

ARTIGO

CARLA GUANAES LORENZI

Psicóloga, Professora do Departamento de Psicologia da USP, Ribeirão Preto.

MARCUS VINICIUS SANTOS

Psicólogo do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

FABIANA S. BRUNINI

Assistente social do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

SÉRGIO ISHARA

Psiquiatra do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

SANDRA M.C. TOFOLI

Enfermeira do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP e mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

ELIANA M. REAL

Terapeuta ocupacional do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Recebido em 30/03/2012.

Aprovado em 02/05/2012.

* Agradecemos a toda equipe profissional e técnica do HD por acolher essa proposta em seu cotidiano, e à profa. dra. Sônia Regina Loureiro e ao prof. dr. Mário Francisco Juruena pelo apoio à realização dessa prática. Em especial, agradecemos aos familiares e pacientes atendidos no HD, que com sua coragem e sabedoria nos momentos mais difíceis nos inspiram e nos ensinam a ter um novo olhar sobre a saúde mental.

A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FAMILIAR EM UM HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES*

THE CONSTRUCTION OF A FAMILY ASSISTANCE PROGRAM IN A DAY CARE PSYCHIATRIC HOSPITAL: CHALLENGES AND POTENTIALITIES

RESUMO: Esse artigo tem por objetivo discutir desafios e potencialidades da construção de um programa de assistência familiar em um Hospital-Dia Psiquiátrico. Para tanto, apresentamos algumas práticas voltadas ao cuidado e a inclusão da família no tratamento ao portador de doença mental que vêm sendo desenvolvidas nesse contexto, tendo como base as contribuições do movimento construcionista social em Psicologia. A partir disso, discutimos como a adoção de posturas construcionistas têm permitido à equipe a revisão de conceitos e posicionamentos, favorecendo reflexões acerca das implicações do uso dos discursos da doença mental e do profissional como especialista no cuidado à família.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia de família, grupos, saúde mental, construcionismo social.

ABSTRACT: The aim of this article is to discuss challenges and potentialities of the construction of a family assistance program in a Day Care Psychiatric Hospital. Thus, we present some practices that have been developed in this context in order to take care and to include the family of the mental health patient in his treatment. These practices are based on the contributions of the social constructionist movement in Psychology. Based on this, we discuss that the adoption of a social constructionist stance allows the health team to review its concepts and positionings, thus bringing reflections on the implications of the mental health discourse and of the professional as an expert for the family health assistance.

KEYWORDS: Family therapy, groups, mental health, social constructionism.

O campo da saúde mental tem se constituído, historicamente, como palco de grandes debates teóricos, éticos e políticos. Tais debates refletem a dificuldade de consenso em relação à definição de doença mental e seu tratamento, e dão visibilidade à tensão que se faz presente entre alguns discursos sociais comuns nesse campo, como o discurso médico, psicológico e religioso. Nesse contexto, a necessidade de inclusão da família no tratamento também caracteriza um debate importante. Por que, quando e como incluir a família no tratamento do portador de uma doença mental são questões nem sempre fáceis de serem respondidas pela própria família ou pela equipe profissional. Neste artigo, buscamos apresentar um Programa de Atendimento a Famílias desenvolvido em um serviço de semi-internação em saúde mental, assim discutindo desafios e potencialidades da inclusão da família no tratamento. Para tanto, traçamos uma breve contextualização acerca da reforma psiquiátrica e das atuais orientações para a assistência em saúde mental e, em seguida, apresentamos o trabalho que estamos desenvolvendo em um Hospital-Dia psiquiátrico, especialmente no que tange à inclusão da família no tratamento. A partir disso, refletimos sobre desafios e potencialidades desse trabalho, considerados em função da nossa opção por fundamentar nossa prática nas contribuições do movimento construcionista social em ciência.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Podemos entender a Reforma Psiquiátrica como indo muito além da reformulação do modelo de assistência em saúde mental. Trata-se de um movimento de questionamento e mudança dos paradigmas da psiquiatria clássica e, de maneira mais ampla, uma revisão dos discursos sobre a loucura predominantes em nossa sociedade. Como marco do início de tal movimento temos o ano de 1961, quando o médico italiano Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. Ele adotou uma postura crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, centrada no isolamento da loucura. Ao contrário, Basaglia defendia que o doente mental deveria ser reinserido no convívio social e familiar. Esse pensamento influenciou diversos países, entre eles o Brasil, provocando discussões a respeito da desinstitucionalização do portador de

sofrimento mental e da humanização do seu tratamento (IFBH).

É importante ressaltar que, apesar de ser um movimento com características e percursos próprios, a Reforma Psiquiátrica é contemporânea e foi bastante influenciada pela Reforma Sanitária. Esta última foi ancorada em novas concepções do processo de saúde e doença, cuja ênfase passa a ser nos aspectos biopsicossociais deste processo. No Brasil, o processo da Reforma Sanitária teve como marco a criação, pela Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). Num contexto de rediscussão do papel do Estado na saúde, de redemocratização e desenvolvimento dos ideais da Reforma Sanitária, o SUS tem como seus princípios norteadores a universalização, integralidade, descentralização e participação popular.

Influenciado por esses princípios, no ano de 1989 entra no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Essa Lei, em consonância com os princípios do SUS, redireciona o amparo à **saúde mental**, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e a progressiva extinção dos manicômios. Mesmo só tendo sido aprovada em 2001, desde 1992, diversos movimentos sociais – entre os quais o movimento da Luta Antimanicomial – conseguiram aprovar em vários estados brasileiros a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir desse período passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundados nas expe-

riências dos primeiros Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) e Hospitais-Dia (Ministério da Saúde do Brasil, 2005).

Segundo Delgado (1992), “embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas e também teóricas bastante novas, a reforma insiste num argumento originário: os direitos do doente mental, sua cidadania”. No entanto, como ressalta Bezerra (2007), a consolidação da Reforma Psiquiátrica traz à tona uma quantidade crescente de desafios, sendo as mudanças lentas e graduais. Sendo a reforma mais do que uma proposta de um novo modelo assistencial, mas também de uma profunda mudança de paradigmas, ela representa um convite à superação do discurso clássico da psiquiatria e da doença mental.

Portanto, convivem na atualidade diferentes paradigmas, que levam a práticas contraditórias e desintegradas em saúde mental. Nas palavras de Bezerra (2007, pp. 244-245):

A resistência às propostas reformistas aparece, de forma indireta, na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de tratamento, na importação acrítica, para a Psiquiatria, do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso na utilização da nosografia descritiva dos DSMs, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, e assim por diante. Deste modo, o embate que nos primeiros anos se centrava na busca de espaços dentro do sistema político-assistencial hoje tende a girar em torno de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E HOSPITAIS-DIA

A comunidade terapêutica teve como pioneiro Maxwell Jones e outros, na Inglaterra na década de 1950, sendo vista como parte de uma revolução na psiquiatria com a passagem de uma abordagem individual para uma abordagem psiquiátrica social que acentua o envolvimento multipessoal, o uso de métodos grupais, a terapia de ambiente e a psiquiatria administrativa. A designação comunidade terapêutica se desenvolveu nesses ambientes hospitalares para descrever um lugar organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para a criação de uma organização social dotada de propriedades de cura. A motivação geral da comunidade terapêutica de Jones era a da natureza terapêutica do ambiente total, e esta permaneceu como modelo viável para o tratamento de pacientes psiquiátricos em ambientes hospitalares na Inglaterra, em outras partes da Europa, e em menor grau nos Estados Unidos (De Leon, 2003).

