



AGOSTO 2011 - ANO XX - NÚMERO 40

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Helena Maffei Cruz (Instituto Familiaie)

EDITORES ASSOCIADOS

Adriano Beiras (Instituto Noos)

Carlos Eduardo Zuma (Instituto Noos)

Marilene Grandesso (Interfacci/NUFAC-PUC-SP)

EDITORAS ANTERIORES

Gladis Brun (1991/1996)

Rosana Rapizo (1997/2005)

SUPERVISÃO EDITORIAL

Instituto Noos

PRODUTOR EXECUTIVO

Carlos Eduardo Zuma

PRODUÇÃO EDITORIAL

Anna Carla Ferreira

REVISÃO

Juliana Rettich

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Amanda Simões

DIAGRAMAÇÃO

Ilustrarte Design e Produção Editorial

CONSELHO EDITORIAL

Azair Vicente/Instituto Familiaie/Ribeirão Preto

Carla Guanaes Lorenzi/USP/SP

Eloisa Vidal Rosas/RJ

Emerson F. Rasera/UFU/MG

Harlene Anderson/Taos Institute/EUA

Jorge Bergallo/Instituto Noos/RJ

Marcelo Pakman/EUA

Rosa Maria S. Macedo/PUC/SP

Sallyann Roth/Family Institute of Cambridge/EUA

Saul Fuks/Fundación Moiru/Argentina

PARECERISTAS AD HOC

Adriana Bellodi Costa César/Familiae/SP

Aimorá Losso Laus Veras

Cecília Cruz Villares/UNIFESP/SP

Leonora Corsini/UFRJ/RJ

Mônica Corrêa Meyer/ATF/RJ

Neyde Bittencourt de Araújo/Familiae/SP

Rita Flores Müller/Margens/UFSC

Solange Diuana/ATF/RJ

As opiniões emitidas nos artigos assinados são de responsabilidade exclusiva dos autores.

NOVA PERSPECTIVA SISTÊMICA é uma publicação quadrimestral do Instituto Noos, do Instituto Familiaie e do Interfacci com distribuição dirigida. Registro: INPI 816634556

Acesse o nosso site: www.revistanps.com.br



Instituto Noos

Rua Álvares Borgerth, 27 • Botafogo
Rio de Janeiro • RJ • Tel.: (21) 2197-1500
www.noos.org.br • editora@noos.org.br



Instituto Familiaie

Rua Agisse, 56 • Parque das Bandeiras
São Paulo • SP • Tel./Fax: (11) 3037-7652
www.familiae.com.br • familiae@familiae.com.br



Interfacci

Avenida Rouxinol, 55 • conjunto 1111
Moema • São Paulo • SP
www.interfacci.com.br

- 5 **EDITORIAL**
Helena Maffei Cruz
- 9 **O CONCEITO DE REDE SOCIAL EM SAÚDE: PENSANDO POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**
THE CONCEPT OF SOCIAL NETWORK IN HEALTH: THINKING POSSIBILITIES FOR PRACTICE IN FAMILY HEALTH STRATEGY
Ricardo Lana Pinheiro e Carla Guanaes
- 26 **UM POR TODOS E TODOS POR UM: TRABALHANDO AS VIVÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE FAMILIARES DE HOMENS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**
ONE FOR ALL AND ALL FOR ONE: WORKING WITH FAMILY MEMBERS GROUP OF MEN WITH EATING DISORDERS
Rosa Maria Stefanini Macedo e Ester Schomer
- 39 **COMO RESTITUIR A VOZ E A COMPETÊNCIA À CRIANÇA POR MEIO DE TERAPIA FAMILIAR**
HOW TO RESTORE THE VOICE AND THE COMPETENCE THROUGH FAMILY THERAPY
Maurizio Andolfi
- 55 **TERAPIA DE FAMÍLIA COM CRIANÇAS: A MÁGICA POSSÍVEL**
FAMILY THERAPY WITH CHILDREN: THE POSSIBLE MAGIC
Eloisa Vidal Rosas
- 68 **PILARES TEÓRICOS DA MEDIAÇÃO DE CONFLITOS**
CONFLICT MEDIATION – THEORETICAL FOUNDINGS
Tânia Almeida
- 83 **A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E DE CULTURA DE PAZ : ETAPAS E DESAFIOS**
THE CONSTRUCTION OF A PROJECT TO MEDIATE CONFLICTS AND PEACE CULTURE: STEPS AND CHALLENGES
Marianne Ramos Feijó, Patrícia Liberali Stelata, Margarida Toledo, Lídia Bonduki, Andrea Chiareto, Dani Ciasca, Olga Lembo, Roberta Maria de Lima, Ivanise Helena, Monica Galano, Jurema Silva, Carmen Cecci
- 99 **REVISANDO INTERVENÇÕES NARRATIVAS: FERRAMENTAS PARA O CONTEXTO TERAPÊUTICO**
REVIEWING NARRATIVE'S INTERVENTIONS:
TOOLS FOR THE THERAPEUTIC CONTEXT
Camila Roberta Lahm-Vieira, Mariana Gonçalves Boeckel e Paula Grazziotin Silveira Rava
- 115 **Ecos • E AGORA, SOU EU QUEM CUIDA?: A PERCEÇÃO DE CUIDADO POR IRMÃS DE PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA**
Solange M.P. Hubner e Vanja David dos Santos
- 120 **Estante de Livros • ATÉ QUE O DINHEIRO NOS SEPARE**
Valéria Meirelles
- 122 **Conversando com a Mídia • PENSANDO PARCERIAS**
Rosana Galina
- 124 **Família e Comunidade em Foco • OS ASSISTENTES SOCIAIS E A TERAPIA DE FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA**
Sonia Beatriz Sodré Teixeira



A revista *Nova Perspectiva Sistêmica* completará 20 anos em dezembro. Crescemos, ampliamos nossos parceiros nacionais e internacionais, sempre buscando oferecer a você, leitor, o que nosso campo, nascido como terapia familiar, vem produzindo: teorias e práticas para a compreensão e atuação em sistemas humanos em que todos os participantes tenham voz, respeitem-se e construam realidades mais favoráveis ao seu próprio desenvolvimento, através de ações colaborativas.

Para a montagem de cada número convidamos alguns autores, recebemos colaborações espontâneas, estimulamos novas participações, principalmente de formandos dos cursos de Terapia Familiar. Procuramos mesclar temas e graus de complexidade de forma a atingir públicos com diferentes níveis de formação.

Coincidências felizes ocorrem.

Neste número, Ricardo Lana Pinheiro e Carla Guanaes, em **O Conceito de Rede Social em Saúde: Pensando Possibilidades para a Prática na Estratégia Saúde da Família**, artigo de caráter teórico e reflexivo, discutem a utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família. Justificam tal utilização descrevendo como a política de saúde atual do Brasil se pauta por um referencial amplo de saúde, que considera não apenas seus determinantes biológicos, como também psicológicos e sociais. Os autores apresentam, ainda, subsídios do enfoque construcionista social que sustentam a aproximação com conceitos de redes sociais e suas utilizações na saúde. E oferecem referencial que dialoga com o artigo sobre o trabalho realizado pelas autoras Rosa Maria Stefanini Macedo e Ester Schomer, em **Um por Todos e Todos por Um: Trabalhando as Vivências e Contribuições de um Grupo de Familiares de Homens com Transtornos Alimentares**, um estudo cujo objetivo é compreender como os membros de famílias de homens com transtornos alimentares atribuem significado à sua experiência, através da análise de sessões terapêuticas de um Grupo Reflexivo com esses familiares, visando melhor engajamento de seus filhos no tratamento ambulatorial. O grupo foi concebido como um espaço de conversação onde novas realidades podem ser construídas e significadas por meio da negociação de sentidos entre os participantes. O artigo aponta como aumento de “agenciamento”: maior proximidade, participação e empenho por parte dos pais no que se refere ao tratamento dos seus filhos, encorajando-os a encarar as dificuldades.

Nosso colega editor Adriano Beiras, atualmente fazendo doutorado em Barcelona, recebeu de Maurício Andolfi o artigo **Como Restituir a Voz e a Competência à Criança por Meio de Terapia Familiar**, que traduzimos para essa edição. O autor utiliza a competência relacional das crianças, que passam a se tornar uma verdadeira ponte entre as gerações. Em um contexto terapêutico voltado a valorizar seus recursos em lugar de tratar simplesmente dos sintomas, seus distúrbios psicológicos/psicossomáticos podem assumir um valor e um significado positivos e a criança pode ser considerada uma consultora do terapeuta na terapia de casal. Sem qualquer conhecimento de que iríamos publicar este tema, nossa colega carioca, também do Conselho Editorial, Eloisa Vidal Rosas envia o artigo **Terapia de família com crianças: a mágica possível**. A partir da descrição de uma terapia, a autora ilustra alternativas e possibilidades que foram trazidas ao campo da terapia por autores representativos das correntes críticas pós-modernas. Quando, em lugar de descrever as crianças levadas à terapia como portadoras de um problema, amplia-se o olhar para considerá-las parte de um contexto e integrantes de uma rede de comunicações entre os seus responsáveis, levando em conta as possíveis contradições que ocorrem no encontro de modelos familiares diferentes, as dificuldades ou sofrimentos tendem a se dissolver. “A mágica é possível.”

Outra parceira de longa data, Tânia Almeida, compartilha importante parte teórica de sua tese de doutorado, apresentando **As Bases Teóricas da Mediação**, artigo em que seleciona quatro pilares teóricos que sustentam o cenário onde a Mediação se desenvolve – a ética, o pensamento sistêmico, o processo de diálogo e os processos reflexivos. A linguagem é considerada como o solo no qual esses pilares teóricos e todos os demais que sustentam essa prática estão erigidos. Refletindo sobre tais pilares, você pode dialogar com uma prática de mediação escolar no artigo **A Construção de um Projeto de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz: etapas e desafios**, de Marianne Ramos Feijó, Patrícia Liberali Stelata e outras, que relata a experiência de construção e de acompanhamento de um projeto de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz em uma instituição social na área de educação, de prevenção e de mediação de conflitos, envolvendo colaboradores, educandos e seus familiares.

Completando os artigos deste número, Camila Roberta Lahm-Vieira, Mariana Gonçalves Boeckel e Paula Grazziotin Silveira Rava, colaboradoras do Rio Grande do Sul, propõem uma breve reflexão teórica centrada nos principais fundamentos e na caracterização das técnicas e objetivos terapêuticos propostos por distintas abordagens narrativas. Através da compreensão dos elementos presentes na atuação do(a) psicoterapeuta, elas analisam as propostas das terapias narrativas e sua implicação para a prática clínica no texto **Revisando Intervenções Narrativas: Ferramentas para o Contexto Terapêutico**.

Na seção **Ecossistemas**, Solange Hubner e Vanja David dos Santos dialogam com o artigo publicado no número 39 da NPS, em dezembro de 2010: **E Agora, Sou Eu Quem Cuida?: A Percepção de Cuidado por Irmãos de Pacientes Portadores de Esquizofrenia**. O artigo apresenta as pessoas chegando à terapia no PROESQ cheias de histórias de encontros em que não foram escutadas. Uma atividade de acolhimento – Famílias Parceiras em Saúde Mental – gerou o interesse de

entender melhor a perspectiva e as vivências de irmãos dos portadores; e assim, orientada pelo enfoque colaborativo de Harlene Anderson, foi conduzida uma pesquisa qualitativa em que foi criado um contexto dialógico para dar voz aos irmãos cuidadores, com o propósito de “construir os sentidos e sentimentos gerados nessas relações após a eclosão da doença”. As autoras da seção Ecos nos convidam a ressignificar narrativas a respeito da doença mental, bem como a nos incluímos nas conversas com as famílias dos portadores, tecendo conexões que ajudem a construir um mundo menos intolerante às diferenças.

Valéria Meirelles traz para a **Estante de Livros** um tema relevante e pouco explorado apresentando o livro **Até que o Dinheiro nos Separe**, de Cleide Guimarães, que, nas palavras da autora, tem como objetivo “compreender se os jovens casais sem filhos estabelecem ou não acordos sobre os aspectos de sua vida financeira e se constroem compromissos financeiros”. Em uma sociedade onde quase tudo que até pouco tempo era considerado assunto da vida privada tornou-se público, “*até os terapeutas, que não hesitam em discursar sobre assuntos relacionados a sexo e poder, raramente falam sobre questões relacionadas ao dinheiro. Eles dificilmente falam ou escrevem sobre como lidar com o dinheiro como parte importante do desenvolvimento do ser humano*” (Madanes e Madanes, 1994).

Até que o dinheiro nos separe é de leitura agradável, com conteúdo seriamente embasado, exemplos dos casais entrevistados e um depoimento de atendimento clínico da autora. É ferramenta extremamente importante tanto para nós terapeutas quanto àqueles que querem entender e viver uma vida financeira melhor com seu/sua namorado/a, companheiro/a, esposo/a, criando seu próprio estilo financeiro, posição alinhada com a pós-modernidade na qual as possibilidades de escolhas oferecem novas narrativas de vida às pessoas e à sociedade.

Em **Conversando com a Mídia**, Rosana Galina reflete sobre dois filmes, premiados no Oscar de 2011: *O Discurso do Rei* e *Cisne Negro*. E aponta para parcerias de respeito, solidariedade, facilitadoras da superação da gagueira do futuro rei Jorge VI da Inglaterra comparando com parcerias ambíguas da bailarina com a mãe e o coreógrafo, em que a destrutividade e a linguagem paradoxal são a base da comunicação e da relação. A coerência e a constância na relação são importantes para o desenvolvimento da confiança e da liberdade *do vir a ser*, principalmente quando se estabelece uma parceria. Em ambos os filmes, os parceiros buscavam o mesmo objetivo, mas *o como* cada um fundamentava e encaminhava a conquista é visceralmente diferente. Rosana termina com perguntas para nós terapeutas: como caminhamos na distinção das diferentes parcerias que se formam em casais e famílias? Como abrir novas portas para uma comunicação ampliadora?

Família e Comunidade em Foco fecha a revista com um importante texto de Sonia Beatriz Sodré Teixeira: **Os Assistentes Sociais e a Terapia de Família: Uma Reflexão Necessária**. A autora aponta a complexidade da questão do que se considera “terapêutico” e quem estaria capacitado para tal. Em seu ponto de vista, trabalhar hoje numa perspectiva terapêutica em nada afasta as possibilidades de se focar a ação dos assistentes sociais na direção da luta por cidadania e na criação de condições para que os usuários efetivamente possam se tornar sujeitos. Um desdobramento necessário dessas reflexões recai nos institutos for-

madores e nas equipes interdisciplinares que contam com a participação de assistentes sociais. Assim, como as outras categorias profissionais se posicionam? Quais as ressonâncias no mercado de trabalho? A quem afeta, além dos assistentes sociais, essa medida? As questões estão colocadas e seria muito interessante ouvir as diferentes vozes sobre esse assunto.

E nós, editores da NPS, complementamos: queremos ouvir sua voz sobre este e todos os temas apresentados neste número da sua revista. Boa leitura. Dialogue conosco.

Helena Maffei Cruz

O CONCEITO DE REDE SOCIAL EM SAÚDE: PENSANDO POSSIBILIDADES PARA A PRÁTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE CONCEPT OF SOCIAL NETWORK IN HEALTH:
THINKING POSSIBILITIES FOR PRACTICE IN FAMILY HEALTH STRATEGY

RESUMO: Este artigo, de caráter teórico e reflexivo, busca discutir a utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para tal, trazemos os pressupostos da ESF, considerando o caráter ampliado de atendimento que seu discurso defende e que abarca os determinantes sociais, econômicos e psicológicos da saúde. Discutimos textos que abordam a temática de redes sociais e sua utilização na saúde, que consideramos como um interessante caminho para promover ações alinhadas aos pressupostos da ESF em busca de práticas mais inclusivas e próximas à realidade da população atendida. Articulamos essa discussão às contribuições do movimento construcionista social, que traz subsídios para sustentar essa aproximação, auxiliando na compreensão dos processos interativos como centrais para a constituição e modos de viver das pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Rede social; Estratégia Saúde da Família; Construcionismo Social.

ABSTRACT: This article, of theoretical and reflexive character, aims to discuss the use of the social network concept for the work on health, especially on Family Health Strategy (FHS). Thus, we bring the FHS premises, considering the broad character of health care, which embraces social, economic and psychological determinants of health. We discuss texts that focus the theme of social networks and its use on health, which we consider as an interesting way to promote actions that are aligned to FHS premises, seeking for practices that are more inclusive and close to FHS users' realities. We articulate these discussions based on the contributions of the social constructionist movement, that brings subsidies to sustain this approximation, helping in the comprehension of interactive processes as central for people's constitution and their ways of living.

KEYWORDS: Social network; Family Health Strategy; Social Constructionism.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde brasileiras são embasadas por uma concepção ampla de saúde, não restrita apenas às suas características biológicas ou ao binômio saúde/doença. Em consonância com tal perspectiva, no presente artigo propomos reflexões sobre a utilização do conceito de rede social para o trabalho em saúde, mais especificamente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para delinear e alinhar tais interlocuções, partimos da perspectiva do Construcionismo Social, que considera como centrais os relacionamentos humanos nas formas de entender e se atuar no mundo.

Assim, o artigo se inicia com uma apresentação sobre o contexto da Estratégia Saúde da Família, passando a uma discussão sobre o conceito de redes sociais e sua aplicação na área da saúde, e, posteriormente, a considerações sobre o construcionismo social, para depois apresentar uma possível forma de articulação entre esses temas.

ARTIGO

**RICARDO LANA
PINHEIRO**

Psicólogo. Aluno de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

E-mail: ricardolp@pg.ffclrp.usp.br

CARLA GUANAES

Psicóloga e terapeuta familiar.

Professora Doutora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

E-mail: carlaguanaes@ffclrp.usp.br

Recebido em 15 de abril de 2011.

Aprovado em 15 de maio de 2011.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As práticas de saúde vigentes no Brasil são fruto de uma trajetória histórica com importantes avanços ocorridos através da realização de várias discussões, conferências (nacionais e internacionais) e articulações políticas (Matta & Fausto, 2007). Tais articulações culminaram na criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS), que determina as diretrizes atuais da saúde coletiva brasileira (Brasil, 1990), tendo como uma de suas formas de atuação a Estratégia Saúde da Família.

As diretrizes de saúde brasileiras se alinham a uma concepção ampliada de saúde, compreendendo-a não apenas como a ausência de doenças, consideradas em seu caráter puramente biológico, mas levando em conta também seus determinantes sociais, psicológicos e econômicos, se opondo assim ao chamado modelo biomédico de saúde. Tal modelo, segundo Barros (2002), que é historicamente hegemônico nas sociedades ocidentais, e que originou os hospitais e tratamentos mais conhecidos, é pautado pela ideia cartesiana de que o homem conhece e atua sobre uma realidade externa a ele através de métodos e técnicas sistematizados. Nesse modelo, a visão do mundo e do corpo como uma grande máquina a se explorar ganhou força, abrindo espaço para que a medicina mecanicista fornecesse os instrumentos para médicos lidarem com as doenças de maneira cada vez mais satisfatória, o que certamente levou a grandes avanços, como vacinas e tratamentos para diversos males. Barros critica a hegemonia desse modelo, apontando que, mais que uma defesa da saúde,

este sustenta também uma comercialização de medicamentos e práticas, mantendo o *status quo* da classe médica e a possibilidade de atuações reducionistas e por vezes paliativas, não atendendo inteiramente às causas dos problemas de saúde, que são, muitas vezes, também econômicas e sociais.

Em um modelo alinhado a uma perspectiva ampliada, há hoje uma ênfase nas políticas brasileiras em relação à atenção básica à saúde, que compreende ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, com objetivo de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (Brasil, 1998). A organização da atenção básica no Brasil se fundamenta nos princípios do SUS: saúde como direito, integralidade, universalidade e equidade da assistência, e enfatiza a resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde), a intersetorialidade (ações integradas entre serviços de saúde e outros órgãos públicos), a humanização do atendimento e a participação comunitária na gestão do sistema (Brasil, 1998).

Tendo em vista esses princípios, foi criada em 1994 a ESF (denominada inicialmente como Programa de Saúde da Família), que atualmente é a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica no Brasil, sendo caracterizada como a porta de entrada do sistema de saúde (Brasil, 2006). A ESF busca uma reorientação do trabalho em saúde, que deve ser realizado de forma próxima às comunidades e às famílias, com cuidado contínuo e atento às necessidades da população (Brasil, 1997).

Cada unidade de saúde da família é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, médi-

co, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2006). É responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000. A ESF atualmente vem assumindo o *status* de política nacional, atendendo a aproximadamente 90 milhões de brasileiros (Temporão, 2009).

A ESF se orienta pelos seguintes princípios: adscrição da clientela (vínculo permanente entre a população, equipes e unidades de saúde); territorialização (definição e mapeamento do território e da população atendida); diagnóstico da situação de saúde da população (permite a análise da situação de saúde do local de atuação através do cadastramento das famílias e indivíduos); e planejamento baseado na realidade local (possibilitando atividades orientadas de acordo com critérios de risco à saúde, com prioridade para ações articuladas permanentemente com os atendidos) (Brasil, 1997).

As concepções que pautam a ESF consideram o indivíduo em contexto, devendo as ações de saúde extrapolar a ordem individual, considerando as histórias de vida das pessoas atendidas e especificidades dos locais em que vivem. Segundo Duarte, Silva e Cardoso (2007) e Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002), uma ampla compreensão do processo saúde-doença, em suas dimensões biológicas, sociais, políticas, econômicas, culturais, é importante para um bom planejamento de ações de saúde, partindo da realidade das famílias atendidas.

O discurso e as formas de lidar com a saúde presentes nas diretrizes da ESF apresentam avanços. No entanto, o trabalho cotidiano marca a convivência entre diferentes dis-

curso e modos de organização das práticas, o que muitas vezes torna o trabalho ainda distante do idealizado (conforme discutido por Sousa & Hamann, 2009). Estamos atentos a essas tensões, porém, no presente artigo, priorizamos uma análise com base nas concepções teóricas que orientam a ESF, uma vez que partimos de uma visão pragmática da linguagem. Dito de outro modo, entendemos que discursos constroem realidades e, sendo assim, os discursos sobre a saúde (presentes nas políticas públicas e em seu uso cotidiano) trazem possibilidades para o enriquecimento das práticas profissionais. Um conceito que julgamos próximo das concepções defendidas na ESF e que pode ser útil para contribuir para práticas nesse contexto é o de redes sociais, sobre o qual discutiremos a seguir.

REDE SOCIAL

O conceito de rede social é polissêmico, sendo descrito de diversas formas na literatura (Carvalho, Bastos, Rabinovich, Sampaio, 2006; Mângia & Muramoto, 2005; Marteleto, 2001; Sluzki, 1997). Há estudos que discutem sobre redes sociais em várias áreas, tais como comunicação social, administração, ciências sociais, psicologia, enfermagem, medicina, dentre outras, e que tratam de temas bastante variados, como política, educação, saúde, estudos sobre comunidade etc.

Segundo Sluzki (1997), o campo de estudos sobre redes sociais se desenvolveu de maneira cumulativa, porém desordenada, a partir de contribuições de diversos autores. Dentre eles, destaca Kurt Lewin, que deu grande ênfase às relações sociais informais

em sua teoria do campo; Jacob Moreno, que desenvolveu uma técnica sociométrica muito utilizada, o sociograma; John Barnes, antropólogo que estudou redes informais e formais, intra e extrafamiliares; Elisabeth Both, com estudos sobre família, em que trouxe conceitos como composição, estrutura e densidade de redes sociais; Erich Lindemann, com investigações sobre os efeitos de curto e longo prazo das situações de crise sobre as redes sociais; Ross Speck e Carolyn Attneave, com a inclusão da família extensa e de redes informais de relacionamento em reuniões terapêuticas para lidar com pacientes em crise.

Marteleteo (2001) destaca que “desde os estudos clássicos sobre redes sociais até os mais recentes, concorda-se que não existe uma ‘teoria de redes sociais’ e que o conceito pode ser empregado com diversas teorias sociais” (p. 72). Mângia e Muramoto (2005) apontam, citando Molina et al (2004), que a polissemia do conceito torna possível identificar várias definições e usos para a ideia de redes sociais.

Como exemplo dessa variedade de formas de conceptualização e utilização desse conceito, citamos Stotz (2009), que delinea algumas possibilidades do estudo de redes sociais:

Podemos estudar redes sociais, dentre outros aspectos, como apoio social (estudos sobre monitoramento de tratamento, controle de doenças, nutrição, envelhecimento, prevenção de riscos, como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis); solidariedade (estudos sobre ação de soropositivos do HIV/Aids); focalização de políticas sociais (Programa Saúde da Família); gestão de políticas e articulação de interesses (estudos sobre cidades saudáveis e políticas de combate

à pobreza); compromisso social (estudos sobre ação de adolescentes).

Martins (2010) faz uma revisão sobre a produção ibero-latino-americana acerca de redes sociais, colocando que esta tende a expor dois níveis de interpretação de rede (ambos insuficientes para produzir uma visão integral sobre o tema, segundo o autor). O primeiro grupo reproduz, de certo modo, o sentido comum, considerando a rede algo “simples” (por exemplo, como um conjunto de unidades que trocam elementos entre si através de conexões), sem preocupação em aprofundar suas dimensões históricas, culturais e simbólicas. O segundo grupo de autores busca teorizar a rede com finalidade de intervenção na realidade social, enfatizando o aspecto funcional das redes, entendidas como sistemas formados por pessoas e agências humanas, voltados a alguma intervenção.

Consideramos que os níveis de análise descritos por Martins (2010) são úteis em determinados cenários e para determinadas finalidades. Para uma finalidade pragmática de abordagem do trabalho em saúde, pode ser mais generativo pensar nas redes como possibilidades de intervenção na realidade social, e no lugar que as interações e diálogos ocupam nesses processos de intervenção.

Segundo Marteleteo (2001), as redes sociais são compostas por indivíduos, grupos ou organizações, e sua dinâmica se volta à perpetuação, consolidação ou desenvolvimento das ações de seus membros. Nesses espaços informais, as redes são iniciadas a partir da consciência de uma comunidade sobre interesses e/ou valores entre seus participantes. O foco da autora

é em grupos organizados em movimentos sociais, sendo seu contexto de estudo uma localidade no subúrbio carioca. A autora discute sobre dois níveis de utilização de redes sociais: estática e dinâmica. A utilização estática estuda a rede como estrutura, explorando seus nós e ramificações; a dinâmica estuda a “rede sistema”, uma estratégia de ação pessoal ou grupal para mobilizar recursos. É essa utilização dinâmica que nos interessa enquanto proponentes de ações ou reflexões no trabalho em saúde.

Alguns autores (Meneses, Castella Sarriera, 2005; Marteleto, 2001) entendem as redes como um sistema em constante construção, não fixo e preestabelecido, o que confere um caráter dinâmico às redes, e pode trazer interessantes implicações para se propor práticas em saúde.

Carvalho, Bastos, Rabinovich e Sampaio (2006) questionam se o conceito de rede social é mais útil em uma dimensão mais microsocial (das interações concretas) ou macrosocial, e consideram que a resposta a isso depende da conceituação dada. Discutem estudos que abarcam ambas as perspectivas, concluindo que o conceito pode ser utilizado de maneira produtiva nos diferentes níveis de análise. Stotz (2009) discute que os níveis micro e macrosocial estão imbricados, sendo que as redes se organizam em nível local, municipal e nacional, sob diversos cruzamentos.

Em um nível mais próximo ao indivíduo, Sluzki (1997) define a rede social pessoal como o “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (p. 15). O autor considera que os

contextos culturais, históricos, políticos, econômicos em que vivemos fazem parte de nosso universo relacional, mas define, em um “nível mais microscópico”, a rede social pessoal como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (p. 41-42), e diz que a rede social é uma das chaves centrais da experiência de identidade, bem-estar, competência e autoria.

Para Sluzki (1997), as redes são caracterizadas por propriedades estruturais (tamanho, densidade, composição da rede, homogeneidade entre os membros, dentre outras), e são responsáveis por algumas funções, como companhia, apoio emocional e cognitivo, ajuda material, acesso a novos contatos etc. A relação estabelecida pelo indivíduo com as outras pessoas de sua rede varia dependendo dos atributos desse vínculo, das funções desempenhadas pelas pessoas, da reciprocidade, intensidade da relação, da história da relação.

A rede social funciona como o grupo de referência para a construção identitária da pessoa, para sentimentos de bem-estar e como apoio para o enfrentamento de crises pessoais, e também para o desenvolvimento de atividades de cuidado à saúde (o que é também assinalado por Gutierrez e Mínayo, 2008). Meneses e Castella Sarriera (2005) também enfatizam que as redes funcionam como fontes de reconhecimento, identidade, competência e ação, relacionando-se com os papéis desempenhados junto com outras pessoas e grupos. Essas abordagens de rede, em especial a de Sluzki (1997), abrem possibilidades para uma utilização prática e trazem em sua própria

concepção formas de análise que, embora apresentadas de uma forma bastante descritiva (e, talvez, prescritiva), fornecem um bom ponto de partida para se pensar em práticas.

Ao estudar sobre redes sociais, deparamo-nos com a utilização dos termos “rede social” e “apoio social”, muitas vezes de modo intercambiável. Kanaiapuni, Thompson-Sólon e Donato (2000) discutem que em alguns estudos há a tendência a unir os dois conceitos, que acabam sendo utilizados como sinônimos. No entanto, consideramos mais úteis as descrições que entendem os dois conceitos como interligados, mas não iguais (Pedro, Rocha, Nascimento, 2008, Bullock, 1996). Bullock (1996) define que a rede social normalmente é entendida em termos estruturais, relacionados a interações com instituições sociais como a família, a igreja e a vizinhança, enquanto o apoio social enfatiza as trocas interpessoais entre pessoas da rede que resultem em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (sendo uma via de mão dupla, um processo recíproco). Assim, compreendemos que as redes podem agir como importantes provedoras de apoio social, ocupando lugar central na constituição das pessoas e das formas como agem e compreendem o mundo em que vivem.

Embora a maioria dos estudos enfatize os aspectos positivos da rede social na vida das pessoas, atuando como fator de proteção e auxílio, há estudos que argumentam que as relações entre redes e qualidade de vida e bem-estar nem sempre são positivas (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008; Kanaiapuni, Thompson-Sólon, Donato, 2000; Sluzki, 1997; Pagel, Erdly, Becker, 1987). Tais estudos, por exemplo,

discutem os efeitos das informações que circulam nas redes (refletindo sobre a qualidade delas), de relacionamentos que envolvem não só benefícios, mas também frustrações (Pagel, Erdly, Becker, 1987), e da presença de pessoas que são irritantes ou que se envolvem excessivamente na vida (Abreu-Rodrigues, Seidl, 2008; Pagel, Erdly, Becker, 1987). Destacamos que esses autores, embora relatem esses aspectos negativos, enfatizam prioritariamente os aspectos positivos, protetivos, da rede social. São importantes essas diferentes implicações (positivas e negativas) das redes sociais, pois não consideramos que a participação em determinada relação ou a utilização de uma ou outra prática levará certamente a determinado resultado, numa lógica causal, mas buscamos propor e conduzir práticas com uma análise crítica das propostas, analisando suas consequências e seus resultados, num contínuo processo de construção, que deve ser realizado em conjunto com as pessoas a quem se destinam as práticas.

Conforme observamos a partir dos estudos acerca do tema de redes sociais, há grande polissemia sobre rede na literatura, sendo que compreendemos as diferentes teorias como discursos que falam de lugares diferentes e que, compreendidos criticamente, podem auxiliar em uma compreensão mais ampla e pragmática das redes sociais e de suas formas de utilização. De forma sintética, descrevemos na tabela a seguir os principais temas discutidos pelos textos expostos.

Tabela 1: Principais sentidos construídos a partir da análise dos estudos sobre rede social

Sentidos	Detalhamento	Autores
Não há uma única definição sobre redes sociais	<i>Definições mais “simples” – redes como “nós interconectados”</i>	Stotz (2009); Mângia e Muramoto (2005); Marteleto (2001).
	<i>Definições de rede com finalidade de intervenção social</i>	
Redes como algo em constante construção		Meneses, Castella Sarriera (2005); Marteleto, (2001).
Redes sociais como sinônimo de apoio social		Kanaiapuni, Thompson-Sólon e Donato (2000).
Redes sociais como diferentes de apoio social	Rede social – características estruturais, interações.	Pedro, Rocha, Nascimento (2008); Bullock (1996).
	Apoio social – trocas entre as pessoas, gerando comportamentos positivos.	
Redes sociais como articulação entre micro e macrocontextos		Stotz (2009); Carvalho, Bastos, Rabinovich e Sampaio (2006).
A rede como grupo de referência, formação identitária		Gutierrez e Minayo (2008); Meneses e Castella Sarriera (2005); Sluzki (1997).
A rede com consequências positivas e negativas		Abreu-Rodrigues, Seidl (2008); Kanaiapuni, Thompson-Sólon, Donato (2000); Sluzki (1997); Pagel, Erdly, Becker (1987).

Destacamos, concordando com Mângia e Muramoto (2005), que os conceitos descritos na literatura concordam na ênfase dada ao aspecto relacional das redes.

Assim, dentro de uma perspectiva construcionista social, destacaremos desses estudos esse aspecto comum, referente à ênfase relacional na compreensão das redes, que envolve vários atores e possibilita diversas interações e possibilidades de troca. Compreendemos as redes sociais como importantes instâncias de construção de quem somos, tanto em um contexto mais imediatamente relacional, do dia a dia, quanto em um contexto mais amplo, o que certamente aponta para novas possibilidades práticas para o cuidado em saúde.

REDES SOCIAIS E SAÚDE

Diversos autores discutem as relações entre redes sociais e saúde, enfatizando, em geral, os aspectos positivos de tais relações. Entendemos as discussões dos autores, que descreveremos a seguir, como possíveis (e úteis) discursos para tratar da questão de redes sociais e saúde, fornecendo importantes apontamentos para um trabalho que busque articular esses conceitos, possibilitando análises mais ricas sobre a temática.

Sluzki (1997) discute que há uma influência recíproca entre rede social e saúde. Para o autor, há evidências de que uma rede social estável, confiável e ativa protege a saúde das pessoas, atua de forma a fornecer auxílio e

encaminhamento, afeta a rapidez da procura a serviços de saúde, acelera a cura e aumenta a sobrevida. O autor defende também que a presença de doença, especialmente de curso prolongado, deteriora a qualidade das interações sociais da pessoa e, em longo prazo, reduz o tamanho e o acesso à sua rede social. Assim, delinea “círculos virtuosos”, em que a presença de uma rede social protege a saúde do indivíduo, o que colabora para a manutenção da rede social, e também “círculos viciosos”, em que uma doença crônica afeta negativamente a rede social, o que, por sua vez, tem um efeito negativo em sua saúde, aumentando a retração da rede.

Sluzki (1997) delinea uma forma de utilização de redes sociais que denomina como mapa mínimo de relações, o qual inclui as pessoas que fazem parte da rede social pessoal de alguém. O autor sistematiza o mapa em quatro quadrantes: família, amizades, relações de trabalho ou escolares, e relações comunitárias, de serviço ou de credo, e divide essas relações de acordo com graus de proximidade. Define também que a rede pode ser avaliada em termos de suas características estruturais, das funções dos vínculos e de seus atributos, e aborda alguns exemplos de utilização de tais avaliações. Em sua obra se delinea uma aproximação entre essa perspectiva e o construcionismo social quando se define que o acesso às redes se dá através das narrativas, isto é, das histórias contadas pelas pessoas sobre o lugar ocupado pelos outros em sua rede.

Gutierrez e Minayo (2008) defendem que o conceito de rede é muito útil para se entender a produção de cuidados na saúde da família, possi-

bilitando não apenas a participação familiar, mas também da vizinhança e de elementos de outros contextos, como trabalho e escola, e de vários recursos comunitários e serviços de saúde. Para as autoras, esses espaços devem ser vistos como um todo integrado em que se distinguem elementos interconectados, que devem ser considerados nos estudos sobre o tema. Também Andrade e Vaitsman (2002) defendem que uma rede social forte e integrada fortalece a ajuda mútua, fornecendo apoio em momentos de crise e uma possibilidade de empoderamento comunitário. Esses dois textos abordam diferentes possibilidades no estudo de rede, mostrando sua riqueza tanto em um nível das relações imediatas (como as familiares), como na perspectiva de ações comunitárias.

Vieira Filho e Nóbrega (2004), em um texto que trata de saúde mental, fazem uma análise sobre processos de resignificação de sofrimento com um olhar que privilegia a importância das interações humanas, do contexto sociocultural. Assim, enfatizam a rede pessoal significativa, principalmente para se entender as teias de conflito e o potencial familiar de apoio (ou não) em situações de crise, e a quem recorrer para uma melhor inserção social da pessoa. Os autores destacam a diferença entre a rede significativa do usuário (que definem de maneira próxima à de Sluzki, 1997) e a rede de apoio que o terapeuta pode construir com ele. A rede pessoal significativa diz respeito a relações com pessoas e grupos significativos para a pessoa (mais afetiva); a segunda, a pessoas e/ou grupos “que podem ser ativados direta (intervenção da rede), ou indiretamente (por iniciativa do usuário

ou outros implicados no atendimento), no sentido de contribuir para seu bem-estar” (Vieira Filho & Nóbrega, 2004, p. 378). Os autores destacam que a rede de serviços também pode atuar como rede de apoio.

More (2005) traz uma reflexão próxima à descrita acima: intervenções considerando redes sociais possibilitam distribuir as responsabilidades do trabalho de cuidado, sendo que o trabalhador da saúde busca aliados na comunidade, devendo ter a função de catalisador na comunidade, de recursos e habilidades de cuidado. Essa perspectiva aponta uma forma de ir além do cuidado medicalizado e hierarquizado em saúde, considerando as pessoas como participantes ativas.

Nessa direção, citamos Sanchez, Ferreira e Dupas (2010), que relatam que uma grande quantidade de estudos defende que, qualquer que seja o programa de apoio adotado, a família deve participar do tratamento e receber suporte social não apenas para cuidar do paciente, mas, mais importante, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação por que passa e conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e responsabilidades.

Assim, o usuário não é mais considerado um sujeito solitário, mas social, entendido a partir de uma perspectiva relacional, inserido em sua sociedade, participante dela. Segundo Abreu-Rodrigues e Seidl (2008), dessa forma, o foco não recai unicamente na pessoa atendida, mas se estende, ampliando também as possibilidades de cuidado. More (2005) destaca que tal perspectiva traz benefícios não apenas para quem originalmente trouxe a queixa, mas para todos os envolvidos no processo de construção

da mudança. Em consonância com Sluzki (1997), a autora coloca que o foco de trabalho passa a ser a rede constituída e que conhecer o contexto de vida das pessoas amplia o horizonte de alternativas terapêuticas.

No entanto, Vieira Filho e Nóbrega (2004) colocam que na prática não é tão simples essa abordagem mais ampla do cuidado em saúde, uma vez que os profissionais encontram dificuldades institucionais, conflitos interpessoais, clientelismo, políticas pobres para pobres, baixo planejamento etc., e colocam que, por mais que as mudanças desses cenários sejam lentas, é importante encontrar alternativas (políticas e técnico-profissionais) para superar essas dificuldades.

A proposta teórica para a prática da ESF traz possibilidades para se superarem essas dificuldades uma vez que pressupõe: atenção integral à saúde, e centrada no coletivo (sensível às demandas do contexto); participação comunitária (controle social); fazer com que a saúde seja reconhecida como direito de cidadania, expressão de qualidade de vida (Brasil, 1997). Além disso, a ESF também possibilita interações mais próximas entre equipes e a população, como, por exemplo, nas relações estabelecidas entre os agentes comunitários de saúde e as famílias, uma vez que os agentes devem residir nos locais de atuação.

Como possível forma de contribuição nessa discussão, citamos Valla (2000), que, discutindo sobre redes e apoio social, afirma que o apoio social, por um lado, oferece a possibilidade de tocar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo e, por outro lado, também favorece discussões de grupos sociais sobre o controle de seu próprio destino e sobre a autonomia

das pessoas frente à hegemonia médica. Assim, o autor foge do aspecto puramente ligado à saúde, a cuidados de saúde, mas parte para uma concepção ampla e integradora de pessoas, voltada à participação popular.

As características do trabalho na ESF vão além da perspectiva de se trabalhar com redes sociais, mas consideramos que estar atentos às redes pode ser uma forma rica de aproximação entre comunidade e equipes, de modo que estas se conheçam melhor, que as equipes se familiarizem com o que dizem os atendidos sobre quem são as pessoas importantes em sua vida, o que elas fazem e qual é a sua importância. Isto pode ampliar o leque de intervenções e aproximar as práticas às necessidades da população, além de possibilitar conversas mais próximas de sua realidade, possibilitando intervenções que façam mais sentido, que fujam de um caráter informativo ou curativista, e que sejam alinhadas à perspectiva da Atenção Básica.

Um exemplo de tal tipo de intervenção é descrito por Alvarenga, Oliveira, Domingues, Amendola e Faccenda (2009), que realizaram um estudo sobre redes sociais de idosos atendidos por equipes de ESF, e utilizaram um instrumento de análise construído a partir do mapa mínimo de rede de Sluzki (1997). Concluíram que a rede social dos participantes era predominantemente constituída pela família, comunidade e amigos, sendo que, dos serviços de saúde, os participantes citaram os agentes comunitários de saúde como parte de suas redes. Os autores destacam que os profissionais de saúde, especialmente na Atenção Básica, precisam de instrumentalização adequada para trabalhar de forma

mais ampla, para além do individual, englobando as redes como componente essencial para um melhor funcionamento dos serviços de saúde.

