7) mostram como as linguagens alusivas atravessaram os atendimentos. No entanto, para dar maior visibilidade a esse aspecto, selecionamos alguns exemplos, apresentados a seguir.

No diálogo tecido ao longo das reuniões com a família de Joel (Atendimento 1), muitas metáforas foram usadas: a imagem de alguém diante de uma “chocolataria” foi usada como recurso para se conversar sobre o sentido de “ter que se conter”; a imagem de *charges* foi usada para conversar sobre diagnóstico e rótulos; a imagem de um “pane elétrico” ou de um “carro com defeito” foi usado para se conversar sobre as crises e sobre como seguir a partir delas; a imagem do “monstro” foi usada para se abordar o medo e a ameaça trazida pelo diagnóstico (monstro que depois foi transformado em um “bichinho”); a metáfora de “zerar a conta” foi usada como recurso para desenvolver conversas francas e explicar posicionamentos; a ideia de “assumir a direção do carro” foi usada para refletir sobre como os recursos estabelecidos podem ajudar a seguir adiante; a metáfora do “ser mineiro” foi usada como uma forma de se construir a posição de um bom

“anfitrião” e de uma nova relação com as problemáticas vividas etc. Em todos esses casos, as metáforas eram artesanalmente construídas pelo movimento de atenção dos profissionais ao diálogo em desenvolvimento – portanto, em atenção ao aspecto responsivo-relacional da comunicação (Shotter, 2017).

Como exemplo, citamos um pequeno trecho de diálogo com a família de Joel, na 3ª reunião familiar (Atendimento 1), quando Tom introduz a imagem das *charges* para dialogar sobre os diferentes nomes/rótulos que Joel têm tentado inserir em sua vida. Joel estava se sentindo bastante triste com as hipóteses diagnósticas levantadas pela equipe médica para sua condição. Embora sua mãe, Heloísa, tentasse apontar que o diagnóstico não era algo “determinista”, isso não parecia apaziguar os sentimentos de Joel naquele momento.

Joel: Eu falo assim: “Gente, se eu vier novamente pra Terra – reencarnasse de novo – é... [pausa] Se, se... Se eu tivesse que vir com todos esses diagnósticos de novo, eu talvez não daria conta”, entendeu? Ah, sei lá. Eu estou triste mesmo. Eu estou muito chateado. E... Peço a Deus pra tentar me ajudar. Porque tá difícil de carregar a cruz aqui. [pausa] Bom, enfim, acho que é só isso que eu tinha pra dizer.

Tom: É só tudo isso.

Heloísa: Mas, as coisas não são tão assim... [pausa]

Joel: Do que você tá falando, mãe?

Heloísa: Determinadas. Não é esse determinismo com tanta...

Joel: Eu sempre fui determinista.

Heloísa: Você sempre foi muito rígido, Joel. Mesmo dentro... Como em qualquer religião bem orientada, sem fanatismo, o importante é o nosso crescimento, né? Pro bem. Seja lá como for. E como for? Esquece isso, se a gente tem que vir assim ou assado, de pernas pro ar... Né? Não fica se crucificando com essas coisas não!

Tom: Você tá falando, né, Heloísa, e, assim, me veio uma imagem...

Do Joel, né? E vários nomes em cima dele.

Heloísa [rindo]: Mas, olha!

Joel: Olha, falou tudo!

Tom: E o Joel...

Heloísa: Plaquinha!

Tom: E o Joel... Eu pensei numa charge! Eu fui numa palestra... A charge, né, o Joel, assim, e os nomes... “Esquizofrenia”, “homossexual”, e tudo... [faz um sinal com as mãos como se as plaquinhas estivessem pressionando para baixo]

Heloísa: É, afundando ele assim.

Tom: Afundando, né?

Joel: É! (01x03).

A fala de Tom, feita de forma acolhedora e afetuosa, acompanhada de um gestual que mostra um “Joel” encolhido diante de tantos “rótulos”, abre uma nova possibilidade de diálogo com a família. A partir deste ponto, Tom chama a equipe reflexiva, que também busca se apoiar nessa metáfora para falar sobre as plaquinhas. Chama a atenção, no diálogo acima, que a ideia da “charge” e das “plaquinhas” como algo que “afunda” Joel é rapidamente aceita pela família, que parece se identificar com a imagem apresentada por Tom. Como diz Fox (1989), a metáfora torna a interação memorável, criando um tema ao qual se volta em diferentes momentos. A ideia da *charge* permite, assim, que a conversa se desenvolva em torno de assuntos difíceis, referentes à experiência de adoecimento mental, de sofrimento pelo medo da dependência e da perda da autonomia e, sobretudo, do preconceito social, que gera solidão e isolamento.

Também nas reuniões desenvolvidas com a família de Raquel (Atendimento 2), as metáforas e imagens estiveram presentes, auxiliando o desenvolvimento da conversa. Entre outras metáforas ou imagens utilizadas, citamos a referência à ideia de “abrir às portas”, para fazer menção ao exercício de trazerem suas questões de cotidiano para reflexão nas reuniões familiares; a metáfora de “encontrar a receita certa do pão de queijo”, como uma forma de se conversar sobre o relacionamento entre mãe e filha e os ingredientes necessários para o bom encontro acontecer entre elas; a metáfora do “vento” para conversar sobre as mudanças que estavam sendo vivenciadas na família; a metáfora

de “aprender a andar de esqui”, como forma de se abordar recaídas ou reincidências de crises; a metáfora dos “anticorpos” como forma de se conversar sobre os aprendizados adquiridos no enfrentamento das situações de crise ou sofrimento mental; e a metáfora de “cair em um poço profundo”, como forma de ajudar a construir melhores posições de ajuda na família. Tais metáforas respondiam a demandas particulares presentes nos encontros e se pautavam nos vocabulários presentes na própria relação com a família. Como aponta Clarke (2013), faz sentido que o profissional pautasse sua prática na linguagem do cliente, observando a que metáforas ele recorre para dar sentido à sua vida.

No atendimento da família de Olívia (Atendimento 3) não foi diferente. As metáforas estiveram presentes em muitos momentos, permitindo que o diálogo se desenvolvesse de modo particular. Como exemplo, citamos como a metáfora da escrita de um livro ou revista serviu para construir os objetivos do atendimento; a metáfora das “irmãs gêmeas ou trigêmeas” serviu para conversar sobre a experiência de sentir-se múltipla; a metáfora de uma “fagulha gerando um incêndio” serviu para falar da incerteza e da instabilidade presente na relação da família com Olívia e sobre o medo da crise; a imagem de “várias luzes” acendendo serviram para conversar sobre o processo de mudança; a imagem da “piscina rasa” serviu para problematizar a ideia de profundidade e superficialidade; a ideia de “brigar sem tirar a faca” surgiu como forma de se pensar em formas de ser assertivo, sem recorrer à agressão; e a imagem da “Cinderela” serviu para falar sobre o mundo dos sonhos.

Portanto, as metáforas estiveram presentes em muitos momentos, e, junto com outros recursos descritos nesta seção, favoreceram o desenvolvimento de conversas dialógicas, permitindo aos profissionais manterem uma postura aberta e sensível ao outro; criarem aberturas para participação de todos na conversa; e evitar impor pontos de vista.

Quadro 7. Emprestando Imagens às Palavras

Vamos praticar?

Emprestando Imagens às Palavras

Abrimos esta seção citando um poema lindo de Manoel de Barros. Você já prestou atenção como, muitas vezes, a palavra empobrece a imagem? Queremos propor um exercício para ampliar nossos entendimentos para além de nossas palavras mais comuns. Você precisará convidar alguém para fazer esse exercício com você.

Primeira etapa. Comece sozinho(a). Pense em um dilema que você esteja vivendo no momento e para o qual gostaria de utilizar esse exercício como forma de reflexão. Descreva o dilema com alguma riqueza de detalhes. Sobre o que se trata? Quem participa dessa história? Como ela se configura como um dilema? O que está em jogo para você? Que caminhos se mostram possíveis? Porque é difícil decidir por onde seguir? Escreva com clareza e imprima duas cópias desse relato.

Segunda etapa. A seguir, convide um(a) amigo(a) em quem confie e que também se interesse pelas ideias compartilhadas em nosso livro. Juntos vocês podem passar à etapa de reverberações ou ressonâncias deste exercício. Peça ao seu amigo(a) que leia em voz alta a descrição detalhada de seu dilema. Durante essa leitura, vocês dois/duas têm uma mesma tarefa: ouvir a descrição com atenção, deixando-se tocar e ser levado pelas palavras que foram escritas.

Pode ser que essa tarefa pareça estranha, mas confie nela. Ouça a leitura do seu amigo/a e permita-se ser “carregado” por essas palavras para onde suas sensações quiserem te levar. Fique atento a que lugares visita durante a leitura. Não analise muito. Apenas se deixe levar. Pode ser que, nesse processo, você seja tomado por alguma forma ou imagem enquanto ouve essa descrição. Talvez se lembre de alguma canção, poema ou cena de filme. É possível que alguma sensação predominante te mobilize em sua escuta.

Ao mesmo tempo, enquanto lê, seu amigo ou amiga pode fazer o mesmo exercício, deixando-se ser tocado e levado pela própria leitura. Quando esse momento terminar, não se apressem. Em silêncio, separadamente, tomem nota das imagens, sons e outros recursos estéticos para os quais vocês possivelmente tenham sido levados em sua escuta. Vocês não precisam interpretá-las/os, apenas descrevê-las na máxima riqueza de detalhes que conseguirem.