No Brasil, a experiência das comunidades terapêuticas foi amplamente utilizada na virada da década de 1960 para 1970, se aproximando do movimento da Reforma Psiquiátrica pelo fato de também ter sido uma reação às estruturas tradicionais de aparato asilar psiquiátrico (Teixeira, 1993). Apesar do modelo das comunidades terapêuticas atualmente ser pouco utilizado, ele influenciou os modelos atuais de serviços substitutivos em assistência a saúde mental, entre eles o modelo de alguns Hospitais-Dia, como a instituição descrita neste trabalho.

O modelo dos Hospitais-Dia se insere na rede de serviços substitutivos de assistência em saúde mental, funcionando de acordo com os preceitos

da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização e substituição do modelo asilar por serviços alternativos pautados num modelo biopsicossocial e interdisciplinar de cuidado ao doente mental. Baseados nos ideais do movimento da Comunidade Terapêutica acima citados, 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 enquanto fatores terapêuticos. São promovidas práticas de atendimento que têm como enfoque a reabilitação e reinserção psicossocial do indivíduo atendido, visando o resgate das suas potencialidades e recursos de modo a possibilitar que o mesmo assuma uma posição de sujeito ativo na construção e significação de sua própria história. Tais práticas são pautadas dentro de uma ética de cuidado e respeito ao indivíduo em sua singularidade e especificidade, e na busca de uma assistência que ocorra interligada ao contexto de vida no qual o mesmo está inserido.

A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO

Se lançarmos um breve olhar sobre a história de compreensão da doença mental, veremos que a necessidade de participação da família no tratamento nem sempre foi valorizada. Muitas vezes a família foi descrita como palco de conflitos intensos, assim sendo também responsabilizada pelo adoecimento de um dos seus membros. As descrições sobre famílias desestruturadas ou disfuncionais, de certa forma, corroboraram essa compreensão, levando os profissionais, em muitos momentos, a considerarem a família como uma obstrução à melhora do

paciente adoecido. Do mesmo modo, por muito tempo, a ausência de políticas alternativas de tratamento da doença mental levaram à reificação do modelo hospitalocêntrico de assistência, o que trouxe como consequência a segregação do doente e seu afastamento da família e da comunidade em que estava inserido. Nesse sentido, o discurso médico/psiquiátrico levou a responsabilidade do cuidado do doente aos centros especializados, afastando a família do processo de cuidado.

Com a reforma psiquiátrica, a responsabilidade pelo cuidado do doente mental foi novamente colocada na família, gerando debates tensos entre família e equipes de saúde – estaria a família preparada para cuidar? Não ficaria a família sobrecarregada com essa função, também sofrendo as consequências desse cuidado? Diferentes estudos foram desenvolvidos nessa direção, apontando a importância de se cuidar também do cuidador (Pereira & Pereira, 2003; Pegoraro & Caldana, 2006; Rosa, 2011).

Considerando os muitos significados que atravessam a relação entre família e doença mental, a inclusão da família no tratamento nem sempre é um processo simples, e nem sempre a equipe de saúde sabe ao certo como trabalhar essa inclusão. Como e quando a família deveria participar do tratamento? Qual o seu lugar? Como esse convite pode ser feito? Como a família se beneficia de uma assistência familiar?

Estando estas questões também presentes no cotidiano do nosso serviço, buscamos alguns recursos teóricos e técnicos alternativos, que nos permitissem trabalhar a participação da família numa perspectiva de escuta e acolhimento. Nesse sentido, passamos a refletir sobre esse campo discursivo tenso que ora constrói a família como responsável ora como

culpada do adoecimento, buscando, em nossa prática cotidiana, promover diálogos em que a família do portador de uma doença mental pudesse se sentir menos julgada, e mais acolhida, compreendida e cuidada (Seikkula, Alakare & Aaltonen 2007). Na construção dessa prática de inclusão e acolhimento, têm-nos sido particularmente úteis as contribuições do movimento construcionista social (Gergen, 1985, 1997) e, mais especificamente, os desenvolvimentos dessa perspectiva no campo da terapia familiar (Andersen, 1999; Anderson, 2009; White & Epston, 1990).

A INVESTIGAÇÃO CONSTRUCIONISTA SOCIAL E A PRÁTICA EM SAÚDE MENTAL

O construcionismo social pode ser compreendido como um movimento que surge a partir da problematização das formas mais empiricistas de se compreender a ciência e o processo de produção de conhecimento. Em Psicologia, a emergência desse movimento tem sido associada à publicação do texto “*O movimento construcionista social em Psicologia*”, de autoria de Kenneth Gergen (1985). Neste texto, o autor reúne algumas críticas que vinham sendo apontadas por outros autores acerca da ciência moderna e, a partir disso, apresenta os principais pressupostos de uma investigação construcionista social, com destaque: à afirmação do entrelaçamento entre realidade e discurso; ao foco nos processos de interação social; e à ênfase ao contexto sócio-histórico como circunscritor das possibilidades de significação.

De acordo com Gergen (1985), a investigação construcionista social se preocupa em compreender o modo pelo qual as pessoas constroem senti-

dos acerca de si mesmas e do mundo em que vivem em seus relacionamentos. Estes sentidos são construídos numa ação-conjunta (Shotter, 2000) de uso da linguagem. A linguagem, portanto, não apenas representa o mundo externo e objetivo, como o constrói de determinadas maneiras. Tais construções trazem consequências para os modos como as pessoas vivem e se relacionam.

Essa compreensão traz uma mudança radical em relação às perspectivas modernas em ciência. Ao invés da afirmação da realidade, a investigação construcionista social nos convida a pensar sobre as diferentes realidades que são construídas pelas pessoas em seus relacionamentos situados. Ao invés da neutralidade de um observador em relação ao mundo externo, a investigação construcionista sugere um sujeito ativo, que constrói e é construído pelo mundo ao seu redor, numa relação dialética (Vygotsky, 2005) e dialógica (Shotter, 2000). Ao invés de uma linguagem que representa o mundo exterior, a investigação construcionista chama a nossa atenção para os efeitos do uso da linguagem e seu papel performático (Wittgenstein, 1999) – uma linguagem-ação, que constrói diferentes versões de realidade e verdade. Ao invés da busca por essências, regularidades e princípios, a investigação construcionista convida à apreciação da diversidade, das irregularidades e da especificidade das verdades locais (Gergen, 1997).