Essas formas de intervenção descritas exemplificam como na prática pode haver diferentes formas de utilização do conceito de redes sociais, que abrem possibilidades para se entender os cuidados de saúde como difundidos entre as diferentes pessoas envolvidas nos processos de saúde e doença. Pensar em tais intervenções como uma responsabilidade compartilhada entre os diferentes atores sociais, e não situada em apenas algum polo, pode contribuir para a horizontalidade dos cuidados em saúde e para o empoderamento dos usuários da ESF, o que se alinha às perspectivas da atenção básica à saúde.

Um possível recurso para melhor fundamentar as relações entre redes sociais e saúde é o discurso construcionista social, que traz possibilidades para abordar tais relações de forma dinâmica e contextual. Destacamos que os estudos descritos acima não se definem propriamente como construcionistas sociais, sendo que buscamos tal aproximação por considerar que esta pode enriquecer as aproximações entre redes sociais e o trabalho na ESF.

O DISCURSO CONSTRUCIONISTA SOCIAL

O discurso construcionista social em psicologia se desenvolve a partir de movimentos de crítica a explicações de mundo universalizantes, entendendo que toda construção de conhecimento se faz a partir da participação das pessoas em práticas dis-

cursivas social, histórica e culturalmente situadas. Assim, este discurso pode ser compreendido como uma ferramenta social e historicamente construída, que permite explorar como as pessoas explicam, descrevem e narram suas vidas e o mundo em que vivem (Gergen, 1997).

Como pressupostos de uma investigação construcionista social, Gergen (1988) define: a) O que tomamos como experiência do mundo não existe independente de nossas formas de entendê-lo (entrelaçamento entre realidade e discurso); b) Os termos nos quais o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos de trocas historicamente situadas entre pessoas em relacionamentos; c) O grau em que determinada forma de compreensão se mantém ou é sustentada ao longo do tempo não depende da validade empírica, mas de características de processos sociais, tais como comunicação, negociação, dentre outras. Aqui, o foco recai sobre as características sociais/culturais, não sobre um evento ou ato em si; d) Formas de entendimento negociado têm importância crucial na vida social, uma vez que são conectadas às inúmeras atividades de que as pessoas participam. Assim, as descrições e explicações sobre o mundo também são formas de ação social.

Com base nesses pressupostos, são possíveis algumas contraposições entre o movimento construcionista social e as perspectivas modernas em ciência: a) a crítica à noção de que o conhecimento científico representa, reflete ou corresponde à realidade. Entendemos que a realidade não existe descolada de nossas práticas de construção da realidade; b) a crítica à dicotomia sujeito-objeto, à noção de

se deve garantir a “objetividade” em estudos científicos através da separação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. O construcionismo, por outro lado, enfatiza a natureza social do mundo, o que ocorre também em estudos científicos, considerando, assim, as relações entre as pessoas e seus objetos de estudo; c) E, finalmente, a crítica à noção de que há uma verdade absoluta a que o pesquisador tem acesso a partir do uso adequado do método. A partir de um ponto de vista construcionista, não há nada que possa ser considerado verdade no sentido estrito da palavra, uma vez que o mundo é compreendido enquanto relacional e socialmente construído (Ibáñez, 2001).

Assim, em contraposição ao ideal de uma ciência moderna, destacam-se como centrais a uma investigação construcionista: a) a ênfase na centralidade da linguagem, vista em seu caráter “performático”, não “representacional”, ou seja, considerada no uso, nas interações, um aspecto que nos convida a uma análise crítica sobre os efeitos do uso de determinados discursos. A linguagem, mais que representar coisas, tem um caráter construtor de realidades, abrindo espaço para determinadas formas de descrição e conhecimento sobre o mundo e, assim, sobre formas de ação; b) a ênfase no momento interativo, isto é, em como determinados sentidos são construídos nas interações entre pessoas, na ação-conjunta (Shotter, 2000); e c) ênfase no contexto sócio-histórico-cultural, que traz a situacionalidade dos processos de construção de sentidos nas práticas discursivas, ou seja, os discursos estão sempre vinculados ao contexto em que surgem, e que permite ou res-

tringe que apareçam alguns significados (Guanaes, 2006).

Em uma análise construcionista social, buscamos estar atentos às implicações da utilização de determinados discursos e práticas sociais. É nessa direção que abordamos o tema de redes sociais, apontando que seus diferentes sentidos abrem possibilidades para diferentes práticas e formas de articulação de saberes e fazeres.

Com base no discurso construcionista social, podemos considerar as redes como referentes a contextos e relações, não como algo inerte e sempre igual para todos, o que, para o trabalho em saúde, pode ser generativo para se pensar práticas próximas aos usuários e um planejamento baseado nas realidades locais. Sendo a linguagem e as interações compreendidas como construtoras de realidades, equipes de saúde e usuários podem atuar como coconstrutores de novas possibilidades de inserir as redes sociais no cuidado em saúde, pois, à medida que se conversa sobre redes, essas vão se constituindo como realidade/possibilidade na vida das pessoas.

Uma análise enfatizando redes sociais favorece práticas relacionais e interativas, o que pode apontar um caminho alternativo ao discurso hegemônico, individualizante e curativista das práticas de saúde, centrado em uma lógica biomédica. Consideramos o discurso construcionista social como bom interlocutor nesse processo, uma vez que entende o sujeito sócio-historicamente inserido, a pessoa em relação com o contexto em que vive, dando grande importância aos processos de significação. Isso pode fortalecer práticas mais inclusivas e articuladoras de saberes da população e dos trabalhadores da saúde.

Outra contribuição do construcionismo social é enfatizar o aspecto relacional do ser humano, ou seja, o papel central dos relacionamentos na construção de nós mesmos. No contexto da saúde, essa noção é particularmente útil, permitindo avançar na exploração da diversidade possível de descrições de *self* e, assim, ampliando as narrativas dos usuários na direção de fortalecimento de seus recursos e potencialidades.

DISCUSSÃO

A partir dos textos e conceitos discutidos, consideramos que as diversas formas como aparece o conceito de redes sociais na literatura convergem ao apontar suas potencialidades para ampliar e promover um cuidado à saúde mais próximo ao contexto de vida das pessoas e favorecer que essas sejam efetivamente coconstrutoras e participantes ativas em seus processos de cuidado, e também propiciam caminhos para se ampliar a participação popular nos sistemas de saúde. Conforme coloca Stotz (2009), uma apropriação crítica do conceito de redes sociais para compreensão da dinâmica social favorece as experiências de ação e solidariedade (e aponta para a mudança social). Consideramos o contexto da ESF como privilegiado para abarcar práticas que permitam essa transformação.

Em alguns momentos, as implicações da relação entre redes sociais e saúde aparecem de maneira determinista, o que, a nosso ver, dificulta a visualização de quão amplas podem ser as relações em redes sociais e os impactos das interações humanas na vida e na saúde das pessoas. Um exem-

plo de tal determinismo é a conclusão do texto de Pagel, Erdly e Becker (1987), em que colocam que “pesquisadores precisam de diretrizes teóricas para delimitar quem deve ou não ser incluído em uma rede social” (p. 803, tradução livre). Em nossa análise, consideramos que os critérios de inclusão em uma rede social, aquilo que as pessoas descrevem como os participantes em sua rede, são aspectos relacionais e não apriorísticos, ou seja, a compreensão sobre quem faz parte de uma rede social e das implicações da presença de uma ou outra pessoa na rede se dá a partir das interações, e o contato dos profissionais de saúde com isso se dá a partir das narrativas, e das histórias, explicações e justificativas que se constroem para essas escolhas, relacionalmente. Também propomos uma forma de análise das práticas com redes sociais que tenha como foco não apenas a estrutura ou as funções desempenhadas pelos pertencentes a uma rede social, mas as formas como se dão os relacionamentos entre os membros, quem é eleito como importante para alguém e por quê.

O que buscamos apontar como um importante caminho para compreender e lidar com redes sociais e saúde é entender os aspectos mais gerais das redes, e não enfatizar de modo apriorístico qual é a estrutura, quais são as funções desempenhadas por cada membro isoladamente. É dar destaque para quem as pessoas descrevem como importantes em sua vida, e em como se dão ou podem se dar as relações entre essas pessoas, para que se construa uma agenda de cuidado que englobe as pessoas em contexto e os relacionamentos que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, entendida como

coconstrutora e participante ativa em todo o processo de cuidar em saúde.

Dessa forma, é importante uma análise relacional que fuja da linguagem determinista e causal dos processos de saúde e doença, de que a presença de algumas pessoas na rede ou a presença de determinados comportamentos terá necessariamente efeitos positivos ou negativos. Defendemos uma análise mais abrangente das relações, que possibilite apontar para a emergência de formas de relacionamento que contribuam para o bem-estar das pessoas.

Um conceito desenvolvido por autores construcionistas e que consideramos útil na compreensão e análise das práticas de saúde é o de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999), que enfatiza os processos de interação e diálogo no entendimento de produções de sentido, considerando o sujeito social, imerso em uma rede ampla de relações que têm influência em sua vida e em suas formas de estar no mundo.

A noção de responsabilidade relacional enfatiza o dialogismo e a interação humana, uma vez que somos constituídos por diferentes vozes, que são compostas por relações com os grupos nos quais participamos, e que dizem respeito a um sistema mais amplo de sentidos. Com isso, há uma mudança de foco: não se considera o indivíduo isoladamente responsável por suas práticas, mas a responsabilidade se refere às relações entre pessoas, algo que as pessoas fazem juntas.

Camargo-Borges e Mishima (2009) trazem reflexões que consideramos importantes na relação entre esse conceito e o trabalho de saúde, colocando que a responsabilidade relacional favorece processos comuni-

cativos baseados em aproximações e não antagonismos. Isso pode subsidiar teórica e praticamente ações mais interativas e participativas em saúde, respeitando diferenças culturais e ideológicas, fomentando espaços inclusivos e de ação conjunta das pessoas em busca de um cuidado em saúde mais efetivo e coerente com o contexto de atuação, sendo que a valorização dos momentos interativos tem um poder transformativo quando se veem as pessoas como atores sociais ativos, corresponsáveis por suas comunidades.

O foco nas relações, em vez de em indivíduos isolados, permite que se percebam as pessoas como imersas em teias de relacionamentos e participantes em um contexto mais amplo do que qualquer uma isolada. A pessoa não é solitária, mas social, inserida culturalmente, participante em uma sociedade, o que demanda práticas complexas, que articulem saberes e fazeres ancorados dialogicamente no sócio-histórico (Vieira Filho, Nóbrega, 2004).

Compreender essas relações como um contexto interacional e dialógico, entendendo os sentidos de mundo não como resultado do que pensa uma ou outra pessoa, mas a partir daquilo que ocorre entre os indivíduos, pode abrir espaço para romper com algumas implicações do discurso individualista, como as práticas que responsabilizam a pessoa individualmente por seus problemas e condições de saúde, o que pode levar a uma culpabilização individual.

Assim, equipes de saúde podem atuar de forma a estimular trocas, diálogos e interações, conhecer as redes pessoais das pessoas a que atendem, e fazer elas mesmas parte das redes so-

ciais (e de apoio) dos usuários da ESF. Nesse caminho, os processos comunicacionais ocupam lugar central, pois, conforme definido com base no discurso construcionista social, diferentes formas de se conversar e compreender o mundo abrem possibilidades para diversas ações. Assim, quando há a possibilidade de diálogos abertos e que possam oferecer diferentes possibilidades de entender o cuidado, isso pode ter como consequência práticas de cuidado mais interconectadas, com a população se percebendo como coconstrutora (participante ativa) em seus processos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de diferentes textos que articulam o conceito de rede social e saúde, concluímos pelo caráter polissêmico desse conceito, e seu potencial para contribuir para o desenvolvimento de práticas mais relacionais, inclusivas e próximas aos usuários de sistemas de saúde. Consideramos que a ESF constitui um local privilegiado para o desenvolvimento de tais práticas, uma vez que pressupõe que quem planeja as ações esteja imerso na realidade sobre a qual se planeja, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e qualidade de vida da população assistida.

O discurso construcionista social pode auxiliar nessas práticas ao assinalar a centralidade dos relacionamentos humanos na constituição das pessoas, de suas formas de ver e estar no mundo, o que se aplica também às práticas de cuidado em saúde. A articulação entre redes sociais, construcionismo social e saúde se apresenta como um recurso útil na garantia dos

pressupostos do SUS e da ESF.

A partir da análise dos estudos descritos, abrimos um convite à ampliação do diálogo sobre redes sociais e a atuação na ESF, sobre uma articulação entre saberes e fazeres para a atenção básica, considerando os aspectos contextuais e relacionais do cuidado oferecido. Nesse sentido, consideramos importante entender a pessoa sócio-historicamente inserida e como agente ativo na construção narrativa de sua rede social, a qual, compreendida por equipes de saúde e da ESF, pode apontar interessantes caminhos para um trabalho voltado mais amplamente para as necessidades da população e alinhado às perspectivas da saúde coletiva brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU-RODRIGUES, M., SEIDL, E.M.F.** (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos [Versão eletrônica], *Paidéia*, 18 (40).
- ALVARENGA, M.R.M., OLIVEIRA, M.A.C., DOMINGUES, M.A., AMENDOLA, F., FACENDA, O.** (2009). Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família [Versão eletrônica], *Ciência e saúde coletiva*, 1199, 1199-2008.
- ANDRADE, G.R.B., VAITSMAN, J.** (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde [Versão eletrônica], *Ciência & saúde coletiva*, 7(4).
- BARROS, J.A.C.** (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? [Versão eletrônica], *Saúde e sociedade*, 11(1).
- BRASIL.** (1990). *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 de fevereiro, 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. (2006). *Portaria 648 de 28 de Março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. Recuperado em 15 fevereiro 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Recuperado em 08 abril, 2011, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: .
- BRASIL.** (1998). *Portaria n. 3.925 de 13 de Novembro de 1998*. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 20 fevereiro, 2011, de www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf.
- BULLOCK, K.** (1996). Family social support. In P.J. Bomar. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice* (142-161). Philadelphia: Saunders.
- CAMARGO-BORGES, C., MISHIMA, S.M.** (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica [Versão eletrônica], *Saúde e sociedade*, 18(1).
- CARVALHO, A.M.A., BASTOS, A.C.S.B., RABINOVICH, E.P., SAMPAIO, S.M.R.** (2006). Vínculos e redes sociais em contextos familiares e institucionais: uma reflexão conceitual. *Psicologia em estudo*, 11(3).

- DUARTE, L.R., SILVA, D.S.J.R., CARDOSO, S.H.** (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde [Versão eletrônica], *Interface (Botucatu)*, 11(23).
- GERGEN, K.** (1997). *Realities and Relationships: soundings in social construction*. Londres: Sage.
- GERGEN, K.** (1985). The social constructionist movement in modern psychology [Versão eletrônica], *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- GUANAES, C.** (2006). A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor.
- GUTIERREZ, D.M.D., MINAYO, M.C.S.** (2008). Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário [Versão eletrônica] *Fazendo Gênero*, Florianópolis, 2008. Recuperado em 25 fevereiro, 2011, de http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf.
- IBAÑEZ, T.** (2001). Como se puede no ser construcionista hoy em dia? In T. IBAÑEZ. *Psicologia social construcionista*. México: Universidad de Guadalajara.
- KANAIAUPUNI, S.M., THOMPSON-SÓLON, T., DONATO, K.M.** (2000). *Counting on Kin: social networks, social support and child health status*. Recuperado de 22 fevereiro, 2011, de <http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/2000-10.pdf>.
- MÂNGIA, E.F., MURAMOTO, M.T.** O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005. Recuperado em 03 fevereiro, 2011, de http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042005000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- MARTELETO, R.M.** (2001). Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação, *Ciência da Informação*, v. 30, n. 1, p. 71-81. Recuperado em 03 fevereiro, 2011, de <http://revista.ibict.br/index.php/ciinf/article/view/226/201>.
- MARTINS, P.H.** (2010). Redessociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. *Caderno CRH*, 23, (59). Recuperado em 11 fevereiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792010000200013&script=sci_arttext.
- MATTA, G.C., FAUSTO, M.C.R.** (2007). Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In V.G.C. MOROSINI, A.D. CORBO (orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- MENESES, M.P.R., CASTELLA SARRIERRA, J.** Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, Canoas, 21.
- MORE, C.L.O.O.** (2005). As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 15(31), 287-297.
- NUNES, M.O., TRAD, L.B., ALMEIDA, B.A., HOMEM, C.R., MELO, M.C.I.C.** (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6).
- PAGEL, M.D., ERDLY, W.W., BECKER, J.** (1987). Social networks: we get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 793-804, 1987. Recuperado em 11 fevereiro, 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3681652>.

- SANCHEZ, K.O.L., FERREIRA, N.M.L.A., DUPAS, D.B.C.** (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2). Recuperado em 12 março, 2011 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200019&lng=en&nr=iso&tlng=pt.
- SHOTTER, J.** (2000). *Conversational realities: constructing life through language*. Londres: Sage.
- SOUSA, M.F., HAMANN, E.M.** (2009). Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & saúde coletiva*, 14(1).
- SLUZKI, C.E.** (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- STOTZ, E.N.** (2009). Redes Sociais e Saúde. In R.M. Marteleto, E.N. Stotz. (Orgs.). *Informação, saúde e redes sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora UFMG, 2009.
- TEMPORÃO, J.G.** (2009). Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciência & saúde coletiva*, 14(1).
- VALLA, V.V.** (2000). Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface (Botucatu)*, 4(7).
- VIEIRA FILHO, N.G., NOBREGA, S.M.** (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de psicologia (Natal)*, 9(2).

UM POR TODOS E TODOS POR UM: TRABALHANDO AS VIVÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE FAMILIARES DE HOMENS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

ONE FOR ALL AND ALL FOR ONE: WORKING WITH FAMILY MEMBERS
GROUP OF MEN WITH EATING DISORDERS

**ROSA MARIA S.
MACEDO**

*Doutora em Psicologia –
Professora Titular PUCSP
– Coordenadora do Núcleo
Família e Comunidade
(NUFAC)*

**ESTER ZATYRKO
SCHOMER**

*Psicóloga Clínica – HCSP
- Especialista em Terapia
Familiar e de Casal – NUFAC
– PUCSP*

Recebido em 13 de
maio de 2011.

Aprovado em 13 de
junho de 2011.

RESUMO: Este estudo tem como objetivo compreender de que forma os membros de famílias de homens com Transtornos Alimentares atribuem significado à sua experiência por meio da participação em 20 sessões terapêuticas em Grupo Reflexivo visando, com esse procedimento, o melhor engajamento de seus filhos no tratamento ambulatorial, conforme resultados de vários estudos científicos relatados na literatura. De acordo com a perspectiva construcionista social, o grupo foi concebido como um espaço de conversação onde novas realidades são construídas e significadas por meio da negociação de sentidos entre os participantes. O “agenciamento” proposto pela teoria adotada foi observado, manifestando-se em atitudes dos membros das famílias e em suas intenções de: manterem-se mais próximos de seus filhos, participarem mais de seu tratamento e fazerem esforços para encarar as dificuldades, encorajando-os a fazer o mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos alimentares, grupo reflexivo de família, anorexia masculina

ABSTRACT: This review aims to comprehend how family members of men with Eating Disorders give meaning to their experience by participating in 20 sessions of reflective group therapy. Through this procedure they plan achieving the best engagement for their sons in an outpatient ambulatory treatment, as confirmed by several scientific reviews mentioned in literature. The group was conceived according to the new paradigm terms of Social Constructionism, as a conversational process for the construction of new narratives by the negotiation of the meaning among the group participants, responsible for new solutions which contribute to dissolve the initial issues. The “agency” attitude suggested by the adopted theory was observed and had been showed up through the family members’ intention of more proximity to their sons, more participation in their treatment and to make efforts to face the challenges, encouraging them to do the same.

KEYWORDS: Eating Disorders, Family’s Reflective Group, Male Anorexia

Atualmente, podemos observar que tem sido muito relevante o aumento do número de casos de Transtornos Alimentares (TA) tanto em nossos serviços públicos especializados como em nossa clínica particular.

Os Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) são doenças psiquiátricas que afetam, em sua maioria, adolescentes e jovens adultos, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos. Atualmente, têm sido observados casos que se iniciam na infância ou após os 40 anos de idade.

A anorexia nervosa caracteriza-se pela perda de peso intensa à custa de dieta extremamente rígida, busca incessante pela magreza, distorção ou insatisfação da imagem corporal e alterações endocrinológicas.

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, denominada episódio bulímico; e acompanhada de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como:

vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos.

Por muito tempo, os homens ficaram excluídos do diagnóstico dos Transtornos Alimentares (TA), pois se acreditava que ocorriam apenas em mulheres, porém têm sido encontradas na literatura médica, desde o início, descrições de casos masculinos semelhantes aos quadros clínicos atuais diagnosticados como anorexia e bulimia nervosas.

Podemos citar Richard Morton que, em 1689, descreveu um caso de um rapaz de 16 anos, o qual chamou de “nervous consumption” (Andersen; Holman, 1997), e, no século XVIII, Robert Whytt, que, em 1764, publicou um estudo de caso de um menino de 14 anos que alternava comportamentos semelhantes ao de anoréxicos e bulímicos, denominando a doença de “atrofia nervosa” (Melin, 2001).

Apesar deste início, a incidência de mulheres prevaleceu nos estudos, tratamento e publicações dos Transtornos Alimentares (TA). Porém, atualmente estima-se que os homens respondam por 5% a 15% do total de casos de Anorexia e Bulimia Nervosas. Essas cifras sobem bastante nos Transtornos Alimentares sem outra especificação (TASOE), em especial no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), nos quais os homens representam 25% a 40% do total de pacientes (Melin, 2001).

Com as mudanças culturais que vêm ocorrendo nas últimas três décadas, houve maior valorização do corpo masculino e maior preocupação dos homens com a aparência. Muitos vêm exagerando na busca de um corpo com peso e forma preestabelecidos, e, na maioria das vezes,

bem distante das possibilidades reais de um simples ser humano. De acordo com a visão psiquiátrica, homens com uma predisposição biológica ou genética a preocupações obsessivas ou condutas compulsivas podem ser particularmente vulneráveis a essas mensagens.

Creemos, no entanto, que os fatores de risco pertencem a diferentes áreas do conhecimento, de forma que nenhuma delas pode dizer que detém uma interpretação exclusiva da etiologia dos Transtornos Alimentares (TA). Separá-los em fatores biológicos, psicológicos e sociais tem apenas uma finalidade didática, já que é precisamente a integração destes diferentes enfoques que fornecem a possibilidade de melhor compreensão da etiopatogenia dos Transtornos Alimentares (TA) (Nunes, 2006).

Dentre os fatores psicológicos em homens, a supervalorização da forma e do peso corporal aparece como sendo o aspecto central da psicopatologia do Transtorno Alimentar (TA). O perfeccionismo embasa quase que a totalidade do comportamento do jovem.

Outro fator associado com o Transtorno Alimentar (TA) no sexo masculino é a pressão vinda dos pais, dos amigos e da mídia, por buscar um corpo com peso e forma considerados ideais (Ricciardelli; McCabe, 2005).

Aspecto importante é o impacto das mensagens socioculturais que parece ser mediado pela baixa autoestima e por afetos negativos considerados fatores de risco. Por afetos negativos entende-se: estado de humor depressivo, estresse, vergonha, sentimentos de desamparo, inadequação e culpa; os quais, por si só, podem ser considerados fatores de risco, sobre-

tudo, na fase adolescente, em que ele se abre para o mundo e tem necessidade de ser aceito socialmente.

Alguns autores chamam a atenção para o fato de pacientes masculinos geralmente apresentarem um relacionamento “difícil” com o pai. A dieta seria iniciada para que eles se diferenciassem emocionalmente deles.

A homossexualidade também é descrita como um importante fator de risco para o desenvolvimento de Transtorno Alimentar (TA) em homens (Bramon-Bosch; Troop, Treasure, 2000), já que o baixo peso e o cuidado com a estética são muito valorizados nesta população. Essa perspectiva é também considerada um fator que leva muitas vezes os heterossexuais a não procurarem tratamento, com receio de serem identificados com este grupo.

Outro fator biológico que pode contribuir para os Transtornos Alimentares (TA) em homens é o índice de massa corporal (IMC). A obesidade infantil leva muitos jovens a não suportarem mais conviver com as críticas, apelidos e zombarias relacionados à aparência e ao excesso de peso (Bullying), e a recorrerem a dietas rigorosas e exageradas. Além desses aspectos, o uso e o abuso de álcool e drogas também aparecem como fatores de risco para desenvolvimento dos Transtornos Alimentares (TA).

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico dos denominados Transtornos Alimentares (TA) é bastante semelhante em homens e mulheres. A maioria dos fatores de risco é comum para ambos os sexos; o que pode diferenciá-los é que ho-

mens abusam menos de laxantes por terem mais facilidade de perder peso e costumam desenvolver os transtornos mais tarde, entre 18 e 26 anos; além disso, é mais comum o histórico de obesidade entre eles.

O início geralmente é o mesmo; começa com uma dieta com restrições a alimentos que se julga serem mais calóricos. No caso da anorexia, a restrição vai aumentando progressivamente até o jejum associando-se a exercícios físicos

No caso da bulimia, a restrição alimentar acaba provocando uma fome incontrolável, levando a pessoa a comer muito de uma só vez, e provocar comportamentos compensatórios (vômitos, laxantes, diuréticos e exercícios físicos).

O fato de os homens demorarem mais a procurar tratamento para os Transtornos Alimentares (TA) poderia sugerir:

- . entendimento de que transtorno alimentar é algo exclusivo de mulheres e homossexuais;
- . vergonha desse tipo de sintoma;
- . a crença de que são fortes;
- . tendência a manter os sintomas em segredo (Cordás, 2004).

A insatisfação com a Imagem Corporal está mais presente nos homens do que a distorção da Imagem Corporal, comum nas mulheres. Em geral, a resposta deles ao tratamento é mais rápida, e a aderência é positiva quando encontram ajuda adequada.

Nos homens com Transtorno Alimentar (TA), pode ocorrer a diminuição dos níveis de testosterona e da libido, com possibilidade de impotência, maior perda óssea, lesões gástricas e antecipação de problemas circulatórios; é fatal em até 20% dos casos (Cordás, 2004).

Outros transtornos como o Transtorno Dismórfico Corporal – perceber a si mesmo como se estivesse com deformidades, a Vigorexia – exercícios em exagero para aumentar a musculatura – e a Ortorexia – caracterizada pela obsessão por comidas naturais – têm acometido adolescentes em formação.

Até certo tempo atrás, estas patologias eram descritas somente em populações restritas, como aquelas que precisavam manter o baixo peso, como: jôqueis, bailarinos, lutadores e homossexuais. O aumento significativo da população em geral de homens com diagnóstico de TA se deve muito a mudanças dos padrões sociais e culturais da imagem corporal masculina, como já foi citado anteriormente.

TRATAMENTO

O tratamento proposto para os pacientes homens é o mesmo já reconhecido e utilizado para as mulheres com TA. É necessária uma equipe multidisciplinar composta de médico psiquiatra, psicólogo individual e familiar, nutricionista, educador físico, enfermeiros e assistente social. Os objetivos do tratamento englobam: normalização do padrão alimentar, o ganho ou a manutenção do peso esperado para a idade e altura, a suspensão de medidas purgativas ou restritivas, a mudança na avaliação da imagem corporal e melhora dos funcionamentos psicológico, social e familiar dos portadores do Transtorno.

Provavelmente, os TA em homens são muito mais comuns do que supomos pela incompletude das estatísticas em razão de que muitos homens nestas condições raramente procuram

tratamento. Assim sendo, acredita-se que as estimativas de incidência dos TA graves, derivados de observações em clínicas, subestimam grosseiramente o número de homens que estão sofrendo desses transtornos na população global. O que podemos ressaltar nestes pacientes é que a sociedade eleger o que é caracterizado como belo e perfeito. A vontade deles é de agradar e ser aceitos, amados e respeitados, e, mesmo com sua fragilidade escondida, não medem o sacrifício e a dor para alcançar seu objetivo.

Em nossa experiência no Ambulim (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do HCFMUSP), que se caracteriza como o primeiro centro brasileiro com atendimento multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa na área dos TA, percebemos, com o aumento do número de casos de homens portadores de tais transtornos, a necessidade da criação do ambulatório dos homens; a equipe multidisciplinar mobilizou-se para prestar esse atendimento a partir de 2007.

Nosso programa selecionou 10 homens diagnosticados com TA e suas respectivas famílias. O atendimento familiar recebeu uma importância fundamental, porque sabemos, por meio da bibliografia e relatos de experiências clínicas (Minuchin, 1978; Stierlin, 1990; Omnis, 1990) que a inclusão e a participação efetiva da família no tratamento dos TA são uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona e lida com o assunto é um elemento chave e central na determinação, manutenção e/ou desenvolvimento dos TA. Não se pode deixar de incluir nesse quadro os fatores biológicos, socioculturais e genéticos,

entre outros (Schomer, 2003), porém, o alto índice de abandono nos casos de tratamento individual dos TA tem evidenciado a necessidade de uma conduta terapêutica que não esteja isolada do contexto familiar.

MÉTODO DE TRABALHO

Tendo em vista as afirmações anteriores, nesse trabalho desenvolvido na realidade hospitalar optamos por utilizar a estratégia de grupo familiar por duas razões: atender o maior número de pacientes frente à crescente demanda e benefícios do trabalho em grupo.

A opção pelo Grupo Reflexivo com os familiares dos pacientes psiquiátricos deve-se ao fato de acreditarmos que este modelo de intervenção, neste contexto multidisciplinar, oferece a possibilidade de considerar as diferentes vozes de todos os envolvidos no problema (médicos, psicólogos, nutricionista, pais e irmãos dos “pacientes”) por meio da construção conjunta de significados, na medida em que essa prática permite aos participantes discutir alternativas que contribuam para a ressignificação do problema. Sob o enfoque da reflexão, esclarecimento e troca de informações, o trabalho grupal permite a inclusão participativa dos familiares e cuidadores durante o tratamento, favorecendo a diminuição da angústia familiar (fator decisivo para a melhora e recuperação do paciente) na medida em que o trabalho em grupo possibilita a criação de um contexto de apoio mútuo, permitindo a troca de experiências com outros familiares e o compartilhamento de seus medos, preocupações e ansiedades.

De acordo com a perspectiva construcionista social, o grupo de familiares constitui um espaço de conversação onde novas realidades são construídas e significadas por meio da negociação de sentidos entre os participantes. Segundo a proposta da terapia narrativa de White e Epston (2004), a postura do terapeuta consiste em uma escuta respeitosa das histórias dos participantes, sem buscar culpados, considerando as pessoas como especialistas em suas próprias vidas. Nesse sentido, o terapeuta funciona como um membro do grupo, criador de contextos, um facilitador do diálogo entre os envolvidos, realizando questionamentos a partir de um lugar de “não saber” (Anderson & Goolishian, 1993), ao conduzir assim o processo do grupo.

Assim conduzido, acreditamos que o grupo como espaço de conversação cria oportunidades para as pessoas modificarem as descrições e relações de suas vidas “saturadas de problemas” (Grandesso, 2000), coconstruir novas alternativas e ressignificar os eventos de sua história.

PROCEDIMENTO

Por meio de um chamado pela mídia, foram selecionados 10 pacientes entre 39 que atenderam ao mesmo e que preencheram as exigências para inclusão de acordo com os critérios diagnósticos de Transtornos Alimentares (TA) pelos DSM-IV e pelo CID-10. Este grupo de 10 pacientes iniciou os atendimentos com a equipe multidisciplinar com duração de 20 semanas para efeito de pesquisa, podendo estender os atendimentos após o estudo. Esse número caiu para

6 pacientes por abandono de tratamento sem justificativa, e depois para 4 com 2 desistências por dificuldade de se comprometerem com o tratamento.

Selecionados os participantes elegíveis de acordo com os critérios mencionados (DSM – IV – CID 10), seus familiares foram convidados a participar do grupo constituindo um número de 6 no início do tratamento, e caindo para 4, como dissemos, pela desistência de 2 pacientes; a maioria dos familiares, no início, compunha-se pela mãe dos pacientes; com o decorrer do processo, a presença dos pais foi aumentando.

No mesmo horário em que os pacientes eram atendidos no Grupo de Psicoterapia, seus familiares estavam participando do Grupo Reflexivo que funcionou uma vez por semana com duração de uma hora cada encontro, durante 20 semanas. As sessões foram gravadas em áudio e completadas por um registro pessoal do pesquisador. De acordo com as normas éticas, neste trabalho, aprovado pelo Comitê de Ética da PUCSP sob nº 226/2008, foi garantido aos participantes seu anonimato, o direito de interromper a participação a qualquer momento do processo, assistência específica, se necessária, e demais direitos conforme consta do Consentimento Livre e Esclarecido que assinaram, concordando com a participação nos termos propostos.

Alguns temas foram preestabelecidos, porém, tal roteiro foi flexível o bastante para permitir mudanças de acordo com os interesses que foram surgindo no grupo.

Dentre as 20 sessões, três foram pensadas com finalidade pedagógica e conduzidas por profissionais da equipe multiprofissional do Ambulim que

forneceram informações especializadas sobre TA e esclarecimento sobre o tipo de atendimento individual que os pacientes (seus filhos) estavam obtendo.

Cada profissional (psiquiatra, psicoterapeuta, médico endocrinologista e nutricionista) fornecia aos familiares, por sua vez, informações sobre os aspectos do TA relativo à sua área, o tratamento que estava sendo administrado e as orientações a serem seguidas pelos pacientes, colocando-se à disposição para responder todas as questões dos familiares em termos de características dos 5 transtornos observadas por eles e atitudes que deviam tomar em algumas situações que os surpreendiam e desorientavam.

ANÁLISE DAS SESSÕES DO GRUPO

Os temas destacados como mais importantes de cada uma das vinte sessões são os seguintes:

1ª sessão: Apresentação dos participantes, esclarecimento sobre o tratamento proposto pelo Ambulim e sobre a pesquisa que tratava da relação entre a participação dos familiares no processo e a aderência dos pacientes ao tratamento.

Temas: nessa sessão começaram a surgir as histórias de cada um, sendo predominantemente frequente o relato de brigas em casa por causa de comida, obstruindo outros temas como problemas de relacionamento pai-filho, confirmando a ideia de que o sistema se organiza em torno do problema.

Tais preocupações ficaram marcadas nas frases de duas das mães, como segue:

- “O que a gente pode fazer para melhorar hoje?”

- “Fico de olho o tempo todo” (na comida)

2ª sessão: Continuaram os relatos pessoais sobre o transtorno, as impressões causadas nos pais e a demora em perceber a doença, o que só se deu quando a magreza dos filhos ficou latente e começaram a perceber o barulho dos vômitos, quando então resolveram procurar ajuda especializada. Ficou claro também o maior envolvimento das mães com esse assunto e a surpresa dos pais com o relato das mães sobre o que estava acontecendo. A partir daí muitos pais passaram a participar mais.

Frase de mãe:

- “Qualquer esforço é válido.” (a partir da constatação do fato)
- “Temos que ter prioridades.”

3ª sessão: O tema girou em torno da postura dos pais e sua influência na vida dos filhos com TA.

Refletiu-se sobre “pais presentes ou ausentes”, “pais rígidos” e “pais frouxos e frágeis”.

Um dos pais que não falava com o filho disse que o chamou e falou “Não vamos te perder! Você vai se tratar de qualquer jeito”.

Outro pai afirmou não saber nada sobre a vida do filho achando que fornecendo as coisas materiais estava tudo certo!

Frases de pais:

- “Estava tão longe! Quando olhei, vi que ele estava no fundo do poço, agora que estou mais perto sei que ele vai melhorar.”
- “Se você não sabe o que falar, fique só do lado, quieto.”
- “Meu filho sempre cobrou o pai mais perto.” (fala de uma mãe).

A conclusão dessas reflexões foi terem observado que os filhos se sen-

tem mais amados com o interesse dos pais por eles.

4ª sessão: O tema mais saliente foi o isolamento, a rejeição dos familiares pelo membro com TA. Esse tema surgiu principalmente a propósito da relação dos pais entre si, aparecendo depoimentos em que um filho com TA acusou os pais por seus problemas; ou outro filho com TA que reprovava o comportamento violento do pai em relação à mãe e queria que se separassem.

Portanto, houve a conscientização de quanto o relacionamento entre os pais reflete no comportamento dos filhos, influenciando na falta de vontade de melhorarem ou servindo de pretexto para apresentarem TA.

Frases de mães:

- “Não sei mais o que fazer para motivá-lo, ele diz que seu problema somos nós.”
- “O pai dele e eu é nosso problema, não dele.”

5ª sessão: Realizada com a nutricionista da equipe que conversou com os familiares e os orientou sobre posturas desejáveis dos pais diante do comportamento dos filhos frente à alimentação, medo da perda de peso e purgações e esclarecimentos sobre valores nutricionais.

6ª sessão: Nessa sessão, o tema foi papel da família nos TA.

Houve grande envolvimento de todos inclusive com uma carga emocional muito grande ao perceberem seu comprometimento com o transtorno. Um dos pais reconheceu no grupo o quanto percebe hoje, a falta que fez ao seu filho uma maior proximidade emocional entre ambos. A culpa se fez presente na maioria das mães pelo

fato de acharem que não alimentaram os filhos corretamente.

O trabalho focou principalmente na redefinição e ressignificação do papel dos pais buscando mostrar-lhes que não se trata de se sentirem culpados, mas sim partícipes da situação criada pela relação desenvolvida entre eles na família. Esse diálogo os fez dar-se conta do quanto se colocavam fora do problema até então e de como são parte integrante do mesmo.

A frase de uma das mães define à perfeição esse estado de coisas: “Nossa família está doente.”

7ª sessão: Essa sessão foi sobre os padrões de relacionamento das famílias participantes. Discutiu-se sobre limites, regras, hierarquia, expressão de afeto e sobretudo a possibilidade de se falar de conflitos.

Surgiram exemplos de situações de confronto entre filho e mãe com intervenção agressiva verbal do pai e, a propósito desses exemplos, os familiares puderam perceber o quanto fogem de situações confrontativas numa clara atitude de evitar conflito, visando viver o mito da família feliz: “Nos amamos muito! Estamos todos bem.”

Notou-se que a sessão anterior facilitou aos participantes a apreensão de que a família é parte do problema, os conflitos começaram a aparecer e os familiares em geral declararam sua grande dificuldade de enfrentar desacordos. Ficou claro, portanto, o ideal de família unida que se ama e, portanto, não pode brigar. Algumas mães concordaram com a frase de uma delas: “É bom estar aqui”, denotando a necessidade de apoio para poder enxergar as dificuldades e lidar com elas.

8ª sessão: Conversou-se sobre o relacionamento entre irmãos. Ficou patente no grupo a inveja dos irmãos e os ciúmes do membro com TA pela atenção que este recebia dos pais.

Uma irmã que participou da sessão confessou que achava que o irmão não comia por “frescura”, porém agora, a partir desses encontros, podia perceber o sofrimento que essa situação causava, revelando até a opinião de outros familiares como: “Minha tia acha que ele é incapaz.”

9ª sessão: Falou-se sobre a dificuldade de manter uma conversação com os filhos com TA e a pouca resistência às frustrações, a necessidade de tolerância às dificuldades dos filhos ouvirem um “NÃO”. Ficou clara a preocupação dos pais em “ter que fazer tudo certo” e como é difícil, para eles, tratar de assuntos como sexo, relacionamento e brigas entre o casal.

O importante desse grupo foi a percepção de que discutir ou mesmo brigar por diferenças não significa falta de amor. A frase seguinte de uma mãe é sinal desse novo entendimento: “Desabafamos e brigamos com quem a gente gosta.”

10ª sessão: Feita com a presença do psiquiatra que explicou detalhadamente a origem, causas possíveis, exames, escalas, medicação, comorbidade, tempo para obtenção dos resultados e diagnóstico dos TA. Os familiares conversaram longamente sobre suas dúvidas quanto aos vários aspectos apresentados, podendo perceber que se trata de um processo que implica todos os membros do sistema: família, médicos, psicólogos, nutricionista entre outros, além do paciente.

11ª sessão: Esta foi uma sessão especial na medida em que o grupo de pacientes (os filhos) participou da sessão com os familiares. Foi um momento emocionante para todos de compartilhamento dos ganhos, perdas, dificuldades encontradas por uns e outros.

Ficou bastante evidenciada a dificuldade de comunicação, apareceram as diferenças de significados às ocorrências do dia a dia na família, surgindo, inclusive, por parte de um paciente, queixas pontuais e diretas aos pais sobre falta de carinho.

Portanto, a frase dessa mãe: “Às vezes, interpretamos o que queremos ouvir”, a nosso ver aponta a compreensão perfeita dos possíveis desentendimentos por falhas na comunicação e no diálogo.

12ª sessão: Tratou-se da “sensação de impotência” dos familiares frente aos TA e do “cansaço” na luta contra o problema.

Falaram de “ansiedade”, da sensação comum de “desespero”; todos se manifestaram em termos de suas preocupações e se queixaram do quanto o transtorno tomou conta de suas vidas, lembrando-nos do conceito de sistema determinado pelo problema de Anderson, Goolishian e Winderman (1989). As narrativas dos participantes deram conta de como as famílias se organizaram em torno do problema, quais pessoas foram mais ou menos envolvidas na situação e de que maneira.

Houve uma grande comoção no grupo com esforços para se apoiarem mutuamente e serem continentes uns dos outros. Diante do relato de uma mãe sobre uma amiga cuja filha com TA estava na 5ª internação, um dos membros do grupo falou com alívio:

“Nós ainda estamos bem, não internamos ninguém!”