Terceira etapa. Por fim, é hora de conversarem. Compartilhem as diferentes metáforas às quais foram levados durante este exercício. Vocês não têm o objetivo de resolver o dilema, mas sim, explorarem com curiosidade as diferentes possibilidades que essas metáforas podem oferecer. Procurem entender:

O que elas lhes permitem enxergar?

O que de parecido as metáforas trazem?

Que diferentes construções do dilema cada imagem carrega?

Como as imagens trazidas ampliam a compreensão sobre a questão vivenciada?

5.5. Ampliação

Uma pessoa é, na verdade, muitas pessoas. Torna-se uma pessoa em uma determinada circunstância, e outra pessoa em outra circunstância. No entanto, todas essas diversas pessoas surgem da mesma pessoa, possuidora de algumas características básicas, que a tornam essa pessoa. Sendo assim, é igualmente certo e errado dizer que uma pessoa é muitas pessoas, ou dizer que todas essas diversas pessoas são a mesma pessoa. (Andersen, 2002, p. 45).

Ampliação refere-se ao conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental em sua relação com os familiares pautadas na valorização e exploração da diversidade de sentidos, histórias e vozes presentes no diálogo. Tais ações podem ser desenvolvidas em diferentes momentos e podem favorecer a exploração de descrições alternativas e, especialmente, a ampliação das vozes participantes da conversa. Ampliação, portanto, é um conjunto de ações pautada no pluralismo, permitindo o desenvolvimento e conversas amplas, sensíveis às múltiplas influências (Gosnell et al, 2017).

Na análise realizada, destacamos três ações promotoras da ampliação: a) ouvir histórias passadas como recursos; b) explorar diferentes vozes, tanto aquelas presentes na própria conversa,

como aquelas presentificadas nas narrativas trazidas pelos pacientes e seus familiares; e c) reconhecer a dimensão social das problemáticas apresentadas. Embora imbricadas, ilustraremos essas ações separadamente.

5.5.1. Ouvir histórias passadas como recursos

Em muitos momentos, os familiares buscaram narrar histórias passadas, em conversas pautadas pela necessidade de construir uma explicação que lhes parecesse plausível para o problema emocional. Assim, contaram histórias de relações familiares, de frustrações na vida pessoal, de relacionamentos conflituos, de perdas e da própria vivência de crises, relatando como essas se fizeram presentes em suas vidas, desde a infância. Ao serem apresentados à história familiar, os profissionais mantiveram uma escuta atenta, buscando valorizar e legitimar as histórias apresentadas. No entanto, buscando contribuir para a ressignificação das narrativas construídas, muitas delas marcadas por uma compreensão determinista dos transtornos mentais, os profissionais agiram na conversa explorando os recursos que os pacientes e seus familiares desenvolveram em sua relação com tais histórias. Tal postura nos parece compatível com o foco dado por Navarini e Hirdes (2008) em sua pesquisa acerca da sobrecarga familiar, quando buscaram, no diálogo com as famílias, conhecer também como os laços de afeto e solidariedade se fortaleceram no convívio com o sofrimento mental.

Uma concepção relacional de *self* parece orientar essa construção – somos no contexto de nossas relações. Assim, acontece o deslocamento de uma orientação determinista sobre o sofrimento mental (da explicação única pela hereditariedade ou vivências da infância), para uma orientação focada no futuro, com ênfase no reconhecimento dos recursos desenvolvidos por meio dos relacionamentos vivenciados. Essa ação se conecta tanto ao valor da responsabilidade/generatividade definido por Gosnell *et al.* (2017), como a ideia de fluxo, que se pauta na busca por

facilitar a emergência de novas identidades, por meio, sobretudo, do reconhecimento da inserção da pessoa em uma ampla rede de relacionamentos e histórias.

Como ilustração, podemos citar algo que aconteceu na terceira reunião do atendimento 1. Nela, Joel conta para a equipe que tem se sentido muito desanimado. Heloísa, sua mãe, corrobora sua descrição, contando que ele tem se sentindo muito cansado, confuso, e que em muitas situações sua memória falha. Durante os atendimentos, os profissionais engajam-se no diálogo explorando os sentimentos de confusão vivenciados por Joel. Joel e Heloísa relatam uma cena vivida no dia anterior, em que Joel havia se demonstrado particularmente confuso, e Joel diz do quanto o atendimento no HD, por favorecer o convívio social, é importante para ele, já que muitas vezes seu desejo é se isolar ainda mais.

Joel: Me ajuda muito o... o... O atendimento aqui, sabe? Com todos, inclusive. Sem distinção de ninguém. E... Eu acho que o que é bom, por exemplo, é a questão da... De eu estar envolvido em sociedade de alguma forma, entendeu? Apesar de... Independente da forma que seja. Né? Porque a minha tendência é eu me fechar cada vez mais. Entendeu? Então, eu tenho que entender que... Que é assim que as coisas acontecem e se processam, né? Então, como eu já percebi, eu não posso deixar de... de... de ter cuidado comigo, né? Mas, é... É uma luta constante. Porque a cabeça não ajuda de jeito nenhum. Não adianta. Como diz... [rindo] seria mais fácil cortar a cabeça e colocar outra, entendeu, eu acho!

[Heloísa ri]

Tom: Mas daí... Daí ia perder muita coisa!

Joel [rindo]: É, então! É verdade! É.

Heloísa [rindo]: Tem tanta coisa maravilhosa aí dentro, né? Que não compensa fazer isso também, Joel! Pode parar! Essa ideia aí...

[todos riem]

Tom [rindo]: Vai saber que cabeça vai pôr, né?

[todos riem]

Tom: Você pode arrumar mais um problema!

Joel: É isso aí!

Heloísa: Pode descartar essa ideia, que essa daí...

Joel: É. [risos vão diminuindo]

Tom: Mas, sabe uma coisa que eu tô pensando aqui, Joel? Eu achei interessante esse, é... Essa descrição que Heloísa traz de... do que aconteceu ontem. (segue na conversa explorando, com a família, a situação que vivenciaram no dia anterior e que pareceu originar o estado de confusão descrito por Heloísa e Joel no atendimento). (01x03).

A fala de Tom traz uma linguagem apreciativa para a história vivenciada por Joel acerca do funcionamento de sua “cabeça” e suas implicações para sua vida. Com humor, Tom busca reforçar esse mesmo funcionamento a partir do entendimento de que a “cabeça” de Joel carrega também muitos recursos. Valoriza, assim, a potencialidade, em detrimento de déficits, ao mesmo tempo em que respeita a história contada pelo paciente. Como afirma Gosnell *et al.* (2017), conversar sobre recursos é importante na prática com famílias. Demonstra, em nosso entendimento, a responsabilidade do profissional na construção de diálogos em que competências e possibilidades se sobressaíam mais do que linguagens de déficits e limitações.

5.5.2. Explorar diferentes vozes presentes e presentificadas na conversa

A prática nas reuniões familiares algumas vezes foi pautada na exploração ativa do diálogo entre diferentes vozes, presentes e presentificadas, nas conversas em desenvolvimento. Essa ação é informada por uma concepção relacional e narrativa de *self*. Somos aquilo que nós e outros contamos acerca de quem somos, nos diferentes relacionamentos de que participamos (Gergen, 1997; Guanaes & Japur, 2003).

Considerando o diálogo entre “vozes presentes” na interação, em muitas situações, as reuniões familiares serviram para que os participantes desenvolvessem conversas francas, esclarecendo pontos de vista e posicionamentos. Nessas situações, os

profissionais pareceram atuar tanto como “testemunhas” dos movimentos de aproximação feitos pela própria família, como facilitadores do diálogo, em situações em que as diferenças de entendimento pareciam ser o motivo de conflitos entre pontos de vista. Em ambos os casos, buscou-se trabalhar com a ideia de que existem “múltiplas verdades possíveis”, criando contexto para que as pessoas pudessem conhecer um pouco mais sobre o caminho feito pelo outro na construção de determinada visão ou posicionamento.

O diálogo tecido entre Joel e seu pai na 8ª reunião familiar é um exemplo (ver Tabela 5). No caso, Antônio procura se envolver no diálogo buscando “zerar a conta”, explicitando para o filho qual seu verdadeiro entendimento da questão e como seu posicionamento se transformou ao longo dos anos.

Antônio: Filho. Eu vou tentar te falar uma coisa assim. Pra mim. Pra mim.

Joel: Ahn.

Antônio: Vamos pôr... Pro meu conforto de pai. Aproveitar esse momento que eu acho que... Achei até que a gente...

Heloísa: É único.

Antônio: Mas, é... Pra mim, é importante que você... (...) Eu tô te falando assim, é pura sinceridade: Se você tinha alguma sequela ainda com relação a isso, tire isso da cabeça. *(apresenta seu ponto de vista da situação, esclarecendo seu ponto de vista)*. Aproveitando essa oportunidade que, como disse tua mãe, é única.

Heloísa: E que a gente não esperava que isso acontecesse, porque hoje foi tudo assim...

Antônio: É. Isso. De zerar. Zerar a conta. Você tá entendendo?

Joel: Estou. (01x08).