Especificamente no campo da Psicologia, o movimento construcionista social estimula uma mudança importante em relação às perspectivas representacionistas ou cognitivistas, priorizando a investigação do modo como as pessoas, através de sua participação em práticas discursivas, constroem sentidos sobre o mundo e sobre si mesmas. Ou seja, a perspectiva construcionista

social nos convida a investigar os *jogos de linguagem* (Wittgenstein, 1999) em que tais sentidos se fazem presentes e que tipo de realidades eles constroem à medida que são usados, sustentados e legitimados nas interações.

De modo sintético, podemos destacar, tal como apresentado por Guanaes (2006, p. 41), alguns aspectos como comuns à investigação construcionista social:

- a) a noção de *linguagem em uso*, isto é, da linguagem como prática social, construtora de mundo, de relações e de formas de vida. Por exemplo, podemos extrair dessa noção a compreensão de que em suas práticas discursivas as pessoas constroem a doença mental de diferentes maneiras, relacionando-se com “ela” de diferentes formas (Guanaes, 2006). Assim, ao invés de ser tomada como uma única “realidade”, afirmada por seus supostos aspectos essenciais e universais, buscamos compreender como a doença mental aparece nas práticas discursivas das pessoas de uma família, analisando suas implicações tanto para a abertura como para restrição de determinadas formas de vida e relacionamento.
- b) o foco relacional e não individual na análise da produção de sentidos, em que se destacam a noção de *ação-conjunta*, e a relação dos enunciados entre si, e deles com outras *vozes e discursos sociais*, presentes em uma conversa. Entendemos que a produção de sentidos sobre saúde e doença mental envolve um processo de *interanimação dialógica* (Bakhtin, 1997) – isto é, as relações construídas entre interlocutores e entre outros discursos sociais, a partir do qual uma determinada signifi-

cação emerge como uma verdade situada. Ao descrever o problema de uma pessoa da família como doença mental, as pessoas o fazem conjuntamente, respondendo a demandas da própria interação, e recorrendo a outras *vozes e discursos sociais* que se presentificam naquele momento interativo. Assim, geralmente estes diálogos são marcados pela polissemia das práticas discursivas (Spink & Medrado, 1999), com a convivência tensa de discursos até mesmo contraditórios sobre o mesmo tema.

- c) o foco no *momento interativo*, no qual as possibilidades de entendimento se constroem nos momentos ativos de uso corporificado da linguagem. Essa noção nos leva a valorizar o caráter local e situado das conversas desenvolvidas no contexto do tratamento. Diferentes cenários e interlocutores criam oportunidades para caracterizações únicas e particulares, não havendo uma conversa mais verdadeira do que outra acerca da doença mental e seus modos de tratamento, por exemplo.
- d) a importância do contexto social, histórico e cultural, que delimita as possibilidades de emergência de qualquer significação. Esta noção implica em se compreender a saúde e doença mental como uma construção social. Diferentes sentidos sobre doença mental foram construídos ao longo da história e são usados de modo intercambiável pelas pessoas em suas práticas discursivas. Qualquer processo de significação está marcado pelo contexto social, histórico e cultural que legitima algumas explicações enquanto exclui outras. No contexto de um hospital-dia, por exemplo, frequentemente são mais

valorizadas as práticas discursivas em que os determinantes biológicos e psicológicos/emocionais da doença são descritos, em detrimento, por exemplo, de um discurso religioso.

Estas proposições trazem consequências também para a compreensão dos processos de construção de si. Ao invés de focalizar a investigação de aspectos essenciais da constituição humana (valorizando-se discursos sobre personalidade, traços, caráter), os autores construcionistas focalizam de que modo o *self* emerge como uma possibilidade conversacional e retórica. Assim, a pergunta “o que uma pessoa é” não tem uma resposta única, correta ou verdadeira. Ao se descreverem, e serem descritas por outros de determinadas maneiras em uma conversa, as pessoas emergem como sendo pessoas de um determinado tipo, com um conjunto de características pessoais (Shotter, 1989).

No contexto da saúde mental, tais posturas convidam à ampliação de narrativas possíveis sobre aquilo que é descrito pela família como problema. Além do discurso da doença mental – que geralmente apresenta uma visão estática do doente, num tipo de construção identitária marcada pelo discurso do déficit (Gergen & McNamee, 2010) –, quais outras descrições de si podem ser úteis para uma família? Como podemos aproximar as visões, muitas vezes distintas, apresentadas pelo paciente, pela família e pela equipe profissional em relação ao problema apresentado? Quais as implicações (positivas ou negativas) do uso do discurso da doença mental em determinadas situações e, especialmente, no cotidiano de uma família? Quais as limitações e potencialidades dos significados que atribuímos aos acontecimentos ao nosso redor?

Como discute McNamee (1998), uma das grandes potencialidades do movimento construcionista está justamente em chamar a nossa atenção para o processo interativo, uma vez que este cria oportunidades para que surjam caracterizações particulares e a emergência de significados diversos.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Entendemos que as ênfases construcionistas na linguagem, no contexto sócio-histórico e no processo interativo permitem o reconhecimento e valorização de múltiplas descrições de si, que variam de acordo com o contexto e com as particularidades de cada interação. Para os autores construcionistas, os processos de construção de si constituem, em última instância, processos conversacionais, por meio dos quais determinadas versões de si são trazidas para a coordenação, sendo ativamente negociadas e transformadas na relação colaborativa entre as pessoas.

Com base nesta compreensão, temos buscado construir um programa de atendimento familiar que supere a lógica biomédica (centrada no discurso médico e na doença), fomentando a revisão constante por parte da equipe de seus conceitos e posicionamentos com vistas à construção de uma prática centrada no diálogo e na maior horizontalização das relações. Assim, em nossa prática, o construcionismo social passa a integrar o *setting* terapêutico como uma *opção discursiva* (McNamee, 2004a), que pode favorecer a investigação sobre que tipos de vida social são possibilitadas quando um modo de falar é empregado ao invés de outro.

Esse artigo tem como objetivo discutir desafios e potencialidades da construção de um programa de as-

sistência familiar em um Hospital-Dia Psiquiátrico, a partir das contribuições construcionistas sociais. Especificamente, este artigo busca: a) apresentar o Programa de Assistência Familiar (PROAF) que vem sendo desenvolvido no Hospital-Dia Psiquiátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; e b) refletir sobre como a adoção de algumas posturas construcionistas sociais tem favorecido o trabalho nesse programa.

O HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO (HD)

O Hospital-Dia Psiquiátrico aqui referido se caracteriza como uma instituição pública vinculada a um hospital universitário, que é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. O Hospital-Dia (HD) se insere na rede pública de atendimento a saúde mental do município de Ribeirão Preto - SP, que compõem junto a outros 26 municípios da região a DRS-XIII (Diretório Regional de Saúde), numa rede que abarca aproximadamente um milhão de habitantes. O HD possui 16 vagas para pacientes psiquiátricos em regime de semi-internação, sendo que o paciente atendido permanece no hospital durante um período de aproximadamente oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, retornando ao ambiente familiar nos horários restantes.

Deste modo é oferecida uma modalidade de atendimento alternativo ao modelo asilar caracterizado pela internação integral e afastamento do paciente de seu contexto de vida. Este modelo de atendimento, que se caracteriza por atendimento intensivo e multidisciplinar com ênfase nos aspectos psicossociais, é um dos mais indicados para a clientela atendida por

tal instituição, sendo esta composta por pacientes acometidos por graves sofrimentos psíquicos, em sua maioria com diagnósticos de transtornos psiquiátricos graves. Vale ressaltar que uma das peculiaridades de tal clientela é a forma como a doença mental, tanto pelo seu quadro sintomático quanto pelo discurso atrelado à mesma, que é caracterizado pela estigmatização e pela ênfase no déficit, favorece um marcado prejuízo na rede social e na inserção de tais indivíduos na sociedade (Gergen & Gergen, 2010, Gergen & McNamee, 2010).

Dentro dessa perspectiva, o HD tem como um de seus norteadores a inclusão do familiar no tratamento, buscando a construção de um vínculo terapêutico que potencialize o processo de mudança. O processo de inclusão dos familiares e atendimento dos mesmos vem ocorrendo desde a criação do HD, há aproximadamente cinquenta anos. No entanto, mais recentemente, o trabalho com as famílias vem sendo construído dentro de novos modelos e formas de se pensar e refletir sobre o atendimento e inclusão do familiar, marcando a origem do PROAF (Programa de Assistência Familiar). Esses novos modelos coincidem com a busca pela equipe profissional de outros recursos para o trabalho colaborativo junto às famílias e com a consequente aproximação das contribuições do movimento construcionista social em Psicologia.

O Programa de Assistência Familiar do Hospital-Dia (HD)

No HD o trabalho de inclusão da família no tratamento do portador de doença mental tem se dado em diferentes espaços, onde são oferecidas variadas modalidades de atendimento que compõem um programa

amplo, com a participação de todas as especialidades que constituem a equipe interdisciplinar desse serviço – constituída por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, educadora física e por estudantes, aprimorandos e residentes destas especialidades. Tais modalidades são:

- a) **grupo multifamiliar:** Realizado mensalmente, este grupo conta com a participação dos pacientes, tanto os que estão em regime de semi-internação no HD quanto àqueles que são acompanhados em pós-alta, e seus familiares, cuidadores ou pessoas que são eleitas pelo paciente como significativas em sua vida. Tal grupo tem como objetivo promover um espaço de diálogos e trocas, favorecendo o surgimento de novas descrições sobre a dinâmica familiar, que possam contribuir com novos posicionamentos e formas de se relacionar;
- b) **grupo de cuidadores:** Esse grupo ocorre semanalmente e tem como participantes apenas os familiares e cuidadores dos pacientes em semi-internação no HD ou em seguimento pós-alta. Visa oferecer suporte, orientação e apoio aos familiares e cuidadores, favorecendo o fortalecimento da rede social de apoio. Além disso, o grupo tenta promover um ambiente acolhedor em que a troca de experiências favoreça a expressão de angústias e sofrimentos, legitimando a experiência de cada um em relação ao sofrimento emocional;
- c) **visitas domiciliares:** Têm como objetivo a aproximação com o contexto social dos pacientes de modo mais abrangente, potencializando as condições de conhe-

cimento de seu cotidiano através da observação de aspectos que são particulares ao mesmo. Além disso, as visitas também favorecem a construção de vínculos com o paciente e a comunidade no qual o mesmo se insere, bem como a investigação e possíveis intervenções junto à sua rede social e ao seu cotidiano de vida;

- d) **reuniões familiares:** São espaços conversacionais constituídos por uma dupla de terapeutas, geralmente de especialidades distintas, o paciente em semi-internação no HD e as pessoas que ele descreve como sua família (pessoas para ele mais significativas e que se relacionam diretamente com o problema apresentado). Nesses espaços, buscamos pensar sobre os modos de comunicação dessa família, estimulando as diferentes possibilidades de descrição do processo de adoecimento mental. Os atendimentos são oferecidos utilizando o recurso da Equipe Reflexiva, tal como proposto por Andersen (1999), e adaptado às possibilidades físicas e de recursos humanos dessa instituição. Originalmente, a aproximação com as propostas construcionistas sociais aconteceu nesse cenário de prática, promovendo reflexões que agora têm sido, gradativamente, também transpostas para as outras modalidades de intervenção.

Vale ressaltar que uma das peculiaridades do HD é que este se caracteriza como um Hospital Universitário, vinculado a uma universidade pública. Portanto, o mesmo tem um compromisso com a capacitação de futuros profissionais em saúde mental. Dessa forma, uma das atividades fundamen-

tais de nosso trabalho é a instrumentalização dos profissionais, residentes, aprimorandos e estagiários no modelo de atendimento proposto, num processo de educação continuada que se dá concomitantemente à prática clínica (treinamento em serviço). Isso tem sido feito com a inserção, no cotidiano, de alguns espaços de aprendizagem e reflexão sobre a prática com famílias. As atividades desenvolvidas para aprimoramento teórico e técnico da equipe e dos estudantes são:

- a) **curso breve de Introdução à Terapia Familiar:** Ministrado por profissionais com experiência em terapia familiar, especialmente com as práticas descritas como construcionistas sociais nesse campo, este curso foi oferecido para toda a equipe de profissionais do HD, quinzenalmente, por um ano (2011). As atividades desse curso foram divididas em discussões teóricas e interlocuções clínicas (quando a equipe apresentava seu trabalho com famílias e podia refletir sobre as práticas desenvolvidas);
- b) **reuniões de discussão de famílias:** Estas reuniões acontecem em dois momentos semanais com a participação de toda a equipe, sendo que um desses momentos conta com a presença de uma docente do Departamento de Psicologia da USP - Ribeirão Preto, especialista em terapia familiar e primeira autora deste artigo. Nessas reuniões, são discutidos os casos atendidos pela equipe nas reuniões familiares;
- c) **discussões de textos:** São reuniões abertas para toda a equipe, em que são discutidos textos sobre temas pertinentes a proposta de atendimento, como Construcionismo Social, Terapia Familiar e Processos Reflexivos.

DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO TRABALHO COM FAMÍLIAS EM SAÚDE MENTAL

O trabalho que estamos desenvolvendo com famílias no HD tem dado oportunidade para muitas aprendizagens e reflexões. Trata-se de um trabalho desenvolvido a muitas mãos, incluindo diferentes disciplinas, especialidades, histórias, desejos e projetos pessoais. Esse forte investimento da equipe nesse trabalho já faz desta uma prática diferenciada, tecida cotidianamente por seus participantes e cuidada carinhosamente em cada gesto de respeito e valorização de nossas diferenças nos espaços institucionais.

Nesse momento de nosso texto, compartilhamos com os leitores alguns aspectos que significamos como potencialidades e desafios de nosso trabalho. A distinção entre desafios e potencialidades não se faz, felizmente, de modo simples e objetivo. Na maior parte das vezes, fazem parte de nossos desafios as maiores potencialidades de nosso trabalho, o que torna este um fazer complexo e plural. Via de regra, entendemos que a grande potencialidade e, ao mesmo tempo, o maior desafio de nosso trabalho, se dá justamente pela incorporação do discurso construcionista como uma *opção discursiva* em nosso trabalho com famílias – aspecto que desenvolveremos detalhadamente a seguir.

A revisão do lugar hierárquico do profissional de saúde mental

O discurso construcionista social convida o profissional de saúde mental a assumir novas posturas em relação ao paciente, posturas estas marcadas pela escuta e busca da compreensão de como os significados sobre o mundo e as pessoas são construídos nas relações – das quais o profissional de

saúde mental também participa. Essas posturas são um tanto estranhas à formação tradicional do profissional de saúde, fortemente inspirada pelo modelo biomédico e pela lógica da ciência moderna (Barros, 2002). Nesse modelo, o profissional é visto como o especialista, dono de um saber teórico e técnico especializado, colocando-se numa posição de distanciamento em relação ao doente para melhor compreender seu problema/doença. No modelo médico/clínico tradicional, a distância entre profissional de saúde e paciente é considerada um recurso importante para se garantir a neutralidade e uma visão mais realista e objetiva do problema investigado, e a ocupação de um lugar hierarquicamente superior é legitimada socialmente pelo domínio do conhecimento teórico e técnico especializado.

No discurso construcionista social, ao contrário, essa neutralidade do profissional de saúde é questionada pela própria compreensão de como se dá o processo de produção de sentidos. O sentido é visto como uma ação-conjunta, da qual participam igualmente as pessoas envolvidas em uma interação social. Reconhecemos que, em nossa cultura, determinados discursos sociais conferem ao profissional de saúde um poder maior do que aos pacientes, aspecto este que muito frequentemente se repete em nosso cotidiano nos gêneros de fala e repertórios trazidos por essa interação. Ainda assim, admitimos que cada momento interativo é único e permite a abertura a diversos significados e posicionamentos.

Ao problematizarmos o lugar hierárquico do profissional de saúde em relação à família atendida, intencionamos promover novas posições para esse relacionamento, bem como modos de explicação alternativos sobre

as pessoas e seus problemas. Convidamos as pessoas a adotarem uma postura de curiosidade (Cecchin, 1998) para investigar outros modos de explicação possíveis, ao invés de apresentarem muito rapidamente o discurso psiquiátrico ou psicológico tradicional como única alternativa. Valorizamos estes discursos como uma possibilidade, ao invés de desprezar sua importância como campo de conhecimento, mas ao mesmo tempo convidamos os profissionais de saúde a analisarem a sua utilidade situada. Assim, profissionais e familiares podem se perceber como parceiros de diálogo, envolvidos num mesmo processo de produção de sentidos de problema e mudança.

Nesse sentido, destacamos a importância dos espaços de reunião da equipe para discussão dos casos atendidos, espaços esses que promovem a troca de diferentes experiências e perspectivas, favorecendo a construção de um diálogo aberto e produtor de novas descrições e narrativas possíveis, permitindo novos posicionamentos e ações na prática cotidiana da equipe.

Este aspecto da revisão do papel hierárquico do profissional pode ser entendido como um convite ao estabelecimento de relações colaborativas e marcadas pela horizontalidade. Podemos ilustrar esse aspecto pelo atendimento familiar realizado com um paciente em semi-internação com diagnóstico de esquizofrenia, e sua mãe, que era voluntária numa associação sem fins lucrativos de apoio ao paciente psicótico. Essa mãe tinha um grande conhecimento a respeito dos aspectos psiquiátricos da doença de seu filho, e, durante os atendimentos, buscava assumir uma postura de profissional especialista da saúde, com indicações e orientações a respeito do tratamento do seu filho e do funcionamento da instituição, parecendo se

afastar do papel de familiar acompanhante de um paciente em sofrimento mental. Tal postura gerava um grande incômodo nos terapeutas e no restante da equipe, já que, em muitos momentos, a postura dessa mãe era descrita como uma forma de desafiar e questionar o conhecimento técnico dos profissionais que ali estavam atuando. Após refletir em diversas discussões de equipe a respeito desse atendimento, a equipe começou a se questionar sobre como deveria ser difícil para essa mãe assumir tantas responsabilidades no tratamento de seu filho, assumindo o papel de mãe e profissional ao mesmo tempo. Após essa reflexão, em uma reunião familiar, foi perguntado a essa mãe se ela não se sentia sobrecarregada em tomar conta de tanta coisa a respeito do tratamento do seu filho, e se ela não gostaria de dividir parte dessa responsabilidade com a equipe. De maneira emocionada, essa mãe pareceu entender essa fala dos terapeutas como um convite a uma prática de colaboração e apoio mútuos, e, nos atendimentos seguintes, a relação entre os profissionais e essa mãe foi sendo ampliada de forma a buscar sair de uma postura de “disputa” pela prerrogativa de quem direcionaria o tratamento, para uma postura de humildade e escuta aberta de ambos os lados.

A valorização e o respeito pelo discurso do paciente e de sua família

Abandonar o discurso do profissional especialista (Anderson, 2009) implica também reconhecer as muitas formas de se compreender as pessoas, seus dilemas e o mundo que as cercam. Assim, torna-se central nesse processo valorizar o discurso apresentado pelo paciente e por sua família, reconhecendo suas nuances e suas implicações para os relacionamentos construídos

com a própria família e também com o serviço de saúde.