13ª sessão: Foi sugerido o tema da presença de outros sintomas (comorbidade) que são frequentes, principalmente a depressão. Uma avó participante chorou muito ao narrar a tentativa de suicídio do neto, ao que um dos pais presentes ocorreu segurando-lhe a mão e dizendo “A senhora não está sozinha agora!”

A importância do apoio da rede pôde ser sentida por todos os presentes.

14ª sessão: Apareceram preocupações sobre mentiras, manipulações e negação. Conscientizaram-se da dificuldade de reconhecer e encarar a doença, convencer o filho e a si mesmo de que ele ainda não está bem; conversar sobre o tratamento e insistir com o filho para que não o abandone; e, a dificuldade dos pais participarem do tratamento em vista dos compromissos que têm com trabalho, casa e o resto da família.

Diante dessas conversas, reafirmaram a importância do tratamento valorizando o apoio da equipe por eles recebido, percebendo o papel fundamental que exercem para o não abandono do tratamento pelos filhos. Frase de pai: “Só não me fale que você não vai mais se tratar!”

15ª sessão: O tema foi expressão de afeto. Falou-se muito da dificuldade de quem não recebeu saber dar e receber carinho. O grupo se emocionou ao falar de afeto, cuidado e carinho. Demonstrar afeto na maioria das famílias de origem dos familiares era algo inexistente, assim como fazer carinho. Concluíram que dar e receber carinho

é muito bom e que deveriam tentar abraçar e beijar os filhos mais vezes. Alguns pais conseguiram, de fato, fazer isso ao sair do grupo familiar ao encontrarem com filhos que saíam do grupo terapêutico próprio.

16ª sessão: O assunto foi a autonomia dos filhos. Os familiares expuseram a dificuldade em “perceber” que os filhos “crescem” e que precisam ter sua própria vida. Nessa altura conversou-se sobre a questão da confiança que precisa ser depositada nos filhos para que possam se tornar independentes, sobretudo a dificuldade de aceitar que as pessoas são todas diferentes e que é preciso saber lidar com as diferenças. Reconheceram o quanto, em várias ocasiões, protegem demais seus filhos e como essa atitude os impede de experimentar uma série de situações na vida que poderiam ser úteis para seu amadurecimento.

A frase de um dos pais: – “Queria que ele nunca crescesse” – exprime bem o sentimento de superproteção que há entre tais familiares.

17ª sessão: Novamente o tema foi brigas e discussões, e os familiares, em geral, disseram o quanto se esforçavam para evitar atritos. Temem as explosões, vistas como perigosas e ameaçadoras; falam com muita tensão das brigas com os filhos e entre os casais. Disseram perceber que o relacionamento entre todos reflete no TA, porém, compreendem que as discussões são comuns em todas as famílias e que apesar de “ameaçadoras” não são “causa” dos TA.

Frase de um membro do grupo: – “Não é só na minha casa que tem brigas”; e outra mãe diz que o filho grita com ela porque vê o pai fazer isso.

18ª sessão: A sessão contou com a presença de um dos terapeutas individuais dos pacientes. A conversa foi sobre as questões emocionais comumente presentes nos portadores de TA, como: autoestima, perfeccionismo, afetividade, características próprias da idade, como na adolescência.

Os familiares se queixaram muito da rigidez e do perfeccionismo dos filhos.

Disse uma mãe: “Meu filho não aceita falhas, nem uma gordurinha na barriga.”

19ª sessão: O tema amplamente discutido e compartilhado foi relacionado às vivências familiares e às dificuldades comuns. Falou-se da impressão de que nas famílias dos outros as coisas não são tão complicadas, ao que se sucederam vários depoimentos compartilhando relatos de discussões, desentendimentos ocorridos no final de semana anterior, o que os fez constatar que tais ocorrências são comuns, tendo assim um caráter “aliviante” para os participantes, no sentido de perceber que a evitação de confronto é desafiada em todas as famílias e que mesmo nas “perfeitas” ocorrem discussões e brigas.

20ª sessão: Para encerrar, falamos sobre a experiência do grupo; contribuições, ganhos, expectativas, esperanças e a situação de cada paciente com sua família no momento.

Todos disseram sentir que podem ajudar seus filhos; houve comentários sobre aprender, ficar mais perto do filho, bem como sobre a importância de não se sentirem sozinhos no mundo nessa situação.

Uma das mães disse que seu filho “melhorou” 10% do TA, mas que para início de tratamento já está ótimo.

DISCUSSÃO

No início, os encontros foram dominados pelas tensões e ansiedade dos familiares, sua insegurança e dúvidas quanto ao que iria acontecer. Observou-se, no entanto, que no decorrer das sessões tais expressões dos participantes foram diminuindo e eles foram se fortalecendo como grupo à medida que foram ganhando confiança uns nos outros. Por meio do compartilhamento de vivências, experiências, sofrimentos, dores, dúvidas, soluções, conquistas e descobertas foi sendo criado um contexto que permitiu reflexões intensas, aprendizagem, maior compreensão do TA, apreensão de quanto os padrões relacionais e as atitudes familiares estão envolvidas na produção, manutenção e mudança dos comportamentos de cada membro das famílias do portador de TA.

Essa compreensão, que se deu a partir da 6ª sessão, possibilitou aos familiares reconhecerem sua dificuldade em aceitar o membro com TA e a distância emocional entre pais e filhos, conectar-se com seus sentimentos de culpa pela forma como tratavam até então o problema principalmente quando pretendiam colocar-se fora dele.

Compreenderam ainda o quanto agiam tendo em vista um ideal de família feliz que os impedia de dialogar, conversar sobre diferenças, enfim, confrontar-se sobre aspectos importantes das relações. Ao perceber que diferenças existem em todas as famílias, que as pessoas são diferentes e podem divergir sem deixarem de se amar, foi possível compreender os ciúmes dos outros filhos pela atenção excessiva dedicada ao filho com TA, bem

como os irmãos reconhecerem que, de fato, o paciente com TA (seu irmão) enfrentava também um sofrimento.

Os familiares perceberam a rigidez de todos pela preocupação perfeccionista dos pais em não errar e pela dificuldade dos filhos em tolerar frustrações e aceitar certas imperfeições no corpo idealizado.

Puderam perceber a importância da comunicação, do diálogo e a dificuldade de falarem sobre certos assuntos como sexualidade e relacionamento de casais (dos pais e dos filhos), numa clara atitude de superproteção que prejudica a individualização e maior autonomia dos filhos.

Enfrentar problemas implicou encarar a doença de frente, falar sobre ela com os filhos, insistir no seu tratamento, o que indica uma clara mudança na percepção desses pais quanto às suas atitudes, a maneira em lidar com os filhos com TA e consequentes mudanças de comportamento que foram reconhecidas pelos filhos, os quais puderam falar claramente para os pais, na sessão conjunta, das faltas que sentiam na comunicação e expressão de afeto entre eles todos (pacientes e familiares). Finalmente, os familiares se deram conta da necessidade de mudar o modo de se relacionarem com seus filhos pelo fato de serem já adultos e precisarem de independência para agir e confiança dos pais para exercer tal independência.

Portanto, seguindo as 20 sessões efetuadas, percebe-se com clareza a efetivação de um processo de construção por meio do recurso de conversações em grupo, em que novos significados para suas narrativas surgiram a partir das negociações de sentidos sobre o TA, entre outros e permitiram a cada um encontrar o

que havia de mais positivo em si e no filho com TA e buscar enfrentar suas dificuldades.

Grupo e Terapeuta (com o apoio dos outros membros da equipe) puderam juntos realizar tal coconstrução de significados para as vivências de cada um resultando em novas histórias. Foi possível constatar que o grupo teve efeito terapêutico na medida em que os participantes encontraram modos alternativos de se relacionar, criaram novas maneiras de vivenciar situações que eram problema e que, pela resignificação, passaram a constituir uma outra narrativa onde a angústia, os medos, as inquietações e a impotência deram lugar para a esperança de cura com o firme propósito e a certeza de poder participar e ajudar os filhos com TA na busca de soluções para seu problema.

À medida que o grupo reconheceu a possibilidade da construção de novas realidades conversacionais, a partir das quais as descrições do problema foram se tornando diferentes, gerando diferentes consequências, estas puderam ir se explicitando cada vez melhor, produzindo uma organização diferente de suas vidas e relações (Guanaes, 2006).

A diferença da qualidade nos relacionamentos construídos no grupo deve-se, sobretudo, à compreensão de que o TA não é uma “doença do outro”; compartilhando as dificuldades encontradas e as formas de lidar com elas, o grupo foi se dando conta da participação de cada um no contexto de produção e dissolução do problema, promovendo, assim, o reconhecimento da necessidade da iniciativa de cada um para a ocorrência de mudanças nas situações vividas, o que, por sua vez, fortaleceu paulatinamente o discurso de “agenciamento”, con-

forme a perspectiva construcionista social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, A.E., HOLMAN, J.E.** (1997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacol. BILL*, v. 33v p. 391-397.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.E., WINDERMAN, L.** (1986). Problem determined systems: towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, n. 5; págs. 1-13.
- ANDERSON, H; GOOLISHIAN, H.** (1993). O cliente é o especialista: Uma abordagem para a terapia a partir de uma posição de não saber. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 2, n.3, p.8-24, 1993.
- CORDÁS T.A., CLAUDINO A.M.** (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos, *Rev. Bras. Psiquiatria* 24 (Supl III): 3-6.
- GRANDESSO, M.A.** (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.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L.Y., BAKER, L.** (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- NUNES, M.A e col.** *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ONNIS, L.** (1990). *Terapia Familiar de los Transtornos Psicomaticos*. Buenos Aires.
- SCHOMER, E.Z.** (2008). *Um por todos e todos por um: Um estudo sobre as*

possíveis contribuições e vivências de um grupo reflexivo de familiares de pacientes homens com transtornos alimentares. Monografia PUC-SP.

STIERLIN, H., WEBER, G. (1990). *Que hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: GEDISA.

VASCONCELLOS, M.J.E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência.* Campinas: Papirus.

WHITE, M.; EPSTON, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends.* Nova York, Londres.

COMO RESTITUIR A VOZ E A COMPETÊNCIA À CRIANÇA POR MEIO DE TERAPIA FAMILIAR

ARTIGO

HOW TO RESTORE THE VOICE AND THE COMPETENCE THROUGH FAMILY THERAPY

RESUMO: Neste trabalho, o autor sublinha a importância de envolver ativamente a criança na sessão. Descreve com amplas exemplificações clínicas como utilizar a competência relacional das crianças, que passam a se tornar uma verdadeira ponte entre as gerações. Os seus distúrbios psicológicos/psicossomáticos podem assumir um valor e um significado positivos em um contexto terapêutico voltado a valorizar os recursos da criança em lugar de tratar simplesmente dos sintomas. A criança pode ser ainda considerada uma consultora do terapeuta na terapia de casal: a sua voz, se ouvida, pode ajudar bastante os pais a buscar áreas de entendimento e de respeito recíproco.

PALAVRAS-CHAVE: criança, consultor, ponte intergeracional, competência relacional, jogos, terapia de casal.

ABSTRACT: In this paper the author outlines the importance of activating young children in family therapy. He describes through a few clinical examples how to use children's relational competence and their skills in bridging generations. His/her psychological/psychosomatic disorders could play a different role in a therapeutic context, oriented to looking for children's resources more than treating symptoms. The child can be considered a therapist's consultant in couple therapy. When invited, his voice and his sensitivity can help parents to find areas of agreement and mutual respect.

KEYWORDS: child, consultant, intergenerational bridge, relational competence, playing, couple therapy.

MAURIZIO ANDOLFI

Neuropsiquiatra Infantil, Professor Titular, Faculdade de Psicologia, Università La Sapienza de Roma. Diretor da Academia de Psicoterapia da Família de Roma.

E-mail: maurizioandolfi@accademiapsico.it

Recebido em 13 de abril de 2011.

Aprovado em 28 de abril de 2011.

O PROBLEMA DE UMA CRIANÇA É SEMPRE UM PROBLEMA FAMILIAR

Há mais de quarenta anos me ocupo de crianças em situações de dificuldade. A minha competência terapêutica enriqueceu-se ao longo dos anos observando e ouvindo crianças no contexto de suas famílias. Mas, além disso, está a dimensão humana da criança e a sua sensibilidade relacional que me acompanharam ao longo de toda a minha trajetória profissional, além da pessoal. Refletindo-me nos olhos de uma criança, sinto como se conseguisse colher a essência da vida: o amor, às vezes a tristeza, a fantasia e a transparência, além da confiança incondicional nos confrontos dos pais. Os olhos de uma criança falam e descrevem os pontos de força e de fraqueza do seu mundo afetivo.

Os seus distúrbios (sejam psicossomáticos, cognitivos ou relacionais) falam através do seu corpo ou de seus comportamentos e são o caminho para se chegar aos nós relacionais da família. “Um problema de uma criança é sempre um problema familiar”: esta máxima me acompanha desde sempre e em sua simplicidade representa uma ideia forte e clara que dá estrutura a todo o sistema do meu modo de pensar e fazer terapia. A moldura é sempre a família e a criança

é sempre o interior do quadro. Mas, então, poderemos nos perguntar para que serve uma formação específica sobre a psicologia do desenvolvimento. Para que servem profissionais especializados em questões da infância, como os psiquiatras e os psicólogos infantis? A resposta é simples: são muito úteis com a sua competência específica sobre a criança, se conseguem vê-la no interior do quadro e na moldura familiar; são danosos se pensam serem eles (e as suas instituições de diagnóstico e tratamento) a margem ao interior da qual se enquadrará a criança com o seu problema.

Na Austrália se paga ainda hoje o preço de uma opressão cultural, perpetrada pelos brancos (anglo-saxões, intolerantes e poderosos) nos confrontos das comunidades aborígenes (desde sempre impregnadas de valores familiares e espirituais próprios), através do fenômeno da geração roubada. Até os anos 1970, assistiu-se ao sistemático rapto de inúmeras crianças aborígenes que eram usurpadas de suas famílias, consideradas incapazes e primitivas, para serem “salvas e educadas” de modo apropriado, segundo o modelo anglo-saxão (Andolfi, Cavalieri, 2008).

É possível “roubar” as crianças das famílias de diversos modos, mas o mecanismo de base é sempre o mesmo: vamos substituir os pais biológicos e sua ligação afetiva com a convicção de que, diante de um problema de seu filho, os pais não terão as competências e os recursos necessários; enquanto nós, técnicos, possuímos competências e soluções para os seus filhos. Um risco ainda maior, se é excluída a margem familiar, é o de nos ligarmos afetivamente à criança em dificuldade, como se fosse nosso

filho, terminando por projetar sobre ela todo a nossa sobra do*“materno”, posicionando-nos, assim, como os “bons pais”. As instituições de tratamento sancionarão este “deslocamento” de competências.

Por anos ouvi de terapeutas de várias orientações que, para formular um diagnóstico e iniciar uma terapia para um distúrbio psicológico ou psiquiátrico infantil, era preciso pesquisar constantemente as causas no seio da família, quer na conturbada relação pai-filho ou, ainda além, em uma distorcida relação de casal, terminando, assim, por culpar os pais por tudo. Não há dúvidas de que ambas condições podem estar presentes e facilmente documentadas; nesse caso a questão é como utilizar tais informações e, além disso, como não nos deixarmos “condicionar” por dados absolutamente parciais no momento em que se quer definir um tratamento adequado, voltado a buscar recursos na história do desenvolvimento da família em vez de julgar comportamentos inadequados no momento presente. São os eventos da vida que nos falam sobre como a família se organiza ou se desorganiza sobre o plano afetivo no tempo, às vezes, à custa das gerações mais jovens.

Construir, por exemplo, modelos de “terapias paralelas” em que se trabalha separadamente com a criança-problema e se encaminha os pais a uma terapia de casal devido a suas supostas controvérsias, danosas ao crescimento saudável de uma criança, é um modo, entre muitos, de “fazer o quadro aos poucos” com a pretensão de que cabe a nós, técnicos, de “recompôr as partes”. Quanto mais especializamos o saber em inúmeros conhecimentos microscópicos de um fenômeno, mais

* Excesso (N.E.)

perdemos a ideia do conjunto e o valor holístico do tratamento.

O tratamento não pode reduzir-se à práxis, aos protocolos, aos testes, aos formulários de avaliação e eficácia de uma intervenção; nem mesmo basear-se em teorias construídas por nós, técnicos, sobre os nossos clientes no interior de debates e de pesquisas universitárias, em que as pessoas tornam-se campeãs e os dados estatísticos assumem valor absoluto, que distribuem seres humanos por categorias estereotipadas. Não é nem mesmo o recurso aos psicofármacos o melhor caminho para a solução dos crescentes distúrbios de atenção ou de hiperatividade infantil. Mas isto recai sobre o preço a ser pago pela tendência geral de medicar os eventos da vida; que não se limita obviamente às crianças, mas que, lamentavelmente, não as poupa.

A pediatria é ainda mais responsável que a psiquiatria infantil pela excessiva medicação das crianças já na primeiríssima infância; nesse sentido, é esclarecedor o recente livro *Bambini e le (troppe) medicine* (Crianças e os (muitos) remédios) de Franco De Luca (2009). Cito apenas alguns dados preocupantes sobre este fenômeno: “As crianças que com mais frequência recebem uma prescrição farmacológica são aquelas em idade inferior ou equivalente a 1 ano de vida (76%) e nesta faixa etária os medicamentos mais receitados são 5 antibióticos, 4 antiasmáticos e 1 cortisona. Estes fármacos”, diz ainda De Luca, “são prescritos primeiramente para patologias agudas das altas vias respiratórias que apareceriam com menor frequência se as crianças fossem amamentadas até o sexto mês completo e se houvesse prosseguimento, mesmo após a introdução de alimentos sólidos, da

amamentação até o segundo ano de vida, se a mãe e a criança assim decidissem. Mas sabemos bem porque a amamentação artificial é tão preponderante, se pensarmos o quanto é forte e penetrante a ação da propaganda que as multinacionais produtoras de alimentos infantis conseguiram desenvolver para orientar milhões de mulheres em todo o mundo sobre o leite artificial, com a cumplicidade de tantos pediatras e ginecologistas”. É ainda De Luca que intitula um capítulo da seguinte forma: *Ritalina, a pílula da obediência*.

Para o transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDAH nos baseamos no DSM-IV no qual são descritos 18 comportamentos facilmente encontráveis em qualquer criança saudável; com o adendo, porém, do advérbio *frequentemente*, um advérbio bem pouco objetivo, e com o acréscimo de uma persistência de ao menos seis meses. Assim, terminamos por “roubar da normalidade” os elementos constitutivos desse diagnóstico que, todavia, não possui qualquer base neurológica, mas é exclusivamente comportamental.

É, sem dúvida, como descrito também no artigo do Allegret (Andolfi, 2009) que, em alguns (!!!) casos, os fármacos associados a um bom trabalho de suporte familiar possam ser úteis, mas o outro lado da moeda é que nos países mais avançados (por exemplo, os Estados Unidos, a Holanda, a Austrália, países onde trabalhei por muito tempo) uma em cada quatro crianças foi diagnosticada com esse transtorno e foi feito praticamente um *screening* diagnóstico sobre todas as crianças, como se assistíssemos ao perigo de uma verdadeira “pandemia infantil”.

Gostaria de citar um caso muito pessoal, ou seja, meu próprio caso: refletindo sobre esses critérios diagnósticos posso assegurar ter sofrido, ao longo do tempo, desse transtorno durante os meus tempos de infância. A minha sorte foi ter tido pais e, sobretudo, professores que me suportaram (no sentido próprio, não na tradução atual do termo inglês *support*) e que conseguiram valorizar outros aspectos da minha personalidade, mas me considero afortunado, sobretudo, por ter crescido nos anos 1950, quando era necessário enfrentar problemas mais trágicos e vitais e quando existiam o bairro, o quintal, a rua onde se podia brincar com liberdade; “remédios” estes extraordinários e dificilmente enquadráveis em nossos manuais psiquiátricos e, lamentavelmente, há muitos anos “esgotados”.

E quem na vida não sofre de qualquer forma de uma psicopatologia? O segredo nesse caso é usá-la como mais um recurso. Talvez, o fato de ter experimentado por mim mesmo como reconhecer e utilizar de modo construtivo os meus problemas infantis me permitiu trabalhar de forma semelhante com as crianças problemáticas na terapia. Não consigo considerar seus problemas como distúrbios, mas preferencialmente como oportunidades relacionais como habilidades especiais que outras crianças não possuem.

OS RECURSOS ENCONTRAM-SE NO ÍNTIMO DO PRÓPRIO PROBLEMA DA CRIANÇA

Daí surge outro conceito-chave do meu modo de pensar e fazer terapia, amplamente descrito em tan-

tos trabalhos meus (Andolfi, Angelo, 1987; Andolfi, Haber, 1995; Andolfi *et al.*, 2007), ou seja, que os recursos encontram-se no íntimo do próprio problema da criança. Seguindo essa linha de pensamento, não há sentido em se cuidar do problema em si, mas preferencialmente compreender e se aliar ao problema da criança. Restituir competências relacionais a uma criança levada à terapia por qualquer distúrbio pessoal é o primeiro ato para construir uma cumplicidade terapêutica com ela e, através dela, com a família. Uma criança com um distúrbio regressivo, como a enurese ou a encoprese, com problemas de fobias, com a presença de distúrbios alimentares ou da conduta, com retardo mental ou com variadas formas de deficiência, ou com doenças como a epilepsia ou a hemofilia e assim por diante, será levada à terapia pelos pais (todas as terapias infantis são “impostas” a partir do momento que, para a criança, é impossível escolher participar ou não) e a sua postura inicial será caracterizada ora por dificuldade, ora por hostilidade ou por vergonha. Muito frequentemente, as crianças apresentam-se na sessão de acordo com as definições dadas pelos especialistas infantis encontrados antes: se foram definidas como deprimidas, comportam-se como tal; se como hiperativos, não param um só momento; comportam-se conforme o sintoma que lhes foi atribuído. Para não falar dos pais prontos a descrever com amplos detalhes a natureza do problema, o que traz de volta, na consulta, sentimentos negativos, como frustração, sensação de impotência ou de falha e, frequentemente, implícitos e profundos sentimentos de culpa.

O objetivo que sempre me impo-
nho nessa fase inicial e fundamental
do encontro é como redefinir os seus
distúrbios buscando simultanea-
mente significados relacionais. Se a
criança torna-se um sujeito ativo e
competente na consulta, será mais
fácil movimentar um senso de com-
petência mesmo entre os “grandes”.
Por meio do jogo, das metáforas, da
linguagem “como se” podem “ser
transferidos” de uma situação à outra
os significados das palavras, dos com-
portamentos, das emoções. Podem-se
transferir, por exemplo, as lágrimas
ou a profunda tristeza dos olhos de
uma menina aos olhos dos pais ou
dos avós. Ou mesmo, pode-se pegar a
parte ativa do comportamento agres-
sivo de um menino, usá-la como uma
energia especial e redirecioná-la.

Mas se tudo isso fosse verdadeiro e
documentável e se a presença da crian-
ça na sessão fosse realmente tão posi-
tiva, por que a terapia familiar sempre
sofreu de *adultocentrismo*? Por que
as teorias sistêmico-relacionais mais
sofisticadas nas suas teorizações são
baseadas no mundo adulto e em suas
formas de expressão, negligenciando a
inclusão da criança em seu campo de
observação real, como uma parte ativa
do sistema familiar e daquele terapêu-
tico? Nathan Ackerman, em tempos
bem anteriores ao das descobertas de
teorias sobre comunicação humana e
“cibernéticas”, depois de ter sido por
anos um psicanalista infantil, havia
abraçado plenamente a dimensão fa-
miliar, destacando o valor e as distor-
ções do *triângulo primário*, cunhando
em um livro histórico (Ackerman,
1958) a metáfora da “criança como
bode expiatório da família”.

Evidentemente hoje, a uma distân-
cia de mais de cinquenta anos, não uti-

lizaremos mais aquela metáfora, nem
mesmo o termo “paciente designado”,
porque ambos poderiam inserir uma
posição de quem julga nos confron-
tos dos pais; permanece, entretanto, o
fato de que historicamente a criança
esteve no centro do movimento da
terapia familiar, mas depois, à exce-
ção de importantes pioneiros como
Virginia Satir (1972), Salvador Mi-
nuchin (1976), Carl Whitaker (1989),
Jay Haley (1974), terminou por estar
mais presente na mente dos terapeu-
tas e nas suas estratégias do que na
sessão. Convocar as crianças à terapia
e dar-lhes voz e competência requer
inverter a conversação terapêutica;
transferir-se ao planeta infância junto
com os adultos da família e descobrir
outro mundo. Mas quem quer e sabe
como renunciar ao papel “sério” de
terapeuta (seriedade não raro apre-
sentada como sinônimo de respeito)
e à segurança de falar e de agir como
“adulto”, em vez de recorrer ao uso
de linguagens metafóricas e lúdicas?
O que dizer de brincar no chão com
os membros de uma família, assim
como normalmente acontece com as
crianças na casa de qualquer um de
nós? Mas, então, onde reside a com-
petência do terapeuta e que flexibili-
dade possui no transferir-se do mun-
do dos adultos àquele das crianças e
vice-versa? E depois, é sempre mais
fácil e socialmente aceitável *proteger
as crianças em dificuldade*, ao invés
de ouvi-las como parte de conflitos
e de distorções familiares. Mas em
quantas Escolas de Terapia Familiar
se ensina a trabalhar com as crian-
ças na sessão familiar? Porém, quem
trabalha com crianças em terapia fa-
miliar sabe bem que este cenário é de
longe o mais eficaz no tratamento da
psicopatologia infantil.

A CRIANÇA COMPETENTE SOBRE SUA DOENÇA

*O que é hemofilia? As crianças na cátedra**

(Marco, de nove anos, está abraçado ao pai e Dario, de sete, abraçado à mãe)

Ter.: *(para Marco e Dario)* Posso fazer uma pergunta para vocês?

Dario: *(enquanto permanecia sentado sobre as pernas da mãe se aproxima do terapeuta)* Sim.

Ter.: O que é hemofilia?

Esta pergunta nunca havia sido feita aos meninos, nem em família, nem no hospital, e nem mesmo nos encontros precedentes de terapia familiar, terapia esta concentrada sobre os comportamentos “irrefreáveis” dos meninos em casa e na escola.

Dario: *(com tom um pouco monótono de aluno ao ser questionado)* A hemofilia é uma doença... mas não é uma doença de verdade. Tipo se eu me corto...

Ter.: É ou não é uma doença? Eu preciso entender!

Dario: Não é uma doença...

Marco: *(enquanto permanecia sentado sobre as pernas do pai se aproxima do terapeuta com a parte superior do corpo)* É uma doença.

Ter.: Ah, então é uma doença. Porque eu não sei muito! Então vocês precisam me dizer se é uma doença ou não!

Dario: Sim, é uma doença... não existem todos os glóbulos que circulam no nosso corpo e se a gente se corta, o sangue não para mais.

Ter.: Não para mais...

Dario: *(balança a cabeça)*

Ter.: Então, é uma doença que se alguém sofre um cortezinho é menos séria...

Dario: É.

Ter.: Fica mais séria se alguém sofre um corte grande?

Dario: Fica...

Ter.: E se alguém não se corta nunca na vida é uma doença tranquila?

Marco: Não, mesmo se você cai, te faz mal!

Ter.: Ah... mesmo se você cai, te faz mal!

Marco: *(assente com a cabeça)*

Dario: Tipo... se a gente se distrai, de repente pode se machucar!

Ter.: Então é uma doença que requer muita prudência? Ou não?

Dario: É.

Ter.: Existem muitas doenças que limitam a liberdade... não é? Os seus pais tiveram algumas doenças que limitam a liberdade?

Marco: Não. *(balança a cabeça e escorrega das pernas da mãe até sentar no chão)*

Dario: *(balança a cabeça)* Não... não sei!

Ter.: E vocês nunca perguntaram a eles?

Marco e Dario: Não!

Ter.: Perguntem agora.

Dario: Vocês tiveram? *(viram a cabeça em direção aos pais)*

Pai: Não, eu não.

Dario: E você, mamãe?

Mãe: Não.

Dario *(olha o terapeuta e estende os braços)*

Ter.: Então, em qualquer grau, nem papai nem mamãe podem entender! Não é?

Dario: É! *(volta a sentar no colo da mãe)*

Ter.: Então, é difícil para eles entenderem... eles podem só ajudar vocês a prevenir, mas é difícil entender porque quando alguém teve uma doença que o limitou desde pequeno, entende de forma mais fá-

* Reportam-se alguns fragmentos de uma consulta familiar, cuja descrição é amplamente ilustrada no recente volume “A criança como recurso na terapia familiar (A.P.F., 2007)

cil. Ao invés disso, eles precisaram entender tudo com os livros e com a prática!

Pai: Com eles!

Dario: Ah... é!

Ter.: No fundo, foram vocês que ensinaram a eles muitas coisas...

Dario: É...

Muitas doenças debilitantes acabam por produzir no seio familiar processos de negação e uma postura de prontidão para minimizar o problema, com o resultado de a realidade ser envolta em um muro de proteção que influencia profundamente a organização afetiva da família. Neste caso, nomear a hemofilia e aprender com os meninos do que se trata, de um modo leve, mas objetivo, permite a todos liberar-se do peso do “não dito” e de descobrir o respeito pelas crianças como sujeitos de competência. Analisar os diversos aspectos permite ao terapeuta entrar nos significados que para qualquer um tem esta situação; então a doença pode se tornar uma área de competência do filho na relação com o pai, que revela os aspectos defensivos da negação e pode ativar um movimento transformador na relação afetiva.

Do muro de proteção ao compartilhamento de sofrimento

(Marco está abraçado ao pai. Dario está sentado na cadeira à direita do pai)

Ter.: O senhor aceitou que estes meninos têm uma doença?

Pai: Eu penso uma coisa, que, principalmente com ele (*indica Marco*), o primeiro impacto foi mais forte... não sei... inconscientemente era

como se eu quisesse... não desculpá-lo por isso, mas é como se, de certa forma, essa coisa dele tivesse sido também a culpada.

Ter.: Você nunca disse isso a ele?

Pai: A ele?

Ter.: É, ao Marco!

Pai: Não, claro que não!

Ter.: Agora está dizendo!

Pai: Agora estou dizendo...

Ter.: Por que está dizendo?

Pai: Ah... estou fazendo um grande esforço para dizer isso...

Mãe: (*enxuga os olhos com um lenço*)

Dario: (*se levanta da cadeira e vai sentar abraçado à mãe*)

Ter.: Obrigado! (*se levanta e dá a mão ao pai que a aperta e depois, voltando-se para Marco*) Agradeça ao papai!

Marco: (*aninhado nos braços do pai, o abraça*)

Ter.: Ele nunca te disse estas coisas...

Dario: (*se levanta das pernas da mãe e vai dar um beijo na bochecha do pai para depois voltar aos braços da mãe*)

Pai: Não é uma coisa racional... mas eu, por um momento, me bloqueava com tudo e com todos e, então, também com ele! Mas, ele era só uma vítima inconsciente dessa situação. E isso permaneceu dentro de mim.

Ter.: Um momento, preciso entender uma coisa. Então, temos aqui este menino e o senhor de algum modo sentiu que ele era culpado de quê?

Pai: Pois é, não sei... da questão em si!

Ter.: Como se ele fosse a causa...

Dario: (*volta a se sentar na cadeira*)

Pai: Não tanto da minha falha, mas do sofrimento. Eu me lembro quando ele nasceu... na sala de parto, eu estava incrivelmente feliz! O golpe que recebemos no dia seguinte...

para mim, foi uma coisa... rompeu, naquele momento, aquilo que para mim era um momento de extrema felicidade...

Marco: *(se levanta das pernas do pai e vai sentar em outra cadeira)*

Dario: *(senta abraçado ao pai)*

Ter.: O senhor aguardava o momento mais lindo e depois...

Pai: E o último golpe foi ele... *(indica Dario)* porque eu, de certa forma, também identifiquei nele essa coisa...

Ter.: Como se tivesse traído esse filho...

Pai: Em certo sentido!

Ter.: *(para a mãe)* Para a senhora também foi a mesma coisa?

Mãe: Não, o que eu mais senti foi culpa por ser eu a causa disso. Porque, na verdade, eu soube na mesma noite, mas dei a ele um dia a mais de felicidade. E depois, pode ser também que me odeie porque fui eu quem geneticamente transmitiu isso a eles... mas no subconsciente... eu não sei!

Desse segmento da consulta, fica uma sensação de grande intensidade, que permite aos pais explicitar suas vivências a respeito da doença debilitante que acometeu os filhos. O pai tem a força e a coragem de exprimir, abraçado ao filho, o seu desespero e a sua raiva por sentir, irracionalmente, que o filho, com sua doença, lhe havia tirado de repente a felicidade. É, sem dúvida, uma coisa muito pesada a ser dita a um filho, mas, nesse contexto terapêutico, assume um valor de recurso e permite uma forte intimidade entre pai e filho: o pai, definido como um “preguiçoso”, expressa uma verdade fundamental aonde o evento da doença mudou completamente a vida, os projetos, os sonhos desta família. O sentimento de perda e de dor representa o elemento que liga, mas o pai consegue dizê-lo

com tal serenidade e com tal calor que as suas palavras têm um efeito libertário e tornam-se um recurso enorme para esse filho, na medida em que pode aceitá-las e senti-las como um “presente” da parte do pai. Também a mãe exprime a sua dor pela doença, o sentimento de uma felicidade de repente perdida e o sentimento de culpa e de falha no sentir-se responsável pela doença dos filhos. O que mais salta aos olhos é ver como os filhos reagem às palavras cheias de sofrimento dos pais: abraçam-nos e acariciam, aninham-se entre seus braços e os consolam. É como se essas revelações pesadas e dolorosas gerassem um salto de qualidade nas relações, criando um clima de grande intimidade. Esses meninos, que no cotidiano representam para os pais “cães selvagens” a serem mantidos constantemente com uma coleira, difíceis de se conviver todo o tempo, transformam-se em filhos competentes, capazes de ajudar, de confortar e de sustentar os próprios pais na recordação de um episódio tão difícil. Mesmo as coisas mais pesadas e dolorosas, se ditas em um contexto de autêntico respeito, podem se tornar grandes recursos e representar ocasiões transformadoras e de crescimento.

A criança como ponte intergeracional

A ideia de considerar a criança-problema como “trâmite” para atingir os dilemas existenciais e evolutivos da família já está presente em vários de meus trabalhos clínicos e de pesquisa (Andolfi et al., 1985, 1989) em que se destacava a importância de considerar a *criança como porta de entrada* no sistema familiar. Supúnhamos que a criança pudesse constituir o regu-

lador do processo terapêutico: uma espécie de *filha de Ariadne*, de modo a favorecer o ingresso do terapeuta no labirinto da família, mas, ao mesmo tempo, útil para ajudá-lo a sair.

No livro *La consulenza in terapia familiare* (O aconselhamento na terapia familiar) (Andolfi, Haber, 1995), há um trabalho meu intitulado “A criança como conselheira” em que se afirma que a melhor forma de coterapia é aquela em que de um lado se utilizam os conhecimentos e as experiências profissionais do terapeuta e, de outro, os recursos humanos experimentados em campo, por meio do sofrimento e da dificuldade da família, cujo porta-voz mais representativo é, sem dúvida, a criança. O modelo trigeracional permite utilizar a competência da criança na mediação entre a geração dos adultos e a dos idosos. Na verdade, nos referimos a uma mediação concreta obtida com a presença física em consulta dos personagens principais da família.

No recente volume *Il bambino come risorsa nella terapia familiare* (A criança como recurso na terapia familiar) (Andolfi *et al.*, 2007) fomos além, considerando a criança como uma ponte entre as gerações. Se for mesmo verdade que o sintoma da criança, mesmo o mais sério, pode reverter o valor simbólico de uma ponte entre as gerações, é também verdade que a criança sofre muitas vezes carregada de excessivos pesos e responsabilidades relacionais. É necessário perguntar, então, como é possível intervir para redistribuir pesos e competências entre os vários membros de toda a família para, assim, ajudar qualquer um desses a se reposicionar em papéis e funções mais idôneos ao crescimento sadio da família.

*A história cura**

Ter.: (ao pai) Qual é seu maior medo?

Pai: O meu? Agora o que sinto como mais intenso é sempre o medo do futuro.

Ter.: Medo do futuro, o que isso quer dizer?

Pai: Que as coisas não possam ir bem, medo de que possa acontecer alguma coisa com as pessoas que amo.

Ter.: Quem?

Pai: (olhando para a mulher e as filhas) A elas.

Ter.: Não ao senhor?

Pai: Eu me sinto seguro.

Ter.: Estes medos são recorrentes?

Pai: Em mim? Sim, acho que sim.

Ter.: Vocês tiveram qualquer perda importante? Alguém morreu repentinamente?

Pai: Meu pai, mas *fiquei feliz quando meu pai morreu!*

Ter.: Como ficou feliz, como seu pai morreu?

Pai: Meu pai sofreu um acidente quando estava no local de trabalho, dedicado a um hobby, construindo uma pequena âncora.

Ter.: Quantos anos ele tinha então?

Pai: 51 anos.

Ter.: Muito jovem.

Pai: *Muito tarde.*

Ter.: E o senhor tinha...?

Pai: 21 anos. Fiquei feliz porque meu pai era uma pessoa que causava terror em casa.

Ter.: Violento?

Pai: Agredia minha mãe, batia; meu pai era um louco, não havia justificativa porque era louco, absolutamente louco.

Ter.: O que ele fazia de louco?

Pai: O que fazia de louco? Batia, causava o terror, nos aterrorizava.

Ter.: Quem contrariava seu pai?

* Também este breve fragmento de terapia em parte é referido no livro *Il bambino come risorsa nella terapia familiare* em que é amplamente descrito o processo terapêutico.

Pai: Ninguém o contrariava, no sentido de que as suas ações...

Mãe: Você, de certo modo, tentava contrariá-lo.

Pai: Sim, era eu, mas com o que eu conseguia fazer na minha idade.

Ter.: Como?

Pai: Ficava na frente, assim (*faz um gesto, abrindo os braços e começa a chorar*).

Ter.: Entendo.

Pai: Acredito que tenha sido uma coisa muito pesada aquilo que sentiram (as meninas), mas... enfim...

Ter.: Porque é pesada, digamos que seja uma história muito, muito, dura e dolorosa.

Pai: Enfim, é uma coisa forte, né? Por outro lado, se venho aqui, preciso ser sincero, preciso dizer o que penso, preciso dizer o que sinto porque elas ouviram que fiquei feliz quando meu pai morreu e que não gostei que tenha morrido tão tarde e tudo o que foi vivido... tudo o que foi vivido... ou seja, ouviram, captaram, eu acho, de uma maneira talvez...

Mãe: Muito forte.

Pai: Muito forte.

Ter.: Mas, o muito quem mede?

Pai: O muito?

Mãe: Nós sempre quisemos evitar cada mínimo sofrimento delas.

Ter.: De qualquer forma, elas voltam para casa com uma ideia a mais; até agora, sempre culpavam o pai porque “ri sempre” sem razão: agora puderam ver que o pai, por trás da máscara do riso, é uma pessoa que cresceu em um contexto violento, sofrendo tanto na mesma idade delas, com tantos medos e vendo os outros sofrerem. Quando ela (Anita) vier reclamar aos seus pais esta noite por conta dos seus

medos de dormir sozinha, pode começar a pensar que o seu medo é pequeno e até mesmo os seus pais poderão considerá-lo pequeno, pois se, em vez disso, se torna gigante fica como se fosse uma capa que encobre tudo.

Na verdade, quase todo esse encontro gira em torno dos medos do pai, e a história do seu crescimento emerge descrita com a voz carregada de emoções e com os gestos do passado, em que a criança abria os braços para defender a mãe.

Momentos assim, nos quais os pais, aparentemente sólidos, se permitem demonstrar os próprios limites humanos, os próprios medos, inseguranças e emoções fortes constituem um forte remédio para as crianças que participam. A caçula dessa família tem 11 anos e, em seus 11 anos, tem literalmente torturado os pais, não só pelo fato de querer dormir com eles, mas também por exigir sempre que o pai vá dormir todas as noites em uma espreguiçadeira em seu quarto. Nos dias que se seguiram a esse encontro, na consulta seguinte, como veremos Anita começou a dormir sozinha.

É preciso se perguntar como ocorreu essa mudança tão repentina e milagrosa: provavelmente a possibilidade de relativizar o próprio medo diante de outro maior e mais dramático dos pais e a coragem do pai em falar de si tenham levado a menina a encontrar a força necessária para modificar os seus comportamentos dando, assim, aos pais um sinal concreto de gratidão.

Vejamos o trecho da consulta seguinte em que se fala do milagre ocorrido.

Pai: Aconteceu o milagre de Padre Pio!
Ter.: Não, não me diga, não consigo acreditar!

Mãe: Tem dormido sozinha a minha bebê.

Pai: Não só isso, mas também ouvimos durante a noite ela se levantar para fazer xixi. Falamos com ela e ela disse: “Não, não, papai, não precisa.” Apenas na noite passada, ela chamou “papai” e disse “só queria ouvir sua voz”, mas foi apenas isso.

Ter.: Há quanto tempo?

Mãe: Quase que imediatamente.

Pai: Alguns dias depois de termos vindo aqui na última vez. Nossas meninas ficaram um pouco agitadas provavelmente pela infância do papai...

Ter.: O quê?

Pai: As nossas meninas ficaram um pouco agitadas provavelmente pela infância do papai.