Esta é uma conversa interessante, em que pai e filho buscam alinhar seus posicionamentos. A ampliação, no caso, se dá no desenvolvimento de um diálogo em que as diferenças entre as vozes e perspectivas das diferentes pessoas presentes são

explicitadas, buscando encontrar um novo modo de “seguir juntos”, a partir de um novo lugar.

Conversas semelhantes, de explicar posicionamentos, também aconteceram nos Atendimentos 2 e 3 que compuseram o banco de dados, e são bastante comuns no contexto geral das reuniões familiares. Tais conversas podem envolver os mais diferentes assuntos, e geralmente se dão quando a diferença de entendimentos parece ser motivo de distanciamento na família. Nestes casos, como sugere Gergen e Ness (2016), busca-se trabalhar com a verdade em contexto, operacionalizando, na prática, a ênfase na consciência da construção.

Considerando as “vozes presentificadas”, muitas conversas desenvolvidas no atendimento da família de Joel (Atendimento 1) ilustraram este enfoque. Em muitas reuniões, Joel e Heloísa compartilharam com a equipe histórias passadas, trazendo relatos de vivências difíceis e sofrimentos passados em relacionamentos sociais e, especialmente, familiares. Conversas especialmente ricas aconteceram na 6ª e na 11ª reunião familiar (ver Tabela 5), quando Joel e Heloísa puderam compartilhar com a equipe algumas dessas vivências, buscando dar sentido, no presente, às mesmas.

Da mesma maneira, as conversas orientaram-se para explorar descrições de self alternativas às descrições de problema, ampliando as possibilidades narrativas a partir do diálogo. No atendimento 1, a exploração ativa das vozes presentes se dá em muitos momentos, sendo particularmente interessante o diálogo que se desenvolve no 3º atendimento. Em trecho já apresentado neste texto, Tom introduziu na conversa a ideia das *charges*, plaquinhas que pareciam estar presentes nas narrativas de si de Joel, carregadas de preconceitos e descrições limitantes. A ampliação do diálogo, a partir da exploração de descrições de *self*, permite que outras descrições apareçam na conversa. Nesse caso, isto é feito por meio da participação da equipe reflexiva:

Carla: É... Então, eu vou voltar pra minha pergunta, né, pra responder à pergunta do Tom. É... O que que esses nomes não estão

dizendo do Joel? Eles dizem algumas coisas. Mas, eu fico imaginando que eles não dizem muitas outras coisas. E eu queria saber um pouco disso, sobre o que que esses nomes todos – adorei a charge – essas plaquinhas, estão deixando o Joel assustado, confuso, pequenininho, o que que eles não estão dando conta de dizer? Esta é uma questão que eu acho que eu continuo com ela. Então, eu queria ouvir eles falarem um pouco sobre isso. Acho que a Dona Heloísa sabe algumas dessas coisas e eu acho que o Joel sabe muitas delas também.

Pedro: Deixa eu só ver se eu estou entendendo a sua pergunta, Carla. Seria como se... Quais outras plaquinhas – várias, possíveis – que ficam de fora dessas três assim? Eu acho legal saber um pouco disso, sabia? E... Acho que um caminho pra pegar isso, eu acho que eles contaram um pouquinho da história de um Joel que já foi capaz, né? Que vivia bastante independente, que estudou... Eu também fico bem curioso pra saber quais outras coisas têm do Joel que a gente não está conversando... E... Eu fico pensando se... Que ele tá passando um momento difícil, né? E tem... Esse... Tem vários momentos que a gente vive na vida, né? Como é que seria um próximo momento diferente desse? (...)

[Os sistemas retomam seus lugares]

[longa pausa] (01x03)

A fala da equipe busca convidar outras histórias para a conversa – histórias que contradizem, por assim dizer, a narrativa até então dominante, pautada no déficit. A sequência do diálogo é muito interessante. Joel e a mãe, com auxílio de Tom, engajam-se em uma conversa rica sobre outras características de Joel, que os rótulos não permitem definir. Assim, retomam o passado olhando para recursos, e exploram alternativas ao discurso do déficit.

Heloísa: Hoje eu vim... É... Quando nós vínhamos pra cá... E ontem também, o Joel olhou o campus assim, nós estávamos subindo, não pela... Por aquele outro lado que vem pela parte de trás. Aqui, por dentro do campus da USP, né? Ele olhou assim e falou: “Mãe, esse Sol que está batendo me lembra o campus (nome da cidade onde estudou)”. Eu falei: “Que bom, né, Joel, graças à Deus você passou

por lá, né? A gente não pode se arrepender de nada do que fez. Porque foi crescimento pra você, pra mim, pra família toda. Pro teu pai, pra tua irmã. Foi ótimo”. Ele falou: “É, mãe, foi muito bom mesmo. Esse sol que tá nascendo assim me lembra muito (nome da cidade)”. E também hoje eu disse pra ele. Porque, às vezes, eu evito conversar sobre a escola que ele tá de licença, o [Nome da Escola], porque o Joel, eu tenho percebido, ele fica muito emotivo. Ele tem muitas saudades da escola. (...) Aí, esse último contato que eu tive com o diretor, por causa da licença que o Joel teve que tirar, ele disse assim pra mim. Ele citou várias orientações e vários pontos positivos, né, de desde quando ele conheceu o Joel, o trabalho que o Joel desenvolveu lá, inclusive, ele disse assim: “Sabe, Heloísa, excelentes resultados e efeito, assim, de bons alunos, foram com o Joel”. Essa é uma placa.

Joel: Eu acho que você falou uma coisa importante.

Tom: Então poderia colocar uma placa de “Bom Professor”?

Joel: É!

Heloísa: Bom!

Joel: Mas, então...

Heloísa: Dedicado. Amoroso.

Joel: É, muito, e... E... Eu continuo me importando com os meus alunos, mas não sei se eu vou poder voltar a dar aula. Talvez eu saia fora da sala de aula, continue em contato com eles, os conhecendo, mas, vamos ver, né? Às vezes, eu queria resgatar todo mundo, né? Queria catar os maus e os bons alunos, trazer pra minha sala de aula pra prestar atenção e...

Tom: Ó, Joel, eu posso... Eu posso estar me arriscando, né... Mas, de onde eu tô, eu não vejo motivo pra você não voltar. Mas, eu acho que aí é uma conversa pra outro momento, né?

Heloísa: É.

Tom: Mas, é... Eu acrescentaria uma plaquinha também, né? Posso colocar uma plaquinha na charge?

Joel: Pode. (...)

Tom: Eu acho que você tem sido muito, é... Nessas conversas que a gente tem tido... Muito honesto, muito autêntico, muito, é... aberto. Corajoso. Enfim. Sabe?

Heloísa: Sincero.

Tom: Sincero, né? E eu acrescentaria essa plaquinha, viu?

Heloísa: Dedicado! Nós temos sim, vindo pra cá com alegria de poder estar participando [olhando para Pedro]. De peito aberto, né, Joel? (01x03)

Como apontamos em outros momentos, uma orientação colaborativa para a prática valoriza o pluralismo e a visão de fluxo como importantes valores no trabalho com famílias. Tais valores referem-se, entre outros aspectos, à busca por reconhecer múltiplas verdades, explorar múltiplas realidades sociais, facilitar a emergência de novas identidades e considerar a influência mútua presente em toda interação (Gosnell *et al.*, 2017). Valoriza, ainda, que a mudança é um evento ético, em constante desenvolvimento, sensível à concepção de que nos tornamos junto com outros, relacionalmente (Bøe *et al.*, 2013).

No exemplo anterior, a ação da equipe amplia o diálogo em desenvolvimento, valorizando descrições de *self* alternativas. Trata-se de um movimento ativo de convidar outras vozes para o diálogo. Além desse aspecto, há, naquele diálogo, a adoção de uma linguagem apreciativa, que cria o contexto para construção de uma linguagem de esperança em termos da possibilidade de recuperação.

Em termos gerais, este recurso foi bastante explorado nas reuniões familiares. Incluir a família no atendimento amplia as possibilidades de cuidado, permitindo que se considere as pessoas inseridas em contextos de relacionamentos (Gosnell *et al.*, 2017). Assim, além de participar de conversas que abordam questões relacionais, os familiares também participam como “testemunhas” de mudanças que os pacientes experimentam de forma mais ampla no HD, o que permite que integrem novos vocabulários a seus próprios contextos (Martins, 2017).

5.5.3. Explicitar a dimensão social das problemáticas apresentadas

Por fim, a ampliação dos diálogos se deu nos diferentes momentos em que se buscou, na relação com as famílias, reconhecer e explicitar a dimensão social das problemáticas apresentadas. São conversas que ilustram o quanto a prática de saúde mental se inscreve na luta pela garantia da cidadania e direitos humanos às pessoas que vivem com o sofrimento mental, e que buscam reagir contra o preconceito social e às limitações que este impõe. Nesse sentido, as reuniões familiares se inscrevem também como forma de participação na luta política da reforma psiquiátrica (Amarante, 2003; Bezerra Jr., 2007).