Exemplificamos essa noção com o relato breve de um dos atendimentos realizados em nosso serviço. Uma paciente que estava fazendo acompanhamento em semi-internação devido a uma depressão comentou em diversos contextos do tratamento sobre seu desejo e intenção de morrer. Considerando a chegada do fim de semana, a médica residente entendeu que a paciente vivenciava uma situação importante de risco de vida, e pediu sua internação integral. Assim, a paciente foi internada no setor de psiquiatria de um Hospital Geral. No entanto, nesse setor, havia outros pacientes internados, que foram considerados pela paciente e por sua família como “mais graves” e, por isso, colocariam a paciente em risco. Uma semana após esse acontecimento, a paciente recebeu alta e continuou seu tratamento em semi-internação no HD. Sua família compareceu para uma reunião familiar, mas havia, nesse momento, um forte ressentimento da família e da paciente com a equipe profissional. A paciente, principalmente, assumia uma postura bastante agressiva com a médica residente, julgando que esta a havia internado desnecessariamente. A intervenção da equipe reflexiva trouxe novas direções para esse diálogo, questionando, entre outros aspectos, o que significava risco para cada pessoa presente naquela conversa. Esta parecia uma palavra importante, que vinha sendo usada de diferentes modos nesse diálogo. Em resposta ao questionamento da equipe, o irmão da paciente disse que, ao encontrar a irmã internada em uma unidade mista (pacientes de ambos os sexos), imaginou que a irmã estava em risco por conviver com pacientes de outro sexo. Descreveu-se como membro de uma família oriental e reservada, revelando

ter se sentido incomodado por ver a irmã sendo exposta àquela situação. A mãe da paciente respondeu que risco remetia às inúmeras situações em que tentava se aproximar da filha, revelando se sentir insegura de como seria por ela recebida. Assim, revelou seu temor de estar em risco pela agressividade que a filha demonstrava em determinados momentos. Já a paciente disse que se percebia muito diferente dos demais pacientes internados, e assim, ao ser internada, se viu exposta a uma situação de risco. Por fim, a médica residente pôde dizer o quanto se viu preocupada com a paciente, temendo que ela colocasse em risco sua própria vida. Nesse caso, a conversa sobre as diferentes maneiras de se entender “risco” permitiu a ampliação dos diálogos desenvolvidos, potencializando reflexões acerca das diferentes maneiras de cuidar do outro e favorecendo a manifestação dos muitos sentimentos envolvidos na situação.

Em nosso cotidiano, assumir uma postura de valorização e respeito pelo discurso dos pacientes e seus familiares têm nos levado a considerar cada histórica como única, a reconhecer as especificidades culturais da vida em família e a investir na construção de uma prática colaborativa e responsável. Valorizamos, assim, o diálogo como a forma de encontrarmos as soluções para os desafios que o convívio com o sofrimento emocional traz para o paciente, para sua família e para nós como profissionais de saúde.

Reflexões sobre o discurso da doença mental e suas implicações

A “loucura” já apareceu descrita de diferentes modos ao longo das épocas (Pessotti, 1994). Com o advento do modelo médico psiquiátrico, o discurso da doença mental tem sido cada

vez mais utilizado em nossa sociedade como forma de explicar comportamentos humanos considerados desviantes da normalidade. São muitas as críticas a esse modelo (Gergen & McNamee, 2010) e a problemas de diagnósticos específicos (ver, por exemplo, discussão feita por Caliman [2009] acerca do diagnóstico de TDAH). No entanto, não objetivamos entrar nessa arena de discussão. Com base nas contribuições do construcionismo social, entendemos que o discurso sobre a doença mental é uma produção cultural, tendo, portanto, uma validade situada que, assim como qualquer outro discurso em ciência, traz implicações para o modo como as pessoas coordenam suas vidas e seus relacionamentos.

Consideramos que o discurso da doença mental se sustenta, epistemologicamente, numa tradição individualista, comprometida com a busca por um discurso único de verdade e por uma descrição objetiva da realidade. Em função dessa tradição, as formulações diagnósticas em doença mental buscam explicar o fenômeno da doença mental em função de sua etiologia (geralmente apontada como plural, em função de seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais), de seus principais sinais e sintomas, seus modos de tratamento e prognóstico. Concordamos com outros autores que, por sustentar uma análise ancorada numa tradição cultural de avaliação individual, o uso desse discurso pode reforçar a valorização do déficit, gerando práticas de estereotipação, julgamento, culpabilidade e responsabilização individual (Gergen & McNamee, 2010), aspecto que pode ser fortemente limitante em processos psicoterápicos. Por outro lado, entendemos que esse discurso também pode ser avaliado positivamente se considerado de dentro da tradição em que é construído, visto

em função dos avanços técnicos e tecnológicos que pode possibilitar.

Assumindo as contribuições do construcionismo social, entendemos que participamos de um contexto que favorece práticas discursivas especialmente organizadas em torno do discurso da doença mental. Participamos de um contexto de tratamento, numa instituição tradicional, reconhecida pelo saber médico e psicológico especializado acerca desses termos. Portanto, é esperado que o sentido da doença mental como fato médico atravesse os diálogos que travamos com os pacientes, orientando nossa trajetória em muitos momentos. Assim, não desejamos negar a centralidade desse discurso na organização do programa de assistência à família que desenvolvemos. Porém, não assumimos que o discurso da doença mental é a única possibilidade discursiva que se apresenta para uma família e para um paciente na tentativa de significar os seus problemas, o que nos permite, em nossa prática, refletir junto a nossa equipe e aos pacientes sobre os efeitos do uso desse discurso nas interações de que participamos.

Um recurso importante que nos é oferecido pelo discurso construcionista social é a compreensão da linguagem em seu caráter performático. Ao descrevermos o mundo e as pessoas de determinados modos, construímos determinadas realidades. Percebemos que as palavras não têm um sentido em si mesmas. É seu contexto de uso que garante o seu significado. Assim, observamos, em nossa prática cotidiana, que o discurso da doença mental pode ser usado de diferentes modos pelos profissionais, pela família e pelos pacientes. Muitas vezes, o uso do discurso da doença mental permite ao paciente e a sua família uma experiência de libertação. Por exemplo, não é

incomum, em nossos grupos, os pacientes referirem o quanto foi importante conhecerem o diagnóstico dado por um médico – aspecto que lhes permitiu atribuir um significado para um sofrimento que antes não podia ter um nome. Dar um nome ao que vivenciavam e vislumbrar um tratamento, para alguns, restitui a esperança de ter mais saúde, resgatando perdas associadas à vivência da doença. Para outras pessoas, o diagnóstico psiquiátrico é visto como uma “camisa de força”, prendendo a pessoa numa visão estática de si mesma, permitindo poucas possibilidades para que novas narrativas de si, mais ricas em potencialidades, sejam fomentadas no diálogo. A pessoa passa a ser vista apenas em função da doença e suas decorrentes limitações. Ou ainda, a doença passa a ser usada como explicação para todas as dificuldades vividas pela pessoa em seu cotidiano, tornando também a família e os profissionais de saúde fortemente impotentes frente a ela.

Em uma instituição de semi-internação psiquiátrica reconhecida e valorizada como o HD, não assumir o discurso da doença mental como Verdade (Gergen & Gergen, 2010) e manter-se aberto às construções de sentido feitas conjuntamente com a família têm sido um caminho que se mostra, ao mesmo tempo, potente e desafiador.