Ter.: Como agitadas? Não fez bem?

Pai: Fez, fez bem, pois foi uma reação positiva.

Ter.: Não acredito nisso! (*à menina*) Você sabe dizer o que fazer sobre aquilo que ouvimos na última vez?

Anita: Não sei.

Ter.: Acho que faz sentido. O que você acha? (*à irmã mais velha*) Você esperava que a princesa não fizesse mais tudo aquilo que ela fazia?

Veronica: Não.

Ter.: Acha que é um milagre passageiro ou definitivo?

Veronica: Não, é preciso ver, se ela se empenha...

Pai: (*à Veronica*) Ela também brincou muito com a irmã, muitas vezes, como não acontecia há muito tempo.

Ter.: São excepcionais estas meninas.

É interessante referir que, em uma consulta de *follow-up*, distante da con-

clusão da terapia, toda a família – pais e filhos – se lembrará de que a mudança começou na consulta em que o pai deixou de lado os olhos sombrios (que ostentava até então na consulta), deixou de sorrir e falou sobre sua tão difícil infância. E não foi apenas o medo de Anita que acabou, muitas coisas mudaram em suas relações.

A CRIANÇA COMO CONSULTORA NA TERAPIA DE CASAL

No livro *La crisi della coppia* (A crise do casal) (1999), descrevemos a importância de iniciar uma exploração dos problemas de casal através de um conhecimento profundo sobre o desenvolvimento familiar no tempo e dos recursos individuais e de grupo, ativados no curso das crises evolutivas de cada família. Isto nos levou a convocar precocemente, desde a primeira fase diagnóstica, as famílias de origem de qualquer parceiro assim como os filhos. Geralmente, a proposta que suscita maior perplexidade é o convite a um encontro conjunto com pais e irmãos, porque o passado é não raro carregado de valores negativos, como se fosse o reino das culpas e dos abandonos. A requisição de um ou mais encontros com os filhos gera, contudo, menores “resistências” por parte do casal e facilita o ouvir atento por parte de qualquer um dos pais.

Bowen (1979) afirmava que quando os casais estão não são mais capazes de interagir, reagem automaticamente e a reação anula a possibilidade de ouvir.

Como ajudar, então, o casal a se ouvir?

Quando dois adultos não sabem mais se ouvir ou dialogar, a voz que é

recebida majoritariamente é a dos filhos, porque é menos hipócrita e mais livre para exprimir pensamentos e sentimentos autênticos: *diante das palavras do parceiro, se reage; nos confrontos com as do filho, se reflete*. Estamos de acordo com Schnarch (2001), quando este afirma que nos adultos o sentimento de desconforto e de falha não nasce só porque o outro insulta, ofende e fere, mas porque se ativa um forte mecanismo projetivo recíproco, na qual prevalecem os elementos negativos e se constrói no tempo um muro de falsidade.

As crianças podem ser convidadas a participar a qualquer momento do processo terapêutico; quando se determina uma situação de impasse na terapia, as crianças podem ser de grande utilidade e oferecer aos adultos, pais e terapeutas, ótimas sugestões sobre como “derrubar o muro”.

Não raro, os filhos podem ser solicitados também na fase conclusiva ou de validação de uma terapia de casal. Consideramos útil construir um contexto de tipo escolástico, onde os papéis, entretanto, estão invertidos e as crianças “dão as notas” aos adultos a respeito dos progressos que fizeram na terapia e em casa. É surpreendente ver a seriedade e a apreensão com que os pais recebem as críticas e os comentários positivos que vêm dos seus filhos. Ao passo que é impressionante notar a capacidade inata das crianças de ir até o âmago das situações sem hipocrisia e com grande senso de equilíbrio.

Além disso, é útil que as crianças avaliem também o trabalho do terapeuta, os seus pontos fortes e as suas limitações.

O julgamento das crianças nunca é rígido: diferentemente de tantos professores, as notas dadas pelas crianças

são muito flexíveis, não se tornam rótulos sobre a pessoa; em suma, para a criança há sempre esperança: é possível passar de nota quatro para nota dez, desde que haja empenho; e, além disso, a criança está sempre disposta a indicar o caminho e a oferecer sugestões para melhorar, “sacrificando” seus sintomas e seus privilégios pelo bem comum.

Infelizmente, quando os contrastes entre o casal estão muito evidentes, a voz dos filhos é geralmente ignorada ou subestimada. Muitos terapeutas, porém, compartilham da ideia mais difundida entre os casais em dificuldade de que é melhor não envolver as crianças no “campo de batalha”.

A experiência me ensinou que esta “exclusão a fins de proteção” se funda, na verdade, sobre o não reconhecimento dos recursos dos filhos ou sobre a incapacidade de fazer uso disso, de brincar com eles e de fazer uso da sua linguagem direta. Se nós estivermos dispostos a ouvi-las, percebemos que as crianças são fontes preciosas de informações e de esperança. E são ajudadas pelas gerações dos avós, porque frequentemente, como veremos no próximo caso, os problemas mais evidentes e complexos são aqueles que existem entre os pais e as respectivas famílias de origem.

*O caso de Andrea**

Sara, uma mulher com cerca de 40 anos, se sentia muito deprimida diante da situação conjugal e do seu sentimento de inutilidade. O casal havia iniciado a terapia porque a relação há muito tempo parecia vazia e sem vida.

O terapeuta escolheu a temática da depressão como ponto de partida

* Fragmento de uma terapia presente no artigo “Il bambino come consulente” do livro *La consulenza in terapia familiare*.

de um diálogo com o filho de 9 anos, Andrea, diante dos pais. Com a ajuda do menino, o terapeuta conseguiu desancorar do casamento a temática da depressão e colocá-la em um contexto intergeracional. O filho é capaz de notar agudamente as necessidades de cuidado e sustento da mãe, jamais satisfeitas na própria família de origem e, consecutivamente, ajuda o terapeuta a mobilizar o pai pela sua extrema dependência nos confrontos da própria família.

Ter.: Para você, com quem a mamãe aprendeu a ser deprimida quando morava na casa dela?

Andrea: *(sem um momento de hesitação)* Com a vovó... em todas as fotos de família, ela nunca está sorrindo. Sempre vestia preto!

Ter.: Então, nós somos mais sortudos: é verdade que a mamãe não sorri, mas ao menos se veste com muitas cores bonitas.

Andrea: A mamãe compra sempre para mim e para o papai camisas muito bonitas.

Ter.: Mas a vovó se vestia de preto quando tinha a sua idade e fazia a escola primária?

Andrea: Não sei. Mamãe, como a vovó se vestia na escola?

Mãe: *(muito emocionada como se, em poucas palavras, tivéssemos tocado áreas muito delicadas do seu crescimento)* Minha mãe deixou de ir à escola ainda muito pequena. Não tinham dinheiro e só havia ela para ajudar os pais em uma pequena venda de frutas. Ela se levantava muito cedo de manhã e nunca tinha tempo para tomar conta de si. Não teve nem mesmo tempo de tomar conta de mim quando eu era pequena. Não me lembro se

brincava comigo quando tinha 4 ou 5 anos.

Ter.: *(ao menino)* Você sabia dessas coisas? Talvez a mamãe esteja deprimida porque, como a vovó, precisou tomar conta de todos sem ter nunca a possibilidade de ser uma “menina” e se apoiar nos ombros dos outros. Provavelmente, se veste com estas cores tão agradáveis para atrair um pouco de atenção de fora para ela, mas dentro não se sente “colorida”. Quem poderia ajudá-la a se sentir mais viva por dentro?

Andrea: Eu e, sobretudo, papai!

Ter.: Então, precisamos conseguir recarregar as baterias do casamento para reacender a luz. Mas, às vezes, é válido dar um passo para trás e tirar energia de outras fontes. Talvez nós dois possamos convidar a vovó para um encontro conosco, para ver se resta a ela alguma energia para dar à filha.

Andrea: Talvez a mamãe possa ajudá-la, se ela começar, a se vestir de maneira mais vibrante.

Ter.: *(a Andrea)* Viu como o papai se reaviva quando começamos a falar da depressão da mamãe e começamos a procurar uma nesga de luz? Papai pensa mesmo que a mamãe é o barômetro da família?

Andrea: Quando mamãe está contente, papai fica muito brincalhão, brinca comigo e nos divertimos. Mas quando ela está deprimida, fica com dor de cabeça, dorme por horas na frente da televisão ou se acomoda atrás do jornal. Parece muito velho.

Ter.: Para você, Andrea, onde papai aprendeu a ser tão dependente do humor das mulheres? Quando estava na barriga da mãe ou depois?

Andrea: *(Solta uma gargalhada e co-*

meça a cutucar o pai) Quando, papai, quando?

Ter.: Então, Andrea, você pode me ajudar de duas formas: a eliminar a depressão da mamãe e a reduzir a dependência do papai. Talvez precisemos entender como se comporta o papai quando não há mulheres por perto. Pensei em algo: não poderíamos nos ver uma vez só entre homens: você, eu, o papai, o vovô e os tios? O que acha?

Andrea: Acho que vão vir com muitos jornais. O vovô também tem muitos livros.

Ter.: E, então, você traz os seus jornais que eu trago os meus. Vamos começar com uma bela sessão de leitura. Quando tivermos terminado de ler, vamos tentar entender de que modo os homens desta família podem aprender a ter iniciativa e a confiar nos próprios sentimentos... e a mamãe vai poder descansar, repor as energias e se sentir um pouco menos obrigada a se dar, a se dar a todos.

A colaboração ativa do menino nesta sessão permitiu ao terapeuta enviar uma série de mensagens indiretas a ambos os pais como casal, mas também, de modo empático, a fazê-los se tornar “filhos”, contextualizando melhor as problemáticas da depressão (esposa) e da dependência (marido).

Essas duas “qualidades afetivas” não nasceram no interior do casamento, mas foram trazidas como herança da infância, e como modelos relacionais aprendidos nas respectivas famílias de origem.

Se for possível esvaziar o campo e retomar os laços lá onde foram interrompidos, como afirma Whitaker, será possível voltar a encontrar duas pessoas e não mais dois papéis e, en-

tão, também a relação de casal poderá voltar a ser o *nós*.

CONCLUSÕES

Ao longo de tantos anos, frequentemente fui levado por muitos colegas a observar o potencial risco de hiper-responsabilizar as crianças, colocando-as quase em uma dimensão de adultos, como se quisesse balancear a imaturidade dos pais. E considerar as crianças como coterapeutas ou consultoras é, sem dúvida, um modo de fazê-las sentir-se maiores e competentes.

Muitas vezes, falou-se na literatura sistêmico-relacional do filho parental (Minuchin, 1976) ou do filho parentificado (Selvini-Palazzoli, 2003) ou do triângulo perverso (Haley, 1974) para sublinhar o fenômeno da inversão dos papéis e dos processos de cuidado.

Também eu descrevi uma série de configurações familiares distorcidas (díades ou tríades disfuncionais), mas sempre pensei que distorções, inversões de papéis etc. devessem ser “postas em cena” na terapia, de modo a poder modificá-las, ao invés de negá-las ou minimizá-las; manter a criança em casa, para não correr o risco de expô-la, é um modo eficaz de privá-la da sua voz e da sua competência.

Pelos exemplos clínicos presentes neste trabalho, parece evidente o modo direto, claro, sistemático e não diplomático (infelizmente, hoje em dia, estamos inseridos em um contexto social do modo “politicamente correto” de afrontar temas controversos, conflitos e parcelas familiares, sintomas infantis e crises de casal em sessão). A meu ver, os elementos mais importantes para manter um papel eticamente correto são o profundo respeito pelas crianças

(como amplamente descrito em tantos trabalhos) pelo sofrimento-impotência de tantos adultos em fases críticas da vida, adultos não raro aprisionados em papéis rígidos e em roteiros e lealdades familiares antigas; e, enfim, o interesse na pesquisa desses nexos que ligam histórias de desenvolvimento que, se revisitadas na terapia, assumem um notável valor cognitivo e terapêutico.

Estou cada vez mais convicto de que as crianças, por meio de suas formas criativas e sugestivas de “psicopatologia”, trazem os pais (e as respectivas famílias) à terapia, fornecendo, assim, uma oportunidade extraordinária para todos de rever papéis e funções familiares. Resta ao terapeuta colher a mensagem implícita nos comportamentos problemáticos das crianças e permitir a qualquer um experimentar em sessão novas formas de ser e de se relacionar com os outros membros significativos da família. Em outras ocasiões (Falcucci *et al.*, 2006), falei de *terapias de casal camufladas* para descrever aquelas situações em que somente um problema com uma criança pode convencer um casal em crise a se ajudar.

A aceitação dos confrontos da criança, do seu mundo familiar e dos contextos sociais a que pertence, guia a mão e a mente do terapeuta: o jogo, a leveza, o humor e a participação emotiva da experiência terapêutica dão cor a um encontro verdadeiro e sempre imprevisível com tantas famílias em dificuldade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, N. (1958, tr. it 1968). *Psicodinâmica da vida familiar*. Torino: Bollati Boringhieri.

ANDOLFI, M. (1999). *La crisi della coppia*. Milão: Raffaello Cortina.

ANDOLFI, M., **HABER**, R. (1994 tr. It. 1995). *La consulenza in terapia familiare*. Milão: Raffaello Cortina.

ANDOLFI, M., **FALCUCCI**, M., **MASCELLANI**, A., **SANTONA**, A., **SCIAMPLICOTTI**, F. (2007). I seminari di Maurizio Andolfi “*Il bambino come risorsa nella terapia familiare*”. Roma: A.P.F.

ANDOLFI, M., **CAVALIERI**, L. (2008). Viaggio all’interno della realtà aborigena in Australia. *Terapia Familiare*, 88.

ANDOLFI, M., **ANGELO**, C. (1987). *Tempo e mito in psicoterapia familiare*. Torino: Bollati/Boringhieri.

BOWEN, M. (1979). *Dalla famiglia all’individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.

DE LUCA F. (2009). *Bambini e (troppe) medicine*. Torino: Edizioni Il leone verde.

FALCUCCI, M., **MASCELLANI**, A., **SANTONA**, A., **SCIAMPLICOTTI**, F. (2006). I seminari di Maurizio Andolfi “*La Terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale*”. Roma: A.P.F.

HALEY, J., **HOFFMAN**, L. (1974). *Tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

MINUCHIN, S. (1976). *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio.

SATIR, V. (1972). *Peoplemaking*. Londres: Souvenir Press Ltd.

SCHNARCH, D. (2001). *La passione nel matrimonio*. Milão: Raffaello Cortina.

SELVINI PALAZZOLI, M., **BOSCOLO**, L., **CECCHIN**, G., **PRATA**, G. (2003). *Paradosso e controparadosso*. Milão: Raffaello Cortina.

TERAPIA FAMILIARE. *Famiglia individuo* (numero speciale), n.19, novembre 1985.

TERAPIA FAMILIARE. *Famiglia individuo e scelte cliniche* (numero spe-

ciale), n.31, A.P.F., Roma, novembre 1989.

WHITAKER, C.A. (1989 tr. It. 1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia.* Roma: Astrolabio.

TERAPIA DE FAMÍLIA COM CRIANÇAS: A MÁGICA POSSÍVEL

ARTIGO

FAMILY THERAPY WITH CHILDREN: THE POSSIBLE MAGIC

RESUMO: A terapia de família surgiu a partir de uma mudança epistemológica e se instalou na sociedade como efeito das dificuldades que os modelos tradicionais apresentavam quando se tentava abordar as relações familiares. Atualmente, a maneira de se pensar as dificuldades que as crianças apresentam – emocionais, relacionais, de aprendizagem – mudou, e em lugar de vê-las como portadoras de um problema se tende a ampliar o olhar para vê-las como parte de um contexto, participantes de uma rede de comunicações entre os seus responsáveis e levando em conta as possíveis contradições que ocorrem no encontro de modelos familiares diferentes. A autora, a partir da descrição da história de uma terapia, ilustra as alternativas e possibilidades que foram trazidas ao campo da terapia por autores representativos das correntes críticas pós-modernas.

PALAVRAS-CHAVE: terapia de família, narrativa, criatividade, colaboração

ABSTRACT: Family therapy emerged as a result of the difficulties involved in traditional models when trying to deal with family relationships. Currently, has changed the way of thinking about children's difficulties and instead of seeing them as bearers of a problem tends to widen the eyes to see them as part of a context, as part of communicational network between their caregivers and taking into account the possible contradictions between different family models.

The author, from his description of a therapy story, illustrates the alternatives and possibilities that contributed to the field of therapy by current authors representing the postmodern critical currents.

KEYWORDS: family therapy, narrative, creativity, collaboration

ELOISA VIDAL ROSAS

Psicóloga clínica, terapeuta de família e casal, mestra em Comunicação (UFRJ), facilitadora de processos coletivos, coordenadora da formação em Terapia de Família no Instituto Noos
e-mail: eloisa.vidal@gmail.com

Recebido em 29 de março de 2011.

Aprovado em 19 de abril de 2011.

APRESENTAÇÃO

A prática de tratar problemas psicológicos no contexto da família não teve início até meados dos anos 1950. Entretanto, as raízes que deram lugar ao desenvolvimento da terapia de família tiveram origem nas mudanças teóricas e sociais que impactaram o campo da psicologia na época. A terapia de família escapou do paradigma reinante da psicanálise e do modelo médico psiquiátrico, expandindo as fronteiras dos enfoques individualistas para visões mais ampliadas do sofrimento humano.

Na modernidade, especialmente na primeira metade do século XX, as narrativas científicas em geral conseguiram um status privilegiado em comparação com outros tipos de relatos, como os de ficção, conseguindo dessa maneira uma legitimidade ilusória, já que todo relato se refere a uma comunidade linguística em que se origina e que constrói os parâmetros, categorias e critérios que o tornam “aceitável” ou estrangeiro a essa comunidade (Fuks, 2009). A atenção ao estudo da linguagem, que culminou com o assim chamado “giro linguístico” (Ibáñez, T., 2004), provocou uma mudança profunda no campo da psicoterapia, principalmente o da terapia de família. “A utilização das ideias construcionistas tem se concretizado com propostas de intervenção marcadas por uma nova descrição

da postura do terapeuta e do processo terapêutico” (Rasera & Japur, 2007).

Este texto é resultante de processos que nasceram da prática clínica, recortes de “teorias em uso” e descrições de ações informadas pela epistemologia que adoto. Quando menciono “teorias”, me refiro àquelas que convidam a um estilo que genuinamente aprecia a sabedoria do outro, tomando em conta seu sofrimento, assim como suas possibilidades, conhecimentos, experiências, habilidades, voltadas para facilitar um processo de construção conjunta de novas alternativas e não aquelas que legitimam ou justificam descrições orientadas a “curar”, “consertar” um “déficit”.

A partir da aparição das perspectivas narrativistas, as intervenções clássicas, que são parte da tradição da terapia familiar, passaram a ser consideradas como formas de se posicionar (Harré, 2004) e de participar das conversações terapêuticas “que deveriam nos levar de um lugar de mal-estar para um de bem-estar emocional; de incompetência ou paralisação para outro de competência e possibilidade de ação; de isolamento à participação: de desqualificação à legitimação de nosso modo de existir”. (Cruz & Righetti, 2008).

Em vez do sujeito que se constitui de modo independente de suas relações da psicologia moderna, a psicologia pós-moderna descreve uma pessoa entrelaçada às comunidades de pertinência ou conjuntos de relações. Assim, participar e influenciar em um processo é diferente de olhar o problema “desde fora”, como se imaginava possível em uma epistemologia que na metáfora cibernética denominamos “de primeira ordem”. Este relato não pretende ser um relato objetivo,

mas um produto de como minha participação neste processo se transforma em uma descrição do mesmo, que tenta incluir tanto a minha própria perspectiva como a de aqueles com quem compartilhamos a experiência.

A clínica de onde falo tem uma origem sistêmica, neste momento marcada pelas influências das chamadas “terapias pós-modernas” ou “abordagens conversacionais narrativas”, baseadas numa epistemologia construcionista social como organizadora de reflexões, propostas, posturas. Algumas formas de terapia “especialmente apropriadas à sensibilidade do construcionista com relação às múltiplas realidades” (Gergen, 2010), tais como os Processos Reflexivos, desenvolvidos por Tom Andersen (1996), as Práticas Narrativas desenvolvidas por Michael White e David Epston (1986, 1988, 1992) e as Práticas Colaborativas, por Harry Goolishian e Harlene Anderson (1987, 1994), entre outras, são fontes de inspiração para esse trabalho.

COM QUANTOS CONTOS SE CONTA UMA HISTÓRIA?

O que conto a seguir é um momento de minha atividade clínica em psicologia como terapeuta de famílias com crianças e como formadora de outros terapeutas nesta área. Assim como o arqueiro zen (Herrigel, 1987), acredito que a técnica, incorporada recursivamente, torna-se parte de um todo composto por crenças, afetos, saberes em ação, sonhos, obstáculos: presenças. (Fuks, 1993).

Relato a seguir trechos de um atendimento que se deu na Clínica Social do Instituto Noos**. A Clínica atende*

* Os nomes dos clientes foram trocados para preservar o anonimato. Os responsáveis, pai e mãe, deram sua permissão por escrito para utilização de trechos de nossos encontros e reprodução dos desenhos.

** O Instituto Noos é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, e está sediado na cidade do Rio de Janeiro. Desde 2001, é considerado de Utilidade Pública Federal. Sua missão é contribuir para a promoção da saúde das relações familiares e comunitárias da população brasileira, através da difusão de práticas sociais sistêmicas a partir dos resultados obtidos em seu centro de ensino, pesquisa e atendimento.

àquelas famílias que se encontram em dificuldades econômicas. Esse atendimento foi feito em coterapia com Jorge Bergallo, psicólogo e docente da formação em terapia de família, com participação de equipe* formada pelos alunos da turma no segundo semestre de formação.

1ª entrevista telefônica: O contato inicial é feito após os clientes comparecerem a um encontro da Sala de Espera**, onde preenchem uma ficha com os dados e participam de dinâmicas de esclarecimento sobre o trabalho na instituição, sobre a metodologia, e é também uma oportunidade para tirar dúvidas sobre a pertinência desse tipo de terapia. A partir desse momento, os profissionais que trabalham nesse projeto encaminham para atendimento pela equipe que pareça ser a mais adequada ao problema trazido.

Na situação que estou relatando, quem veio à Sala de Espera foi a mãe, Maria, de 45 anos, indicada por uma amiga psicóloga – Maria também é psicóloga mas trabalha como professora em escola estadual.

Entro em contato por telefone com Maria, que relata algumas preocupações em relação ao filho de 9 anos, Pedro. Na conversa, conta que está separada do pai de Pedro há três anos. O filho não consegue dormir sozinho no quarto, tem medos. Acha que ele tem dificuldade em se comunicar com o pai. Depois que este – Paulo, 46 anos – se casou novamente, Pedro não demonstra vontade de ir a casa dele.

Algumas perguntas foram feitas pelo telefone para ampliar a minha compreensão do problema e como início do trabalho de construção do contexto.

- O que ela imagina que a colega que encaminhou pensou ao sugerir a te-

rapia de família?

- O pai já está a par da situação?
- Que outras pessoas são importantes nessa rede familiar?
- O que ela pensa sobre o problema e como imagina sua dissolução?

Uma convicção minha que não mudou muito ao longo do tempo em que trabalho com famílias foi a respeito da entrevista telefônica. Continuo achando esse procedimento tão útil como antes, e a experiência foi sempre confirmando a utilidade da conversa ao telefone para criar um contexto que facilita o primeiro encontro, amplia a troca de informações e inicia uma conexão economizando tempo. Dentro de nossa maneira de contextualizar as consultas, quando se trata de crianças, costumo convidar os pais ou os responsáveis para um primeiro encontro sem a presença daquelas. Acredito que esse formato ajuda a construir algumas fronteiras do que é útil ser ou não dito na presença dos filhos, do papel de cuidadores dos responsáveis. Nos primórdios da terapia de família, alguns terapeutas não admitiam começar uma terapia sem a presença de toda a família. Do meu ponto de vista, já se tem habitualmente muitas variáveis para serem cuidadas; alguns parâmetros, tais como o que deve e o que não deve ser dito na frente das crianças, podem ser compreendidos e negociados sem a presença destas. Apesar da minha crença de que tudo pode ser dito de uma forma que o outro possa ouvir, antes de conhecer as pessoas não posso apostar que as reflexões dos pais sobre as crianças sejam colocadas sem muitas críticas ou julgamentos. Essa é uma escolha minha, que me situa com mais conforto para uma primeira entrevista.

* Os alunos que participaram desse atendimento: Fernando Rebello, Eliane Tabak, Maria Fernanda Amaral, Marisa Lopes, Michel Robim, Monica Tavares, Monica Costa, Sol Friedman. Era o primeiro atendimento em que participavam, no segundo semestre da formação. Por esse motivo não trabalhamos dentro dos critérios de uma equipe reflexiva segundo a proposta de Tom Andersen, mas incluindo algumas reflexões quando os participantes se sentiam seguros. As sessões com as famílias têm periodicidade quinzenal.

** Projeto desenvolvido desde 1998 para acolher as famílias que procuram atendimento na Clínica Social. Este processo já foi descrito em artigo anterior, "A história contada e vivida", Nova Perspectiva Sistêmica.

Maria me surpreende ao afirmar que imaginava a terapia para ela e o filho apenas – a busca era por terapia de família, e neste momento percebi o que ela queria dizer por “família”. Por sorte, esse começo cria a oportunidade para que eu me lembre que o que tomo por “óbvio” o é somente para mim! As experiências prévias, a cultura, as tradições pessoais, é que vão configurar as ideias, palavras e ações de cada um(a). Nossas escolhas são moldadas largamente pelos significados que atribuímos aos eventos e pelas opções que consideramos. Converso sobre o que seriam as vantagens e desvantagens de uma ou outra decisão e ela concorda em que eu entre em contato com Paulo para convidá-lo, apesar de parecer um pouco descrente de que essa fosse a melhor decisão.

Quando entro em contato com Paulo, ele afirma que está esperando uma oportunidade dessas há muito tempo.

Muitas vezes nos deparamos com um terreno onde temos que pisar cautelosamente, já no primeiro contato, para que possamos prosseguir com alguma “segurança”. Casais separados frequentemente tendem a manter a separação também como pai e mãe, os responsáveis, criando obstáculos à participação de um ou de outro. Há uma confusão, nesses casos, dos lugares de companheiro(a) e pai/mãe, e nas conversas prévias sobre estes temas podemos tentar priorizar as necessidades da criança, chegando a algum acordo onde todos se sintam ganhando, terapeuta e clientes. A partir dessa compreensão, considero muito arriscado começar uma terapia envolvendo uma criança sem que todos os responsáveis estejam cientes: a criança pode ficar

remetida a um conflito de lealdades, tendo que omitir esse fato do pai ou da mãe, ou mesmo mentir. Mesmo quando a guarda é de um dos genitores, o outro conserva seu direito de saber o que se passa com o filho – a mãe/pai podem chegar a fazer uma queixa oficial na justiça, se sentirem enganados ou excluídos.

CRIAÇÃO DE CONTEXTO

Os processos de mudança e transformação, razão de ser da terapia, necessitam de cuidados para transcorrerem de forma satisfatória para todos os envolvidos no sistema terapêutico. Há alguns anos, a metáfora da bússola me auxiliava a traçar um caminho preferido para uma direção preestabelecida; as minhas transformações epistemológicas, perpassadas pela certeza de que a minha única certeza é que não há uma certeza, são, atualmente, mais coerentes com a metáfora do GPS (Global Positioning System): a partir dessa metáfora, posso imaginar que o máximo que posso conseguir é tentar averiguar “onde estamos?”. Essas coordenadas se tornam importantes para construir um lugar de mínima segurança: clareza de critérios, parâmetros de confiança – que me permite navegar pela incerteza – descrições compartilhadas e acordos sobre as metas. É desse lugar que podemos partir – o cliente e eu – para a aventura da terapia, apropriando-nos da liberdade para encontrar novas alternativas. Na forma em que o apresento, estou me referindo a um “ideal”: às vezes, nos vemos convocados a partir no meio da turbulência e tentar adquirir uma certa estabilidade já navegando!

Desde essa perspectiva, em se tratando de terapia com crianças, esse desenho comporta complexidades que devem ser cuidadas. Muitas vezes, os pais se sentem quase “obrigados” a levar suas crianças a uma terapia, seja por orientação/imposição da escola, seja por recomendação do pediatra, do juizado de menores ou de um especialista que esteja cuidando de algum aspecto que requer atenção. Vozes que se impõem pelo seu “saber” ou poder, e que, muitas vezes, não discutem com pai e mãe ou responsável os motivos do encaminhamento. Além disso, a grande maioria pensa que entregando sua criança a uma especialista terá quem cuide dela e já terá cumprido o seu papel de pais amorosos. Tendo em conta essa construção, muitos aspectos e relações devem ser esclarecidos antes mesmo da entrevista presencial inicial através do contato telefônico.

A terapia foi realizada em nove encontros. A seguir, um resumo das sessões e dos temas abordados.

A primeira sessão só com os pais (7/08/09)

Os pais de Pedro chegaram separados à primeira sessão, sendo que Paulo chegou um pouco atrasado. Depois das apresentações de costume – os terapeutas, a equipe reflexiva –, iniciamos uma conversa exploratória, tentando localizar os pontos em que concordam e as diferentes ideias que eles têm sobre o que seria “o problema” e suas possíveis soluções.

Os temas que surgiram nessa primeira sessão:

- *Maria conta que Pedro descreve uma sensação como um “quadrado com um furo no meio, que me tortura”;*

- *Pedro frequenta uma escola bastante conceituada, que foca no processo e nas relações;*
- *Pedro tem medo de dormir sozinho;*
- *As famílias extensas não são numerosas – Maria não tem mais pai nem mãe, conta que foi uma criança adotada; Paulo tem mãe e um irmão;*
- *Paulo se casou novamente há aproximadamente seis meses.*

AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA

Saber “onde estamos” implica uma avaliação da situação, construída colaborativamente através de um modelo de entrevista reflexiva/apreciativa (Cooperrider & Whitney, 1995). A proposta é chegar a uma visão compartilhada do “problema” para que possamos chegar a uma perspectiva compartilhada das “soluções”. A tarefa de elaborar um diagnóstico sobre a situação é um esforço conjunto de todos os envolvidos no “sistema determinado pelo problema” (Golishian, 1989) para compreender e construir uma descrição – uma “teoria local” (Geertz, 2001) – sobre a experiência que está sendo vivenciada. A partir desse relato é que se organiza qual será o papel do terapeuta e de todos os participantes para a dissolução do problema que originou a consulta – e do sistema terapêutico determinado pelo problema. Todos os “coadjuvantes” podem e devem, para maior riqueza da rede de conversas, ser convidados, tanto os que podem colaborar para a manutenção do problema quanto aqueles que podem contribuir para dissolvê-lo. O trabalho sobre histórias e narrativas – sua desconstrução e sua reformulação – são maneiras de participar dos

relatos que desempenham um papel central (Myerhoff, 1986).

Pedimos aos pais que nos digam “o que precisa acontecer para que esta terapia seja bem-sucedida”. A mãe responde: “Pedro se sentir seguro para dormir sozinho” e o pai comenta que “dormir sozinho seria um resultado desejável, temos que melhorar a qualidade da situação”.

Como era o primeiro atendimento dos alunos no lugar de participantes de equipe reflexiva, pedimos a eles que procedessem como se a família ainda estivesse presente, depois que se foram, para falar das ressonâncias (Elkäim, 1990) e pensamentos que haviam surgido durante a sessão. Contos pessoais que se mesclam aos contos contados, múltiplas narrativas que se entrelaçam: os membros da família, terapeutas, equipe.

Palavras que surgiram:

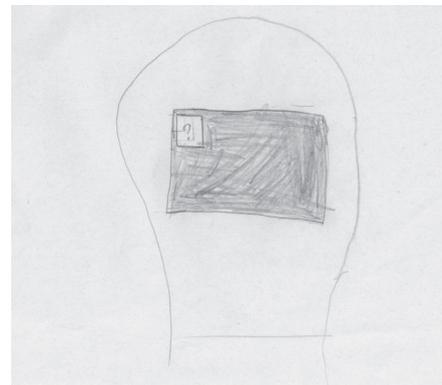
- aliança com o pai;
- sensação de postura um pouco agressiva da mãe em relação ao pai;
- o pai se fazendo de “invisível” quando a mãe falava muito;
- controle, afogamento, prisão;
- emoção, identificação;
- surgiu um ditado: “no limite entre o cerrado e a mata, há que se chegar em silêncio...”

Segunda sessão com os pais e primeira com Pedro (21/08/2009)

Pedro é um menino magro, alto para a idade, se parece fisicamente mais com o pai. Inicialmente demonstra timidez, quase não escutamos o que fala. Vamos conversando um pouco, sabendo que muitas vezes as crianças têm dificuldade para falar, como se não tivessem muita seguran-

ça do que pode ou não ser dito, e vão se soltando ao perceberem que não estamos fazendo julgamentos, que somos genuinamente interessados e curiosos por entender como corre sua vida, os amigos, a escola. Depois de algum tempo vai se soltando mais, ficando mais confiante.

Traz espontaneamente o assunto do “quadrado”: “uma parte da minha vida tinha sumido e o quadrado foi aumentando...” (sic). (Quando pergunto quais são os inimigos do quadrado, responde que a brincadeira é o inimigo, porque “rio e esqueço”). A prática linguística da externalização (White, 1988), que separa a pessoa do problema, é uma maneira lúdica de motivar as crianças a enfrentar e diminuir as dificuldades. Perguntamos se gostaria de fazer um desenho que representasse seu problema, e ele o faz prontamente. (fig. 1)



Que linda metáfora, repleta de significados! Temos que fazer um esforço para não cair na tentação de interpretações: esse “quadrado” tem dono, é de Pedro! Explicação para o sofrimento, para a angústia, para a paralisação? Ou outros significados singulares que nos surpreenderão? Um dos pressupostos que guiam a minha curiosidade é a crença de que os clientes são os especialistas nas suas vidas (Goolishian & Anderson, 1989); são eles que co-

nhecem sua história, os caminhos possíveis, e detêm a experiência relevante para abordar a situação problemática. Assim, vejo atualmente meu papel menos como uma “terapeuta” ou “curadora” e mais como uma facilitadora de processos e conversas criativas. Para manter viva em mim a “neutralidade”, e para que essa postura me aproxime do interlocutor, lanço mão de dois recursos: a ideia da neutralidade como um estado de curiosidade (Cecchin, 2004) – enquanto me mantenho curiosa, não fecho uma “verdade” – e a ideia da neutralidade como uma técnica. Segundo Michael White (1986), “... a neutralidade no contexto tem um significado. Por isso e porque as crenças e os valores do/a terapeuta não podem ser enterrados, eu compreendo que neutralidade é só um nome de uma técnica.” (p. 181). Continuamente nos surpreendemos com como as crianças podem ser cheias de recursos, responsáveis e efetivas ao se confrontar com problemas. A linguagem externalizadora separa a criança do problema e permite uma abordagem mais leve ao que é considerado “negócio sério”. A brincadeira entra na terapia de família quando conectamos o relacionamento entre uma criança e o problema.

Neste momento, surge a ideia de perguntarmos à equipe reflexiva se teriam algumas ideias que pudessem ajudar o Pedro a lidar com o “quadrado”.

IDEIAS DA EQUIPE REFLEXIVA

- *Dar nome ao quadrado e conversar com ele.*
- *Tentar encontrar aliados para lidar com o quadrado.*
- *O quadrado como um antagonista num jogo de videogame: como passar para uma fase mais difícil?*

- *Pedir abraços aos pais e/ou pessoas em quem confiasse nos momentos mais difíceis.*

(Enquanto os integrantes da equipe falavam, Pedro anotava cuidadosamente todas as ideias em um papel.)

Alguns instrumentos ligados ao que denominamos terapias pós-modernas surgiram durante a entrevista com o intuito de facilitar a conversa: a inclusão da equipe reflexiva (Andersen, 1996), a externalização do problema (Roth & Epston, 1996), as metáforas lúdicas (Epston, 2001). Um “problema”, como tal identificado pela família, pode ter raízes pessoais, psicológicas, socioculturais ou biológicas – ou mais frequentemente, uma mistura de todos. Muitas vezes, as pessoas jovens e suas famílias não têm controle sobre certo “problema” existir em suas vidas. Mas, mesmo assim, a maneira como convivem com esse “problema” ainda é sua escolha. Segundo Roth e Epston: “Em contraste com a prática cultural e profissional de identificar a pessoa como o problema ou o problema estando dentro da pessoa, este trabalho descreve o problema como externo à pessoa. E o faz não só com a convicção que o problema é objetivamente separado, mas como uma contra prática linguística que torna disponíveis construções mais libertadoras.” (p. 3) Pedro nos dá a pista, ele próprio já transformou seu problema em um “objeto”, podemos ajudá-los a pensar em como lidar com ele para que interfira menos em suas vidas!

Terceira sessão (04/09/2009 - Pedro e os pais)

A mãe conta que ele deu nota para a sessão anterior, 4 num total de 5, quan-

do ela perguntou se ele havia gostado, incluindo que provavelmente da próxima vez a nota aumentaria. Na quarta feira anterior, dia 02/09, ele havia perguntado se haveria “assembleia” na sexta-feira. Continuamos a explorar as possibilidades de lidar com o “quadrado”. Pedro traz um desenho para nos mostrar (fig. 2), o que ele entende como “um dos alimentos do quadrado”.



Entendemos como um pedido de ajuda, como se nos sinalizasse que esse tema poderia ser incluído. Perguntamos se é assim e ele concorda, o que encaminha a conversa para a comunicação entre Maria e Paulo, os cuidados que poderiam tomar para não incluir Pedro em suas negociações e ainda o tipo de comunicação que ele gostaria que existisse entre a mãe e ele, entre o pai e ele. Os pais se surpreendem ao saber a influência de suas discussões no humor de Pedro.

Fuks (2004) se refere à terapia como um “artesanato de contextos”. Comportamentos inadequados, ações que levam ao sofrimento, aquilo que anteriormente chamávamos de

“sintoma”, ocorrem em determinado contexto. Assim, a transformação vai ocorrer, talvez com impactos diferenciados, para todos os que transitam nesse cenário. Keeney (1987) refere-se a uma “estética”, introduzindo um conceito que não aponta para o julgamento do que é certo e do que é errado, mas para uma “arrumação” harmoniosa. É um organizador precioso para mim, quando me sinto demasiadamente atraída por alguma ideia do que seria “o melhor”, o que para mim implicaria no risco de diminuir minha liberdade em explorar opções. O termo “estética” vem de aisthesis, “sentir com”. O contrário disso é anestesia, “não sentir com”. “A estética é a ciência que cuida das constelações simultâneas do sentir” (Castiel, 1996, p. 225).

Quarta sessão (18/09/2009 – Maria e Paulo)

Já que nessa data anteriormente marcada, Pedro tinha uma atividade na escola, os pais vêm sozinhos. Fazemos uma retrospectiva dos encontros. Maria e Paulo estão um pouco tensos, trazem questões da época da separação. Troca de acusações.

Os pais, de maneira geral, não vêm com seus filhos à terapia para resolver seus problemas, mas inevitavelmente chegamos a pontos sensíveis do passado que ainda não se dissolveram. Nós, terapeutas, temos que ter delicadeza e pedir licença quando esses temas aparecem. As histórias de vida estão em contínua construção. Alguns problemas são complexos, devidos a fatores múltiplos. Isso não quer dizer que as relações não possam se harmonizar.

Quinta sessão (02/10/2009 – Maria e Paulo)

Pedro não pôde vir outra vez (segundo Maria, ele denominou “faltas” às suas ausências). As conversas entre os pais adquirem, a nosso ver, um colorido diferente. Eles acham que Pedro está lidando com mais leveza com o “quadrado”. Parece que fala mais também. O clima de acusações mudou para um mais colaborativo, onde o foco é a preocupação com Pedro e com suas questões. Exploramos a rede de participantes da vida de Pedro que podem ajudar a sustentar as diferenças conseguidas por todos, para que esse conjunto de pequenos esforços se transforme numa mudança. “A diferença que ocorre através do tempo é o que chamamos de mudança” (Bateson 1972, p. 452). “Minha convicção é que as relações terapêuticas se mantêm com aqueles que são verdadeiramente importantes nas vidas das pessoas fora da consulta; e é assim que deve ser” (Payne, 2002, p. 28).

Muitas vezes não sabemos o “que” exatamente favorece a mudança. Mas apostamos que as redes de conversas facilitadas na terapia possam servir de modelo para outras conversas no cotidiano. De alguma maneira, Maria e Paulo começam a se comunicar mais diretamente.

Sexta sessão (Pedro e os pais – 16/10/2009)

Parece que o “quadrado” diminuiu de tamanho, mas ainda preocupa. Usamos a metáfora de times de futebol, eles são torcedores de times diferentes. Pensamos no “Pedro Futebol Clube”: os jogadores de clubes diferentes jogam na mesma seleção nacional para enfrentar o time adversário. Eles têm a oportunidade de jogar no

mesmo time quando se trata de montar uma seleção para cuidar de Pedro.

Surge na conversa a proposta de uma sessão com Pedro e Maria e outra com Pedro e Paulo, a partir de alguns temas sobre a convivência no cotidiano.