Soma-se a isso o reconhecimento de que as situações de crise também podem ser compreendidas como uma possível resposta a situações adversas, vividas como devastadoras na vida das pessoas (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2007). A partir de nossa experiência de participação nas reuniões familiares, consideramos difícil não relacionar as narrativas de crise à condição de vulnerabilidade de alguns grupos sociais, o que novamente permite refletir sobre a importância de considerarmos a relevância de valores em nossas ações (Gergen & Ness, 2016), bem como reconhecer que nossa prática pode promover “justiça social” ainda que nos micro contextos, ao reconhecer situações de opressão e preconceito, auxiliando as pessoas a construírem uma maior consciência sobre tais aspectos (Paré, 2014).

No desenvolvimento das reuniões familiares no contexto mais amplo do HD (para além do banco de dados), como profissionais, somos apresentados a muitas narrativas vividas como traumáticas e que envolvem relatos de abusos e violência doméstica, *bullying*, preconceitos raciais e de gênero, entre outros. Nessas situações, temos buscado participar das conversas honrando as narrativas das famílias, valorizando a coragem que demonstram por se oporem a práticas que aviltam sua dignidade e existência (White, 2012).

No banco de dados analisado nesta pesquisa, as conversas sobre preconceito social quanto aos transtornos mentais, homossexualidade, raça/etnia, configuração familiar, obesidade também estiveram presentes, e foram desenvolvidas sempre de forma a auxiliar a construir uma sociedade em que a diversidade não seja, de modo algum, tratada como disfunção ou desvio. Dada a tradição individualizante hegemônica no contexto da saúde, esta é uma orientação importante para a prática nas reuniões familiares, que permite “trazer o social para dentro do individual” (Martins, 2017; Martins, McNamee & Guanaes-Lorenzi, 2017).

Como ilustração, recorreremos a um diálogo significativo ocorrido no Atendimento 3. Naquele encontro, a conversa havia se centrado em torno das diferentes famílias de origem de Olívia – a família de seu pai, a família de sua mãe, bem como a história de sua família biológica. Neste ponto, da equipe reflexiva, Pedro propõe uma reflexão que busca conectar as vivências individuais de Olívia às suas experiências familiares diversas.

Pedro: (...) eu acho que eu saio daqui com uma noção um pouco mais clara de... dessa família de vocês, né? E eu estou fazendo esse comentário porque eu acho que, assim... É muito diferente, né? Vocês contaram de dois modelos de família muito diferentes. A família da Miriam e a família do Felipe. E eu acho bonita a forma como vocês conseguem colocar junto pra conviver esses dois modelos. E eu acho que isso dá tanto recurso pra... pra... Pras filhas de vocês. E pra Olívia, no caso. Porque ela tem onde recorrer. Então, ela tem várias formas de resolver as coisas. E depois a Miriam ainda trouxe uma outra coisa muito importante, né? Tem ainda a mãe biológica da Olívia. Então... Olha que tanto de recursos, de formas diferentes de viver que... Eu aprendi muito hoje, assim. E eu acho que é justamente isso. Essa conexão. Que, às vezes parece que a gente é bem isoladinho, né? “Eu sou eu e pronto”. Não, né? Eu sou eu em relação às outras pessoas e em relação a tudo isso que a gente vive. E eu gosto muito de ouvir essa história. (03x07)

Há, nesta fala, um convite a olhar para a diversidade de experiências familiares de Olívia tanto como contextos para compreensão de sua vida, quanto como recursos plurais que ela poderia utilizar para transformar os dilemas que estava vivendo.

Miriam: É! Não podemos achar que... Porque assim. A Olívia, desde o primeiro dia que ela chegou com a gente. E eu fiquei... Tive quarentena. Só com ela e tal. E eu já falava pra ela. Que ela tinha sido muito esperada. Porque me ensinaram que tinha que falar pro bebezinho quando ele é recém-nascido. Que ela tinha sido muito esperada, que a gente amava etc e tal e tal e tal. E o que eu sabia... À medida que ela foi crescendo. Que ela começou a entender algumas coisas. (...) Com sete anos ela entendeu. Seis pra sete. O que... Ela era do meu coração, mas tinha uma barriga. E quem era a dona da barriga? Então, aí começou. Ela foi pra terapia. E foi a primeira crise existencial dela. “Quem sou eu?” Foi nessa época. E aí foi pra terapia que ela questionava muito ela... Foi uma fase difícil dela. E aprendendo cor. Porque ela era cor de chocolate, mas eu era, a cor era diferente, não sei o que e tal. E fomos que fomos. (...) Eu acho que, se eu não trouxesse também essa coisa [a mãe biológica de Olívia], ia ficar... negando a realidade! Ela existe. A Olívia tem um pedaço dela. E é um pedaço muito bom. Entendeu? A essência.

Sílvia: Mas, acho que é isso que o Pedro falou um pouco, né, Gabriel? A Olívia tem muito recurso. Histórias novas pra gente também, né? (...) Eu fico também... Estou aqui, assim... Tem muito recurso. Muita... É uma família diferente em alguns aspectos. E também a gente tem que aproveitar! São coisas muito ricas que vocês falaram hoje. Realmente.

Miriam: Uma pessoa falou pra mim assim: “É, você...” Eu senti uma coisa diferente com relação a alguém, que parece que a pessoa ficou meio assim. Ela falou: “Gente, mas vocês são uma família muito diferente! Às vezes, vocês impactam nas pessoas!” Entendeu?

Sílvia: E é mesmo. Mas, eu acho isso de uma riqueza...

Sílvia: Acho que é uma família assim...

Gabriel: Diferente.

Sílvia: É. Não que vocês não são menos certinhos, mas é uma família diferente do tradicional.

Gabriel: Do padrão.

Miriam: É. É fora do padrão. Exatamente.

Sílvia: Esse bendito padrão! (03x07)

No trecho acima, podemos observar como, a partir do convite feito por Pedro, a família se engaja em um contar de histórias sobre as múltiplas diversidades que a caracteriza como uma família “diferente”. Isso ajuda a posicionar suas vivências como parte de contextos sociais mais amplos, que envolvem a história da família. Como parte de um recurso dialógico de ampliação, a conversa abriu novos caminhos que, em seu tempo, puderam ser explorados junto à família para a construção de outros entendimentos e formas de seguirem juntos a partir das demandas colocadas com o sofrimento emocional de Olívia.

Quadro 8. Ampliando os Contextos de Sentido e Atuação com Famílias

Vamos Praticar?

Ampliando os Contextos de Sentido e Atuação com Famílias

Toda intervenção profissional surge de alguma forma de compreensão específica do que está acontecendo em um dado momento. Essas formas de compreensão podem ser intencionais ou não. Contudo, elas estão sempre presentes e informam nossas maneiras de agir junto às famílias que atendemos. Com a noção da ampliação como um recurso dialógico, aprendemos que pode ser muito útil expandir nossas maneiras de compreender uma dada situação. Dessa maneira, encontramos também novas formas de atuação.

Para praticar, então, vamos fazer isso de maneira didática. Escolha um caso de família que você esteja atendendo e que, possivelmente, esteja se sentindo emperrado ou sem recursos. Vamos tentar ampliar suas compreensões e formas de agir junto a eles?

- Podemos começar com as histórias do passado. Muitas vezes, escutamos o que as famílias nos contam de maneira determinista, como se o que aconteceu, e não pode ser mudado, fatalmente condenasse as pessoas a um determinado destino ou maneira de ser. Considere, então, a seguinte ideia: toda história carrega consigo uma contra-história (Winslade, 2005). Uma história de sofrimento pode, por exemplo, contar

a respeito de uma história de sobrevivência. Uma história de faltas pode ter ensinado a respeito de valores a serem perseguidos. Uma história de abandono pode levar à reflexão sobre a importância da presença. Não se trata de “dourar a pílula”, nem de buscar o positivo em circunstâncias trágicas. Trata-se, sim, de dar visibilidade a aspectos dessas histórias que já estavam ali presentes e que, de alguma forma, se tornaram invisíveis diante do sofrimento. Olhe, então, para a história dessa família com quem você se sente emperrado e tente entender: quais outras histórias sobre essas pessoas estão deixando de ser contadas nessa sua versão principal? Quando você reflete sobre essas histórias deixadas de fora, que perguntas se inspira a fazer para esta família? Como você pode, por meio de sua curiosidade ativa, ajudar essas pessoas a nomearem suas histórias de recursos e potencialidades?

- Vamos agora tentar ampliar seus entendimentos sobre essa família buscando outras vozes que possam te ajudar a compor novas compreensões e ações junto a eles. Que outras pessoas essa família sugeriria que você conhecesse ou pudesse conversar para ter uma compreensão mais ampla sobre quem eles são? Como você pode ter acesso a essas pessoas, seja de maneira presente (ao vivo) ou presentificada (buscando com quem a família imagine e te conte como cada pessoa os descreveria)?

- Por fim, é importante lembrar que toda história é imbricada de muitos contextos. Pegue uma folha em branco e, bem no meio, escreva os nomes das pessoas da família que você está atendendo. Ao redor destes nomes, agora, preencha a folha ao máximo que conseguir, buscando explicitar diferentes contextos sociais que possam te ajudar a compreender a situação concreta em que a família se encontra neste momento. Como exemplos, podemos citar: situação de moradia, renda, escolaridade, rede de apoio de familiares ou amigos, acesso a serviços de saúde, histórias familiares etc. Uma vez que isso estiver descrito, tente agora entender como o investigar cada um desses contextos pode te ajudar a explorar novas alternativas de ação junto à família.