Para ilustrar esse ponto, nos remetemos ao caso de uma paciente e seu marido, atendidos no HD em terapia de casal. A paciente em semi-internação tinha recebido o diagnóstico de um Transtorno Depressivo comórbido a um Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável. O pedido inicial da paciente para o atendimento em casal foi para que a dupla de terapeutas explicasse ao seu marido que a doença tinha como um de seus sintomas a diminuição da libido, e tal sin-

toma estava correlacionado à principal queixa de seu marido, que era a falta de relações sexuais entre o casal. Durante o atendimento, os terapeutas buscaram adotar uma postura de curiosidade e abertura a novas possibilidades narrativas, evitando assumir o papel de especialistas e detentores de um saber “superior” (discurso médico/psiquiátrico), papel esse que os terapeutas eram “convidados” a assumir principalmente pelos pedidos e queixas da paciente, que tinha um discurso marcado pela descrição da doença e de seus sintomas. Esse posicionamento permitiu que durante os atendimentos a paciente e seu marido concluíssem que as questões do casal iam além da doença e que a falta de relações sexuais entre o casal parecia estar muito mais vinculada a histórias passadas do mesmo (por exemplo, história de traição), e como as mesmas eram significadas no presente por ambos, do que a um sintoma da doença (diminuição da libido). Nesse sentido o discurso da doença, para esse casal, parecia manter a distância entre ambos e evitar a reflexão sobre aspectos delicados de seu histórico como casal.

O convívio com múltiplas teorias e disciplinas

Como referimos anteriormente, nossa prática é marcada pela interação de profissionais de diversas especialidades, familiarizados com diferentes teorias em psicologia. Em nossa prática, buscamos valorizar essas diferenças, aprendendo a conviver com a tensão discursiva (Steward & Zediger, 2002), que surge da convivência de diferentes modos de compreender a realidade, e, no caso específico do trabalho desenvolvido, de diferentes modos de se pensar família, saúde e doença mental.

Particularmente útil para esse trabalho é a compreensão proposta por McNamee (2004b) das diferentes teorias como *opções discursivas*. Ao invés de adentrarmos a arena de disputas entre as teorias psicológicas, na busca por encontrar um purismo teórico-técnico supostamente possível no campo das contribuições construcionistas no contexto clínico, buscamos acolher as diferentes formas de compreensão que os profissionais de saúde trazem para o diálogo, refletindo sobre as hipóteses que as sustentam e aberturas que estas trazem para a conversação. Geralmente, incentivamos a transformação destas hipóteses em questionamentos, buscando garantir maior coerência com a manutenção de uma postura mais horizontal com as famílias que atendemos e a valorização da participação da família na legitimação dos recursos que nós, como equipe, trazemos para o atendimento.

Um exemplo pode ilustrar o modo como acolhemos as diferentes teorias explicativas em nosso cotidiano. Atendemos por cerca de quatro meses um casal nas reuniões familiares. A mulher estava em semi-internação e seu marido a acompanhava com assiduidade e frequência nos atendimentos. Nas reuniões familiares, a equipe era especialmente tocada pela cumplicidade entre os dois. Apesar disso, não era incomum questionamentos quanto a essa relação – ao lado do marido, a paciente aparecia especialmente infantilizada, regredida, o que fazia aparecer muitas dúvidas quanto à sua satisfação com esse relacionamento. Certa vez, um médico residente comentou sobre seu desconforto com a situação – segundo ele, o marido usava demasiadamente o mecanismo defensivo da racionalização (teoria psicanalítica) para lidar com o sofrimento da esposa. Essa era

uma percepção apoiada por diferentes pessoas da equipe. Ao invés de abandonarmos essa explicação por entendermos que esta não fazia parte de nosso vocabulário explicativo, buscamos refletir sobre vantagens e desvantagens de se assumir essa descrição em nossa interação com esse casal. Percebemos que, de certo modo, nomear como racionalização o comportamento desse marido parecia desvalorizar todo o esforço que ele parecia fazer, no momento, para participar do tratamento da esposa de maneira colaborativa. Como ele era o único cuidador, o que nomeávamos como racionalização, para ele, parecia um recurso importante para assumir uma postura de apoio e encorajamento, da esposa e de si mesmo para dar conta da situação que vivenciavam. Ao mesmo tempo, esta descrição nos convidava a pensar aspectos que até então não haviam sido explorados no atendimento. Estaria esse marido sobrecarregado? Poderia ele confiar no espaço de reunião familiar para também compartilhar de suas dores? Esta era uma questão frequentemente trazida pela esposa, que se queixava de que o marido não conversara sobre seu cotidiano com ela. Ele, por sua vez, dizia que não falava de seus problemas porque era ela quem precisava de cuidado no momento. No percurso que trilhamos com este casal, pudemos usar o sentido de “racionalização” não como uma interpretação da realidade daquele casal, mas como um recurso para explorarmos outros modos de incluir esse marido no atendimento. Assim, caminhamos no sentido de mostrar o quanto parecia importante para a esposa conhecer do seu cotidiano, aspecto que também a fortalecia para buscar sua melhora. Em muitos de nossos atendimentos, o marido pôde contar sobre seus pro-

blemas no trabalho e das maneiras como ele lidava com sua ansiedade. Ao perceber as dificuldades do marido, a esposa também pôde encontrar para si novas posições, e a equipe pôde conhecer muitos dos recursos usados por este casal em seu cotidiano para construção de uma relação sólida e companheira.

A atuação em equipe reflexiva

O trabalho com a equipe reflexiva tem se constituído, em nossa prática, um recurso formidável, permitindo uma exploração mais sensível e plural acerca das vivências da família, bem como dos próprios recursos da equipe para o trabalho em saúde mental. Ao mesmo tempo, temos nos deparado constantemente com um desafio, que diz respeito à superação das expectativas, socialmente construídas, acerca do lugar de “observação”. Mesmo após explicarmos e discutirmos os pressupostos construcionistas sociais (Gergen, 1997) e os norteadores do trabalho com processos reflexivos (Andersen, 1999), colocando-os como uma perspectiva que busca abandonar a retórica da verdade em prol da valorização e apreciação da diversidade, o receio de uma avaliação e julgamento ainda se faz presente, tanto por parte dos profissionais (sobretudo médicos residentes, aprimorandos e estagiários) como dos pacientes.

Este receio aparece de muitas formas em nosso cotidiano. No caso dos profissionais é comum que, ao experimentarem o trabalho da equipe pela primeira vez, demonstrem esse estranhamento, mostrando-se mais tímidos e receosos de serem avaliados por sua atuação como terapeutas. Em alguns casos, acontecem pedidos ou mesmo negociações prévias com a família para que não haja o trabalho da equipe.