Sétima sessão (Pedro e Maria – 30/10/2009)

Uma técnica que julgamos muito útil é o desenho da casa (Almeida, 2000). Muito simples, os membros da família recebem papel, cada um escolhe uma cor de caneta hidrográfica e a instrução é desenhar a planta da casa onde moram. Como em todo jogo, há regras: cada membro tem que usar apenas uma cor todo o tempo, o(s) terapeuta(s) não se envolve(m), avisa(m) que vai dar vinte minutos para a tarefa. A dinâmica comunicacional pode ser observada: quem toma a iniciativa, quem organiza, quem “ocupa” mais espaço. Terminado o tempo previsto, conversamos sobre o desenho, os sentimentos que surgiram, o que eles mesmos observaram de suas interações. Foi uma oportunidade para que mãe e filho conversassem sobre o uso dos espaços na casa, os incômodos. Quanto à dificuldade para dormir sozinho, Maria pela primeira vez fala que também tem medo de dormir sozinha e que acha que não ajuda muito Pedro nesse sentido. Formulam juntos alguns dispositivos de mútua ajuda de “crescimento”, segundo as palavras de Pedro. O nome da casa: A Melhor Casa.

Oitava sessão (Pedro e Paulo – 13/11/2009)

Utilizamos o mesmo jogo do desenho da casa, e, a partir daí, Pedro e Pau-

lo também têm oportunidade de falar sobre a convivência e incluir a mulher de Paulo, Rosa, como personagem desse “lado da família”, que é como Pedro fala. O nome da casa: Casa Aberta. Aqui nos chama a atenção a forma positiva como Pedro batiza as duas casas.

Nona sessão (Maria e Paulo – 27/11/2009)

Com a proximidade do aniversário de Pedro, os pais decidem vir sozinhos, já que nos anos anteriores as negociações foram muito difíceis. Pedro fica sempre muito tenso, porque adora comemorar o aniversário, mas teme o conflito entre os pais. Ficaram refletindo sobre o desenho que Pedro havia feito (fig. 2) e, com a facilitação dos terapeutas e da equipe, conseguem chegar a um acordo sobre que tipo de festa poderiam oferecer, a partir dos desejos que o filho já havia manifestado. Combinam que, de agora em diante, irão alternar a responsabilidade da organização da festa de Pedro.

Surge a ideia de comemorar ali no espaço terapêutico, como encerramento, o aniversário de Pedro, já que a última sessão está marcada para essa data.

Décima sessão (Pedro, Maria e Paulo – 11/12/2009)

Aniversário de Pedro – Avaliação, despedidas e festa.

A família chega. Contam-nos contos de mudança. Não contos perfeitos, idealizados. Contos de transformação, de desejos ainda não realizados, de desencontros... contos de esperança. Comemoramos com as bolas coloridas, os

refrigerantes, o bolo trazido pela equipe que participou durante todo o processo. Com alegria, com incerteza; com confiança, com dúvidas; com entusiasmo, com pessimismo. Com todos esses ingredientes que compõem a massa da vida.

CONCLUSÃO

“Como você participa na vida do problema?” (White, 1988) foi uma das perguntas mais instigantes quando eu ainda era uma terapeuta iniciante, e continua sendo um orientador.

“O que podemos transformar são as ações, não os rótulos” (Andersen, 1996). Ou seja, as relações que as pessoas mantêm com o problema.

Muitas vezes nos esquecemos que as conversas moldam novas realidades. A isto chamo “mágica”: mágica quer dizer transformação, e a mágica que fazemos na vida, à diferença dos contos de fadas, exige esforço, determinação e tempo. Não é instantânea. Coconstruindo pontes de significado com as crianças, entre estas e seus responsáveis, facilitamos a passagem do lugar de mal-estar para um bem-estar a que nos referimos no início deste artigo. Essa é a minha responsabilidade, que contém tudo o que vivi na minha vida de estudo e treinamento, como terapeuta e como pessoa de uma maneira geral. Quando percebo uma mudança que gera outras mudanças, no presente, no passado e no futuro na vida dos clientes (que também geram mudanças na minha própria vida), isso me alenta e emociona: significa uma transformação na “herança” que será legada para outras gerações. Estas experiências múltiplas compõem a minha bagagem, onde posso procurar ferramentas que me

forneçam pontos de apoio para que nos sustentemos mutuamente, terapeuta e clientes, e para que não corramos a buscar a segurança quando surge a incerteza, a imprevisibilidade, a instabilidade, matérias-primas para a mudança e a transformação, vicissitudes. Como um jardineiro fiel, nosso ofício é tentar manter os espaços onde os brotos conquistados de esperança possam ganhar força, crescer e florescer.

PÓS-ESCRITO

Ainda ao escrever este artigo envie uma mensagem para Maria, lembrando que há um ano estávamos encerrando o processo terapêutico e comemorando o aniversário de Pedro. Ela respondeu prontamente, transcrevo alguns trechos abaixo. Depois lhe pedi o endereço de Paulo, a quem também enviei uma curta mensagem.

Eloisa, que bom q você entrou em contato. Já transmiti seu recado ao Pedro, que ficou atento e... não disse nada, como é do jeito dele.

Conforme combinamos, esse ano quem está organizando o aniversário dele sou eu... Esse ano será somente a maratona de passar um dia com amigos no clube e depois um parabéns na casa do pai ou na minha. Fizemos tudo de forma tranquila. O Paulo separou e acho que teve que lidar com algumas coisas que de uma forma ou de outra, o fizeram refletir... a atitude dele mudou. Somos como somos. Mas já até pude conversar com ele sem me sentir na retranca. Pedro está super bem, nesse aniversário a metade dos convidados são meninas (ano passado só tinha menino). Outro dia ele ponderou que este

ano chorou só algumas vezes na casa do pai. Descobri que meu filho é dramático como eu. Fui até falar com ele sobre isso – que ele não precisava ser assim e tal – e ele disse que sabia que era assim, como eu, e não tinha problema, era só jeito. Acho que os resultados foram bons. Fico um pouco preocupada ainda porque ele é muito quietinho na escola e não queria ser e aqui em casa não é nada quietinho. Mas isso pode mudar. O quadrado sumiu. Um dia ele falou nele, conversamos e não apareceu mais. Bom saldo, não é?

Manda um beijo para todos e diga que eu agradeço muito.

Ah! Esse ano Pedro ficará comigo no Natal e passaremos o primeiro Natal juntos com minha meia-irmã, a tia Lucinha. Ele ficou mais feliz do que eu esperava. Ele sempre falava disso, que queria passar o Natal com minha família também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, T.** (2000). A nossa casa. In H. Cruz (org.) *Papai, mamãe, você... e eu?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ANDERSEN, T.** (1996). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro: Noos.
- ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H.** (1993). O cliente é o especialista: uma abordagem para a terapia a partir de uma posição de não saber. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 2(03), 08-24.
- CASTIEL, S.** (1996). Em busca de um terapeuta poético. In L.C. Prado (org.) *Famílias e terapeutas: construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CECCHIN, G.** (1993). De la estrategia a la no-intervención: hacia la irreverencia en la practica sistémica. *Sistemas Familiares*, 9(3).

- _____. (2004). Nova visita à hipotetização, à circularidade e à neutralidade: um convite à curiosidade. *Nova Perspectiva Sistêmica*, XIII(24).
- COOPERRIDER**, D.L. (1995). Introduction to Appreciative Inquiry. In W. French & C. Bell (Eds.). *Organization Development*. Cleveland: Prentice Hall.
- CRUZ**, H., **RIGHETTI**, R. (2009). Terapia de Família com crianças pequenas. In Osorio & Valle (org.) *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- ELKAÏM**, M. (1990). *Se você me ama não me ame*. São Paulo: Papirus.
- EPSTON**, D., **FREEMAN**, J., **LOBOVITS**, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Buenos Aires: Paidós.
- FUKS**, S.I., **VIDAL ROSAS**, E. (2009). “FSPC: La Facilitación sistémica de procesos colectivos. Una “Artesanía de Contextos” para la promoción de la creatividad, el acompañamiento de procesos participativos y la generación de relaciones de cooperación en el trabajo colectivo (grupos, instituciones, comunidades y redes)”. *Sistemas Familiares*. 25 (2).
- FUKS**, S. (2004). Craftsmanship of contexts: an yet unfinished story of my connection with CMM. In B. Pearce, J. Kearney. *Human Systems*. Special Edition: CMM Extensions and Applications, vol. 15 KCC (eds.), Londres, Guest, Issues 1-3.
- _____.(1993). Entrevista com Saúl Fuks. Entrevista realizada por R. Rapizo. *Ituy*, Rio de Janeiro: Noos.
- GEERTZ**, C. (2001). Saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa, Petrópolis: Vozes.
- GERGEN**, K. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Noos.
- HARRÉ**, R. (2004). *Positioning theory*. Recuperado de <http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/positioning.doc>.
- HERRIGEL**, E. (1987). *A arte cavalheiresca do arqueiro zen*. São Paulo: Pensamento.
- IBÁÑEZ**, T. (2004). O giro linguístico. In: L. Iñiguez (coord.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes.
- KEENEY**, B. (1987). *La estetica del cambio*. Buenos Aires: Paidós
- MYERHOFF**, B. (1986). Life not death in Venice: its second life. In V. Turner & E. Bruner (eds.). *The anthropology of experience*. Chicago: University of Illinois Press.
- PAKMAN**, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares: una perspectiva constructivista. In J.M. Delgado & J. Gutierrez (coords.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales*. Madri: Síntesis.
- PAYNE**, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- RASERA**, E., **JAPUR**, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- ROSAS**, E.V. (2010). A construção do estilo do terapeuta: sobre bússolas e GPS. In: C. Ladiscat. *Psicologia: campo de atuação, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Booklink.
- ROTH**, S., **EPSTON**, D. (1996). Developing externalizing conversations: an exercise. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), 5-12.
- SCHÖN**, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WHITE, M. (1986). Negative explanation, restraint and double description: a template for family therapy. *Family Process*, 25(2).

_____. (1988). The process of questioning: A therapy of literary merit.

Dulwich Centre Newsletter, Winter, 8-14.

WHITE, M., EPSTON, D. (1992). *Experience, Contradiction, Narrative & Imagination*. Australia: Dulwich Centre Publications.

PILARES TEÓRICOS DA MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

TÂNIA ALMEIDA

Médica e mediadora. Diretora do *Mediare – Diálogos e Processos decisórios. Mestranda em Mediação de Conflitos (Master Latinoamericano Europeo en Mediación) pelo Institut Universitaire Kurt Bösh (Suíça) em convênio com a Universidad de Salta (Argentina). Short Term Consultant do Programa Latino-Americano de Mediação de Conflitos do Banco Mundial.*
mediare@mediare.com.br

Recebido em 19/05/2011

Aprovado em 19/06/2011

* Em *Interdisciplinaridad en Educación* (1994, p. 24), Ezequiel Ander-Egg estabelece distinções entre multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade – uma perspectiva epistemológica que não somente entrecruza e interpenetra diferentes disciplinas como apaga os limites entre elas, integrando-as em um único sistema.

** O compartilhamento de conhecimento é premissa para um mundo sistêmico no qual a articulação de saberes, sua interdependência e complementaridade se evidenciam como benéficas quando consideradas. Essa crença motiva a educação continuada preconizada pela Mediação, como forma de manter seus praticantes atualizados com relação a novos e constantes aportes.

CONFLICT MEDIATION – THEORETICAL FOUNDINGS

RESUMO: Este artigo corresponde a um segmento de minha dissertação de mestrado sobre Mediação de Conflitos – A Caixa de Ferramentas em Mediação: objetivos, operacionalização e impactos esperados; articulações e aportes teóricos. Aqui estão selecionados quatro pilares teóricos que sustentam o cenário onde a Mediação se desenvolve – a ética, o pensamento sistêmico, o processo de diálogo e os processos reflexivos. A linguagem é tratada como o solo no qual esses pilares teóricos e todos os demais que sustentam essa prática estão erigidos.

PALAVRAS-CHAVE: autocomposição de conflitos, diálogo, debate, reflexão

ABSTRACT: This article has to do with a segment of my Master's Paper about Conflict Mediation – The Conflict Mediation Toolbox: targets, process and expected impacts; theoretical proposition and input. I have selected four theoretical pillars that support the scenario where Mediation develops – the ethics, the systemic thought, the dialogue and reflective process. Language is dealt with as the ground on which such pillars – the theoretical ones as well as the other ones that sustain this practice – are built.

KEYWORDS: conflict resolution, dialogue, debate, reflection

A multiplicidade dos aportes teóricos em Mediação deve-se à contribuição de diferentes pensadores que, ao longo do tempo, têm agregado conhecimento a essa prática e ampliado suas intervenções em quantidade e qualidade.

Como não faz restrição à profissão de origem, a Mediação pode enriquecer-se com olhares e contribuições advindos de distintos saberes – caráter transdisciplinar da Mediação*. Esse dinamismo dá à *caixa de ferramentas* um caráter multidisciplinar e de perene construção. Aberta à atualização e a novos aportes – são inúmeras e constantes as ofertas nesse sentido –, a prática da Mediação vem sendo enriquecida permanentemente**.

Dos inúmeros pilares teóricos passíveis de serem selecionados para compor a base dessa prática, elegi: os norteadores éticos, o pensamento sistêmico, o processo de diálogo e os processos reflexivos. O solo onde esses quatro pilares estão assentados é a linguagem – cenário no qual somos aculturados e para o qual contribuimos com a nossa existência.

A linguagem como forma de expressão social é assim pensada pela *filosofia pragmática da linguagem**** e não deve ser examinada em abstrato, mas sim em relação ao contexto social e cultural que a constrói e utiliza. No campo da linguística e da comunicação, a *análise de discursos***** tem como objetivo identificar a natureza dos textos oriundos de diferentes pontos de vista – ideológico, contextual, social, político e cultural, dentre outros – e os considera como construções sociais, e não individuais. Refletem não exclusivamente a visão de mundo de seu autor, mas também a época e a cultura em que estão imersos. Assim, os contextos emolduram os textos.

Movida pela crença da coautoria como base de sustentação para toda e qualquer expressão de pensamento teórico – são sempre o produto de articulações

feitas a partir do que foi lido ou debatido anteriormente com interlocutores vários –, reafirmo que este texto é um recorte feito pelo meu olhar, pelo sujeito social que sou, e estímulo os leitores a ampliarem essa base de sustentação teórica.

Na minha dissertação de mestrado foram eleitas duas referências bibliográficas distintas de todas as demais para cada ferramenta que compõe o conjunto relativo aos temas trabalhados – etapas do processo de Mediação, procedimentos, aportes de comunicação e de negociação. Mantive esse formato com relação aos quatro pilares teóricos aqui destacados. As referências seguem comentadas para possibilitar ao leitor a exploração das fontes a partir também da descrição sumarizada de cada obra. Há nessa proposta um incentivo à busca de distintas naturezas de leitura para enriquecer as articulações que mediadores possam fazer, quando pensarem teoricamente.

I. NORTEADORES ÉTICOS

A ética – do grego *ethos* –, que significa o conjunto de costumes, hábitos e valores de uma determinada sociedade ou cultura, diz respeito à nossa experiência social cotidiana e convida-nos à permanente reflexão sobre como agimos na interação com o outro. Assim, a liberdade humana ficaria restrita por valores éticos, introduzindo uma das noções mais fundamentais da ética, a do dever para com o outro. Ética e Mediação são do campo da prática, motivo maior da articulação aqui feita.

A tradução romana de *ethos* – *mos*, *moris* – deu origem à palavra *mo-*

ral em português (do latim *moralis* – usos e costumes; do grego *éthicos* – doutrina do caráter). Para alguns, moral e ética guardam semelhança. Para outros, distinção. Como moral, a cultura ocidental entende o conjunto de valores e regras de ação propostos a indivíduos ou grupos por contextos prescritivos, como a igreja, a família, as instituições de ensino, dentre outros. Esses conjuntos são validados como códigos morais, como princípios de conduta de um determinado contexto. Também denominamos moral o nível de obediência demonstrado pelo comportamento dos indivíduos relativo a essas regras ou valores. Para os que estabelecem distinção entre ética e moral, ética é gênero e moral, espécie. Ética diz respeito, em primeira instância, à prática interativa com o outro.

Segundo Danilo Marcondes (2007), poderíamos distinguir três dimensões do que entendemos como ética: (i) uma de costumes e práticas, não dissociada da realidade sociocultural concreta; (ii) uma prescritiva ou normativa, contida, por exemplo, nos códigos de ética profissionais, cristãos, kantianos etc, regidas por preocupações temáticas específicas; (iii) e outra reflexiva ou filosófica – a metaética, que examina e discute os fundamentos das práticas e os valores que as sustentam, permitindo a análise crítica por seus praticantes, ou não praticantes.

Com a velocidade das mudanças, o dinâmico avanço tecnológico e a consequente diversidade de valores de referência que caracterizam esse momento histórico, a sensação de crise ética emerge e nos (re)coloca em contato com a relatividade de valores e normas de conduta e em permanente

*** A filosofia pragmática da linguagem tem no inglês John Langshaw Austin (1911-1960) um dos maiores representantes desta ideia. Austin foi o primeiro formulador da teoria dos atos da fala. Junto com Wittgenstein (1889-1951) valorizou o uso concreto dos termos e expressões em seus contextos habituais de fala (*ordinary language*).

**** Foucault (1926-1984) dedicou-se, igualmente, à análise de discursos, privilegiando não o estudo de um discurso já pronto, mas sim a sua produção. Seu método arqueológico de análise envolve a escavação, a restauração e a exposição de discursos com o objetivo de enxergá-los articulados com um determinado momento histórico. Não há em sua *arqueologia* a busca da origem ou de significados secretos, e sim a busca da compreensão das condições que possibilitaram a emergência de um discurso em um certo momento histórico.

conexão com a dimensão *reflexiva ou filosófica*, mencionada por Marcondes. Assim que, para não repetirmos o estabelecido, o habitual, é preciso que a reflexão diuturna sobre como e por que agimos de uma determinada maneira nos acompanhe.

A dimensão reflexiva ou filosófica citada por Danilo Marcondes foi eleita, neste artigo, como norteador de análise dos valores éticos que atravessam a Mediação. É uma seleção dentre tantas outras possíveis, e tangencia o pensamento de alguns filósofos – Aristóteles, Kant e Max Weber – que se ocuparam do tema.

Aristóteles é o autor do primeiro tratado ocidental sobre ética no sentido relacional que empregamos hoje. O texto-ícone, dentre um conjunto de textos, foi dirigido a seu filho, Nicômaco, e ofereceu linhas centrais para as posteriores discussões ocidentais sobre o tema.

Em Aristóteles, a ética pertence ao campo do saber prático,* aquele que nos norteia a agir com *prudência e/ou discernimento*, ou seja, a deliberar bem a respeito do que é bom e conveniente para si e para o outro, tendo como objetivo a *felicidade e/ou realização pessoal*.

Para Aristóteles, a felicidade corresponde ao bem-estar relacionado ao que realizamos com excelência, um bem final – aquele que é desejável em si, e não por causa de outra coisa. A excelência que pautaria nossas realizações é entendida pelo filósofo como *virtude*. A virtude não seria inata, mas poderia ser ensinada e resultaria do hábito,** sendo, portanto, necessário praticá-la sempre para ser internalizada.

A Mediação é um instrumento que auxilia sujeitos a negociarem suas di-

ferenças pautados no *discernimento* e na *virtude* aristotélicas. As ações éticas baseadas nessa natureza de discernimento e de virtude são resultantes de uma análise crítica interna permanente, no que tange à interação com o outro, independentemente de uma normativa externa. Tais ações éticas estariam ainda pautadas na justa medida da doutrina aristotélica do meio-termo, aquela que evita os extremos caracterizados pelo excesso e pela falta.

Quando em Mediação nos referimos à boa-fé, estamos assentados na crença aristotélica de que é possível aos seres humanos prescindirem de leis externas para pautarem suas condutas de forma a considerar o outro como legítimo em suas necessidades, que devem ser atendidas, tanto quanto as próprias, na justa medida. Um outro legítimo também em suas versões, em suas formas de descrever o mundo e os eventos, que devem ser prestigiadas tanto quanto as próprias.

Kant é dos mais influentes pensadores sobre ética da modernidade. Propõe uma ética baseada em princípios e tem como tema central a *razão* no sentido teórico e prático – como a razão opera e seu(s) objetivo(s). O pressuposto fundamental da ética kantiana é a autonomia da razão, e *Crítica da Razão Prática* é seu trabalho mais significativo nesse campo. Existiria no sujeito maduro – aquele pautado no próprio entendimento – autonomia para o exercício (público) da própria razão, o que caracterizaria a sua liberdade.

Está em Kant o célebre princípio do *imperativo categórico* – age somente de acordo com aquela máxima pela qual possa ao mesmo tempo querer que ela se torne uma lei universal – ou seja, o critério fundamental do caráter ético

* Seriam três as grandes áreas que sistematizam a experiência humana: o saber teórico, ou o campo do conhecimento, o saber prático, ou o campo da ação, e o saber criativo, ou o campo da produção.

** Hábito tem a mesma raiz etimológica que ética.

de um ato está em sua universalidade. O que faço em nada deve diferir do que aceito que façam comigo.

Agir de forma que a ação possa ser considerada universal (válida também para o outro) é princípio presente na Mediação quando esta solicita que mediandos se proponham, em dupla mão, soluções de benefício mútuo, pautadas também nas necessidades e possibilidades de todos. As necessidades e possibilidades de todos podem ser identificadas quando há permissão interna para visitar a perspectiva do outro.

Max Weber, um dos fundadores das ciências sociais contemporâneas, preocupado com a influência do protestantismo calvinista na formação da sociedade e da cultura europeias, teve como um dos temas centrais de sua análise social e política a questão dos limites da responsabilidade moral.

Weber formulou a célebre distinção entre uma ética pautada na convicção e uma ética pautada na responsabilidade, oferecendo novos vieses para a análise das condutas interativas humanas.

A *ética da convicção* estaria assentada no compromisso com valores associados a determinadas crenças, religiosas ou não. Seria mais rígida e dogmática e daria mais importância às intenções dos praticantes do que aos resultados de seus atos. Vale ressaltar que, mesmo atendendo a essas características, a prática advinda dessa natureza ética, pelo fato de desconsiderar resultados, não diz respeito à irresponsabilidade, mas sim à convicção.

A *ética da responsabilidade* estaria assentada em atos cujas consequências, assim como a relação entre meios e fins, seriam avaliadas. Seria mais crítica, preocupada com a prática e

mais adequada à tomada de decisões. Vale ressaltar que, mesmo atendendo a essas características, a prática advinda dessa natureza ética, pelo fato de considerar resultados, não diz respeito ao oportunismo sem princípios, mas sim à responsabilidade.

A Mediação pede aos mediandos que avaliem seus atos e decisões pautados na ética da responsabilidade, contrariando, por vezes, convicções culturais. Solicita que examinem as consequências de seus atos para todos os direta e indiretamente envolvidos, assim como os meios que utilizam para obter o que desejam e suas finalidades.

Ambas – ética da convicção e ética da responsabilidade – não obrigatoriamente se excluem. Quando as considerações das consequências, pertinentes à segunda, e os compromissos com as convicções relativos à primeira entrarem em conflito em um processo de Mediação, a decisão deverá ser conscientemente tomada no sentido de qual dos dois norteadores deverá prevalecer.

II. PENSAMENTO SISTÊMICO

Thomas Kuhn (2006), ao investigar o processo das descobertas e invenções humanas, contribuiu também para dar destaque à ideia de paradigma (do grego *parádigma*, modelo, padrão): um sistema de crenças que rege nossa visão de mundo, a interpretação dos fatos, nossas ações e curiosidade.

Paradigmas são construídos ao longo da existência a partir da microcultura familiar, do tempo, lugar, momento e contexto em que vivemos. Os paradigmas compartilhados cons-

tituem-se base da organização social. Na visão de Humberto Maturana,* paradigmas funcionam como domínios explicativos, gerando domínios de coerências operacionais na prática daqueles que partilham de um determinado sistema de crenças – uma família, uma comunidade, um grupo social ou profissional.

Como os paradigmas que regem nossas descrições dos fatos correspondem a construções sociais, as noções de verdade, realidade e objetividade ganharam parênteses, na visão de Maturana. Esses parênteses são representantes gráficos e simbólicos da impossibilidade de apreensão da verdade, da realidade e da objetividade,

Até a primeira metade do século passado estivemos imersos no paradigma cartesiano, de natureza mecanicista e pautado na linearidade da relação direta entre causa e efeito. Como paradigma científico – aquele que valida conhecimentos –, a linearidade fez o papel de organizar a sociedade em torno aos seus princípios. Segmentamos o conhecimento em disciplinas, nos subespecializamos e, regidos pela equação causa e efeito, passamos a analisar e a lidar com os eventos, estreitamente regidos por conhecimentos específicos. É exemplo disso a visão monocular das nossas especificidades profissionais.

As mudanças paradigmáticas se dão a partir do consenso sobre a insuficiência e a ineficácia do paradigma vigente. Por isso, mudamos as leis, os comportamentos, uma maneira de vestir etc. Essas mudanças são processuais e, por vezes, se dão a partir de um movimento que inclui a experimentação do novo e visitas ao antigo jeito de ser ou proceder. Um ir e vir denominado por Dora Schnitman

(1986) de estado oscilatório – um movimento pendular entre o novo e o antigo paradigmas acontece até que o mais recente possa se instalar na cultura.

Os mediandos experimentam esse estado oscilatório, entre o paradigma da disputa e da adversarialidade e o da colaboração, durante o processo de Mediação e até mesmo após o seu término. Até que consigam colocar os dois pés em um novo *modus operandi*, “surpreendem” o outro (e a si mesmos), intercalando mudanças em termos de comportamento e de atitudes com ações e interpretações antigas.

A Mediação guarda coerência com novos paradigmas e tende a se instalar definitivamente na cultura ocidental quando a oscilação entre antigas e novas crenças ganhar maior estabilidade e, concomitantemente, quando um significativo grupo social – em termos de quantidade e credibilidade – lhe der validação.

O pensamento sistêmico** veio ampliar nossa visão sobre os eventos e sobre o mundo em que vivemos, constituindo-se, na contemporaneidade, pilar para todas as ciências. Ele entende o mundo como um sistema, o que significa percebê-lo como um todo integrado, composto de diferentes elementos interdependentes que interferem uns nos outros em maior ou menor proporção.

Essa ideia pode ser transposta para qualquer conjunto de elementos em convivência – em nível micro, como a família, ou macro, como um país ou o universo – e sustenta os processos de diálogo recém-inaugurados pelas nações para cuidar dos interesses comuns – os mercados, a economia, a ecologia e a sustentabilidade do planeta, dentre outros.

* Humberto Maturana é um biólogo chileno que em muito contribuiu para as visões paradigmáticas construtivista e construcionista social – como o homem constrói a realidade e como se constrói esse homem que constrói a realidade, respectivamente – a partir de análises da própria constituição biológica dos seres vivos. Ver em MATURANA (1995).

** Ludwig von Bertalanffy foi um biólogo austríaco que publicou em 1968 a *Teoria Geral dos Sistemas*, obra dedicada a identificar os princípios gerais do funcionamento dos sistemas vivos. O paradigma sistêmico rege hoje o pensamento científico e abriga conceitos como o de totalidade – o resultado da interação de diferentes elementos de um sistema é diferente da sua soma – e o de interdependência – marco emblemático da teoria sistêmica.

O paradigma sistêmico é o grande responsável pela ideia da interdisciplinaridade, pela proposta da complexidade* e pela crença na causalidade multifatorial, dentre outras visões novo-paradigmáticas. Veio nos salvar da percepção estreita da visão monocular e nos possibilitou identificar que a eficácia de nossas atuações deve-se também ao tratamento multidisciplinar que lhes podemos conferir. Compartilhar e integrar conhecimento tornou-se uma máxima.

A crença no paradigma sistêmico nos traz algumas importantes consequências, todas passíveis de serem articuladas com a prática da Mediação:

- i. os eventos com os quais lidamos são sempre parte de uma cadeia maior de ocorrências – no caso dos conflitos trazidos à Mediação, eles foram iniciados antes do recorte apresentado à mesa de diálogo e terão sequência para além da finalização do trabalho de construção de consenso;
- ii. nossas intervenções ajudam a mudar o curso da vida dos eventos e das pessoas e precisam estar pautadas no cuidado, na análise multifatorial e em ações multifocais; implica, igualmente, em não perdermos de vista a repercussão que possam ter na vida dos direta e dos indiretamente envolvidos na situação – nossas intervenções nos escapam do controle e da previsão, o que demanda ainda maior cuidado de atuação;
- iii. a interdependência entre os atores do evento conflitivo é fato e, tal como acontece com o planeta Terra, os melhores resultados de sua interação virão de atuações colaborativas (e não das com-

petitivas); cada ator é sujeito e objeto de sua própria ação o que implica administrar os benefícios e as consequências dos próprios atos e decisões;

- iv. os fatores que contribuem para os resultados são múltiplos – multifatorialidade – e dependem da interação entre vários elementos do sistema. No caso da Mediação, é preciso considerar o ambiente do desentendimento – entorno físico e humano – e dimensionar sua participação na construção do conflito e na sua resolução;
- v. uma das maiores contribuições que o pensamento sistêmico oferece ao homem é o convite ao protagonismo e à autoimplicação; como elementos de um mesmo sistema, somos coautores e corresponsáveis pelo que nos proporcionamos e pelo que proporcionamos ao outro viver; como estou contribuindo para o que ocorre comigo e com o outro é pergunta pertinente para mediandos e para mediadores – a autoimplicação convida à corresponsabilidade;
- vi. o mundo sistêmico é o mundo das diferenças, uma vez que os sistemas são compostos por distintos elementos em interação e que reside nessa diversidade a possibilidade de complementaridade e de sobrevivência para o próprio sistema; assim que, salvo por lesão à ética, todos e todas as ideias são legítimas e passíveis de articulação na Mediação e na convivência.

O protagonismo, a autoimplicação, a colaboração dos mediandos

* Em *Ciência com Consciência*, Edgar Morin (1996) oferece reflexões sobre a interferência no campo das ciências físicas, biológicas e sociais da mudança do paradigma da simplicidade para o da complexidade. Para o autor, enfrentar a complexidade do real significa considerar a simultaneidade dos opostos, do singular e do fortuito, sempre.

na busca por consenso, o reconhecimento da legitimidade do outro com suas diferenças e a consolidação de soluções de benefício mútuo, pressupostos da prática da Mediação, assim como o reconhecimento de nossa contribuição e participação como mediadores para o que é coconstruído, convertem a atuação sistêmica em exercício ético.

III. DIÁLOGO COMO PROCESSO

Estuda-se hoje o viés produtivo da mágica arquitetura do diálogo – uma prática interativa, um momento em que a expressão, a escuta e a indagação na busca pelo esclarecimento são compartilhadas, visando um pensar e um refletir juntos (Isaacs, 1999).

O estudo dos diálogos possibilitou adjetivá-los, tomando em conta suas qualidades, finalidades e princípios. Diálogos produtivos e debates, diálogos generativos e apreciativos, diálogos verbais e não verbais, diálogos escritos e falados, reais ou virtuais, são exemplos de diferentes qualidades dessa prática da conversa.

Teóricos da comunicação como Watzlawick – *Pragmática da Comunicação Humana*; filósofos como Habermas – *Teoria da Ação Comunicativa*; Foucault – *A Ordem do Discurso*; ou Sócrates, com sua maiêutica; ou ainda pesquisadores do diálogo como William Isaacs – *Diálogo e a Arte de Pensar Juntos* –, dentre outros, nos brindam com reflexões que chamam a atenção para aspectos plurais da construção dos diálogos.

O que sobressai nos estudos mais contemporâneos a respeito é a busca incessante – pesquisa e prática – por características que tornem os diálo-

gos produtivos – aqueles que privilegiam a escuta à contra-argumentação, a construção de consenso ao debate, o entendimento à disputa. É como se já tivéssemos nos ocupado o suficiente de diagnosticar as mazelas dos diálogos, por meio de inúmeros processos de análise, e estivéssemos agora voltados para o objetivo de obter uma conversa que gere bons frutos.

Estamos, nesse momento da convivência, especialmente interessados no estudo de diálogos em situações de crise, e temos nos valido de terceiros, especialistas na matéria, para auxiliar pessoas a bem aproveitar a possibilidade transformadora das Crises. Os Diálogos *Apreciativos* (Cooperrider, Whitney, Stavros, 2005) e os *generativos* (Schnitman, 2000) são recursos e objeto de estudos para essa finalidade. Inspirados no passado e no presente – diálogos apreciativos – ou no futuro – diálogos generativos –, seus mais recentes objetos de investigação são os bons resultados.

Nos apreciativos, busca-se diagnosticar o que bem funcionou, o que ao longo da convivência pretérita foi produtivo, com vistas a trazer esses elementos à consciência, de forma a bem aproveitá-los no presente e no futuro, em especial nas situações de crise – oportunidades de mudança e de reconstrução de novas interações e ações. Resgatar aspectos positivos para alimentar o presente e o futuro coloca as pessoas envolvidas no desentendimento em contato com seu potencial para o bem fazer.

Nos diálogos generativos, auxilia-se as pessoas a desenharem o futuro almejado e, a partir dessa visão prospectiva, busca-se com elas identificar o que é necessário integrar no presente para que o objetivo futuro identi-

ficado seja alcançado. Construir um presente a partir de um futuro desejado e projetado convida as pessoas a serem ativas, coconstrutoras de novas realidades e atitudes, desenvolvidas a partir de momentos de crise.

A relação com o outro é o palco que possibilita expor e ouvir ideias, ser considerado e considerar, e precisa, portanto, ser bem cuidada. Como observadores, sabemos exatamente quais as imperfeições daqueles que conosco dialogam. Como atores, não nos damos conta das nossas inadequações nem nos damos conta de como contribuimos para que as inadequações do outro surjam.

Nos diálogos produtivos, trata-se bem o outro e trata-se com seriedade e seriedade as questões; neles, pontos de vista são oferecidos ou complementados. Nas discordâncias, sem que o interlocutor seja desqualificado, outros pontos de vista são apresentados e validados pela diferença que aportam e não pela competição com a ideia anteriormente oferecida.

Nos debates, trata-se mal o outro e relega-se a segundo plano as questões. Neles é preciso atacar o outro, seus feitos e suas ideias mais do que atacar as questões, mesmo quando as questões são o objeto de interesse e o pretexto para a conversa. Nos debates derruba-se, elimina-se e desqualifica-se pontos de vista. E com eles seus autores.

Segue quadro que demarca distinções entre o diálogo e o debate:

Diálogo	Debate
Procura-se construir consenso ou, genuinamente, almeja-se uma escuta respeitosa de entendimento (cooperativo).	Procura-se que haja um ponto de vista vencedor; conseqüentemente, haverá um ponto de vista perdedor (adversarial).

Um escuta o outro para entendê-lo em busca do consenso ou somente para compreender o seu ponto de vista.	Um reafirma o seu ponto de vista sem escutar o do outro; ou ainda escuta o outro com o objetivo de reunir contra-argumentos.
Um toma o seu ponto de vista como possibilidade e toma a ideia do outro também como possibilidade.	Um toma o seu ponto de vista como verdade e desqualifica o ponto de vista do outro.
Espera-se de todos os participantes a possibilidade de flexibilização de suas ideias.	Espera-se a irredutibilidade e a crítica à posição ou à ideia do outro.
Busca-se a melhor solução apresentada ou aquela composta por um <i>mix</i> das ideias trazidas. Todos contribuem para construir parte da solução.	Busca-se a prevalência de uma(s) ideia sobre a(s) outra(s) e trabalha-se para excluir as ideias dos opositores.
Busca-se um comum entendimento.	Demarcam-se diferenças.

Faz parte da competência social deste início de milênio a habilidade para conviver e bem lidar com a diferença. Diferença entre pessoas, culturas, ideias. O mundo contemporâneo exige flexibilidade – em função da velocidade das mudanças e da diversidade inerente à convivência – e demanda, conseqüentemente, a capacidade de negociar via diálogo.

O resultado positivo dos diálogos é *ativo intangível* extremamente valorizado nas convivências privadas, comunitárias e corporativas. O relacionamento com o outro, a capacidade interativa, a habilidade para compor redes e parceria é exigência deste milênio em que a sobrevivência fica garantida somente se ações cooperativas puderem existir.

A sustentabilidade de qualquer projeto – pessoal, comunitário, corporativo, nacional ou continental –

alimenta-se de coautoria. A coautoria amplia, em muito, o comprometimento com a prática das ideias e a execução dos projetos. Somente o diálogo produtivo viabiliza a coautoria.

É a incessante busca pelo diálogo produtivo que propicia o contínuo redesenho de novos instrumentos de entendimento neste momento da nossa existência, especialmente aqueles voltados para a construção de consenso entre pessoas em dissenso ou entre múltiplos atores com significativas diferenças de qualquer natureza.

IV. PROCESSOS REFLEXIVOS

Em março de 1985, Tom Andersen colocou em prática, pela primeira vez, a ideia da *equipe reflexiva* (2002). Havia já, pelo menos dez anos de estudos embasando essa possibilidade, conversada internamente dentro da equipe do hospital psiquiátrico de Tromsø, Noruega, coordenada por Tom Andersen. Uma das grandes questões para encaminhar um procedimento diferente com as famílias que atendiam era: *podemos conduzir uma entrevista sem a possibilidade de fazer uma intervenção final?* À época, a intervenção final em trabalhos daquela natureza era uma máxima e possibilitava que a família voltasse para casa com o *parecer* da equipe de atendimento sobre as questões trazidas.

A equipe reflexiva era oferecida à família como possibilidade e funcionava de forma que cada membro que a integrava ofertava descrições outras que se lhes ocorriam, enquanto ouviam os componentes da família. A equipe falava entre si, e o caráter das

intervenções era especulativo, ou seja, os conteúdos das falas eram apresentados como possibilidades, não como pareceres; como versões e não como verdades. Após a escuta, a família comentaria ou não o que havia escutado. A proposta era gerar reflexão e não a inversão de pareceres – a família dizendo o que havia considerado pertinente dentre o que ouvira. A reflexão poderia ocorrer ainda ali no atendimento, ou fora dele.

Era nova aquela proposta de trabalho. Era novo o lugar conferido aos terapeutas e, conseqüentemente, à família. Terapeutas com menor demonstração de saber e famílias diante de versões outras sobre suas questões, para ativamente, via reflexão, ampliarem ou não seu entendimento, e, por consequência, o curso de ações.

Tom Andersen escreveu artigos e livros sobre essa proposta, articulou seu pensamento com o de outros teóricos e deixou um suporte extremamente rico para reflexões futuras sobre *processos reflexivos* em diálogos que visem a contribuir para mudanças. Aqui entra a articulação com a Mediação.

A Mediação e o atendimento coordenado por Tom Andersen têm em comum o mútuo interesse, entre equipe de atendimento e atendidos, em juntos gerarem um funcionamento distinto do vigente, uma vez que o funcionamento vigente provoca desconforto. Esse mútuo interesse de propósitos possibilita que os dois sistemas – atendido e atendente – trabalhem ideias que convirjam na direção do entendimento sobre as motivações que geram o desconforto e na construção de possíveis mudanças.

A base desse diálogo é a reflexão – atendidos refletem a partir do que es-

cutam de si mesmos e a partir do que escutam da equipe atendente (perguntas e novas versões possibilitadas, por exemplo, pelos resumos); equipe atendente reflete a partir do que escuta dos atendidos e das intervenções que a própria equipe gera: (i) reflete para construir as intervenções; (ii) reflete sobre o fato de as terem eleito para compartilhar com os atendidos; (iii) reflete sobre o motivo da eleição dessas intervenções e não de outras; (iv) reflete sobre os possíveis impactos provocados por essas intervenções. Mesmo processo reflexivo que ocorre na Mediação.

Quais são os aprendizados-base que aquele grupo de estudos de Tromso, sobre processos reflexivos, pode oferecer para mediadores?

Muitos e significativos, por exemplo:

- trabalhar com a ideia de *fazer distinções / identificar diferenças* – Gregory Bateson (1972) contribuiu para esse pensamento, ao afirmar que *fazemos distinções* quando identificamos algo como diferente de nós (do nosso meio, do que pensamos, do que percebemos). Para Bateson, a ideia de *fazer diferença* está na base da informação – informação é uma diferença que faz diferença no acervo de conhecimentos. Para o antropólogo, a mudança corresponderia à incorporação de diferenças ao longo do tempo. Mediadores trabalham gerando informação, especialmente via perguntas. Nossas perguntas precisam então levar a refletir sobre algo novo, distinto do repertório daqueles sujeitos, para que gerem informação e, ao longo do tempo, possíveis mudanças;
- trabalhar com a ideia de que as *intervenções oferecidas não são ingênuas* – Bulow-Hansen era uma fisioterapeuta com quem Tom Andersen trabalhava e com quem aprendeu que as intervenções não podem ser tão fracas que não sejam percebidas, nem tão fortes que precisem ser evitadas, por ameaçarem a integridade. No entanto, elas precisam ter a força adequada para serem percebidas como diferença, e assim se constituírem em informação. O mesmo ocorre na Mediação. As intervenções precisam ter a medida da necessidade e da possibilidade das pessoas. Nem mais, para serem recusadas; nem menos, para não fazerem diferença. O termo escolhido por Tom Andersen para descrever as intervenções que provocariam distinção sem recusa foi *incomum*. Nesse sentido, a intenção de favorecer a geração de informação e de mudança deve ser acompanhada de intervenções que sejam percebidas como *incomuns*;
- trabalhar com a ideia de *repertório estrutural* – o grupo de Tom Andersen, inspirou-se no enfoque biológico das ideias de Maturana e Varela (1987), ideias que contaminaram as ciências sociais e que afirmam: nosso repertório de ações e de possibilidades está limitado pelas estruturas biológicas, ou seja, o ser humano transita pelo mundo, também dentro de possibilidades biológicas (determinismo estrutural). No entanto, essas possibilidades podem ser alteradas como resposta a mudanças ocorridas no meio e no próprio sujeito. Para media-

dores, fica a mensagem de que as pessoas reagem inicialmente a propostas de mudança, dentro de seu repertório. Está na variável tempo e nas possibilidades de cada estrutura pessoal a viabilidade de mudanças nesse repertório;

- trabalhar com a ideia de *linguagem como base da nossa construção e expressão* – (i) o repertório de cada um de nós se constrói na interação social e se expressa, fortemente, no agir, no pensar e no sentir, que são articulados, diferentemente, dependendo, em especial, do contexto e do interlocutor; (ii) significamos de maneira distinta uma mesma palavra ou situação a partir desse repertório construído socialmente, ao longo da nossa existência; (iii) descrevemos situações quando ainda podemos lhes conferir movimento, e explicamos situações quando o movimento foi substituído pela certeza; (iv) o que apresentamos para descrever ou explicar situações são versões particulares e não a expressão da verdade, que, pela singularidade de cada observador, é inapreensível; (v) construímos a ideia de que algo é problema a partir de nossa percepção e visão de mundo; a definição de algo como problema pode não ser compartilhada em termos de qualidade e intensidade. Esse conjunto de norteadores pautados na linguagem pode auxiliar mediadores na proposta de promover reflexão, no sentido de considerarem distintas intervenções para diferentes sujeitos e dessemelhantes respostas para cada um deles, diante de intervenções mesmas.