Como buscamos analisar nesta seção, os aspectos responsivo-relacionais referem-se às ações desenvolvidas pelos profissionais no manejo das reuniões familiares, as quais incluem um conjunto de ações orientadas para as famílias, buscando-se atender às suas

necessidades de cuidado. Tais ações referem-se a formas de comunicação (verbais e não verbais) dos profissionais em sua relação com as famílias e sugerem a presença de uma orientação para o outro, que favorece a comunicação dialógica.

Essas ações não podem, contudo, ser compreendidas como prescrições para uma comunicação dialógica. Elas nasceram como possibilidade *dentro* de um contexto particular de prática e de relacionamento, em uma instituição que também comporta espaços para revisão e reconstrução constante das ações profissionais. Dessa forma, tais ações revelaram-se “responsivas” porque se mostraram coerentes com as posturas que vêm sendo trabalhadas no cotidiano junto aos profissionais (contratados e em formação) da instituição, as quais incluem a consciência da construção, o respeito e valorização pela diferença (pluralismo de vozes e discursos) e a relevância de valores.

Capítulo 6

Epílogo

Come to the edge.
We might fall.
Come to the edge.
It's too high!
COME TO THE EDGE!
And they came,
and he pushed,
And they flew.
(Christopher Logue, 1969
Extraído de:

https://en.wikiquote.org/wiki/Christopher_Logue)

Conhecemos o poema apresentado na abertura desta seção no evento *Construcionando III*, realizado em São Paulo, em outubro de 2012, quando este foi recitado por John Shotter. Ele nos pareceu apropriado para fazer o fechamento deste livro por nos permitir, usando um recurso estético (portanto, alusivo), refletir sobre algumas questões apresentadas ao longo deste texto e que, a nosso ver, nos convidam a atravessar juntos os desafios teóricos, práticos e relacionais presentes no trabalho com famílias em saúde mental na atualidade.

A pesquisa que relatamos neste livro se estruturou considerando apontamentos presentes na literatura especializada acerca da importância de se desenvolverem ações de suporte às famílias que convivem com o sofrimento mental, criando

contextos nos quais estas se sintam acolhidas e apoiadas em suas necessidades. Teve, como objetivo, compreender como se dá a construção dialógica na prática das reuniões familiares em um hospital-dia, considerando tanto a relação entre profissionais da equipe de saúde mental, como entre estes e as famílias atendidas.

No desenvolvimento de nossa investigação, buscamos focalizar a prática das reuniões familiares de modo amplo, considerando os três espaços que a caracterizam: as reuniões de preparação; as reuniões familiares propriamente ditas; e as reuniões de discussão ou intervisão. Propusemos, assim, que a possibilidade de uma equipe multiprofissional se engajar em formas dialógicas de comunicação com as famílias atendidas no serviço relaciona-se, em grande medida, às condições que também são oferecidas para que os profissionais desenvolvam entre si, no cotidiano, relações de parceria e colaboração. Para dar visibilidade a essa tese, apresentamos dois eixos de análise da construção da comunicação dialógica no cotidiano: 1) *aspectos contextuais*; e 2) *aspectos responsivo-relacionais*.

Os aspectos contextuais referem-se às ações desenvolvidas no interior da própria equipe multiprofissional, as quais criam uma cultura de parceria e colaboração no local de trabalho. Incluíram ações de *preparação da prática, diversidade e formação*. Em nossa pesquisa, ao resgatarmos o histórico de construção da prática das reuniões familiares, algumas ações de *preparação de contexto* pareceram relevantes para construção da comunicação dialógica no interior da própria equipe. *Buscar apoio institucional, realizar reuniões para construção conjunta da prática e promover estudos sobre recursos teóricos e técnicos* para o desenvolvimento das reuniões familiares foram ações responsivas às necessidades dos próprios profissionais, e contribuíram para a construção do envolvimento da equipe com o trabalho realizado.

A análise dos aspectos contextuais indicou, entre outras características, que os espaços de diálogo criados no interior da equipe acontecem de forma a incluir e respeitar diferentes vozes. Primeiro, porque as ações desenvolvidas favorecem a inclusão de

diferentes atores (profissionais contratados e profissionais em formação, de diferentes especialidades) no trabalho com famílias, criando uma prática conjunta, que soma e integra diferentes olhares. Segundo, porque respeita-se o fato de que os profissionais partem de diferentes tradições teóricas e disciplinas. Desse modo, o construcionismo social tem sido usado, na prática, mais como uma postura filosófica (uma forma de orientar os profissionais para o diálogo em desenvolvimento, entendendo que diferentes teorias configuram distintas possibilidades de ação), do que como uma nova “teoria”. Sair da disputa e polarização entre teorias e disciplinas é um valor importante para a atuação colaborativa em saúde mental, permitindo que os profissionais possam trabalhar conjuntamente no oferecimento de apoio à família, respeitando a diversidade de saberes e reconhecendo os limites de seus campos disciplinares.

Como síntese, pode-se dizer que os aspectos contextuais se referem a elementos de preparação e construção de contexto, que antecedem e dão sustentação para as reuniões familiares propriamente ditas. No entanto, tais aspectos não são menos importantes, uma vez que criam boas circunstâncias no interior da própria equipe para que possa desenvolver um trabalho que tenha a colaboração como um valor.

Por sua vez, os *aspectos responsivo-relacionais* referem-se às ações desenvolvidas pelos profissionais no manejo das reuniões familiares. Em nossa pesquisa, tais ações incluíram: *horizontalização, afetividade, transparência, alusão e ampliação*. Essas ações adquiriram uma característica dialógica no próprio contexto relacional ou momento interativo. Portanto, não podem ser tomadas como sendo em si mesmas dialógicas, mas como aspectos aos quais profissionais podem estar sensíveis em sua prática cotidiana. Embora algumas dessas ações refiram-se a processos conversacionais já descritos na literatura construcionista social sobre comunicação dialógica, outras permitem novas leituras sobre o papel do profissional de saúde mental no trabalho com famílias. Assim, a prática das reuniões familiares apresenta

um profissional socialmente implicado, e não neutro, que tanto ensina como aprende nas trocas estabelecidas com a família; um profissional que demonstra afeto (carinho, aprendizagem mútua, humor); que compartilha dúvidas e reconhece erros; e que, por vezes, empresta suas próprias histórias de vida como recurso para minimizar preconceitos sociais e evitar a reificação de discursos patologizantes na vida do paciente e de sua família.

Enquanto os aspectos contextuais referem-se a elementos de preparação e construção de contexto, favorecendo a comunicação dialógica entre os profissionais da própria equipe, os aspectos responsivo-relacionais referem-se à qualidade da relação estabelecida entre estes e as famílias. Tais aspectos, no entanto, são relacionados. Conforme buscamos demonstrar ao longo de toda a análise, a prática das reuniões familiares cria uma cultura de diálogo e colaboração no interior da própria equipe, a qual é transposta para a relação que se estabelece com as famílias nos atendimentos.

Temos ciência que, ao escolher nomear aspectos que contribuem para construção da comunicação dialógica, privilegamos uma apresentação apreciativa da prática das reuniões familiares, com base em valores já postos na literatura acerca do que a caracteriza. Acreditamos, porém, que, mais do que um limite de nosso estudo, esse aspecto é um exemplo de como uma epistemologia construcionista social em pesquisa se apresenta. Nossas ações em pesquisa criam determinadas realidades sociais e relacionais. Dessa forma, dar visibilidade para ações dialógicas nos parece contribuir mais amplamente com a construção de um mundo em que tais termos se fazem possíveis.

Os profissionais que participaram do estudo foram enfáticos ao expressarem o quanto puderam aprender com a prática das reuniões familiares, tanto no que se refere ao desenvolvimento de recursos teóricos e técnicos para o trabalho com famílias, quanto sobre novos modos de atuação interdisciplinar. Em relação às famílias participantes da pesquisa, todas elas expressaram gratidão pelo trabalho realizado, sentindo-se acolhidas e ouvidas pelos profissionais, que se engajaram *com* elas na busca por

respostas para seus dilemas cotidianos. Importante destacar, também, que elas manifestaram desejo de que suas vivências pudessem colaborar com a construção de maior conhecimento sobre o trabalho com famílias que convivem com o sofrimento mental, podendo inspirar profissionais a refletirem sobre sua prática e também outras famílias a buscarem apoio para os desafios que vivenciam.

Contudo, refletir sobre possíveis implicações de nossas escolhas metodológicas pode também contribuir com o desenvolvimento de estudos futuros sobre a prática das reuniões familiares. Destacamos que a análise dos aspectos contextuais se baseou, sobretudo, nas notas de campo. Tais aspectos podem ser futuramente estudados também a partir de outros desenhos de pesquisa. Entrevistas com profissionais contratados e com profissionais em formação sobre os modos de estruturação da prática, por exemplo, podem enriquecer as análises aqui apresentadas, incluindo outros pontos de vista. Da mesma forma, registros sistemáticos sobre o cotidiano das reuniões de preparação e de intervenção podem enriquecer as análises já apresentadas, permitindo que outros aspectos discursivos e jogos de posicionamento sejam analisados. Por fim, analisar a relação entre a prática das reuniões familiares e outros aspectos institucionais e modelos de gestão presentes no serviço pode ser interessante.