Geralmente, acolhemos esses sentimentos, respeitamos a vontade desses profissionais, mas reforçamos a importância de abandonarmos essa tradição que nos faz sentir avaliados e julgados por nosso desempenho individual. Na maior parte das vezes, essa impressão acaba sendo alcançada ao longo do processo, quando todos compreendem esse modo de trabalhar e passam a ver a equipe não como uma ameaça, mas como um recurso que contribui tanto com a família atendida como com a própria equipe. Com alguns grupos, passa a haver até mesmo um forte entusiasmo com o uso desse recurso, havendo pedidos explícitos por terem a equipe como parte dos atendimentos. Podemos entender esse processo de aceitação da equipe reflexiva como um convite a um olhar para o processo psicoterápico voltado para as possibilidades da construção coletiva do mesmo, e não focado no desempenho individual de cada participante.

Da parte dos pacientes, observamos que, a despeito do caráter investigativo, apreciativo, alusivo e valorativo dos comentários da equipe reflexiva, eles também trazem uma compreensão que, de certo modo, retrata o discurso individualista e a visão médica tradicional. Nesse sentido, sentem-se também observados, mas de uma maneira diferente e especial. Não raro, fazem referências à “junta médica” ali presente e sentem-se agradecidos por serem cuidados por tantas pessoas, interessadas em explicar e compreender o problema que os levaram ao HD.

Em ambas as situações, percebemos o quanto nossa prática é perpassada pelo ideário moderno, que faz com que, ainda quando pensada com base em pressupostos construcionista ou pós-modernos, seja ainda avaliada com base em um discurso individualista (Grandesso, 2000).

CONSIDERAÇÕES

Apresentar o modo como vimos desenvolvendo nosso trabalho no HD, dividindo com nossos leitores aquilo que significamos como desafios e potencialidades de nossa prática, nos oferece também a oportunidade de refletir sobre o processo de construção desse fazer, valorizando o caminho percorrido e vislumbrando desdobramentos possíveis.

Entendemos que nossa possibilidade de trabalho no HD só foi possível pela adoção do construcionismo social como uma opção discursiva (McNamee, 2004a, 2004b), assim nos permitindo entrar em diálogo com outras perspectivas teóricas e modos de compreender o processo de saúde e adoecimento mental. Não assumimos em nenhum momento uma perspectiva persuasiva, que nos levaria a afirmar nossa postura como melhor do que qualquer outra defendida no serviço. Ao contrário, buscamos somar esforços para a construção de um fazer conjunto e colaborativo, valorizando diferenças e reconhecendo recursos.

Entendemos também que investir num processo de transformação pela prática – ou seja, num processo de ensinar construcionismo fazendo construcionismo e de ensinar o trabalho com famílias trabalhando com famílias – tem demonstrado grande potencial, pois os estudantes (residentes, estagiários e aprimorandos) exercem a prática concomitantemente (e às vezes até mesmo antes) a aprenderem seus pressupostos. Isso desperta a curiosidade pela diferença antes de convidar às críticas teóricas comuns a esse campo (Gergen, 1997).

Por fim, entendemos que o trabalho em saúde mental é complexo, marcado pela tensionalidade comum ao diálogo nesse campo – tanto entre

profissionais, como com os pacientes e suas famílias. Assim, levamos como postura para o trabalho em equipe e para o nosso trabalho com famílias a intenção de marcar nossas posições, ao mesmo tempo em que deixamos os outros acontecerem para nós (Steward & Zediger, 2002). Permitimos assim um fazer que busca o diálogo e a colaboração, reconhecendo que, nesse campo marcado por desafios e complexidades, o fazer conjunto aumenta a nossa capacidade de ajudar a pessoa em sofrimento. Nesse caminho, desafios e potencialidades se cruzam, fazendo deste um trabalho instigante e provocador.

REFERÊNCIAS

- Andersen, T.** (1999). *Processos reflexivos*. (R.M. Bergallo, Trad.). Rio de Janeiro: Instituto Noos / ITF.
- Anderson, H.** (2009). *Conversação, linguagem e possibilidades*. (M.G. Armando, Trad.). Rio de Janeiro: Roca.
- Bakhtin, M.M.** (1997). *Marxismo e filosofia da linguagem* (8ª ed.). (M. Lahud & Y. F. Vieira, Trad.). São Paulo: Hucitec.
- Barros, J.A.C.** (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde soc.*, 11 (1), 67-84.
- Bezerra, B., Jr.** (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17 (2), 243-250.
- Caliman, L.V.** (2009). A constituição sócio-histórica do “fato TDAH”. *Psicologia e Sociedade*, 21 (1), 135-144.
- Cecchin, G.** (1998). Construindo possibilidades terapêuticas. In: S. McNamee & K. Gergen (Orgs). *A terapia como construção social*. (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- De Leon, G.** (2003). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. (C. A. Bárbaro, Trad.). São Paulo: Edições Loyola.
- Delgado, P.G.** (1992). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Gergen, K.J.** (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. J.** (1997). *Realities and relationships: soundings in social construction*. (2nd ed.) Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K.J., & Gergen, M.** (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Gergen, K.J., & McNamee, S.** (2010). *Do discurso sobre a desordem ao diálogo transformador*. (A. Sampaio, Trad.). *Nova Perspectiva Sistêmica*, 38, 47-62.
- Grandesso, M.** (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guanaes, C.** (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- McNamee, S.** (1998). A reconstrução da identidade: a construção comum da crise. In: S. McNamee & K. Gergen (Orgs). *A terapia como construção social*. (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- McNamee, S.** (2004a). *Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy*. In: D. Pare & G. Larner (Eds.). *Collaborative practice in psychology and therapy*. New York: Haworth.

- McNamee, S.** (2004b). Promiscuity in the practice of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 26, 224–244.
- McNamee, S., & Gergen, K.** (1998). *A terapia como construção social*. (C.O. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde do Brasil.** (2005). *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- Pessotti, I.** (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.
- Pegoraro, R.F., & Caldana, R.H.L.** (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol. estud.*, 11(3), 569-577.
- Pereira, M.A.O., & Pereira, A., Jr.** (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*, 37(4), 92-100.
- Rosa, L.** (2011). Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez.
- Seikulla, J., Alakare, B., & Aaltonen, J.** (2007). Diálogos abertos em psicose, parte 1: introdução e relato de caso. *Nova perspectiva sistêmica*, 27, 20-36.
- Shotter, J.** (1989). Social accountability and the social construction of 'you'. In: J. Shotter & K.J. Gergen (Eds.). *Texts of identity*. London: Sage.
- Shotter, J.** (2000). Conversational realities: constructing life through language. In: *Inquiries in social construction*. London: Sage.
- Spink, M.J.P., & Medrado, B.** (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: M.J. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Stewart, J., & Zediker, K.** (2002). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65(2/3), 224-242.
- Teixeira, M.O.L.** (1993). *O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e o modelo das comunidades terapêuticas*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Vygotsky, L.S.** (2005). *Pensamento e linguagem*. (3ª ed). São Paulo: Martins Fontes.
- White, M., & Epston, D.** (1990). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Wittgenstein, L.** (1999). *Investigações filosóficas*. (Coleção Os Pensadores). (J.C. Bruni, Trad.). São Paulo: Nova Cultural.