Refletir significa ter um diálogo interno, conversar consigo mesmo e com as vozes internalizadas que atravessaram a nossa história – aqueles com quem convivemos e/ou conversamos, aqueles que lemos, ouvimos e/ou admiramos.

A reflexão está presente em todo o percurso da Mediação, nos mediadores e nos mediados: da capacitação à educação continuada, passando pelo atendimento. O atendimento, geralmente sistematizado em três momentos – o antes, o durante e o depois –, está marcado por processos reflexivos que incluem todos que integram o processo de diálogo.

Há modelos de trabalho em Mediação que agregam o processo reflexivo de maneira mais explícita: (i) por vezes, oferecendo *equipes reflexivas* para os mediados, seguindo os norteadores originalmente preconizados por Tom Andersen; (ii) por vezes, promovendo conversas informais entre a equipe de atendimento, frente aos mediados, especialmente em situações de capacitação, quando essas equipes incluem observadores e comediantes – a equipe conversa a respeito do caso, observando igualmente os propósitos de oferecerem versões e não pareceres, perguntas e não afirmações; (iii) existe, ainda, a possibilidade de uma dupla de mediadores, não acompanhados por uma equipe, conversarem entre si, tanto sobre outras versões que se lhes ocorram sobre o que ouvem e percebem quanto sobre intervenções que gostariam de incluir no trabalho, optando primeiramente por negociá-las com a sua dupla.

A reflexão integra nosso cotidiano, independentemente dos momentos de atuação funcional ou profissional. A ideia desse diálogo interno ser pres-

tigiado na Mediação está assentada na proposta de autoria com responsabilidade – tanto dos mediandos como dos mediadores. Como no diálogo socrático,* a reflexão precisa se dar, mesmo que o consenso obtido inclua atitudes e decisões que correspondam ao usual, ao vigente, ao anteriormente pensado.

CONCLUSÃO

A ética, como margem intransponível; o pensamento sistêmico, como norteador indispensável a toda e qualquer atuação social; o processo de diálogo, como veículo único para o entendimento baseado em consenso; e os processos reflexivos, como prática imprescindível nas tomadas de decisão qualificadas pela informação e a pela consideração com o ponto de vista do outro, foram eleitos como pilares teóricos que dão sustentação ao exercício da Mediação de Conflitos.

Na base desses pilares, um solo constituído pela linguagem possibilita que qualquer atuação aconteça.

Ao investigarmos o cenário linguístico da Mediação e identificarmos o contexto sociocultural a que pertencem seus paradigmas e valores, como propõe a *filosofia pragmática da linguagem*, veremos na Mediação uma prática social voltada para o manejo pacífico de desacordos e sua prevenção, para a autonomia da vontade e o exercício da autoria, para a busca do atendimento das necessidades e interesses de todos os envolvidos na controvérsia.

Tendo ainda a *filosofia pragmática da linguagem* como norteador de reflexão, se articularmos a Mediação com a ideia de ela ser uma prática

política e um natural veículo de expressão de poder, observaremos que se trata de uma prática que não exclui nenhum indivíduo capaz do seu exercício, nem como integrante do diálogo nem como mediador. A Mediação propõe o balanceamento de poder entre os mediandos e exige o mesmo de seus resultados. Confere aos mediandos equiparação de participação e os convida para trabalhar em busca da satisfação mútua. Por ser um instrumento *ganha-ganha*,** propõe um nivelamento de poder entre os mediandos e entre a importância dos seus interesses e necessidades.

O discurso da Mediação, como todos os outros, do ponto de vista da *análise de discursos*, é uma construção social que precisa ser entendida com base no contexto histórico-social que o reedita e contém uma construção ideológica. Ao partir desta perspectiva, ele reflete a visão de mundo da sociedade que o instaura e o utiliza, nesse momento histórico.

A construção ideológica presente no texto da Mediação é a resolução pacífica de discordâncias por meio da construção de consenso e da satisfação mútua. Renascida na década de 1970, no cenário americano, a Mediação alcançou os cinco continentes e vem propondo mudanças paradigmáticas no manejo dos desentendimentos com o outro, tendo em vista as ideias da autocomposição, da autoria e da satisfação mútua, da preservação da relação social e do diálogo.

Em um momento histórico no qual a coexistência pacífica de diferenças é demanda, no qual as fronteiras sociais e culturais se atenuam e no qual a velocidade das mudanças deixa pouco espaço para pegar fôlego para lidar com o novo, negociar e

* O processo estruturado de diálogo proposto por Sócrates – Maiêutica – tinha por intenção suprema a reflexão. Filho de uma parteira, Sócrates pretendia que suas perguntas levassem seus interlocutores a parir ideias próprias, após reflexão. Que nada fosse afirmado por ser norma ou usual, sem que a reflexão provocasse uma análise crítica.

** No campo da negociação e da construção de consenso, são categorizados como *ganha-ganha* os processos de diálogo que visam à satisfação mútua e ao benefício de todos os envolvidos. Essa denominação surge como contraponto aos métodos *perde-ganha*, que viabilizam que alguém perca e alguém ganhe a razão, categorizando dessa forma os seus resultados.

compor diferenças deixando margem para discordâncias e para o singular possibilita que necessidades várias e valores distintos sejam respeitados e não unificados.

Filhas de sua época, as ideias novo-paradigmáticas chegam para permitir que a convivência social se dê, incluindo as exigências contemporâneas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDER-EGG**, E. (1994). *Interdisciplinari-
dad en Educación*. Buenos Aires: Editor-
ial Magisterio del Río de la Plata.
- ANDERSEN**, T. (2002). *Processos Refle-
xivos*. 2. ed. ampliada. Rio de Janeiro:
NOOS e Instituto de Terapia de
Família do Rio de Janeiro.
- BATESON**, G. (1972). *Steps to an Ecology
of Mind*. Nova York: Ballantine.
- CAPRA**, F. (1982). *O Ponto de Mutação
– a ciência, a sociedade e a cultura
emergentes*. São Paulo: Editora
Cultrix.
- COOPERRIDER**, D.L., **WHITNEY**, D., **STA-
VROS**, J.M. (2005). *Appreciative In-
quiry Handbook*. Brunswick, Ohio:
Crown Custom Publishing.
- ECO**, H., **MARTINI**, C.M. (2010). *Em
que creem os que não creem*. Rio de
Janeiro: Editora Record.
- SCHNITMAN**, D.F. (2000). La resolución
alternativa de conflictos – un
enfoque generativo. In: **SCHNIT-
MAN**, D.F. (Comp.). *Nuevos Para-
digmas en la Resolución de Conflic-
tos: perspectivas y prácticas*. Buenos
Aires: Granica.
- ISAACS**, W. (1999). *Dialogue and the
Art of Thinking Together*. New York:
Currency.
- KUHN**, T.S. (2006). *A Estrutura das Re-
voluções Científicas*. 9.ed. São Pau-
lo: Editora Perspectiva.
- MARCONDES**, D. (2007). *Textos Básicos
da Ética – de Platão a Foucault*. Rio
de Janeiro: Zahar Editores.
- MATURANA**, H. (1995). *A Árvore do
Conhecimento – as bases biológicas
do entendimento humano*. São Pau-
lo: Editorial Psy II.
- MATURANA**, H., **VARELA**, F. (1987). *The
Tree of Knowledge*. Boston: New
Science Library.
- MORIN**, E. (1996). *Ciência com Consciên-
cia*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- SCHNITMAN**, D. (1986). Construtivis-
mo, evolución familiar y processo
terapeutico. *Sistemas Familiares*,
2(1): 9-15.
- VASCONCELOS**, M.J.E. (2002). *Pensa-
mento Sistêmico – o novo paradig-
ma da ciência*. Campinas: Papyrus
Editora.
- WATZLAWICK**, P. (Org.) (1994). *A Re-
alidade Inventada*. São Paulo: Edi-
tora Psy.

COMENTÁRIOS SOBRE A BIBLIOGRAFIA POR PARTES

Parte I

MARCONDES, D. (2007). *Textos Básicos
da Ética – de Platão a Foucault*. Rio
de Janeiro Editora Zahar.

O livro contém uma antologia de textos sobre a ética, a partir da visão de diferentes filósofos. Por ter fins didáticos, é de fácil e objetiva leitura e está sistematizado de forma que, ao final da exposição das ideias de cada pensador, o leitor encontre perguntas que favoreçam o entendimento e a construção do conhecimento correspondentes, assim como a recomendação de outras obras sobre o tema.

ECO, H., MARTINI, C.M. (2010). *Em que creem os que não creem*. Rio de Janeiro: Editora Record.

A existência e a invenção de Deus, assim como os fundamentos da ética, compõem os temas que motivam o diálogo entre Eco – olhar laico – e Martini – olhar religioso. Em forma de carta, essa conversa encomendada e publicada por uma revista italiana leva à reflexão sobre valores do homem contemporâneo e é comentada por filósofos, jornalistas, um teórico de extrema esquerda e um ex-ministro do partido socialista italiano.

Parte II

VASCONCELOS, M.J.E. (2002). *Pensamento Sistêmico – o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus Editora.

Maria José nos convida para a ideia de que novos paradigmas são construídos e adotados pela ciência porque existem cientistas com visão novo-paradigmática. Os leitores precisam também de pensadores novo-paradigmáticos que os auxiliem, em linguagem simples, a vivenciar nos textos aquilo que lhes é narrado. É o que ocorre nessa obra repleta de informações. Um livro para ler e para consultar.

CAPRA, F. (1982). *O Ponto de Mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergentes*. São Paulo: Editora Cultrix.

Este é um clássico, também transformado em filme (vale a pena ver), sobre o pensamento holístico ou sis-

têmico. Um livro para o leitor leigo, que possibilita acompanhar a influência do pensamento cartesiano-newtoniano em nossas vidas e sua redenção a uma nova visão de realidade, o pensamento holístico ou sistêmico.

Parte III

COOPERRIDER, D.L., WHITNEY, D., STAVROS, J.M. (2005). *Appreciative Inquiry Handbook*. Brunswick, Ohio: Crown Custom Publishing.

Os autores desenvolveram uma pesquisa no campo organizacional e constataram que as consultorias pautadas em diagnósticos patológicos – o que não está funcionando e precisa ser revisto – deixavam de lado os aspectos positivos da corporação. O diálogo apreciativo está baseado na positividade de qualquer sistema – família, empresa, comunidade. O livro mostra um passo a passo que orienta na construção de diálogos dessa natureza e propõe uma mudança paradigmática no campo da facilitação de diálogos.

ISAACS, W. (1999). *Dialogue and the Art of Thinking Together*. New York: Currency.

O autor integra a equipe do MIT Dialogue Project, e o livro, baseado em dez anos de pesquisa, dedica-se a estudar as características positivas de processos de diálogo, destacando a qualidade da expressão e da escuta, a admissão da diferença e a genuína curiosidade que vê o novo em temas conhecidos. A imagem metafórica que a pesquisa construiu sobre o diá-

logo foi levada para o título do livro – *a arte de pensar junto*.

Parte IV

ANDERSEN, T. (2002). *Processos Reflexivos*. Rio de Janeiro: NOOS e ITF.

Nesta segunda edição, Tom Andersen agrega novas ideias e uma revisão das anteriores. Historiciza a construção do trabalho com *equipes reflexivas* e oferece seu substrato teórico, revelando a interlocução com diferentes autores e distintos pensamentos que se constituíram base daquele trabalho. Diretrizes para o trabalho com equipes reflexivas e

para processos reflexivos em geral são oferecidas.

WATZLAWICK, P. (Org.) (1994). *A Realidade Inventada*. São Paulo: Editora Psy.

Essa obra compila textos de diferentes autores, todos afeitos ao tema da impossibilidade de apreensão da realidade. Recomendo, especialmente, a introdução, porque reúne Ernest von Glasersfeld – *Introdução ao Construtivismo Radical* –, e Heinz von Foerster – *Construindo uma Realidade*. Ambos os autores foram referência para Tom Andersen, na construção da ideia da equipe reflexiva. São textos densos, mas emblemáticos.

A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E DE CULTURA DE PAZ : ETAPAS E DESAFIOS

ARTIGO

THE CONSTRUCTION OF A PROJECT TO MEDIATE CONFLICTS AND PEACE CULTURE: STEPS AND CHALLENGES

RESUMO: O presente artigo relata a experiência de construção e de acompanhamento de um projeto de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz em uma instituição social na área de educação. O projeto teve seu início em 2007, com seis etapas iniciais para sensibilização e implantação; atualmente, constitui-se de atividades educacionais, de prevenção e de mediação de conflitos, envolvendo colaboradores, educandos e seus familiares, ou seja: crianças, jovens e adultos, em sua grande maioria, habitantes de uma região paulistana com alto índice de violência e de vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Mediação de Conflitos, Cultura de Paz e Educação.

ABSTRACT: The present paper reports the experience of the creation and follow-up of a conflict mediation project and peace culture at a social institution in the school sector. The project was started in 2007 with 6 initial sensitization and implementation phases; presently it has educational, conflict prevention and mediation activities involving collaborators, students and their family members, i.e., children, teenagers and adults; most of them living in a region of the city of São Paulo with high levels of violence and vulnerability.

KEYWORDS: Conflict Mediation, Culture of Peace and Education.

MEDIAÇÃO PARA CRIANÇAS E JOVENS: UMA INTRODUÇÃO

A Mediação para crianças e jovens, muitas vezes chamada de Mediação Escolar, visa a proporcionar espaço adequado para a resolução de disputas, ampliar a Cultura de Paz e fortalecer o uso do diálogo na escola, na família e na comunidade. Projetos de Mediação de Conflitos em contexto educacional devem proporcionar a reflexão sobre valores morais e sobre a importância da construção de uma cultura de paz à vida humana; proporcionam o uso de ferramentas não violentas para a solução de conflitos entre pessoas e grupos; promovem também o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos envolvidos: educandos, educadores, colaboradores (funcionários) e familiares dos educandos. Mais do que isso, essa estratégia contribui para a formação de cidadãos mais conscientes de sua responsabilidade na proteção de si mesmos, dos outros e do meio ambiente.

Quando implantados em escolas de ensino fundamental e médio, projetos como esses contribuem para a formação das crianças e dos jovens, introduzindo em seu cotidiano reflexões e instrumentos práticos para melhoria da convivência; são pautados em valores positivos, tais como respeito ao próximo, valorização das diferenças e convivência com elas. A mediação de conflitos nas escolas direciona os trabalhos para a construção de uma educação para a paz e promove uma ideologia que tende a melhorar as relações familiares e sociais;

MARIANNE RAMOS
FEIJÓ

PATRÍCIA LIBERALI
STELATA

MARGARIDA TOLEDO

LÍDIA BONDUKI

ANDRÉA CHIARETO

DANI CIASCA

OLGA LEMBO

ROBERTA MARIA DE
LIMA

IVANISE HELENA

MÔNICA GALANO

JUREMA SILVA

CARMEN CECCI

Recebido em 19/06/2011.

Aprovado em 01/07/2011.

o diálogo é utilizado como forma de expressão e como recurso pacífico de solução de conflitos e de problemas que, se encarados de outra forma, poderiam gerar, manter ou agravar a violência.

Além disso, a mediação contribui para o incremento da autoestima, uma vez que, através de suas técnicas, as pessoas são legitimadas, com suas características, suas facilidades e dificuldades. Durante o processo, elas aprendem que são responsáveis pelos seus atos e por eles devem responder; aprendem que devem e podem ser protagonistas nas soluções das dificuldades e nas disputas em que se encontram; que merecem admiração e respeito sejam quais forem suas características, suas possibilidades e formas de viver.

De acordo com tais objetivos, o uso das técnicas de mediação com crianças e jovens em salas de aula e a aprendizagem de recursos pacíficos para a resolução de conflitos podem contribuir na sua formação, na educação para valores e na prevenção da violência. Esses ensinamentos podem ser transmitidos tanto em momentos de convivência como em sessões de mediação.

O PROJETO DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E DE CULTURA DE PAZ

A parceria

O Projeto está em andamento desde janeiro de 2007 em instituição socioeducacional do terceiro setor e tem como parceiros professores e alunos de um Curso de Mediação de Conflitos e de Intervenções Sistêmicas em

diferentes contextos. No dia a dia, o projeto é elaborado e conduzido por funcionários da área educacional e pela área social da instituição, sob a coordenação de uma das professoras do curso de mediação, que também supervisiona a prática de mediação realizada nos plantões pelos mediadores voluntários (alunos do curso ou educadores da instituição).

O modelo adotado

Tomaram-se como base do modelo desse projeto programas de mediação escolar implantados desde 2000 em instituições públicas de ensino na Argentina, dos quais faz parte a professora Mônica Barbagallo, que, junto a uma parte deste grupo de mediadores, colaborou com a proposta (Anexa, 2006). Tal proposta indica que sejam realizadas as seguintes etapas para implantação de um Projeto de Mediação Escolar:

- diagnóstico da instituição/Levantamento das necessidades;
- capacitação dos Docentes e da Diretoria;
- capacitação dos alunos para a resolução pacífica de conflitos;
- implementação;
- acompanhamento.

Essas e outras etapas (a seguir detalhadas e nos quadros relacionadas) foram realizadas e, em função do interesse dos profissionais, dos alunos e dos familiares dos alunos da instituição, criaram-se outras formas de incrementar e de dar seguimento ao projeto, que hoje tem as marcas da instituição que o abriga. Este se tornou, na visão dos autores, um exem-

plo de resolução pacífica de conflitos na formação de cidadãos.

A fundamentação

As bases teóricas para a construção do projeto são o pensamento sistêmico-cibernético novo paradigmático (Bertalanffy, 1977; Capra, 1982; Esteves de Vasconcelos, 2002, 2004; Grandesso, 2000; Moré e Macedo, 2006) aplicado à mediação de disputas em diferentes contextos e, mais especificamente, o modelo circular narrativo de mediação de disputas (Ianini & Perez 2000; Galano, 1999; Markus 2003; Schnitman, 2004; Soares, 1996; Zampa, 2005) e as propostas de mediação escolar e de Cultura de Paz (ONU, 1998; Peace Education Foundation, 2011; Ramos Mejia, 2006, Unesco, 2011).

Adotar o pensamento sistêmico nos encontros de mediação de conflitos significa compreender as pessoas em disputas, entender como se relacionam entre si e como se comunicam, levando em consideração o contexto no qual estão inseridas, incluindo as ideologias dominantes por elas internalizadas e as condições socioeconomicoculturais das quais fazem parte (Feijó, 2010; 2008).

Partir das bases sistêmico-cibernéticas novo-paradigmáticas e das propostas acima citadas implica construir um projeto que contemple as demandas iniciais, neste caso das áreas pedagógicas e sociais da instituição, com o apoio da diretoria, e incluir todos os envolvidos, educadores, educandos, profissionais da comunidade, familiares dos educandos, profissionais do curso de mediação e alunos deste, para que expressem

também suas demandas (Feijó, 2008). Além disso, implica em oferecer atendimento aos que se encontram em disputas, priorizando o cuidado com as suas relações e com a sua forma de comunicar, como preconiza o modelo circular narrativo de mediação (Soares, 1996). Uma vez que se trata de um projeto de mediação escolar, torna-se imprescindível que se construam ações educacionais contínuas para o aprendizado de diferentes formas de comunicação, de expressão e de relação, para que sejam formados cidadãos que usem o diálogo na solução de seus conflitos e que respeitem e valorizem as diferenças, valores que estão no cerne da cultura de paz e da educação para valores (ONU, 1998; Peace Education Foundation, 2011; Ramos Mejia, 2006; Reschke, 2008; Unesco, 2011).

Segundo resolução da ONU (1998), a cultura de paz consiste em um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que promovem a interação e a troca social, rejeitam a violência e defendem o diálogo na construção de soluções para os problemas.

Assim, a não-violência, largamente difundida nos programas de educação para valores e de construção de cultura de paz, também deve ser um valor central nas práticas de mediação de conflitos, especialmente na área educacional.

No caso da população atendida na instituição socioeducacional onde está sendo realizado o projeto, leva-se em conta a parca condição material das famílias e sua convivência com a violência urbana e doméstica. Deve-se levar em conta que muitos familiares de alunos quase sempre estão desempregados ou possuem

condições de trabalho e de moradia precárias, têm baixa escolaridade ou apresentam índices elevados de uso e abuso de substâncias psicoativas.

Atuar em sessões de mediação de acordo com o modelo circular narrativo significa que o mediador deve assumir o papel de articulador de um diálogo entre as partes, fazendo com que possam expressar seus sentimentos e pensamentos diante da situação que se encontram; o mediador usa técnicas que possibilitam a melhoria da comunicação e do relacionamento entre as pessoas e, sem dar razão a uma ou a outra parte, o mediador busca o fortalecimento e a expressão de cada uma delas, o que talvez resulte na construção de alternativas e de soluções que lhes pareçam melhores, mais justas e menos sofridas (Suarez, 1996).

O objetivo principal de tal modelo de mediação é o incremento da autonomia e do protagonismo a cada uma das partes e o exercício do diálogo não violento entre elas. Já a solução final do conflito pode ser consequência deste diálogo e, quando é construída pelos envolvidos na disputa, é vista de forma muito positiva, mas não se constitui o objetivo primeiro de tal prática, que prioriza a melhoria na comunicação e na relação.

Como descrito anteriormente, um Projeto de Mediação de Conflitos na área educacional pode oferecer espaço adequado para mediação de conflitos (serviço com mediadores capacitados) e não deve prescindir de ações educativas contínuas relacionadas aos temas Mediação de Conflitos e Cultura de Paz. No projeto aqui apresentado, educadores e mediadores de conflitos planejam periodicamente conteúdos que serão abordados de diferentes maneiras com as crianças e

com os jovens, inclusive nas atividades em sala de aula.

O contexto

A instituição socioeducacional que abriga o projeto é uma organização sem fins lucrativos, de caráter público, criada em 1998. Desenvolve programas de Educação Integral para mais de 1.200 crianças e jovens, de 7 a 24 anos. Com uma proposta pedagógica associada à assistência social, promove ainda atendimento às famílias e o fortalecimento das comunidades. A área social da instituição agrega um diferencial de atuação junto aos Programas e Projetos e tem como missão específica buscar a mobilização dos diversos atores sociais: família, escolas e entidades ligadas às redes locais, para atuarem em parceria, favorecendo o desenvolvimento desse território/localidade.

História do Projeto

As sementes iniciais do projeto foram plantadas, quando uma das professoras do curso de mediação foi convidada, por uma educadora da instituição onde acontece o Projeto, para visitar, avaliar e elaborar uma proposta de mediação escolar aos demais educadores e diretor dessa instituição. Assim, na sequência, foi agendada a primeira de várias reuniões com o corpo docente do Curso de Mediação e deu-se o início ao processo de conhecimento da instituição e de sua proposta de trabalho na área educacional – proposta entendida, desde o início, como alinhada às ideologias de transformação social,

de aumento de protagonismo e de autonomia da mediação de conflitos.

Durante as reuniões (ETAPA 1), foram relatadas pelos educadores situações de disputas e agressões, algumas presenciadas por eles, nas atividades; foram relatadas também histórias de violência e dificuldades na solução de conflitos pelos profissionais da área social em contato com a comunidade. Portanto, discutiu-se nesta etapa, o levantamento de necessidades e de contextos; considerou-se que, mesmo havendo agressões entre as crianças e entre alguns jovens, a instituição lhes parecia ser um contexto muito mais adequado, seguro e justo, onde, segundo as próprias crianças, “conversar funciona”.

Ensinar as crianças recursos de solução pacífica de disputas e oferecer a elas modelos adequados na condução destes pareciam desde o início um desafio e, além disso, uma esperança de que tais recursos transcendessem os portões da instituição e chegassem a seus lares, já que, segundo relatos das crianças e dos jovens, “em casa não é como aqui”, referindo-se às soluções conversadas.

Finalmente, entenderam ser possível e muito rica a experiência de oferecer à comunidade da instituição socioeducacional sessões de mediação de conflitos, amparadas em um trabalho com temas relacionados à solução pacífica de conflitos, à comunicação não-violenta e ao respeito e valorização das diferenças.

Etapas Iniciais de Implantação e de Construção do Projeto

Etapa	Atividade	Carga Horária	Período	Envolvidos
1	Reuniões iniciais	4 horas	2006	Coordenadora do Projeto, Coordenador pedagógico, Coordenador da área social e Diretor da instituição.
2	Sensibilização inicial	4 horas	2007	Coordenadora do Projeto e Colaboradores da instituição.
2	Sensibilização inicial	4 horas	2007	Coordenadora do Projeto, Diretor da instituição e Educadores.
2	Sensibilização inicial	4 horas	2007	Coordenadora do Projeto; Famílias das crianças e dos jovens.
3	Sensibilização 2	4 horas	2007	Educadores, Profissionais da área social da instituição.
4	Reunião para aprovação do projeto	2 horas	2007	Diretor da instituição; Coordenador da área pedagógica.
5	Capacitação 1	20 horas	2007	Educadores da instituição que demonstraram interesse no Projeto.
6	Plantões presenciais de Mediação de Conflitos	----	Jun.2007 a junho de 2008 e desde 2010	Mediadores de conflitos voluntários.

Outras atividades e etapas do Projeto

Atividade	Carga Horária	Período	Envolvidos
Ações Globais – Dia da Paz	26 horas	2007, 2008, 2009 e 2010	Educadores, crianças e jovens
Planejamento de conteúdo transversal sobre Mediação e Cultura de Paz	4 horas	Final de cada semestre	Educadores da instituição e coordenadora do projeto
Trabalho com conteúdo transversal em sala de aula	---	Contínuo	Educadores, crianças e jovens
Oficinas sobre o projeto anual da instituição e a cultura de paz	8 horas	Início de cada semestre	Educadores
Plantões de Mediação de Conflitos à distância	----	Desde agosto de 2008	Mediadores de conflitos voluntários
Capacitação 2	20 horas		Mediadores de Conflitos da instituição, Voluntários, Educadores interessados
Sensibilização - reposição	4 horas	2009	Novos Educadores
Capacitação - reposição	4 horas	2010	Novos Educadores
Construção de Guia de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz	10 horas	Desde maio de 2009	Coordenador do Projeto; Professores do curso de mediação; Ex-alunos voluntários; Funcionários; Famílias pais e alunos da instituição
Capacitação dos alunos voluntários		Em planejamento	

INÍCIO DOS TRABALHOS E DESCRIÇÃO DAS PRIMEIRAS ETAPAS

No momento em que foi vista como útil e interessante a proposta de um projeto de mediação de conflitos e de cultura de paz, continuou-se o levantamento das necessidades com educadores, profissionais e famílias nos encontros de sensibilização sobre mediação de conflitos e sobre sua aplicabilidade. Conforme descrito a seguir, ao final de cada encontro, foi avaliada a utilidade de implantar-se um projeto na instituição segundo a ótica de todos os participantes: crianças, jovens, todos os colaboradores da

instituição e familiares presentes nas reuniões mensais de pais.

Em seguida, mais encontros foram realizados com colaboradores (funcionários) da instituição, em que foram abordados temas relacionados à violência, mediação de conflitos, *cultura de paz*, construção e fortalecimento de rede social e meios alternativos de solução de disputas. Tais encontros aconteceram sob forma de oficinas, com explicações do coordenador do projeto, seguidas de exercícios, reflexões, discussões e levantamento de demandas para futuros encontros, com a finalidade de sensibilizá-los, de ampliar o conhecimento,

de incrementar as intervenções diante de conflitos vividos no dia a dia de cada um dos participantes, promovendo assim um efetivo envolvimento desses colaboradores no projeto.

Nesses encontros de sensibilização (**ETAPA 2**), foi discutida junto aos profissionais a demanda de mediação de conflitos, com o intuito de prepará-los para lidar com eles e para ajudá-los a discernir quais as situações que poderiam ser encaminhadas ao setor de mediação de conflitos e como poderiam ser feitos tais encaminhamentos.

Desde o início, os profissionais foram estimulados a usarem seus novos, como também os antigos, recursos pacíficos de solução de conflitos nas atividades socioeducativas (em sala de aula) e nos momentos de socialização das crianças. Suas habilidades e experiências foram reconhecidas e legitimadas, pois trabalhar com os princípios e com as técnicas de mediação no dia a dia e durante as atividades é tão importante quanto o acesso ao atendimento de mediação de conflitos com profissionais capacitados em sessões sigilosas (encontros de mediação de conflitos).

Após a realização das sensibilizações (**ETAPAS 2 e 3**), foi desenhada a primeira proposta do projeto, aprovada pelo diretor da instituição e pelo coordenador da área pedagógica (**ETAPA 4**). Em seguida houve a capacitação (**ETAPA 5**), os profissionais da instituição foram orientados a disponibilizar as conversas na sala de mediação para crianças e jovens, para quando enfrentassem situações em que não conseguissem se entender bem ou não conseguissem resolver seus conflitos pacificamente, respeitando e fazendo-se respeitados.

Paralelamente às reuniões com a equipe de profissionais da instituição, que voluntariamente se candidatou a participar da construção do projeto, a coordenadora, junto com os profissionais, organizou os horários de funcionamento das sessões de mediação de conflitos, que seguiram esquema de plantões, quatro vezes por semana, em diferentes horários. Houve também a organização do quadro de mediadores de conflitos voluntários que conduziriam tais sessões: tanto os pertencentes à instituição quanto os pertencentes ao Curso de Mediação (parceiro).

A partir de junho de 2007, o setor de mediação de conflitos entrou em funcionamento na instituição socioeducacional (**ETAPA 6**).

Entre junho de 2007 e junho de 2008 os mediadores de conflitos atuaram em duplas, compostas por um colaborador da instituição e um estagiário do curso de mediação da universidade, ambos selecionados após a manifestação de seu interesse em atuar no projeto-piloto durante um ano. Os profissionais mediadores da instituição, além da capacitação recebida inicialmente, participaram de encontros de supervisão com professoras/supervisoras do curso de mediação da universidade.

Reuniões avaliativas começaram a acontecer mensalmente, fomentando a manutenção do trabalho transversal com o tema Mediação de Conflitos nas atividades para as crianças e para os jovens. Além disso, aconteceram dois encontros de consultoria para avaliação do projeto e das demandas nele encontradas. Em reuniões com as famílias e nas atividades socioeducativas foram realizadas atividades periódicas de discussão sobre a mediação e assuntos correlatos.

SOBRE A PARTICIPAÇÃO NAS SESSÕES DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Combinou-se que qualquer colaborador, criança, jovem, familiar ou parceiro da instituição socioeducacional que tenha uma disputa ou conflito diretamente ligado a relacionamento, à convivência, pode recorrer à Mediação de Conflitos gratuitamente. Esse combinado é constantemente retomado nos encontros.

Educadores e colaboradores com dificuldades de relacionamento entre si, com as crianças e jovens, com familiares ou com parceiros podem ser convidados a conhecer o trabalho de Mediação, que lhes é indicado, porém não em caráter obrigatório. Aconselha-se que estes sempre tentem dialogar e resolver suas dificuldades de forma independente e pacífica, porém, caso isso não seja possível, que procurem o setor de Mediação.

Além da Mediação, outras medidas consideradas necessárias e previstas nas regras da instituição educacional ou na legislação poderão ser tomadas paralelamente. No início do projeto, foram discutidas situações nas quais a área social deveria ser envolvida, como por exemplo, o porte de armas ou drogas pelos integrantes. As crianças conhecem as regras da instituição e sabem que, quando sua integridade está em risco, a área social deve ser comunicada. Vale ressaltar que os conteúdos de mediação e dados que só dizem respeito aos envolvidos na disputa, por questões éticas, são mantidos em sigilo, como a atividade de mediação preconiza. Outras atividades tais como gravação e registro escrito de depoimentos de educandos e dos seus familiares são realizadas

somente se os mesmos desejarem e se consentirem por escrito.

A CONTINUIDADE DO PROJETO

No final de um ano de projeto e após a inserção transversal de temas sobre mediação, relacionamento, comunicação, diálogo, violência, conflitos, disputas, identificação de sentimentos e controle da raiva, foi avaliada a possibilidade de implantação de mediação entre pares, ou seja, crianças e jovens mediadores, que ajudariam outras crianças e jovens a resolverem seus conflitos. Tal etapa se encontra em andamento e já há educandos voluntários; aqueles que se interessaram já passaram por sessões de mediação, apesar deste não ser um pré-requisito para tornar-se um mediador voluntário.

Ações globais são realizadas anualmente para mobilização e envolvimento de toda a instituição. É um dia em que todas as atividades realizadas se voltam para o tema paz fora das atividades da rotina – por meio de jogos, atividades de expressão, de reflexão e de desafios conjuntos.

A partir de junho de 2008, após os quatro primeiros meses de projeto, os plantões presenciais foram substituídos por plantões à distância, na medida em que houve menor demanda para mediações de conflitos.

A partir de 2010 foram retomados os plantões presenciais durante a rotina das crianças e jovens (no período de aula). E são conduzidos por três educadores da instituição que participaram das capacitações e das sessões em duplas. Também estão disponíveis dois horários nos dias das reuniões com os familiares, para que estes pos-

sam participar; essas ações estão sob a responsabilidade do parceiro (alunos e ex-alunos do curso de mediação de conflitos).

A decisão de retomar os plantões presenciais foi tomada na medida em que numa das avaliações do projeto com crianças, jovens e famílias, alguns deles demonstraram dúvidas sobre a continuidade do trabalho; principalmente para algumas crianças, o fato de não verem o profissional na sala disponibilizada para as sessões de mediação configurou interrupção do projeto. Concluiu-se então que a presença do mediador de conflitos no espaço torna concreto o trabalho e estimula a participação.

No primeiro semestre de 2010, foram disponibilizados 12 dias para os encontros de Mediação de Conflitos, no período de março a junho, nos quais foram realizadas 25 sessões envolvendo crianças. Além disso, foram conduzidas pelos estagiários do Curso de Mediação 3 sessões de Mediação de Conflitos com familiares de crianças do Programa, aos sábados. No segundo semestre, foram disponibilizados 22 dias de atendimento para Mediação de Conflitos, no período de agosto a novembro, nos quais foram feitas 12 sessões com crianças e 5 atendimentos de Mediação de Conflitos que envolveram familiares destas.

Um guia de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz está sendo elaborado por crianças, jovens, colaboradores, familiares e equipe do projeto, fazendo com que se obtenha um produto desses encontros; assim criou-se mais uma oportunidade de construção de conhecimento e, ao mesmo tempo, um meio possível de divulgação da Mediação e da Cultura de Paz na comunidade, especialmente nas escolas.

SENSIBILIZAÇÃO INICIAL SOBRE MEDIAÇÃO COMO ALTERNATIVA NA RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

A sensibilização inicial (**ETAPA 2**) foi realizada em três turmas de aproximadamente quarenta pessoas cada uma, com a linguagem adequada ao nível de escolaridade de cada grupo. As turmas eram compostas por educadores e profissionais da área social, todo o quadro de colaboradores administrativos e famílias dos educandos. O uso de recursos audiovisuais e de exercícios de reflexão, para estímulo à participação e construção de conhecimentos em torno do tema, foi comum a todas as turmas.

No encontro, tratou-se do tema Mediação de Conflitos e chamou-se atenção para o fato de que a violência está cada vez mais presente em nosso dia a dia, e de que é necessário construir instrumentos “não violentos” para a solução de conflitos entre pessoas. Abordou-se o desgaste emocional do ser humano e a constante insegurança advindos do aumento da violência; foram discutidos diversos tipos de violência e de estresse resultantes de disputas, sejam elas comerciais, familiares ou sociais. A partir de exemplos do cotidiano, fez-se uma reflexão sobre as alternativas pacíficas para a resolução de conflitos e possibilidades de uso das mesmas.

Introduziram-se conceitos básicos de Mediação de Conflitos e falou-se do papel do mediador.

SENSIBILIZAÇÃO 2

Durante a Sensibilização 2 (**ETAPA 3**), retomou-se a importância da mediação de conflitos; contextualizou-se

o mundo atual, globalizado, onde a oferta de informações, de produtos e de possibilidades relacionais, sejam elas comerciais, trabalhistas ou afetivas é cada vez maior e mais complexa, implicando o crescimento de demandas de resolução alternativa de conflitos; pontuou-se a lentidão do sistema judiciário brasileiro, devido à sobrecarga de tarefas, como um exemplo de reforço dessa demanda. A título de exemplo, falou-se das guerras, das disputas internacionais e entre facções; dos conflitos entre jovens e outras brigas intermináveis, violentas e desumanas, que precisam ser, com urgência, tratadas de maneira diferente.

Nesta oportunidade, foi novamente apontada a mediação de disputas como uma intervenção, que muitas vezes gera caminhos menos desiguais na relação daqueles que não têm encontrado, sozinhos, alternativas justas, igualitárias e satisfatórias para suas dificuldades.

Falou-se de diferenças de interesses entre pessoas, grupos ou instituições, e de situações em que não são encontradas saídas ou acordos que preservem a todos; da necessidade de se encontrarem saídas mais eficazes, que satisfaçam a todos, de maneira que um não afronte, oprima ou sacrifique o outro. Reforçou-se que nessas situações se faz necessário promover o diálogo entre os envolvidos, de forma que se encontre um interesse comum; mostrar a eles que às vezes é necessário estar disponível para abrir mão de uma relação de poder, para que todos sejam minimamente cuidados e assim se restaure a paz.

O papel do mediador foi retomado: um profissional que ajuda a encontrar outra forma de encarar e

de conduzir as disputas; alguém que ajuda a conversar, a fazer acordos; que facilita a abertura de novos canais de comunicação; aquele que orienta como “desatolar” e sair da posição rígida que os envolvidos ocupam no conflito (que levou à disputa); aquele que ouve e busca compreender motivos, necessidades e disponibilidade de cada envolvido para reverter ou contornar tal situação.

Ainda na Sensibilização 2, levantaram-se com os participantes as possíveis situações que demandam mediação de conflitos, ajudando o grupo a distinguir o que é conflito interpessoal e o que caracteriza uma disputa passível de ser mediada por uma pessoa para isso capacitada. Foram oferecidos, então, mais conhecimentos básicos sobre mediação de conflitos: papel do mediador, etapas da mediação, comunicação não violenta e cultura de paz. Refletiu-se sobre como a solução pacífica de disputas se sustenta no desenvolvimento de valores humanos: dignidade, fraternidade, perseverança e solidariedade, valores que orientam as ações da instituição. Discutiu-se como tal enfoque promove o respeito à vida e às diferenças, aspectos fundamentais para o bom convívio social.

Por meio de exercícios, discussões e escrita, foi avaliada a compreensão dos participantes a respeito do tema.

Ao final de cada encontro de sensibilização, foi avaliado se a implantação de um projeto de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz era visto por cada participante como muito importante, importante ou pouco importante. Tabulados os dados de todas as turmas, concluiu-se que mais de 90% dos participantes consideravam a implantação do projeto muito im-

portante para a instituição e para o relacionamento de todos no cotidiano.

A CAPACITAÇÃO

Na capacitação (ETAPA 5) foram ampliados os conhecimentos sobre mediação de conflitos, com ênfase nas técnicas de mediação.

Abordaram-se os recursos que são frequentemente utilizados nas sessões de mediação de conflitos formal; discutiu-se também como estes são úteis no cotidiano e na sala de aula. Foram analisadas estratégias de intervenção já utilizadas pelos educadores em sua rotina com os alunos.

Posteriormente, iniciou-se o ensino e prática da mediação propriamente dita, inclusive com dramatização e discussão de casos.

Privilegiou-se o ensino do modelo circular narrativo no campo da mediação, que pressupõe que se busque, através do diálogo e do uso de técnicas afirmativas e de questionamento, a legitimação das pessoas, o entendimento contextualizado do que se passa com cada uma delas. Tal modelo foi escolhido por ser compatível com os ideais da instituição: o favorecimento do aumento da autonomia e do protagonismo. A compatibilidade epistemológica entre a linha pedagógica adotada pela instituição e pelos mediadores circulares narrativos, pós-modernos ou novo-paradigmáticos, como também são chamados, fortaleceu tal escolha.

O projeto alinha-se com os objetivos maiores da instituição, uma instituição socioeducativa que atende crianças e jovens e que tem como missão contribuir para a sua formação educacional e cultural, para que possam atuar com

autonomia na transformação de suas realidades e para que possam construir seu futuro com relações menos desiguais e menos opressoras.