Como um limite da análise desenvolvida acerca dos aspectos responsivo-relacionais, temos a própria opção por trabalhar predominantemente com um banco de dados. Essa opção implicou: a) na restrição da análise a um conjunto reduzido de três atendimentos, os quais não permitem contemplar a diversidade das famílias atendidas no HD (incluindo características sociodemográficas – como nível de renda e escolaridade); b) na ausência de registros visuais, o que impediu a descrição mais detalhada de aspectos corporificados da interação que, como assinalamos, são centrais no processo de produção de sentidos; e c) na limitação imposta pelo delineamento da pesquisa que deu origem ao banco de dados, que previa a inclusão do pesquisador como parte da equipe reflexiva em todos os

atendimentos. Explicitar estes limites cumpre, aqui, tanto a função de reflexividade (explicitar as condições de produção do *corpus* da pesquisa), como de sugerir novas investigações sobre a prática pesquisada no futuro.

Para concluir, retomamos uma ideia apresentada no delineamento teórico-metodológico desta investigação. Esta pesquisa orienta-se *para a prática profissional* e *para o futuro*. Ao dar visibilidade para como determinadas ações – desenvolvidas no interior da própria equipe, e entre esta e as famílias – criam boas circunstâncias para que comunicações dialógicas se desenvolvam, esta pesquisa tanto oferece elementos para o enriquecimento da própria prática desenvolvida no HD, como sugere recursos para que outros profissionais, de outros serviços, encontrem inspiração para compor ações nessa direção. Além disso, acreditamos que nossa investigação apresenta também alguns subsídios para a elaboração de políticas públicas em saúde mental, alinhadas aos princípios da reforma psiquiátrica e da saúde coletiva. Assim, acreditamos que este estudo oferece um exemplo de como os desafios teóricos, práticos e relacionais, descritos pela literatura acerca do trabalho com famílias em saúde mental, podem ser enfrentados de forma criativa, dialógica e colaborativa, possibilitando que as pessoas e famílias que convivem com o sofrimento emocional sejam tratados de forma ética, sensível e humana.

A você que nos lê, esperamos que este livro tenha oferecido recursos teóricos e práticos para seu trabalho interdisciplinar com famílias. Desejamos que o fim desta leitura seja também uma conversa com final aberto: que ações dialógicas sua interação conosco, por meio deste trabalho, te inspira a construir a partir de agora? Ficamos curiosos para a continuidade destes diálogos em diferentes contextos, reconhecendo que a dialogia se constrói como uma possibilidade a cada novo encontro, em cada movimento, conforme seguimos em interação.

Referências

- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma psiquiátrica. In P. Amarante, *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: editora Nau.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FioCruz.
- Amarante, P.; & Nunes, M.O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Andersen, T. (1998). Reflexões sobre a reflexão com as famílias. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *A terapia como construção social* (pp. 69-85). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Andersen, T. (2002). *Processos Reflexivos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Andersen, T. (2022/1996). Pesquisando os relacionamentos cliente-terapeuta: um estudo colaborativo para informar a terapia. (Tradução Rosa Maria Bergallo). *Nova Perspectiva Sistêmica*, 30(71): 7-15. <https://doi.org/10.38034/nps.v30i71.659>.
- Anderson, H. (2009). *Conversação, Linguagem e Possibilidades*. São Paulo: Roca.
- Anderson, H. (2012a). Collaborative relationships and dialogic conversations: ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51(1): 8-34. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x>.
- Anderson, H. (2012b). Collaborative practice: a way of being “with”. *Psychotherapy and Politics International*, 10(2): 130-145. <https://doi.org/10.1002/ppi.1261>

- Anderson, H. (2018). A postura filosófica: o coração e a alma da prática colaborativa. In M.A. Grandesso (Org.). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas* (pp. 21-34). Curitiba: Editora CRV.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *A terapia como construção social* (pp. 34-50). Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Baker, P. (2009). *The voice inside: a practical guide for and about people who hear voices*. Habost, Port of Ness: P & P Press.
- Bakhtin, M. (2002). *Problemas da Poética de Dostoiévski* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Barreto, A. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Barnett, J.E. (2011). Psychotherapist self-disclosure: Ethical and clinical considerations. *Psychotherapy*, 48(4): 315-321. <https://doi.org/10.1037/a0026056>.
- Barros, D.L.P. (1996). Contribuições de Bakhtin às teorias do texto e do discurso. In: C.A. Faraco. C. Tezza & G. Castro. *Diálogos com Bakhtin* (pp. 21-42). Curitiba: Editora UFPR.
- Barros, M. (2015). *Meu quintal é maior do que o mundo. Antologia*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Berg, I.K. & de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: language in therapy. In: S. Friedman (1993). *The new language of change* (pp. 5-24). New York: The Guilford Press.
- Bezerra Jr., B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2): 243-250. Recuperado de <https://scielosp.org/article/physis/2007.v17n2/243-250/pt/>
- Bøe, T.D., Kristoffersen, K., Libdom, P.A., Lindvig, G.R., Seikkula, J., Ulland, D. & Zachariassen, K. (2013). Change is an ongoing ethical event: Levinas, Bakhtin and the Dialogical Dynamics of Becoming. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34: 18-31. <https://doi.org/10.1002/anzf.1003>
- Borba, L.O., Schwartz, E. & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta*

- Paulista de Enfermagem*, 21(4): 588-594. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466/2012*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Saúde Mental. *Cadernos de Atenção Básica*, 34. Brasília: Editora Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf
- Campos, G.W.S. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In E.E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.
- Campos, R.O. (2001). Clínica: a palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58): 98-111. Recuperado de <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavranegada.pdf>
- Cardoso, C. (2012). *Grupo comunitário de saúde mental. Uma análise fenomenológica*. Tese de livre-docência. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

- Cavalheri, S.C. (2010). Transformações do módulo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1): 51-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>
- Clarke, J.K. (2013). Utilization of client's metaphors to punctuate solution-focused brief therapy interventions: a case illustration. *Contemporary Family Therapy*, 36(3): 426-441. doi: <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9286-y>
- Colvero, L.A., Ide, C.A.C. & Rolim, M.A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2): 197-205. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>
- Constantinidis, T. (2017). Profissional de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? *Psicologia USP*, 28(1): 23-32. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150114>.
- Contel, J.O.B. (2012). The first university day hospital in Brazil: 50th anniversary. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2): 223-225. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000200018>.
- Corradi-Webster, C.M., Leão, E.A. & Rufato, L.S. (2018). Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 61(2): 100-119. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/%20view/411/331>
- Covelo, B.S.R. & Badaró-Moreira, M.I. (2015). Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55): 1133-1144. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0472>
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in several mental illness: one strategy for lessing confusing plaguing recovery. *Journal of mental health*, 16(4): 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: WW Norton & Company.

- de Shazer, S. (2017). On useful metaphors. *Journal of Systemic Therapies*, 36(3): 72-80. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2017.36.3.72>.
- Dimenstein, M., Sales, A.L., Galvão, E. & Severo, A.K. (2010). Estratégia de Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4): 1209-1226. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.
- Doricci, G.C; Caccia-Bava, M.C.G.G. & Guanaes-Lorenzi, C. (2020). Dinámica Relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colectiva*, 16, p. e3094. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3094>
- Doricci, G.C. & Guanaes-Lorenzi, C. (2020). Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. *Saúde em Debate*, 44 (127): 1053-65. <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3955>
- Fox, R. (1989). What is meta for? *Clinical Social Work Journal*, 17(3): 233-244. <https://doi.org/10.1007/BF00755347>
- Galera, S.A.F., Zanetti, A.C.G., Ferreira, G.C.S., Giacon, B.C.C. & Cardoso, L. (2011). Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4): 774-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000400022>
- Gergen, K.J. (1985). The Social Constructionist Movement In Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3): 266-275. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266>
- Gergen, K.J. (1997). *Realities and Relationships: Soundings in Social Constructionism* (2nd ed). Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K.J. (2005). *Therapeutic realities: Collaboration, Oppression and Relation flow*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Gergen, K.J. (2014). From mirroring to world making: research as future forming. *Journal of Theory and Social Behavior*, 45(3): 287-310. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12075>
- Gergen, K., McNamee, S. & Barret, F.J. (2001). *Toward transformative dialogue*. *International Journal of Public Administration*, 24(7/8): 679-707. <https://doi.org/10.1081/PAD-100104770>

- Gergen, K.J. & Ness, O. (2016). Therapeutic practice as social construction. In: M. O'Reilly et al (eds). *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health*. (p. 502- 519). Hampshire: Palgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/9781137496850_26
- Gibson, M.F. (2012). Opening up: Self-disclosure in theory, research, and practice. *Clinical Social Work Journal*, 40(3): 287-296. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0391-4>
- Gosnell, F., McKerbogow, M., Moore, B., Mudry, T., Tomm, K. (2017). A Gavelston declaration. *Journal of Systemic Therapies*, 36(3): 20-26. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2017.36.3.20>
- Grandesso, M.A. (2011). "Dizendo olá novamente": a presença de Michael White entre nós, terapeutas familiares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(41): 99-118. Recuperado de <http://www.revista.nps.com.br/nps/article/view/208/189>
- Grandesso, M.A. (Org.) (2017). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas*. Curitiba, PR: CRV.
- Grandesso, M.A. (Org.) (2018). *Colaboração e diálogo: aportes teóricos e possibilidades práticas*. Curitiba, PR: CRV.
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo*. São Paulo, SP: Vetor.
- Guanaes, C. & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de *self*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2): 135-143. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722003000200005>.
- Guanaes, C. & Raser, E.F. (2006). Therapy as social construction: an interview with Sheila McNamee. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1): 123-132. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100014&lng=pt&tlng=en.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Construcionismo social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In C. Guanaes-Lorenzi, M.S. Moscheta, C.M. Corradi-Webster & L.V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e*