PROJETO ANUAL

Desde 2005, a Instituição utiliza como prática educativa a Metodologia de Projetos. Essa prática educativa, além de promover a interação entre todos os envolvidos no ambiente de aprendizagem - educando, educador, recursos disponíveis - propicia o desenvolvimento da autonomia da criança e do jovem e a construção de conhecimentos de distintas áreas do saber, por meio da busca de informações significativas para a compreensão, representação e resolução de uma situação-problema.

Na realização do projeto, os educadores, juntamente com a coordenação escolhem um tema, definem conteúdos e traçam o planejamento que será percorrido durante o ano letivo. Já foram trabalhados os temas: Cultura Nordestina, São Paulo, África-Brasil, Cultura Indígena e Circo. O tema de 2011 é América Latina.

Durante a execução do projeto temático, por meio de estratégias adaptadas às especificidades de cada linguagem e faixa etária, o educador age como um facilitador do processo de transformação de informações em aprendizagens e conhecimentos.

As experimentações e vivências nas áreas de expressão oral e escrita, corporal, cultural e artística, por meio das linguagens oferecidas no projeto, possibilitam desenvolvimento:

- a) cognitivo, motor e emocional, na formação de indivíduos críticos e protagonistas de suas histórias;

b) da autoestima, organização e disciplina pessoal, criatividade, reflexão, sociabilidade e trabalho em equipe.

Os educadores da instituição frequentemente manifestam satisfação e motivação na criação de projetos pedagógicos que incluam conteúdos sobre respeito ao próximo, respeito ao ambiente e valorização da diversidade. Para eles, “a educação se torna mais abrangente e significativa; contribui-se para a formação dos educandos e quem sabe para a transformação de seu entorno”.

DIA DA PAZ

O Dia da Paz surgiu em 2007. A primeira ação realizada sobre Cultura de Paz foi a projeção do filme *A Corrente do Bem*, que desencadeou atividades de improvisação teatral e confecção de um painel em forma de árvore – chamado de Árvore da Paz. Nesse espaço, as crianças e jovens escreveram atitudes positivas que elas pudessem ter em diferentes situações.

Em 2008, os conteúdos para desenvolver temas de Cultura de Paz com as crianças e jovens foram divididos em três eixos: “Quem sou eu?”, “Reconhecimento das características da realidade em que vivemos” e “O que podemos fazer para melhorar esta realidade?”.

No ano de 2009, as atividades ficaram focadas para o início da produção do Guia de Mediação de Conflitos e Cultura de Paz, com a produção de desenhos e definições de conceitos como: mediador de conflito, mediação de conflitos, violência, sentimentos, diferenças, necessidades humanas, meios pacíficos de resolução de conflitos.

Em 2010, foram realizados seis Dias da Paz. No primeiro semestre, as atividades aconteceram nos meses de abril, maio e junho. A proposta foi trabalhar com cinco sentimentos: amor, raiva, confiança, medo e tristeza e como podemos representá-los através das cores, dos sons e das palavras. A proposta foi iniciada a partir da projeção do filme *Onde vivem os monstros*.

No segundo semestre, as atividades aconteceram nos meses de agosto, setembro e novembro. As atividades tiveram como objetivo apresentar a comunicação não violenta como instrumento de diálogo e sociabilidade. As atividades realizadas foram: Circuito de Brincadeiras (Telefone-sem-fio, Copo falante, Elefante Colorido, Maestro, Púlpito-protesto, Alerta); Dinâmica dos Vídeos e encenação baseada na história “O Patinho Feio” e dramatizada pelos educadores. No decorrer da história, as crianças e adolescentes interferiram nas cenas, trazendo soluções de comunicação não violenta para a história encenada. Em um segundo momento, cada educador com uma turma conversaram sobre as situações apresentadas e as interferências que foram feitas durante a apresentação da história.

INSERÇÃO DE CONTEÚDO TRANSVERSAL

Desde o início do projeto, foram discutidos conteúdos que envolviam as diferenças entre as pessoas, seus sentimentos, questões de convivência, assuntos relativos à violência, às disputas; abordou-se intensamente o valor das conversas e a importância da mediação no planejamento das atividades, res-

peitando as diferenças de faixa etária e a proposta curricular. Tais temas e outros sugeridos pela equipe da instituição foram trabalhados de forma associada, relacionados a temas centrais do projeto semestral da instituição.

Nas primeiras sensibilizações, o coordenador do projeto sugeriu que os educadores trabalhassem com os temas acima referidos e indicou uma lista de livros infantis a respeito.

A pesquisa para o trabalho pedagógico/transversal com os educandos foi e é realizada de forma contínua pelos educadores, que disponibilizam informações aos colegas e armazenam material em uma caixa destinada para tal (Caixa de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz).

Na sala de aula, avalia-se a compreensão do educando sobre os temas e sobre o funcionamento do Projeto de Mediação de Conflitos.

Os educadores planejam as atividades do Dia da Paz com muita criatividade e afino. Posteriormente, é comum descreverem com entusiasmo a experiência de construir conhecimentos com os educandos de diferentes maneiras. Mostram as produções artísticas das crianças e dos jovens, as brincadeiras realizadas e falam das discussões resultantes do Dia da Paz. Frequentemente, falam sobre o desafio de “motivar alguns educandos que não se engajam em parte das atividades”. Os educadores já relataram, por exemplo, que nas turmas dos mais velhos, alguns jovens resistiram em fazer atividades que consideraram “para crianças”. Lidar com a postura de alguns educandos, com a heterogeneidade destes e seus diferentes interesses são considerados desafios do dia a dia dos educadores.

CONSTRUÇÃO DE GUIA

A ideia de construir um produto impresso e digital sobre o Projeto de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz aqui apresentado acompanhou a equipe envolvida desde os primeiros meses de atividade. À medida que o trabalho foi sendo concretizado e ganhando força, notou-se a demanda constante de divulgação e de avaliação de suas atividades. Foi então que, em 2009, a equipe decidiu unir a necessidade de manter as “chamas acesas” à vontade de publicar os conhecimentos construídos de forma acessível a pessoas de diferentes idades, com diferentes níveis de escolaridade.

Não seria então a melhor forma de fazer isso contando com a participação de todos na produção desse registro?

Inicialmente, o registro recebeu o nome de guia de Mediação de Conflitos e de Cultura de Paz

Criou-se uma história infantil, baseada em fatos reais, em que se inseriu uma disputa entre crianças, para que familiares e educandos pudessem criar diferentes possibilidades de desfecho para a história.

No texto que compõe o guia, foram abordados assuntos que se mostraram importantes ao longo do projeto, com a intenção de que a equipe, os educandos, os colaboradores e os familiares pudessem ilustrar, comentar e conceituar temas. O guia vem sendo produzido com a participação de muitos e pretende servir como instrumento pedagógico de promoção da Cultura de Paz e da Mediação, como alternativa de resolução de conflitos. Espera-se que educadores de outras instituições, especialmente escolas, possam futuramente usar o guia par-

tindo de dicas e pontos escolhidos por estes autores-protagonistas.

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O acompanhamento do projeto se dá nas reuniões periódicas com os educadores, nas supervisões das sessões realizadas, na leitura dos registros, nas reuniões com os familiares e na realização dos trabalhos sobre os temas transversais realizados em salas de aula.

Nos encontros de sensibilização e de capacitação, são feitas avaliações verbais e escritas sobre a compreensão e a adesão ao projeto da parte dos envolvidos. Nas reuniões de pais, acontece da mesma maneira, sempre de forma breve e simples, uma vez que alguns não sabem escrever.

No início do projeto, colocou-se um *flip-chart* com três categorias para que marcassem um traço em uma delas: muito importante, importante, pouco importante. Assim avaliamos o interesse a aprovação inicial. Outras avaliações foram dialogadas e registradas de diferentes maneiras.

Depoimentos e opiniões de educadores, de familiares e de alunos foram registrados em papel, áudio e vídeo, com a autorização destes por escrito. Posteriormente tais dados foram avaliados de forma qualitativa, com interpretação de conteúdo.

As primeiras avaliações objetivaram medir o interesse de todos; avaliações intermediárias foram direcionadas para saber se houve compreensão dos alunos, familiares e colaboradores sobre a mediação de conflitos e como foi a experiência de ter participado do processo; nas últi-

mas avaliações, também procurou-se saber se o projeto ainda estava presente para todos.

Como abordado anteriormente, consultorias estão previstas para que um dos profissionais do curso de mediação, que não atue diretamente no projeto, ouça a equipe, suas dificuldades e necessidades.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A redução da violência ainda constitui-se um grande desafio para quem trabalha nas áreas sociais, de saúde e de educação. Em sociedades onde há grande desigualdade e má distribuição de recursos, muitas pessoas vivem diariamente a violência da exclusão e da humilhação; internalizam tal violência e frequentemente a reproduzem (desrespeitando os outros ou permitindo que os outros os desrespeitem).

O projeto de mediação na área educacional acima apresentado é considerado, portanto, como uma semente de mudança, ou pelo menos como uma contribuição para a redução da violência externa e interna vividas pelos educandos da referida instituição, na medida em que oferece espaço adequado para a resolução de disputas, atividades de construção de Cultura de Paz e estímulo ao uso do diálogo na escola, na família e na comunidade.

Espera-se que a multiplicação e o aperfeiçoamento de projetos como este contribuam para a formação de cidadãos mais preparados para a resolução pacífica de conflitos e que estimulem reflexões sobre políticas públicas voltadas ao bem-estar, o que inclui a saúde e as relações humanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEXA.** (2006). Associação de Alunos e de Ex-alunos do Núcleo de Família e de Comunidade da PUC-SP. *Workshop sobre Mediação Escolar com Mônica Barbagallo*. Colégio Batista. BERTALANFFY, L.VON. (1997). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes.
- BRASIL.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8069 de 13 de julho de 1990.
- CAPRA, F.** (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- ESTEVES DE VASCONCELOS, M.J.** (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- _____. (2004). Pensamento Sistêmico Novo-paradigmático: novo-paradigmático por quê? *Revista Família e Comunidade*. v.1, n.1 São Paulo: Via Lettera.
- FEIJÓ, M.** (2008). *A família e os projetos sociais voltados para jovens: impacto e participação*. Tese de doutorado. NUFAC - PUC-SP, São Paulo.
- GALANO, M.H.** (1999). Mediação, uma nova mentalidade. In A. Oliveira (Org.). *Métodos de resolução de controvérsias*. São Paulo: Ed LTR.
- GRANDESSO, M.** (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- IANINI, N., PERES, E.** (2000). La convivencia em La escuela: un hecho, una construcción. *Paidós*.
- MARKUS, M.** (2003). Resolución de conflicto em la escuela. In *Mediadores em Red La revista*. Buenos Aires.
- MORÉ, C.L.O., MACEDO, Rosa M.S.** (2006). *A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ONU.** UN Resolutions A/RES/52/13: Culture of Peace, 1998. Recuperado em 22 de maio, 2011, de <http://www.un-documents.net/a52r13.htm>.
- PEACE EDUCATION FOUNDATION.** Recuperado em 10 de maio, 2011, de <http://www.peace-ed.org/whoa-rewe/pef-history.pdf>.
- RAMOS MEJÍA, C.** (2006). *El Viaje Mágico de Anselmo. La convivencia pacífica y la mediación escolar en la educación inicial e primaria*. Buenos Aires: Librería Histórica.
- RESCHKE, T.** (2008). *Valores humanos nas práticas pedagógicas: Instituto Sri Sathya Sai de Educação do Brasil, na cidade de Curitiba*. Dissertação de Mestrado. Programa Interdisciplinar em Educação da Universidade São Marcos.
- SCHNITMAN, D.** (2006). Redes y sistemas, *Revista Família e Comunidade*, 3, 1, p. 1-20, São Paulo: Via Lettera.
- _____. (2004). Enfoque Sistêmico em famílias. *Revista Família e Comunidade*, v.1, n.1, São Paulo: Via Lettera.
- SUARES, M.** (1996). *Mediación: Conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- ZAMPA, D.M.** (2005). *Mediación educativa y resolución de conflictos*. Buenos Aires: Ed Novedades Educativas.

AUTORES

Profa. Dra. Marianne Feijó

Coordenadora do Projeto de Mediação de Conflitos na Fundação Gol

Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n. 40, p. 83-98, ago. 2011.

de Letra, Professora e Supervisora dos Cursos de Mediação da PUC-SP/Cogea, Terapia Familiar e Intervenções Sistêmicas da PUC-SP, FAMERP, FTSA e UNIFESP. São Paulo, Brasil. Email: marifeijo@uol.com.br

Patrícia Liberali Stelata

Coordenadora Pedagógica da Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Margarida Toledo

Educadora e Mediadora de Conflitos voluntária na Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Lídia Bonduki

Educadora e Mediadora de Conflitos voluntária na Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Andréa Chiareto

Educadora e Mediadora de Conflitos voluntária na Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Daniel Ciasca

Educador e Mediador de Conflitos voluntário na Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Olga Cristiane Lembo

Coordenadora do Programa Comunidades (área social) e de Disseminação da Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Roberta Maria de Lima

Assistente de Coordenação da Área Social da Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Ivanise Helena

Assistente Social responsável pelo Projeto Família nos Programas da Fundação Gol de Letra. São Paulo, Brasil.

Profa. Dra. Mônica Galano

Coordenadora do Curso de Mediação da PUC-SP/Cogea, Consultora do Projeto de Mediação de Conflitos na Fundação Gol de Letra, Professora dos Cursos de Terapia Familiar e Intervenções Sistêmicas da PUC-SP, FAMERP e UNIFESP. São Paulo, Brasil.

Profa. Jurema Silva

Professora do Curso de Mediação da PUC-SP/Cogea, Mediadora do Projeto de Mediação de Conflitos na Fundação Gol de Letra, Coordenadora do Projeto de Mediação de Conflitos na 12ª Vara de Família do Fórum João Mendes. São Paulo, Brasil.

Carmen Cecci

Psicopedagoga, Professora de Português, Professora da Equipe que ministra o Curso Educação para Valores Humanos do Centro Sai Barra Funda, São Paulo, Brasil.

REVISANDO INTERVENÇÕES NARRATIVAS: FERRAMENTAS PARA O CONTEXTO TERAPÊUTICO

ARTIGO

REVIEWING NARRATIVE'S INTERVENTIONS: TOOLS FOR THE THERAPEUTIC CONTEXT

RESUMO: A terapia narrativa figura como integrante das recentes propostas terapêuticas desenvolvidas no âmbito da terapia familiar e é, também, aplicada no contexto clínico individual. Este artigo propõe uma breve reflexão teórica centrada nos principais fundamentos e na caracterização das técnicas e objetivos terapêuticos propostos por duas abordagens narrativas: de White e Epston, e de Gonçalves. Através da compreensão dos elementos presentes na atuação do(a) psicoterapeuta e de que forma conferem sustentação teórica a determinadas práticas psicoterápicas, este artigo analisa as propostas das terapias narrativas.

PALAVRAS-CHAVE: Psicoterapia, Terapias Narrativas, Construcionismo Social, Construtivismo

ABSTRACT: Narrative therapy is a relatively recent approach on family's therapy area, as well, on individual therapy. This article aims to do a brief reflexive review of narratives theories, focusing on the main aspects and on the therapeutics' techniques and objectives considered under two narratives approaches: from White and Epston, and from Gonçalves. Through understanding the elements that are present in the psychotherapist practice and how they provide theoretical support for certain therapeutic interventions, this study examines the proposals of narrative therapies.

KEYWORDS: Psychotherapy, Narrative Therapies, Social Construction, Constructivism

INTRODUÇÃO

A prática na clínica psicológica é a principal motivadora para elaboração do presente artigo, o qual propõe tratar de aspectos teóricos a partir de uma revisão da literatura sobre as teorias narrativas contemporâneas de Michael White e David Epston, e de Óscar Gonçalves. A partir da experiência nos atendimentos clínicos de famílias e indivíduos, percebemos a relevância das perspectivas narrativas na compreensão do sujeito.

O discurso do Construcionismo Social é uma das possibilidades teóricas para composição deste artigo, por entender o homem como ser psicossocial, permeado pela pluralidade de suas vivências em contextos sociais e a singularidade de suas construções narrativas. O Construtivismo, por sua vez, pressupõe uma perspectiva existencial global, entendendo a construção de significado como um processo de incorporação e codificação ativa através da organização da matriz relacional da experiência. A intenção primordial é apresentar alguns aspectos introdutórios do emprego de meios narrativos em psicoterapia, transitando entre as ideias de autores como Michael White e David Epston, associados ao Construcionismo Social, e Óscar Gonçalves, no qual se identifica intensa associação ao Construtivismo.

Nas diversas práticas psicoterapêuticas trabalha-se com pessoas singulares, que constroem narrativas nos contextos particulares de suas existências (Diniz e Romagnoli, 2008). Na busca por maneiras de explicar a vida, as pessoas fazem

CAMILA ROBERTA LAHM-VIEIRA

Psicóloga, Assistente de Coordenação no Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat/RS), Gestora da Rede Estadual de Ensino (RS)

MARIANA GONÇALVES BOECKEL

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PucRS), doutoranda em Psicologia (PucRS), docente na Especialização em Psicoterapia Familiar e de Casal (Unisinus/RS), docente e coordenadora do Serviço-Escola (Cesep) no curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat/RS)

PAULA GRAZZIOTIN RAVA

Psicóloga, Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PucRS), doutoranda em Psicologia (UFRGS), docente no curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat/RS) e do Cesuca - Faculdade Ined (RS) Camila

Recebido em 02/03/2011.

Aprovado em 03/05/2011.

interpretações do mundo e das suas circunstâncias, procurando por significados que, por sua vez, conformam o enredo das histórias vividas (Morgan 2007). A elaboração das narrativas é uma experiência participativa, pois, é através das relações com os outros, que se estabelece por meio de trocas linguísticas, que os significados vão sendo construídos (Ramos, 2001).

A concepção que destaca os significados que os indivíduos constroem e experimentam tem contribuído para o movimento das teorias sobre psicoterapia acerca do viés das concepções interpretativas. Sob essas perspectivas, a compreensão de realidade é construída mediante trocas linguísticas, ou seja, se dá através da ação humana entendida por meio da construção social e do diálogo (Diniz & Romagnoli, 2008). Corroborando este posicionamento, Barbeta (2005) destaca que uma das possíveis interpretações para a conversa terapêutica seria a hermenêutica construcionista, designando o terapeuta como um especialista em conversa, um contador de histórias em contato com outros contadores, empenhado em tentativas de modificar narrativas antigas e construir novas histórias conjuntamente com seus interlocutores.

Também sob esta perspectiva, as terapias narrativas são conhecidas por envolver conversas de re-história, entendendo-se por re-historiar o ato de recontar as muitas histórias que temos sobre nossas vidas e relações, sobre nós mesmos, nossas aptidões, lutas, competências, ações, desejos, trabalho, conquistas, aquisições e falhas. Com a proposta de caracterizar as contribuições das abordagens narrativas para legitimação de objetivos terapêuticos na condução da psico-

terapia, a seguir serão apresentadas duas seções nas quais procuramos expor por um lado os pressupostos da teoria narrativa de White e Epston e sua interlocução com a teoria narrativa cognitiva de Gonçalves e, por outro, recursos terapêuticos e sua aplicabilidade no contexto psicoterápico.

TEORIAS NARRATIVAS: POSSIBILIDADES PARA COMPREENDER A PRODUÇÃO DE SENTIDO

Para McNamee e Gergen (1996), as terapias baseadas no Construcionismo Social têm promovido práticas psicoterápicas que consistem na escuta dos pacientes orientada para a busca de construção e reconstrução de significados. Conforme Rasera e Japur (2004), esta perspectiva representa um conjunto variado de contribuições teóricas que têm conquistado espaço na literatura sobre psicoterapia nas últimas duas décadas, articulando-se em torno de quatro ideias centrais: a ênfase na especificidade cultural e histórica das formas de conhecer o mundo; o reconhecimento da primazia dos relacionamentos na produção e sustentação do conhecimento; a interligação entre conhecimento e ação e a valorização de uma postura crítica e reflexiva.

Entre as bases teóricas da abordagem de White e Epston têm-se, entre outras, a filosofia crítica e a política de Foucault, especificamente em seus assinalamentos sobre as maneiras como as premissas sociais normativas moldam as pessoas e, conseqüentemente, suas narrativas, que podem chegar a ser opressivas (White & Epston, 1993). Já o viés epistemológico de Gonçal-

ves é alicerçado sobre as bases que preconizam a essência cognitiva das construções narrativas, destacando a estruturação da matriz existencial dos indivíduos a partir da forma como se organiza o conhecimento sobre as experiências, com ênfase na conexão de aspectos como coerência, complexidade e multiplicidade (Gonçalves, 1998). A reflexão oferecida neste artigo propõe pensar sobre os entremeados das teorias narrativas desses autores, ora sinalizando de que maneira pode-se dizer que ambas apresentam percepções semelhantes, outrora se referindo às especificidades que as configuram como diferentes entre si, uma vez que cada uma delas entende a linguagem e as produções decorrentes de maneiras distintas e também conduzem o processo terapêutico de formas diversas. Embora White, Epston e Gonçalves partilhem do pressuposto básico de que a visão da realidade é uma construção que se estabelece na relação com o outro, o entendimento e os recursos terapêuticos são norteados por diferentes “mapas da terapia narrativa”.

O Construcionismo Social que está associado aos conhecimentos gerados por White e Epston, que consideram as construções narrativas enquanto resultado da forma como as pessoas falam, percebem e experienciam o mundo em que vivem e, deste modo, criam histórias sobre suas vidas e sua identidade. Já o Construtivismo das práticas narrativas de Gonçalves reconhece o desenvolvimento narrativo como correspondente a um fenômeno epigenético, entendendo as construções narrativas como uma trama ligada ao desenvolvimento psíquico, à necessidade humana de representar as significações, e assenta suas bases sobre a análise das transformações biológicas

(tanto no nível do sistema nervoso vegetativo quanto central – sensorialidade, emocionalidade, pensamento e significações) decorrentes do efeito terapêutico da elaboração narrativa.

Inserida no pensamento pós-moderno e compartilhando com o Construcionismo social o papel central da linguagem na construção da realidade, a terapia narrativa surge com Michael White como um dos seus principais expoentes. White lançou alternativas interventivas da prática clínica à prática comunitária (White & Epston, 1993). Outro nome importante no modelo narrativo é David Epston quem, juntamente com White, propõe que através da narração os indivíduos contam sua vida, estruturam-na e lhe conferem significados (White & Epston, 1993). Nos primórdios de seu trabalho, ainda sob a influência de Bateson, especialmente no que diz respeito a como as pessoas constroem percepções sobre o mundo, White formulou pressupostos inovadores acerca do sofrimento humano (Nichols & Schwartz, 2007). Dentre essas inovações estão aspectos relativos ao papel da narrativa na construção do conhecimento sobre o mundo e, a partir disso, alternativas para a prática terapêutica: conversas de externalização, de re-autoria, de construção de andaimes (lembrando aqui a metáfora do prédio, na busca gradual pelo topo), conversas de lembrança, além de elementos práticos envolvendo cerimônias, entre outros (White, 2007).

Foi através do trabalho de Bateson que White e Epston (1993) conheceram o método interpretativo que utilizamos para decifrar o mundo. Já que não podemos decifrar de maneira exata a realidade objetiva, todo o conhecimento exige atos de interpretação.

Foucault foi, sem dúvida, outro importante teórico influente nas ideias de White, sendo que suas contribuições acerca das relações entre conhecimento e poder, entre os discursos dominantes e os processos de subjetivação, possibilitaram o surgimento de ideias inovadoras acerca de como os problemas afligem os indivíduos e de como os problemas e os discursos sobre esses mesmos problemas operam sobre as pessoas (White & Epston, 1993; Nichols & Schwartz, 2007).

David Epston, interessado pelos elementos da Antropologia e pelas histórias humanas, contribuiu para muitos aspectos da teoria e da prática. Ele foi pioneiro na utilização de cartas como recurso terapêutico, salientando como amparam novas histórias e decisões mesmo após a influência do terapeuta desaparecer (White & Epston, 1993; Nichols & Schwartz, 2007).

Para Ramos (2001), vivemos imersos em relatos incontáveis ao longo das nossas vidas. Os pacientes, com suas vidas relatadas em maior ou menor extensão e habilidade retórica, suscitam nos terapeutas diversas reflexões, diversos sentimentos. Nichols e Schwartz (2007) apontam que os terapeutas narrativos creem que a neutralidade do pensamento sistêmico da cibernética de primeira ordem incentiva o terapeuta a ver as famílias – e pacientes – da posição de um observador imparcial, ao passo que a teoria narrativa preconiza uma posição colaborativa. Neste sentido, Nichols e Schwartz identificam que enquanto os modelos psicanalítico tradicional e sistêmico de primeira ordem sugerem que os problemas são inerentes aos indivíduos e às famílias, os terapeutas narrativos acreditam no surgimento dos problemas em decorrência de uma metáfora

narrativa limitada de si e do mundo.

A missão do terapeuta é, na perspectiva narrativa de White e Epston, atentar sobre a forma como o paciente narra sua vida. Sob esta óptica, a terapia auxilia na transformação de identidades precárias em heróicas, ou seja, não visa o confronto das pessoas com seus problemas, mas sim a separação das pessoas de seus problemas, unindo a família na luta contra um inimigo comum: o problema (Nichols & Schwartz, 2007). Isto se dá através da busca, na história da família e do indivíduo, de momentos em que resistiram ao problema ou se comportaram de maneira que contradiz a história-problema. A propósito da influência de Foucault neste aspecto, no que concerne ao foco nas relações de poder que formam nosso conjunto de normas culturais e nossos valores, podendo constituir a história-problema, White chama a atenção para as narrativas dominantes (ou opressivas) para a identidade das pessoas, ao passo que Gonçalves sugere que os problemas são decorrentes da autoria narrativa inflexível, como incapacidade dos indivíduos para uma visão multifacetada da experiência.

White e Epston (1993) destacam que não podemos ter um conhecimento direto do mundo e que tudo o que as pessoas sabem da vida, sabem através da experiência vivenciada. Esta proposta levou à formulação de novas interrogações: como as pessoas organizam sua bagagem de experiências vividas? Que fazem com essas experiências para dar-lhes significado e explicar a si mesmos suas vidas? Como se dá a expressão da experiência vivida (White & Epston, 1993)? Na proposição de Óscar Gonçalves, segundo a teoria cognitiva narrativa,

são utilizadas no processo psicoterapêutico cinco fases (recordação, objetivação, subjetivação, metaforização e projeção), com intuito de percorrer um processo de entendimento centrado nos principais elementos da linguagem e da organização cognitiva na interface com a construção do *self*. Ou seja, o decurso da psicoterapia narrativa de Gonçalves objetiva levar o cliente a construir uma realidade múltipla de experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e de significação.

A teoria cognitiva narrativa de Óscar Gonçalves busca ultrapassar os limites das propostas mais mecanicistas e racionalistas das terapias cognitivas de primeira ordem através da inclusão da linguagem como processo central na construção dos significados. A linguagem como processo e meio de construção de significados se dá através do “modo como as palavras vão se relacionando umas com as outras no estabelecimento de uma matriz narrativa” (Gonçalves, 1998, p. 10). Influenciado por Michael Mahoney, Vittorio Guidano, Leslie Greenberg, entre outros, Gonçalves vai tecendo suas novas formas de pensar a cognição e as práticas clínicas (Gonçalves, 1998).

Gonçalves salienta quatro conceitos centrais em sua perspectiva teórico-prática: existência como conhecimento, conhecimento como hermenêutica, hermenêutica como discurso narrativo e discurso narrativo como cultura. Parte das noções de existência, significação, narrativa e cultura como primordiais para a compreensão do sujeito contemporâneo. Ao mesmo tempo, destaca elementos de uma realidade interna essencial, na qual a identidade pessoal e a coerência narrativa da vida estão ligadas à construção de signifi-

cados, que são organizadores centrais do funcionamento humano (Gonçalves, 1998). Essa realidade interna essencial seria composta por esquemas cognitivos que organizam nossa matriz existencial e nossa identidade pessoal (Gonçalves, 1998).

No que diz respeito às similitudes, tanto a perspectiva de White e Epston quanto a de Gonçalves estão interessadas em conhecer, reconhecer e desconstruir as crenças, ideias e práticas culturais mais amplas em que a pessoa vive e que mantêm o problema e a história do mesmo modo. O entendimento do comportamento humano amplia-se para a compreensão dos sistemas interpretativos utilizados pelas pessoas, buscando, assim, a expansão e ampliação de novos significados e de novas possibilidades de compreensão da vida.

No entanto, alguns elementos indicam especificidades epistemológicas dos autores aqui discutidos. Enquanto White e Epston teorizam o processo de re-autoria que se dá na psicoterapia, Gonçalves caminha na direção da identificação de estruturas cognitivas características de determinados quadros psicopatológicos, entendidos como organizações rígidas e limitadas. Neste viés, mesmo que ambos partilhem a ideia de que a formação (e deformação) de nossas narrativas se dá através de nossa experiência e interpretação, White e Epston focalizam a reconstrução de significados, enquanto Gonçalves parte de marcadores cognitivos (crenças, construtos pessoais, esquemas, protótipos etc.).

Para Diniz e Romagnoli (2008), a tarefa terapêutica constitui-se na promoção de um canal de expressão que facilite o diálogo entre diferentes vozes, gerando descrições mais

abrangentes, menos antagônicas e paralisantes acerca do problema compartilhado. Barbeta (2005) cita os contextos sociais como jogos de linguagem, exercitados na terapia através da conversação em curso, de modo que, no transcorrer da sessão terapêutica, o terapeuta vivencia o conflito das interpretações e narrativas entre o paciente (ou família). Como se observa, os eventos narrados na terapia são ligados a outros pelo tempo, construindo um enredo sobre determinado tema dominante, ao passo que outras narrativas permanecem escondidas ou menos significativas. A perspectiva narrativa de White e Epston salienta que o ato de viver pressupõe um jogo de forças ou conflito entre as histórias dominantes e histórias alternativas já que se está constantemente negociando e interpretando as experiências (Morgan, 2007). Já a perspectiva de Gonçalves ressalta a construção relacional do significado, em especial com relação aos aspectos constitutivos e performativos da linguagem (conteúdo e processo).

Na psicoterapia sob estas perspectivas, o conhecimento passa a ser compreendido como uma construção social, na qual o terapeuta sai do lugar de *expert* e passar a estabelecer trocas reflexivas com os pacientes, trocas que gerarão transformações em uma produção conjunta de diálogo (Diniz & Romagnoli, 2008). Além disso, é através dos relatos dos pacientes que estes apresentam a si mesmos, contando sobre seus universos de vida, momentos de existência, inserções sociais e familiares, entre outros aspectos (Diniz & Romagnoli, 2008).

Assim, as conversas de externalização propostas por White e Epston (1993), constituem a base sobre

a qual as conversas narrativas são construídas e tidas como maneiras de falar que separam os problemas da identidade das pessoas, baseando-se na premissa de que o problema é o problema, em oposição à pessoa vista como o problema (Morgan, 2007; White & Epston, 1993). Para Gonçalves (1998), a linguagem não representaria um espelho da experiência, mas uma possibilidade de criação de múltiplas imagens da realidade. Com isso, a rigidez no processo de atribuição de significados à experiência pode colocar em risco a possibilidade de que o sujeito desenvolva narrativas coerentes, flexíveis e vinculadas a um sentido de continuidade, capazes de dar conta da diversidade e potencialidade das experiências vividas. Como se vê, ao passo que Epston e White centram-se na opressão da narrativa dominante, Óscar Gonçalves sinaliza o risco patológico presente na rigidez narrativa.

Concernente à prática clínica, Grandesso (2000) sugere que, na busca por terapia, as famílias trazem as histórias sobre seus problemas organizadas em uma narrativa dominante que, geralmente, apresenta uma lógica constitutiva de seu dilema de modo invariante e sem perspectivas de mudança. Normalmente, no encontro com o terapeuta, os sujeitos começam contando sobre muitos eventos de sua vida e sobre o problema para o qual estão procurando ajuda (Morgan, 2007). Os terapeutas, então, acompanham a narrativa da experiência da pessoa, esperando ouvir uma palavra ou frase que descreva o que está atrapalhando a vida do paciente, que comumente usa nomes ou modos específicos para se referir ao problema. Uma pessoa pode dizer “estou tão preocupada que não consigo dormir”, usando a palavra

“preocupada” para se referir ao problema. Se seguirmos a perspectiva de White e Epston, as palavras podem ser usadas pelo terapeuta e fraseadas diferentemente para esclarecer que o problema está localizado fora da pessoa e de sua identidade (Morgan, 2007; White & Epston, 1993).

Nas terapias narrativas, em outras palavras, é o sentido atribuído pelo paciente a determinados aspectos da vida que configura um problema (Carrijo & Rasera, 2010). Vale salientar que, nos casos em que houver mais de um problema, o terapeuta poderá listá-los e pedir que o sujeito atendido os priorize. Relacionando esses apontamentos aos aspectos da teoria de Gonçalves, pode-se referir que a narrativa dominante engendra atenção e memórias seletivas, levando os sujeitos a perderem traços de informação que não se encaixam na história dominante. As bases da terapia narrativa de White e Epston propõem a desconstrução dessas histórias dominantes por meio do resgate da eventualidade dos contextos e da abertura das histórias para episódios vividos, porém não historiados (Grandesso, 2000), enquanto que a terapia de ênfase cognitiva privilegia a análise do desenvolvimento narrativo através de uma leitura mais processual, preocupando-se por aspectos como coerência, multiplicidade e flexibilidade na organização do conhecimento no relato.

Para White e Epston (1993), uma vez separada do problema em pauta, a pessoa consegue falar de si como afetada pela questão e não como sendo ela mesma problemática, tornando novas opções disponíveis. Essas novas opções são denominadas *acontecimentos extraordinários*, fatos

ou eventos que contradizem o efeito do problema, que facilitam a criação de novos significados no presente, permitindo que os sujeitos voltem ao passado, revisem suas histórias e possam atribuir novos significados às suas vivências (White & Epston, 1993). Falar sobre nós mesmos, sugere Morgan (2007), é como desenvolver uma autonarrativa.

Desde sua perspectiva, Gonçalves (1998) menciona o sentido de autoria como uma construção de significado das próprias experiências, estabelecendo um processo de conexão, continuidade e coerência (tanto em cada episódio quanto através das diferentes narrativas da vida). A compreensão da psicopatologia é, de fato, um dos aspectos importantes na psicoterapia narrativa cognitiva. Gonçalves (1998) sugere a existência de protótipos narrativos específicos, que são sinônimos de uma autoria narrativa inflexível, de identidade fechada que dissocia ou restringe todas as experiências que não se enquadram no molde prototípico rigidamente estabelecido. Nesse sentido, o objetivo da psicoterapia poderá ser visto como a introdução de uma maior flexibilidade narrativa buscando que o indivíduo se abra na medida do possível a toda potencialidade da experiência (Gonçalves, 1998).

Para Ramos (2001), trata-se de uma questão de postulação de sentido: “Esse sou eu e, por ser e pensar assim, tenho estes problemas. Então, por favor doutor(a), faça algo.” (p. 23). Na entrevista terapêutica, Diniz e Romagnoli (2008) pontuam que a narração traz uma atribuição de sentidos e um senso de continuidade em direção ao futuro, ao passo que os interlocutores (paciente, terapeuta) funcionam como ouvintes e coestru-

turadores desse conteúdo.

Ao trazer as considerações de Gonçalves sobre a psicoterapia cognitiva narrativa, cabe alinhar que o processo psicoterapêutico norteia-se pela compreensão de elementos cognitivos envolvidos na queixa (problema) apresentados. Embora explore o processo narrativo tal como White e Epston, o autor centra-se na dinâmica das significações recordadas pelos pacientes, sendo que atua com vistas a modelar aspectos tais como recordação, atenção, imaginação guiada e análise da linguagem presente na matriz narrativa. Na psicoterapia cognitiva narrativa, o processo de *recordação* é visto como a capacidade de singularizar episódios significativos da vida que faz de cada indivíduo autor da sua própria narrativa. Quanto à *recordação de narrativas diárias*, o autor refere que o paciente é encorajado a anotar episódios concretos e específicos do seu cotidiano, facilitando o desenvolvimento de uma nova memória episódica, possibilitando uma atitude de abertura às experiências do cotidiano, sendo capaz de construir múltiplas versões da realidade. Por outro lado, na *metaforização*, o paciente é capacitado a produzir múltiplos significados para cada memória episódica, considerando que as metáforas são condensadores de significado por excelência. É através delas que se dá sentido a cada uma das recordações que se experencia sensorial, emocional e cognitivamente (Gonçalves, 1998).

Frequentemente, as pessoas criam descrições restritas acerca de suas identidades e ações, sob influência de outros – aqueles com o poder de definição em circunstâncias particulares (pais e professores na vida das crianças, profissionais da saúde nas vidas daqueles que os consultam).

Cabe salientar que, não importando o contexto em que tais descrições foram criadas, elas sempre têm consequências significativas nas vivências dos indivíduos. Isto porque, muitas vezes, essa descrição leva a conclusões também estreitas sobre as identidades das pessoas, gerando efeitos negativos (Morgan, 2007). Gonçalves (1998) pontua que o self pode ser entendido como um projeto que se atualiza no contato com o outro e com contextos de vida, sendo mediados pelas organizações cognitivas de cada um.

Pode-se perceber que o terapeuta narrativo está interessado em criar histórias alternativas como forma de reduzir a influência dos problemas (sustentados pelas descrições estreitas) e criar novas possibilidades para a vida (Morgan, 2007). A escuta das narrativas do paciente é caracterizada entre os apontamentos da terapia narrativa cognitiva como uma forma de compreender seus sistemas de significação e objetiva a expansão destes, considerando que existem em uma realidade conversacional com as significações discursivas do próprio terapeuta (Gonçalves, 1998). Assim, contrariando algumas correntes teóricas que pressupõem uma postura de neutralidade, o terapeuta contribui para o relato com uma escuta ativa.

O pressuposto clássico das teorias narrativas é que os membros de uma família compartilham, expressando cada um ao seu modo, uma história do que acontece em suas vidas, sendo um todo interconectado de acontecimentos, personagens, temas e valores. A história contada é o nicho onde se insere a queixa que motiva a consulta, delimitando o que se pode ou não fazer. Consequentemente, a alteração de alguns dos elementos auxiliares dessa

história teria como consequência a dissolução do sintoma (Ramos, 2001).

Para traçar a trajetória do problema na vida do paciente, após nomeá-lo e separá-lo da pessoa, o terapeuta deve interessar-se por perguntas que indagam sobre a história do problema. Exemplificando, Alice Morgan sugere questionamentos como: Quando você notou o problema pela primeira vez? Há quanto tempo atrás? O que lembra antes do problema entrar na sua vida? Quando você pode dizer que o problema era maior? Quando era menor? Quando você se sentiu mais forte para enfrentar o problema? (2007).

Na perspectiva cognitiva narrativa, o processo psicoterapêutico visa modelar o trabalho de recordação (aperceber-se e adquirir nova e mais diferenciada compreensão do seu funcionamento diário; começar a dar atenção a outros episódios e aspectos de vida não anteriormente valorizados); realização de exercício de imaginação guiada através da vida (paciente de olhos fechados, resgate da história através identificação de episódios no aqui e agora, discussão do exercício de imaginação guiada); registro de narrativas diárias (registro de episódios narrativos para cada dia da semana, com posterior discussão desses); recordação através da vida (identificação de episódios para cada ano de vida; discussão do exercício de recordação através da vida). Finaliza-se o processo com o registro da avaliação pelo paciente da narrativa do próprio processo terapêutico; exploração e discussão da narrativa do paciente (Gonçalves, 1998). É possível perceber que essa perspectiva psicoterapêutica é mais estruturada e segue etapas definidas.

Observa-se, assim, que nas moda-

lidades psicoterapêuticas permeadas pelas teorias narrativas, o paciente é estimulado a reexaminar suas vivências, encontrando novos significados para as experiências passadas, presentes e futuras. Partindo disso, a seguir são apresentados alguns recursos terapêuticos que constituem ferramentas aplicáveis no contexto da psicoterapia, baseados nas premissas explicitadas neste tópico.

RECURSOS NARRATIVOS E SUA APLICABILIDADE NO CONTEXTO TERAPÊUTICO

Rasera e Japur (2004) postulam que, no campo da psicoterapia, em especial na terapia familiar, o emprego das ideias construcionistas tem se concretizado através de propostas de intervenção marcadas por uma nova descrição da postura do terapeuta, que abandona uma postura de especialista que dirige o processo terapêutico e passa a construir novas possibilidades com o paciente. Para mapeamento do problema na vida dos sujeitos e para nortear a prática terapêutica, Michael White postula alguns passos a serem seguidos pelo terapeuta ao longo do processo de psicoterapia.

Os passos descritos por White como *mapa de posicionamento* resumem-se em: *nomear o problema* (negociando uma definição do problema que combina com o significado e a experiência da pessoa cuja vida o problema está afetando); *identificar os efeitos* (explorando os efeitos do problema); *avaliar* (convidar a pessoa a avaliar esses efeitos) e *justificar* (convidar a pessoa a justificar essas avaliações: por quê?) (White & Epston, 1993). No artigo em que retoma a trajetória de White,

Grandesso (2008) traz o delineamento do *Mapa de Conversações de Re-autoria*, que aproxima as significações nas esferas dos panoramas da identidade (relacionado a compreensões, aprendizagens e realizações) e da ação (aspectos temporais) na busca de resgatar experiências vividas e construir narrativas alternativas. Gonçalves, com as especificidades da psicoterapia cognitiva narrativa, inicia o processo com a exploração das queixas principais, perpassado por uma análise do funcionamento global e da evolução histórica do paciente, com intuito de compor uma metáfora que simbolize significados básicos das experiências vivenciadas.