- produção do conhecimento (pp. 89-104). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Comunicação dialógica: ecos e movimento. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(58): 117-120. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/303>
- Guanaes-Lorenzi, C. (2019). *A construção da comunicação dialógica na prática das reuniões familiares em saúde mental*. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Manuscrito não publicado.
- Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M.V., Brunini, F.S., Ishara, S., Tofoli, S.M.C. & Real, E.M. (2012). A construção de um Programa de Assistência Familiar em um Hospital-Dia Psiquiátrico. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 21(43): 54-72. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/272>
- Guanaes-Lorenzi, C., Martins, P.P.S., Corradi-Webster, C.M., Amorim, K.S., Rasesa, E.F. & Moscheta, M.S. (2013). Envisioning a participatory democracy: an interview with John Shotter. *Psicologia em Estudo*, 18(3): 561-569. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000300017>
- Guanaes-Lorenzi, C, Moscheta, M.S., Corradi-Webster, C.M. & Souza, L.V. (Orgs.) (2014). *Construccionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Guanaes-Lorenzi, C., Palácio, M.B., Aoki, F.C.O.S. & Tofoli, S.M.C. (2015). Superando o discurso do déficit no trabalho com famílias em contextos de saúde mental. In R.M.S. Macedo (Org.). *Expandindo horizontes da terapia familiar* (pp. 13-38). 1.ed. Curitiba, PR: CRV.
- Guanaes-Lorenzi, C., Martins, P.P.S. & Santos, M.V. (2018). Atendimento a famílias e casais em contextos de saúde mental. In L.C.S. Elias, C.M. Corradi-Webster, E.A. Oliveira-Cardoso, S.D. Barreira & M.A. Santos (Orgs.). *Formação profissional em psicologia: práticas comprometidas com a comunidade* (pp. 131-152). Ribeirão Preto, SP: Sociedade Brasileira de Psicologia.

- Ebook. Recuperado de: <https://www.ffclrp.usp.br/departamentos/dp/public.php>
- Guanaes-Lorenzi, C. & Martins, P.P.S. (2020). Processos Reflexivos no Trabalho com Famílias em Saúde Mental: Construindo Democracia nos Diálogos do Cotidiano. In A. Garcia; L. Rodrigues & H.M. Cruz. *Palavras, Movimentos y Emociones. Nuestro homenaje a Tom Andersen*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications,
- Ishara, S., Cardoso, C.L. & Loureiro, S.R. (Org.). (2013). *Grupo Comunitário de Saúde Mental: Conceito, Delineamento Metodológico e Estudos*. Ribeirão Preto, SP: Nova Enfim Editora.
- Lannamann, J.W. (1998). Social Construction and materiality: the limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process*, 37(4): 393-413. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00393.x>
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *Journal of Family Therapy* 26(1): 17-39. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2004.00265.x>
- Larsen, M.V. & Rasmussen, J.G. (Eds.) (2015). *Relational perspectives on leading*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Martins, P.P.S. (2013). *A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <https://doi.org/10.11606/D.59.2013.tde-17072013-103034>
- Martins, P.P.S. (2017). *Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <https://doi.org/10.11606/T.59.2017.tde-23052017-090038>
- Martins, P.P.S. & Guanaes-Lorenzi, C. (2016). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa (Brasília)*, 32(4): 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324216>
- Martins, P.P.S. & Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Autorrevelação como recurso conversacional em terapia. In E.F. Rasera; K.

- Taviernes & O. Vilches-Álvarez. (Org.). *Construccionismo social en accion: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (pp. 391-418). 1ed. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publication.
- Martins, P.P.S. & Guanaes-Lorenzi, C. (2018). "Hoje, ele está dentro da história": construindo espaços de participação em conversas com famílias. In M.A. Grandesso (Org.). *Colaboração e diálogo: aportes teóricos e possibilidades práticas* (pp. 341-359). 1.ed. Curitiba, PR: CRV, 2018.
- Martins, P.P.S., McNamee, S. & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Family as a discursive achievement: a relational account. *Marriage & Family Review*, 50(7): 621-637. <https://doi.org/10.1080/01494929.2014.938290>
- Martins, P.P.S., McNamee, S. & Guanaes-Lorenzi, C. (2017). Conversational resources for clinical practice with families: Social construction in action. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(3): 433-445. <https://doi.org/10.1002/anzf.1231>
- McNamee, S. (2003). Bridging incommensurate discourses: a response to Mackay. *Theory in Psychology*, 13(3): 387-396. <https://doi.org/10.1177/0959354303013003005>
- McNamee, S. (2004). Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: D.A. Paré & G. Lerner (Eds). *Collaborative Practice in Psychology and Therapy* (pp. 9-21). New York, NY: Haworth, 2004.
- McNamee, S. (2005). Modelos de terapia familiar como recursos conversacionais. *Família e comunidade*, 2(1): 9-36.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: transformative inquiry. *Saúde & Transformação Social*, 1(1): 9-19. Recuperado de <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/418/477>
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In Guanaes-Lorenzi, M.S. Moscheta, C.M. Corradi-Webster & L.V. Souza (Orgs.), *Construccionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 105-131). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

- McNamee, S. (2015). Radical presence: alternative to the therapeutic state. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 17(4): 373-383. <https://doi.org/10.1080/13642537.2015.1094504>
- McNamee, S. & Gergen, K. (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Mello, R. (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. *Revista Enfermagem UERJ*, 13: 390-395.
- Michaelis (1998). *Michaelis: Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo, SP: Melhoramentos.
- Moscheta, M.S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In C. Guanaes-Lorenzi, M.S. Moscheta, C.M. Corradi-Webster & L.V. Souza (Orgs.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 23-47). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Navarini, V. & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4): 680-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>.
- Paré, D. (2014). Social justice and the world: keeping diversity alive in therapeutic conversations. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*. 48(3): 206-217. Recuperado de <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60996>
- Paschoal, V. & Grandesso, M. (2014). O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 23(48): 24-43. Recuperado de <http://www.revistanps.com.br/nps/article/view/48/32>
- Pearce, W.P. & Pearce, K. (2003). Taking communication perspective on dialogue. In R. Anderson, L.A. Baxter & K.N. Cissna (Eds.) (2003). *Dialogue: Theorizing difference in communication studies* (pp. 39-56). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pegoraro, R.F. & Caldana, R.H.L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em*

- Estudo*, 11(3): 569-577. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a12>
- Pichón-Riviére, E. (1983). Tratamento de grupos familiares: psicoterapia coletiva. In E. Pichón-Riviére. *O processo grupal* (pp. 39-45). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Pinho, L.B., Hernández, A.M.B. & Kantorski, L.P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 14(32): 103-113. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100009>.
- Pitta, A.M.F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2): 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
- Rapizo, R. & Brito, L.T. (2014). Espaço de conversas sobre o divórcio: a diferença de posicionamento como recurso para transformação. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 50(3): 32-50. Recuperado de <http://www.revistanps.com.br/nps/article/view/90/81>.
- Rasera, E.F. (Org.) (2015). *Social constructionist perspectives on group work*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Rasera, E.F., Guanaes-Lorenzi, C. & Corradi-Webster, C.M. (2016). Research as social practice: the researcher and the "other" in knowledge production. *Athenea Digital*, 16(2): 325. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1839>
- Rasera, E.F. & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(30): 21-29. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005>.
- Rasera, E.F., Taviernes, K. & Vilches-Álvarez, O. (Org.) (2017). *Construccionismo social en accion: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publication.
- Rober, P. (2019). *In Therapy Together: Family Therapy as a Dialogue*. London: MacMillan International/ Red Globe Press.
- Rosa, J.G. (1983). *Grande Sertão Veredas*. Rio de Janeiro, RJ: Livraria José Olympio Editora.

- Rosa, L.C.S. (2004). O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. *Saúde em debate*, 28(66): 28-37.
- Rosa, L.C.S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18): 205-218. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Rosa, L.C.S. (2011). Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo, SP: Cortez Editora.
- Rosenblatt, P.C. (1994). *Metaphors of Family Systems Theory: Toward New Constructions*. New York: The Guilford Press.
- Seikkula, J. (2002a). Monologue is the crisis – dialogue becomes the aim of therapy. *Journal of marital and Family therapy*, 28(3): 283-284. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01186.x>
- Seikkula, J. (2002b). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3): 263-274. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x>
- Seikkula, J. (2017). Tornando-se dialógico: psicoterapia ou modo de vida. In M.A. Grandesso (Org.). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas* (pp. 35-55). Curitiba, PR: Editora CRV.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2007). Diálogos abertos em psicose, parte I: Introdução e estudo de caso. *Nova perspectiva sistêmica*, 27(1): 20-37.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V.L., Kaartinen, J. & Penttonen, M. (2015). The embodiment attunement of therapists and a couple within dialogical psychotherapy: an introduction to the relational mind research Project. *Family process*, 54(4): 703-715. <https://doi.org/10.1111/famp.12152>.
- Seikkula, J. & Arnkill, T.E. (2020). *Reuniões Dialógicas de Redes Sociais: Formas de Dialogismo no Trabalho Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Shotter, J. (1977). *Imagens do homem na ciência psicológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

- Shotter, J. (2000). *Conversational realities: constructing life through language*. (Inquires in social construction). London: Sage.
- Shotter, J. (2008). *Conversational realities revisited: life, language, body and world*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Publications.
- Shotter, J. (2010a). Perplexity: preparing for the happenings of change. In S. Lowe (Ed.), *Managing in changing times: A guide for the perplexed manager* (pp. 137–178). Los Angeles, CA: Response Books.
- Shotter, J. (2010b). *Social Constructionism on the Edge: Witness-thinking and Embodiment*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Publications.
- Shotter, J. (2011). *Getting it. Witness thinking and the dialogical... in practice*. New York, NY: Hampton Press.
- Shotter, J. (2015). On being dialogical: an ethics of ‘attunent’. *Context*, 37(1): 8-11. Recuperado de <https://developingopen dialogue.com/wp-content/uploads/2015/04/Shotter-Context-2015.pdf>
- Shotter, J. (2017). Momentos de referência comum na comunicação dialógica: uma base para comunicação clara em contextos únicos. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57): 9-20. Recuperado de <http://www.revistanps.com.br/nps/article/view/274/266>
- Shotter, J. & Katz, A. (1998). Living Moments in dialogical exchanges. *Human Systems*, 9(2): 81-93.
- Silva, E.K.B. & Rosa, L.C.S (2014). Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado. *Rev. Katalysis*, 17(2): 252-260. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011>.
- Silva, G.M. (2017). *A educação permanente em saúde na formação para o cuidado às famílias em saúde mental*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi: <https://doi.org/10.11606/T.59.2018.tde-18122017-101524>
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Souza, R.C. & Scatena, M.C.M. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-*

- americana de Enfermagem*, 13(2),173-179. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200007>
- Spink, M.J.P. (1999). (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Editora Cortez.
- Spink, M.J.P. & Menegon, V. (1999). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In M.J.P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp. 63-92). São Paulo, SP: Editora Cortez.
- Spink, P. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2): 18-42. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>
- Vasconcelos, E. (2004). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Mnemosine*, 1(0): 73-90. Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41339>
- Vecchia, D.M. & Martins, S.R.F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface*, 13(28): 151-164. <https://doi.org/10.1590/S1414-3283200900010001>
- Vicente, A., Japur, M., Cesar, A.B.C., Ruffino, C.M.C. & Russo, R. (2015). The construction of the conversational context of the group. In E.F. Rasera (Org.) (2015). *Social constructionist perspectives on group work* (pp. 61-70). Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- White, M. (2012). *Mapas da prática narrativa*. Porto Alegre, RS: Pacartes.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- White, M., Epston, D. & Murray, K. (1998). *Proposta de uma terapia de reautoria: revisão da vida de Rose e comentário*. In: S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *A terapia como construção social* (pp. 117-139). Porto Alegre, RS: ArtMed.

- Winslade, J.M. (2005). Utilizing discursive positioning in counseling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3): 351-364. <https://doi.org/10.1080/03069880500179541>
- Wittgenstein, L. (1999). *Investigações Filosóficas*. São Paulo, SP: Nova Cultural.
- Witztum, E., Van der Hart, O. & Friedman, B. (1988). The use of metaphors in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 18(4): 270-290. <https://doi.org/10.1007/BF00946010>
- Yalom, I.D. & Lezcz, M. (2007). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica no Brasil*. Tese de doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4426>

Índice remissivo

abordagem psicossocial - 27
ação-conjunta – 44/ 123
acolhimento – 33/ 61/ 81/ 143
afetividade – 141/ 147/ 153/ 189
afeto – 141/ 173/ 190
alusão – 166/ 189
autorrevelação – 78/ 158/ 162
Andersen – 19/ 40/ 66/ 99/ 141
Anderson – 40/ 64/ 126/ 155/ 193
apoio institucional – 89/ 188
assistência em saúde mental – 53/ 122
assistência psiquiátrica - 96
campo-tema - 70
clínica ampliada – 55/ 200
comunicação dialógica – 19/ 33/ 42/ 82/ 120/ 166/ 190
comunicação terapêutica – 37/ 49/ 158
construção social – 37/ 64/ 193
construcionismo, construcionismo social – 35/ 94/
contexto conversacional – 63/ 138
corporificada, corporificado – 36/ 89/ 121/ 140/ 191
corresponsabilização – 31/ 108
crise, crises – 30/ 76/ 104/ 130/ 167
culpabilização – 97/ 116/ 144
diálogos abertos – 39/ 125
diálogos generativos – 53/ 94
direitos humanos – 151/ 181

educação permanente – 112/ 205
epistemologia construcionista social – 33/ 71/ 190
equipe reflexiva – 65/ 98/ 114/ 126/ 169/
espaço relacional – 43/ 83
gestão compartilhada em saúde - 89
humor – 114/ 149/ 175/ 190
intervisão – 56/ 69/ 81/ 115/ 188
modo responsivo – 48/ 152
momento interativo – 43/ 89/ 104/ 122/ 154
notas de campo – 70/ 84/ 191
patologização – 41/ 158
polifonia – 96/98
prática cotidiana – 59/67/ 89/ 119/ 141/ 189
prática dialógica – 46/ 56/ 88
prática interdisciplinar – 92/ 108
práticas colaborativas – 37/ 67/ 194
práticas discursivas – 77/ 84
processo saúde-doença – 31/ 113
processo terapêutico – 19/ 55
processos reflexivos – 37/ 66/ 96/ 114/
reflexividade - 192
reforma psiquiátrica – 22/ 26/ 124/ 158/ 181
semi-internação – 54/ 61/ 116/ 156
sofrimento mental – 27/ 53/ 94/ 104/ 159/ 187
terapia familiar – 27/ 40/ 93/ 116

SOBRE OS AUTORES



Carla Guanaes-Lorenzi

É Psicóloga (USP) e Terapeuta Familiar (Instituto FAMILIAE/ São Paulo). É mestre, doutora e livre-docente em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). É Professora Associada 2 do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP, onde coordena o Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais (LAPEPG-USP, <https://sites.usp.br/lapepg/>). É também professora e pesquisadora junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, onde orienta estudantes em projetos de pesquisa de Mestrado e Doutorado. É líder do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Construcionismo Social (CNPq). Membro associada do Taos Institute.

CV: <http://lattes.cnpq.br/5305070621567074>

Contato: carlaguanaes@usp.br



Pedro Martins

É psicólogo pela Universidade Federal de Uberlândia, Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo. É sócio-fundador do Intervenções Terapêuticas e membro associado do Taos Institute. Atua como psicólogo clínico na cidade de Uberlândia - MG, onde atende indivíduos, famílias e casais a partir de uma perspectiva construcionista social. Atua também como consultor organizacional a convites. É docente convidado em diferentes formações em Terapia Familiar: no Instituto ConversAções (Ribeirão Preto); Instituto de Terapia Familiar de Minas Gerais (Juiz de Fora) e Núcleo Contemporâneo de Psicoterapia (Rio de Janeiro). Foi pesquisador no Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais da FFCLRP-USP e atuou como colaborador no Programa de Atendimento às Famílias do Hospital-Dia de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto. Foi pesquisador visitante na University of New Hampshire, Estados Unidos da América. CRP 04/48637

CV: <http://lattes.cnpq.br/9698508482645860>

E-mail: pedropablomartins@gmail.com

“Este livro é fruto de um precioso percurso de comprometimento e dedicação dos autores, que se envolveram na aventura de atenção às famílias no contexto de tratamento de pessoas com graves transtornos psiquiátricos. Um trabalho de fundamental relevância buscando responder às complexas necessidades, questionamentos e dificuldades próprias do desafio de qualificar a atenção psicossocial. O texto apresenta um diferenciado rigor metodológico e aprofundada fundamentação teórica, articulados por uma criativa capacidade reflexiva, diante das demandas que emergiram do trabalho clínico. Desta forma, se constitui como uma valiosa contribuição para o campo da assistência, do ensino e da pesquisa, iluminando com esperança e entusiasmo aqueles que se dedicam à construção de saberes e ao exercício do cuidado. Uma generosa oferta, que nos cabe acolher e agradecer”.

Sergio Ishara

Médico psiquiatra, mestre e doutor em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Coordenador Clínico do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

“Resultado de muitos anos de prática comprometida e pesquisa dedicada, esse livro explora como é possível promover uma ‘comunicação dialógica’ em contextos de saúde mental. A partir de vários exemplos e ilustrações de práticas situadas, Carla Guanaes-Lorenzi e Pedro Martins ensinam uma visão de comunicação que combina aspectos contextuais e responsivo-relacionais, mostrando como o diálogo não se reduz a uma relação imediata entre falantes, mas é atravessado por várias relações institucionais ao longo do tempo. Este é um livro empolgante que pode interessar a estudantes, pesquisadores, profissionais e todos aqueles que buscam democratizar e humanizar o cuidado em saúde mental”

Emerson F. Raserá

Professor Titular da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), onde atua no Programa de Pós-graduação em Psicologia. Foi Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Social. É Bolsista de Produtividade em Pesquisa (CNPQ).