O trabalho do terapeuta de orientação narrativa se daria através do emprego de perguntas e conversas, com vistas a examinar as ideias e práticas do indivíduo, defini-las, afastá-las e traçar a sua história. Durante as sessões, os terapeutas escutam e perguntam a si mesmos: quais são as ideias que podem explicar como as pessoas falam e agem? Quais são alguns dos modos tidos como verdadeiros de viver e ser que estão ajudando a vida do problema? (Morgan, 2007).

Há passagens em que o problema tem pouca ou nenhuma influência sobre a vida da pessoa, podendo representar momentos, crenças, pensamentos, eventos, sentimentos, ações ou ideias tidas como consequências únicas. Assim, quando o terapeuta identifica as consequências únicas, dedica-se a explorá-las, traçando a sua história e entendendo o que elas significam para a pessoa que lhes consulta (Morgan, 2007).

Gonçalves centra seus estudos na questão do funcionamento cognitivo e sua dinâmica com a organização ce-

rebral, em especial em patologias relacionadas a alguns transtornos mentais (Síndrome de Williams, Anorexia Nervosa, Depressão, Agorafobia, doenças psicossomáticas, entre outros). Sua avaliação dos pacientes normalmente abarca o desempenho destes na realização de uma tarefa de indução narrativa (livro sem palavras), apreciada em termos da estrutura, processo e conteúdo das suas narrativas (Henriques et al. 2004). A partir disso, os terapeutas tentam traçar a história emergente, na qual enredos diferentes aparecem e, assim, o terapeuta facilita a colocação desses outros enredos no primeiro plano da consciência da pessoa, atribuindo-lhes significado, ligando-os a outros eventos no passado e contribuindo fortemente para a coautoria de uma nova história (Morgan, 2007). Vale ressaltar que a terminologia “pessoa” utilizada por White e Epston pode ser compreendida considerando seu significado que remete ao ser relacional, inserido em uma gama de significados pessoais, subjetividades e intersubjetividade.

O terapeuta narrativo deseja entender o máximo possível sobre o evento – quem? o quê? onde? quando? - explorando o que é conhecido como a paisagem da ação, composta pelas dimensões de experiências de eventos, sequências, tempo ou enredo conforme os postulados de White e Epston (1993). Conforme Gonçalves (1998), na abordagem cognitiva narrativa, o paciente opta por uma metáfora alternativa, discute e aprofunda as implicações desta para seu funcionamento, aprofunda a relação entre a metáfora e os episódios de vida passados, presentes e futuros. Sob essa perspectiva, também, os acontecimentos terapêuticos significativos são trabalhados

nas sessões finais, elementos como aliança terapêutica, projetos de narrativas futuras do paciente, indicações do terapeuta para uma eficaz generalização dos resultados, entre outros. No enfoque sistêmico, essa avaliação do processo se estenderia aos aspectos comunicacionais, relacionais e da história familiar relevantes.

A Tabela 1 apresenta algumas técnicas mencionadas por autores que compõem o aporte teórico desta re-

visão de literatura, além de outros interlocutores que trazem técnicas com intuito de facilitar a comunicação terapêutica (Morgan, 2007; Holzmann, 1998, White & Epston, 1993; White, 2005). Através deste recurso, construído pelas autoras, pretende-se reunir e explicitar as descrições de cada instrumento, atendo-se aos objetivos e proposições dos mesmos, esperando assim contribuir para maior visibilidade das intervenções narrativas.

Técnica	Descrição
Cartas	Podem ser utilizadas como: resumo da sessão (reflexões sobre a conversa, principais ideias, pensamentos), convite para construção de relações, cartas de redundância (escritas para reforçar o papel ou alguma atividade exercida por outra pessoa), cartas de referência (contendo descrições do desenvolvimento da identidade que não é definida pelo problema).
Jogos Espontâneo-criativos	Oportunizam a visão de uma mesma situação de diferentes ângulos, bem como a reflexão sobre a ação. Envolvem a expressão plástica, gráfica, sonora e fazem uso de objetos, materiais de artes plásticas, instrumentos musicais etc. para construção e expressão de mensagens.
Conversas de lembrança	Envolvem as pessoas com as quais estamos associadas no curso da nossa vida, representando uma parte significativa nos processos de re-autoria, uma vez que privilegiam filiações que são o suporte para os desejos do paciente e por cancelar as filiações daqueles que contribuem para o problema.
Técnicas com imagem	Estas técnicas fazem uso de cenas ou fotos da família ou grupo para construção de expressões que vão além de uma representação visual da situação.
Documentos terapêuticos	Declarações: escritas com a intenção de serem compartilhadas com outros, porém, às vezes, pode-se optar por manter as declarações para si mesmo. Certificados: elaborados e assinados para comemorar eventos significativos e decisórios. Manuais: registram formalmente conhecimentos e especialidades adquiridos na psicoterapia, exemplo: como escapar de medos e preocupações. Anotações sobre a sessão, vídeos e fitas de áudio: podem figurar como recursos empregados pelo terapeuta, para ajudá-lo a seguir a direção da conversa, mediante permissão do paciente(ou família). Listas: podem ser compiladas para registrar desenvolvimentos significativos, ideias e contribuições.
Rituais e celebrações	Utilizados para marcar caminhos significativos na viagem para longe da história-problema e na direção de uma nova e preferida versão da vida.
Copesquisa	A copesquisa envolve a documentação dos conhecimentos da pessoa acerca das capacidades sobre os problemas e maneiras de se dirigir a eles, distribuindo este conhecimento com outros.
Ligas, redes, comitês, grupos ou equipes	Representam uma alternativa para juntar pessoas que têm dificuldades semelhantes, criando processos através dos quais possam compartilhar e construir suas próprias capacidades de vida.
Jogos de metáforas	Importante subsídio prático, onde o terapeuta transforma metáforas em ações concretas através do jogo.

Na prática das conversas de reassociação (re-membering), segundo os apontamentos de Morgan (2007), o terapeuta está interessado em tornar mais visíveis as filiações que estejam escondidas da consciência da pessoa, podendo incluir pessoas vivas ou já falecidas, bem como animais, brinquedos, lugares, símbolos e objetos. Para a condução desse procedimento terapêutico, essas pessoas podem ser contatadas e entrevistadas através de quem está consultando, por meio de cartas, telefonemas, emails ou convites. Por outro lado, as técnicas com imagem propostas por Holzmann (cenas, fotos, escultura, painel, desenho) possibilitam um novo olhar, sentir, refletir e agir, resgatando histórias gravadas no corpo de cada um, configurando um importante recurso para externar, exprimir e expressar através de uma ação lúdica e simbólica. Este recurso terapêutico é visto como gerador de mudanças, pois pontua diferenças, demonstrando que cada um é uma pessoa única, possibilitando simbolicamente a ampliação de configurações grupais e familiares. Nesta proposta, a construção de imagens plásticas, corporais ou sonoras de momentos do processo histórico da pessoa, grupo ou família coloca em evidência as semelhanças, fortalecendo o sentimento de pertencer (Holzmann, 1998).

Embora não se constitua em técnica balizada pelo viés narrativo dos principais autores aqui trabalhados, os recursos propostos por Holzmann são relevantes para comunicação terapêutica. A autora diz que podem ser desenhadas ou coletadas imagens e gravuras de diversas fontes, como revistas, livros, pôsteres e fotografias. Assim, tornam-se partes da documentação da terapia, proporcionan-

do reflexões acerca dos significados atribuídos a essas gravuras. As gravuras comumente apresentam eventos e aspectos da nova história ou podem prever desenvolvimentos futuros, tirando o foco da história saturada do problema.

Os documentos terapêuticos, por sua vez, constituem recursos e técnicas escritas que podem ser utilizados pelo terapeuta para o reconhecimento dos efeitos que o problema está tendo sobre a vida da pessoa e registra suas preferências, conhecimentos e compromissos a fim de que fiquem disponíveis para acesso a qualquer momento. São escritos consultando o paciente sobre como gostaria que fosse o documento e o que pretendem fazer com ele ao final da sessão. Ter um documento escrito que registra os compromissos e as direções que as pessoas escolheram, muitas vezes, ajuda a recuperar suas vidas da influência do problema (White & Epston, 1993; Morgan, 2007).

Dentre a gama de documentos terapêuticos, White e Epston (1993) mencionam que os pacientes podem ser convidados a escrever uma declaração para tomar uma posição ou talvez uma preferência que tenha significado para eles na nova história como, por exemplo, uma declaração de independência. Já os certificados podem ser intitulados pelos nomes atribuídos aos problemas ou para história alternativa durante a terapia (exemplificando: quebrando o domínio da culpa, afastando-se da violência, conhecendo a paciência etc.). Os manuais podem registrar acontecimentos da jornada terapêutica ou conter afirmações cumulativas de seu progresso ao longo do percurso. A finalidade desses documentos não

é fornecer um livro de receitas, mas sim compartilhar conhecimento e celebrar o sucesso. Dessa forma, sua utilidade reside na leitura e escrita do material.

No que concerne aos rituais e celebrações, salienta-se que são variáveis quanto às pessoas que estão envolvidas e podem ser formais, informais e acontecer com ou sem a presença do terapeuta. O tempo, o alcance e o conteúdo dos rituais são determinados através de um processo de colaboração entre o terapeuta e as pessoas que consultam, ressaltando que eles não precisam, necessariamente, envolver celebrações: rituais de perda e dor também podem compor a jornada terapêutica (Morgan, 2007).

Por fim, nos jogos de metáforas, o terapeuta transforma metáforas em ações concretas através do jogo. Elucidando: um paciente que refere sentir tudo desorganizado, cita o ditado “cada macaco no seu galho”, sendo então possível “dramatizar ou construir uma montagem na ideia de pôr as coisas no seu devido lugar” (Holzmann, 1998, p. 43).

Reconhecendo a validade de buscar recursos de outras abordagens para fundamentar o trabalho terapêutico, citamos os Contos de Molina-Loza, outro autor não focalizado em nossa fundamentação principal ou na tabela ilustrativa, mas que contribui com uma técnica significativa para expressão no *setting* terapêutico. Molina-Loza (2000) traz o método dos contos terapêuticos como possibilidade interventiva, visto que ao escutar uma história o sujeito guarda, mesmo que inconscientemente, os elementos que constituem essa trama. Assim, o trabalho do terapeuta consiste em promover a escuta de um relato, o ar-

mazenamento de seus elementos e a modificação com auxílio de uma linguagem simbólica e emprego de metáforas, compondo contos acerca das narrativas dos pacientes.

Gonçalves (1998) corrobora este apontamento referindo o encontro de narrativas terapêuticas que ocorre no espaço psicoterapêutico a partir das memórias e metáforas do terapeuta ativadas durante o processo de recordação do cliente, no processo de coconstrução. Dessa forma, a composição de contos, a partir do caso relatado pelo paciente, pode representar uma rica fonte de expressão e reflexão em psicoterapia. Para White e Epston (1993), essa seleção de meios narrativos tem como propósito demonstrar a aplicabilidade deles à explicitação de uma ampla gama de problemas, através da incorporação de recursos narrativos na prática psicoterapêutica. Esses recursos são relevantes para introduzir novas perspectivas de um conjunto de mundos possíveis e destacar aspectos vitais da experiência vivida, auxiliando as pessoas a reescrever suas vidas e suas relações.

Machado (2004) salienta que a ênfase das abordagens narrativas centra-se na competência da pessoa para ampliação de suas possibilidades existenciais, por meio da revisão de suas ideias sobre si mesma, seus problemas, relacionamentos e possibilidades que a vida oferece. Conforme lembram Rasera e Japur (2004), as narrativas determinam primariamente o que se considerará como fato. Portanto, as narrativas são constitutivas, visto que modelam a vida e as relações das pessoas, recortam o que deve aparecer, se destacar ou desaparecer. São elas que determinam “o sentido que é dado à experiência, as seleções dos aconte-

cimentos a serem expressos, a forma da expressão e os efeitos e direções da vida” (Rasera & Japur, 2004).

As conversas terapêuticas ajudam as pessoas a “desfazer” as histórias dominantes e vê-las de uma perspectiva diferente. Torna-se mais visível como foram construídas, sendo que a história dominante fica situada culturalmente e historicamente. Muitas vezes, os diálogos de desconstrução “capacitam a pessoa a se separar de um senso de culpa ou crítica à medida que veem que o problema não mais fala de sua identidade” (Morgan, 2007, p. 55).

Complementando, Gonçalves (1998) destaca que a existência narrativa implica na capacidade de construir narrativas complexas que deem conta de uma variedade de experiências sensoriais, da multiplicidade de aspectos emocionais e cognitivos e da pluralidade de significados. Em termos de eficácia terapêutica através dos processos narrativos, o autor pontua que nos sujeitos que evidenciaram progressos havia, além de um aumento da coerência narrativa, aumento progressivo de palavras emocionais, causais, de *insight* ou reflexivas.

Rasera e Japur (2004) colocam que estão presentes nas diferentes ênfases de cada uma das propostas narrativas o foco no significado, na colaboração, no relacionamento, nas potencialidades, na ação, e a sensibilidade a valores e às múltiplas vozes. Os autores entendem que as proposições construcionistas servem como contexto para a criatividade e inovação dos terapeutas na construção de diferentes recursos terapêuticos.

Assim, esta proposta psicoterápica não deve ser considerada como um conjunto de técnicas ou formas instrumentais de se conversar baseadas na

aplicação correta da teoria, mas como uma opção discursiva que permite estar aberto às condições momentâneas da conversação e ao significado de certas negociações na sustentação do relacionamento terapêutico. Esta postura permite o reconhecimento da abertura e indeterminação do processo de produção de sentido e legitima a importância da espontaneidade e do compromisso com o outro na sustentação dos relacionamentos humanos (Rasera & Japur, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou introduzir a temática, assim como trazer os postulados, especialmente, das terapias narrativas contemporâneas de Michael White e David Epston, e de Óscar Gonçalves. Nesta proposição, permitiu analisar as contribuições dos referidos autores, além dos demais estudiosos que derivam de suas construções teóricas acerca das narrativas.

Consideramos que as abordagens narrativas ampliam intensamente a capacidade perceptiva dos terapeutas, além de possibilitar aos pacientes a interpretação da diversidade de experiências vivenciadas, já que permite que ancorem suas percepções e construções de sentido em novos alicerces discursivos. As narrativas que são construídas para dar sentido à vida podem ser continuamente reconstruídas e o *setting* terapêutico representa um espaço para fomentar esse processo.

Através da externalização do problema, como sugerem White, Epston e seus seguidores, o paciente tem a oportunidade de separar-se das narrativas dominantes, criando novos enredos para sua história pessoal. De

forma semelhante, segundo Gonçalves, através da psicoterapia cognitiva narrativa, o paciente explora significados, metaforizando episódios alternativos. Os meios narrativos situam a pessoa como protagonista participante em seu próprio mundo, em suas próprias vivências e em sua construção histórica; assim sendo, atribui ao terapeuta um papel mais ativo e colaborativo na psicoterapia.

Nossa reflexão sugere que embora em alguns pontos existam similitudes entre os postulados dos principais autores aqui referidos; apontamos para a especificidade centrada no entendimento da narrativa como metáfora para os processos de significação e esquemas dos indivíduos (de Gonçalves) e para ênfase na re-história como alicerce para edificação de novos significados entre as pessoas (de White e Epston). Assim como as narrativas são entendidas e produzidas em um contínuo, entendemos que a temática aqui apresentada não se extenua neste artigo. Compreendemos a importância de outras leituras aprofundadas acerca das bases epistemológicas, assim como das perspectivas teórico-práticas através das fontes diretas dos autores aqui trabalhados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBETTA**, P. (2005). O conflito das interpretações em Psicoterapia – uma perspectiva etnográfica. Terapia de Casal e Dissolução de Conflito. *Pensando Famílias*. Ano 7, n. 9, 91-108.
- CARRIJO**, R.S., **RASERA**, E.F. (2010). Mudança em psicoterapia de grupo: reflexões a partir da terapia narrativa. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1.
- DINIZ**, C.F.N., **ROMAGNOLI**, R.C. (2008). As narrativas do jovem e sua família: articulando a terapia familiar sistêmica à orientação profissional. *Pensando Famílias*. Porto Alegre, v. 12, n. 2, 73-91.
- GONÇALVES**, O.F. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa – Manual de Terapia Breve*. Editorial Psy.
- GRANDESSO**, M. (2008). “Dizendo olá novamente”: A presença de Michael White entre nós terapeutas familiares. *Revista Brasileira de Terapia Familiar*. v.1, n.1.
- GRANDESSO**, M. (2000). Quem é a dona da história? In, H.M. CRUZ; B.F. MOREIRA, *Papai, mamãe, você... e eu? : conversações terapêuticas em famílias com crianças*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo. (b).
- HENRIQUES**, M., **PÉREZ**, A., **PRIETO**, M., **LIMA**, M.R., **GONÇALVES**, O.F. Funcionamento Cognitivo e Produção Narrativa no Síndrome de Williams: Congruência ou Dissociação Neurocognitiva? *International journal of clinical and health psychology*. V.4, N.3, 623-638, 2004. Recuperado em 12 de maio, 2011 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=990216>
- HOLZMANN**, M.E. (1998). *Jogar é preciso: jogos espontâneo-criativos para famílias e grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- MACHADO**, M.R.C. (2004). Narrativa de mulheres vítimas de violência: passos do processo. *Psicol. teor. prat.*, v.6, n.1, 97-104.
- MCNAMEE**, S., **GERGEN**, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- MOLINA-LOZA**, C.A. (2000). *Eu não sabia... mas Clio me contou*. Belo Horizonte: Artesã.

- MORGAN, A.** (2007). *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas.
- NICHOLS, M.P., SCHWARTZ, R.C.** (2007). *Terapia Familiar: conceitos e métodos*. 7ed. Porto Alegre: Artmed.
- RAMOS, R.** (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas – Un enfoque sistêmico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- RASERA, E.F., JAPUR, M.** (2004). Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. *Estud. Psico.*, v. 9, n. 3, 431-439.
- WHITE, M.** (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton & Company.
- WHITE, M.** (2005). Prática Narrativa, Terapia de Casal e Dissolução de Conflito. *Pensando Famílias*. Ano 7, n. 9, 11-48.
- WHITE, M., EPSTON, D.** (1993) *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós.

E AGORA, SOU EU QUEM CUIDA?: A PERCEPÇÃO DE CUIDADO POR IRMÃS DE PACIENTES PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

ECOS

SOLANGE M.P. HUBNER

Terapeuta familiar pelo Instituto Famíliae.

VANJA DAVID DOS SANTOS ARAÚJO

Psicóloga; terapeuta familiar pelo Instituto Famíliae.

Março de 2010. Quarto ano de formação do Curso de Terapia Familiar, Instituto FAMILIAE; Módulo Família e Transtorno Mental. Iniciamos esse curso com a ideia de que o mundo do Transtorno Mental era distante e desconhecido; despertava medo, susto e pouco poderíamos fazer a esse respeito. Logo na primeira aula, as professoras Helena Cruz e Cecília Villares nos propuseram pensar e escrever um relato de uma cena da qual tivéssemos participado, envolvendo um portador de transtorno mental e seus familiares, e responder às seguintes perguntas: onde se passa a cena? o que acontece? o que fazem? quais emoções estão presentes nas interações? como eu me sinto? Num segundo momento, a proposta era nos reunirmos em quartetos para conversar sobre o relato de cada aluno. Em seguida: identificar palavras presentes nesses relatos. Eis as palavras que emergiram: *aceitação, cuidado, impotência, medicação, suicídio, morte, euforia, mundo desconhecido, compreensão, diálogo, rede social, inesperado, overdose, compulsão, segredo, diagnóstico, angústia, vergonha, desorientação, solidão, controle, compartilhamento*. Naquele momento, nos perguntamos: que mundos esses vocábulos constroem?

Fomos convidados a refletir sobre:

De quais frases provêm essas palavras? Qual o sujeito dessas orações?

Se dividirmos tais palavras em BOAS e MÁS, pensando nessas últimas como aquelas ligadas ao *sufrimento*, de que modo podemos passar de MÁS palavras para BOAS palavras? Por exemplo: quais recursos precisamos desenvolver para passar do sentimento de SOLIDÃO para o de COMPARTILHAMENTO?

A partir da vivência dessa atividade mencionada, pudemos elaborar os seguintes questionamentos:

- as narrativas que nós, terapeutas familiares, usamos para descrever tais cenas vêm contribuindo para legitimar um discurso presente na nossa cultura, que PROPALA, VALIDA e REFORÇA práticas de exclusão, e mantém os portadores de Transtorno Mental num lugar de dependência, de não-legitimação, e desapossados de sua história de vida? Se a resposta é “sim”, de que modo modificar essas crenças?
- Quais são os idiomas de sofrimento com os quais a família chega à sala de terapia?
- Quais narrativas nos ajudam, terapeutas familiares, a construir um caminho de diálogo com o universo do Transtorno Mental?

De que forma o artigo “E agora, sou eu quem cuida?” ressoou em nós....

SOBRE A PESSOA PORTADORA DE ESQUIZOFRENIA

Elas costumam ser estigmatizadas socialmente. É comum essas pessoas se verem como fracassadas e impotentes frente à vida. São descritas como isoladas e solitárias, o que torna difícil a companhia de outros e as relações interpessoais. Uma descrição que consideramos importante sobre a doença mental, aprendida no curso, é **ruptura biográfica** (Bury, 1982). O que essa expressão significa? Toda pessoa que vive uma doença mental grave sofreu, por conta de um evento inexplicável, a **INTERRUPÇÃO** na continuidade de sua narrativa biográfica original. Sua vida é marcada por um “antes” e por um “depois”. Esse é um processo muito penoso e difícil na vida da pessoa e de seus familiares. Com o passar do tempo, as lembranças de sua vida anterior ao “surto” (essa é uma das nomeações possíveis para o evento inexplicável) começam a se esgarçar. Por sua vez, as pessoas que a conhecem no “depois” costumam se relacionar com ela em função dos seus problemas, e muitas vezes nada conhecem sobre sua vida pregressa. Nessa perspectiva, o diagnóstico passa a ser “algo em que o paciente se tornou, sua nova identidade” (NPS 29, p. 66), em vez de ser uma doença que ele adquiriu numa dada época.

Nessas condições, é importante a pessoa construir uma relação de confiança com alguém. Às vezes, por exemplo, ela passa a carregar marcas de insegurança e/ou de onipotência. Ter alguém para perguntar: “Eu estou bem hoje?” pode fazer uma grande diferença na vida dela, para melhor. E os familiares podem e muitas vezes precisam ser essa referência para o portador.

SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS FAMILIARES NA VIDA DO PORTADOR

Os familiares, embora sensibilizados e disponíveis para cuidar do portador, na maioria das vezes se sentem sobrecarregados com as inúmeras responsabilidades, que podem implicar: ajuda financeira, administração de horários de remédio, levar o portador a morar com eles de novo; enfim, fatores que geram ininterrupta sobrecarga emocional.

Outra característica dessa ruptura, de acordo com os textos estudados, é que a rede social do portador se restringe muito com o passar do tempo. Há cada vez menos pessoas que o conheciam “de antes”; os familiares (pais e irmãos) são as poucas pessoas que podem *testemunhar* - essa é a palavra que escolhemos fazer uso - que havia uma história de vida pré-doença. Além disso, ao fazer parte do dia a dia do portador, os familiares são porta-vozes de que o paciente não se restringe a uma mera coleção de sintomas; e ainda, ao demonstrarem que alguém se importa com ele, tal demonstração aciona um sentimento de “esperança” por um futuro que possa ser menos pesado e sofrido, menos limitado para todos os envolvidos no processo.

SOBRE O TRABALHO DAS TRÊS AUTORAS: A ESCUTA COMPARTILHADA

Descrevendo as atividades oferecidas pelo PROESQ*, Cecília Villares afirma: “As pessoas, quando chegam à terapia em nossos serviços, estão cheias de his-

* Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo

tórias de pessoas que não as escutaram”. Ela, junto com outras duas terapeutas ocupacionais, vem coordenando atividades de acolhimento, apoio e empoderamento de familiares, num projeto chamado “Famílias Parceiras em Saúde Mental”. Da experiência destas ações surgiu a vontade de entender melhor a perspectiva e as vivências de irmãos dos portadores; e assim, orientadas pelo enfoque colaborativo de Harlene Anderson, conduziram uma pesquisa qualitativa em que buscaram criar um contexto dialógico para dar voz aos irmãos cuidadores, com o propósito de “construir os sentidos e sentimentos gerados nessas relações após a eclosão da doença”.

Selecionamos alguns recortes dessas vozes:

“É terrível. Um dia ela (a portadora) me disse: ‘Essa doença é pior que um câncer. Porque o câncer eu abalo a família inteira e morro. Essa não.’”

“Eu sinto dó dela.”

“Ele (o portador) sabe muito o que ele quer, mas ele sabe que não vai atingir o que quer.”

“Mas eu deixo de viver a minha vida para viver a vida dela. Em primeiro lugar eu vejo as coisas dela, tudo dela, pra depois a minha vida... então atrapalha.”

Essas narrativas de irmãs de portadores estão permeadas por um tema comum: o luto prolongado, a ideia de que a doença obriga as pessoas a lidarem constantemente com situações de perda, limitações e frustração. Tais falas revelam também o medo de perceber seu futuro atrelado ao futuro do irmão, e a necessidade premente de abrir mão de seus projetos em detrimento da vida do outro. Tal espaço de conversas gerou a possibilidade desses cuidadores trazerem suas vozes, e com eles as vozes dos portadores, inundadas de sofrimento, angústia e desesperança. As autoras se responsabilizaram por criar um contexto no qual eles se sentissem ouvidos e, com isso, cuidados e acolhidos. Pensando nesse espaço que possibilitou tais vozes emergirem, convidamos você, caro leitor, a apreciar este poema de Carlos Fuentes: “Somos vozes em um coro que transforma / a vida vivida em vida narrada/ e que depois devolve a narrativa à vida,/ não para refletir a vida,/ mas sim para agregar algo, não uma cópia,/ mas uma nova medida da vida;/ para agregar, com cada novidade, algo novo,/ algo mais, à vida.”

E agora, de que modo eu, terapeuta familiar, cuido, incluindo todas essas vozes? Qual o meu “saber” diante de uma família com portador de transtorno mental? Essa é, para nós, uma pergunta importante gerada pela leitura do artigo.

Carregamos conosco a voz da Helena: “Não se espera de um terapeuta familiar, diante de situações em que ocorrem transtornos mentais, nem medicação, nem atendimento psiquiátrico, mas que ele possa colaborar para a organização sistêmica do atendimento. Mais do que nunca, nessas situações, é requerida a habilidade de ser um arquiteto da conversação, lançando pontes entre diferentes discursos.” O terapeuta familiar tem, portanto, a responsabilidade de “arejar” o ouvido e estar aberto para conversar com o portador e com outros discursos relacionados a esse universo (psiquiatras, neurologistas, familiares, dentre outros).

Abrirmo-nos para a escuta dos vários discursos convida a nos comprometermos eticamente enquanto profissionais.

Aprendemos que SUPERANÇA, nesse universo do Transtorno Mental, é uma palavra de enorme relevância: um fator importante para a construção de tal caminho na vida do portador é o que o mantém conectado com o mundo. A superação do paciente é, portanto, **um processo social**, daí a relevância de uma rede social da qual ele se sinta fazendo parte.

Ao término desse módulo, em junho de 2010, vivenciamos ao vivo e a cores, como trabalho final do módulo em questão, uma conversa com familiares e portadores na ABRE – Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Assistimos todos juntos, alunos do Família, portadores e familiares, ao filme *O Solista*, que conta a história de transformação de Lopez, um jornalista, que conhece Nathaniel, um músico portador de esquizofrenia, e cria uma importante amizade com ele. Depois abrimos uma roda de conversas para compartilharmos pensamentos, sentimentos e emoções despertados durante o filme; a esse encontro demos o nome de “Cine Reflexão”.

Abaixo alguns relatos que emergiram:

- *O simples fato de ter uma amizade talvez mude a química do cérebro e isso ajuda muito a pessoa que adoeceu.*

- *Nós imaginamos que a pessoa que tem o transtorno mental não tem uma identidade, e isso é muito ruim...*

- *Sentimento de impotência: o que eu posso fazer mais? Eles me dizem que eu posso fazer mais e dentro de mim eu me pergunto: Será que eu posso? (pai de um portadora).*

- *Estou tão focado na doença da minha filha que esqueço que ela é um ser humano. Eu aprendi a calar quando a compreensão dela fica limitada.*

- *Tenho sempre muitas dúvidas sobre a medicação.*

- *Angústia: o fato de eu querer dar mais do que eu poderia dar.*

- *É bom saber que a gente tem com quem contar. Fico feliz em ter pessoas ao meu lado (portador).*

- *As pessoas acabam só olhando as pessoas que têm transtorno mental quando elas têm um talento (portador).*

- *Tivemos o privilégio, com essa atividade, de ouvir os diversos participantes; destacamos as palavras de uma colega: “Para mim, o que ficou forte ao assistir ao filme, é a importância do **outro** na vida de um portador, e os caminhos tortuosos, virtuosos e dolorosos de quem participa ou escolhe participar com eles dessa jornada”.(Maridete Jasmin Uehbe)*

- Assistir O Solista me fez perceber o seguinte: nós construímos preconceitos por meio dos discursos cristalizados.

Pensando nessas experiências que acabamos de relatar, que hoje compõem nossa bagagem, sentimo-nos convidadas a uma postura colaborativa e de responsabilidade compartilhada, que nos desafia a ressignificar narrativas a respeito da doença mental, bem como a nos incluir nas conversas com essas famílias tecendo conexões que ajudem a construir um mundo menos intolerante às diferenças. Aprender a navegar na incerteza e no mistério é condição *sine qua non* para realizarmos esse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, H. (2011). *Conversação, linguagem e possibilidades* (Edição Revisada). São Paulo: Roca.

VILLARES, C. (2006). A criatividade como postura em ações de transformação social, *Nova Perspectiva Sistêmica*, XIV, 26.

TOPOR, A. et al. (2007). Outros: o papel da família, dos amigos e dos profissionais no processo de recuperação, *Nova Perspectiva Sistêmica*, XV, 29.

Aulas ministradas pelas professoras Helena Maffei Cruz e Cecília Cruz Villares, no Instituto FAMILIAE.

ATÉ QUE O DINHEIRO NOS SEPRE

CLEIDE M. BARTHOLI GUIMARÃES

VALÉRIA MEIRELLES

Psicóloga, especialista em terapia familiar e de casal pela PUC-SP, mestre e doutoranda em psicologia clínica, pela PUC-SP, estudando atitudes de homens e mulheres em relação ao dinheiro ao longo do ciclo vital.
valeria@valeriameirelles.psc.br

Em 2007, quando Cleide Guimarães defendeu sua dissertação de mestrado na PUC-SP, NUFAC, com o tema “*O meu, o seu, o nosso: o processo de construção conjunta do ‘compromisso financeiro’ do casal de dupla carreira na fase de aquisição do ciclo vital*”, a Psicologia Econômica havia acabado de chegar ao Brasil e estava ganhando contornos pelas mãos da psicóloga Vera Rita de Mello Ferreira.

Naquela época, menos de uma década atrás, cada uma das autoras acima atuou de forma pioneira. Vera Ferreira (2008) trouxe-nos da Europa e dos Estados Unidos a teoria da Psicologia Econômica e Cleide Guimarães, poucos anos depois, trouxe para o ambiente acadêmico o tema dinheiro associado a casais (uma das áreas de estudo da Psicologia Econômica). O tema trazido por Cleide tem muita importância, pois como bem pontuam Madanes e Madanes (1994, p. 14): “Até os terapeutas, que não hesitam em discursar sobre assuntos relacionados a sexo e poder, raramente falam sobre questões relacionadas ao dinheiro. Eles dificilmente falam ou escrevem sobre como lidar com o dinheiro como parte importante do desenvolvimento do ser humano.” A autora entrevistou em profundidade quatro casais de classe média jovens, sem filhos, entre 25 e 35 anos, com o objetivo de compreender se os jovens casais sem filhos estabelecem acordos sobre a vida financeira e se compromissos são construídos em conjunto.

Zelizer (2009), em seu artigo “Dinheiro, poder e sexo”, desmistifica a crença de que o dinheiro corrói e corrompe a intimidade e alerta que os profissionais de saúde e as pessoas em geral devem entender que o dinheiro faz parte da vida cotidiana. Em *Até que o dinheiro nos separe*, Cleide Guimarães faz isto tendo como base a realidade brasileira.

A socióloga também faz a mesma proposta de nossa autora, ao sugerir que os casais devem buscar o que chama de “boas combinações” entre relações íntimas e transações econômicas e que não é mais possível negar a presença e a importância do dinheiro nas relações.

Da mesma forma, as questões de gênero que permeiam as relações conjugais e financeiras estão presentes, como foi observado por Webley et al. (2001), Furnham e Argyle (2007), importantes pesquisadores da Psicologia Econômica.

Neste sentido, os autores mostram que homens e mulheres atuam de maneira diferente em relação ao dinheiro e isto deve ser considerado. Creio que Cleide Guimarães foi além desta proposta, ao “abrir as portas” para o assunto não apenas entre os casais, mas entre as famílias, buscando transformar a equação: *amor + dinheiro = tristezas e rupturas* e *amor + dinheiro + comunicação = felicidade*.

Ou seja, é fundamental falar sobre dinheiro, trazer à tona os “investimentos ocultos” das relações, as crenças financeiras que passam de geração em geração, a importância da família de origem, os mitos, as mensagens implícitas ou explícitas que nos passaram sobre amor e dinheiro. E há outros temas importantes levantados pela autora, que envolvem a “contabilidade amorosa” do casal, o que me remeteu ao livro de contas familiares de Bowen (1979).

O modelo proposto das “Esferas de influências monetárias”, de Felto, Collins e Brown, lembrou o modelo da “Ecologia do Desenvolvimento Humano” proposto por Brofenbrenner (1996), no qual temos que ter a maior quantidade de dados a respeito dos sistemas nos quais as pessoas estão inseridas. E é o mesmo que acontece com o dinheiro, ajudando-nos enquanto terapeutas a incluir a visão ecológica do desenvolvimento financeiro das pessoas e expandi-la aos casais.

No livro de Cleide Guimarães, os comportamentos econômicos das pessoas e o significado que dão ao dinheiro ficam fáceis de serem compreendidos e contextualizados.

Sem receitas prontas, mas com questões reflexivas que alavancam possibilidades de mudanças, o livro *Até que o dinheiro nos separe* é agradável de ler, sua diagramação oferece conforto visual e, acima de tudo, tem um conteúdo seriamente embasado, com vários exemplos dos casais entrevistados e um depoimento de atendimento clínico da autora. Ela atua nas duas pontas: tanto na do terapeuta que trabalha com casais quanto para os casais que pretendem construir uma relação saudável, que inclua o dinheiro.

Portanto, é ferramenta extremamente importante tanto para nós terapeutas quanto para aqueles que querem entender e viver uma vida financeira melhor com seu(sua) namorado(a), companheiro(a), esposo(a) criando seu próprio estilo financeiro, posição alinhada com a pós-modernidade na qual as possibilidades de escolhas oferecem novas narrativas de vida às pessoas e à sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOWEN, M.** (1979). *De la familia al individuo: la diferenciacion del si mesmo em el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- BROFENBRENNER, U.** (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FERREIRA, V.R.M.** (2008). *Psicologia econômica: como o comportamento econômico influencia nas nossas decisões*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- FURNHAN, A., ARGYLE, M.** (2007). *The psychology of money*. Nova York: Routledge.
- GUIMARÃES, C.M.B.** (2007). *O meu, o seu e o nosso: o processo de construção conjunta do “compromisso financeiro” do casal de dupla carreira na fase de aquisição do ciclo vital*. Dissertação [Mestrado] em Psicologia Clínica, PUC-SP.
- _____. (2010). *Até que o dinheiro nos separe: a questão financeira nos relacionamentos*. São Paulo: Saraiva.
- MADANES, C., MADANES, C.** (1994). *O significado secreto do dinheiro... e como ele atua nas famílias despertando amor, inveja, paixão e raiva*. Campinas: Editorial Psy.
- ZELIZER, V.A.** (2009). Dinheiro, poder e sexo. *Cadernos Pagu* (32) janeiro-junho; 135-157.
- WEBLEY, P., BURGOYNE, C.B., LEA, S.E.G.; YOUNG, B.M.** (2001). *The economic psychology of everyday life*. East Sussex: Psyspress.

ROSANA GALINA

*Mestre em psicologia,
terapeuta familiar,
psicodramatista,
sócia da IFTA.*

PENSANDO PARCERIAS

No início deste ano assisti a dois filmes que logo depois ganharam vários Oscar*: *O discurso do rei* e *Cisne negro*. Os dois me tocaram profundamente. O primeiro pela conquista apoiada em emoção e credibilidade; o segundo pela intensidade do sofrimento ao tentar alcançar uma conquista baseada em pressão, constante desafio e agressividade.

Assisti a ambos sequencialmente em duas semanas e fiquei intrigada com os tipos de parcerias que podemos fazer na vida.

Em *O discurso do rei*, o diretor Tom Hooper apoia-se em um fato verídico da vida do futuro rei da Inglaterra, George, então Duque de York, vivido por Colin Firth, que é gago desde os quatro anos de idade. O problema é bastante sério para alguém da realeza, que precisa constantemente falar em público. George procurou vários médicos e enfrentou diferentes técnicas, mas nada trouxe um resultado eficaz. A sua esposa Elizabeth, vivida por Helena Bonham Carter, entra em contato com o Lionel Logue, vivido por Geoffrey Rush, um *terapeuta da fala*, que tinha métodos nada convencionais. Lionel inicia uma relação de igual para igual com George, na qual ambos buscam a cura da gagueira. A construção dessa relação é feita com base em respeito, amizade, reconhecimento de esforço e atenção aos limites. Essa parceria colaborativa, depois de muito esforço, tensão e exaustiva dedicação, traz o desenvolvimento da autoconfiança de George, que consegue discursar ao assumir a coroa, após a abdicação de seu irmão David, vivido por Guy Pearce e, principalmente, ao discursar na rádio conclamando todas as pessoas do Império Britânico a se unirem na guerra contra a Alemanha.

Em *Cisne negro*, o diretor Darren Aronofsky apoia-se no espetáculo *O lago dos cisnes* para nos convidar a viver a intensidade do nascimento de um cisne negro que exige “*malícia no olhar e o desejo espelhado no corpo*”. Nina, bailarina retraída e frágil, está competindo para a vaga de primeira bailarina na companhia de balé da qual participa. Começa aí o nascimento de uma parceria entre ela e o rigoroso diretor da companhia de balé, Thomas Leroy, vivido por Vincent Cassel. Ambos querem que Nina se aproprie do vigor exigido para o papel, ele investindo na técnica perfeita que ela já domina e na crença da resposta interna agressiva com a sua maturação sexual e ela pelo encantamento pela dança e para atender a um desejo materno. Começa, então, o processo de perder-se de si mesma. Em casa, a mãe a enlouquece estabelecendo uma relação paradoxal que a aprisiona na infância. A inveja e o rigor são disfarçados pela atenção desatualizada. Trata-a como a uma criança impedindo-a de descobrir seu lugar na relação materna. O cisne branco não tem qualquer problema para se manifestar.

A parceria com a mãe que deseja viver o universo da dança através da filha e a parceria com o coreógrafo e diretor do grupo de dança que a instiga e a desafia têm a destrutividade e a linguagem paradoxal como base da comunicação e da relação, apesar de ambos quererem o sucesso de seus investimentos em Nina.

* Discurso do Rei – Oscar de melhor Filme, melhor ator e melhor roteiro original.
Cisne Negro – Oscar de melhor atriz.

A coerência e a constância na relação são importantes para o desenvolvimento da confiança e da liberdade *do vir a ser*, principalmente quando se estabelece uma parceria como a define Michaelis no *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*: “Reunião de pessoas por interesse comum; sociedade; companhia.” E “parceiro – igual, semelhante”, conforme definição de Antonio Geraldo da Cunha no *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*.

Em *O discurso do rei*, tanto George quanto Lionel tinham o mesmo objetivo: curar a gagueira do rei, e em *Cisne negro, o coreógrafo e a mãe* buscavam o nascimento do Cisne Negro. Mas *o como* cada um fundamentava e encaminhava a conquista do buscado é visceralmente diferente.

E nós, ao estarmos frente a frente com os casais e famílias que atendemos, como caminhamos na distinção das diferentes parcerias que se formam? Como entender e levar a família ou o casal a entenderem as complementaridades que se formam na saúde e na doença? Como abrir novas portas para uma comunicação ampliadora?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, A.G. (2010). *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Lexicon Editora.

MICHAELIS. (1998). *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Gráfica Melhoramentos.

Site www.adorocinema.com

OS ASSISTENTES SOCIAIS E A TERAPIA DE FAMÍLIA: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

**SONIA BEATRIZ SODRÉ
TEIXEIRA**

*Assistente social. Doutora
em Ciências da Saúde.*

Atendendo ao chamado de Zuma no texto “OS Assistentes Sociais e a Terapia de Família” recentemente publicado (NPS 39) venho expor algumas ideias sobre esta questão, já amplamente debatida dentro e fora da academia, em congressos e via internet. O elemento novo que reacendeu novos posicionamentos e a necessidade de um debate coletivo foi a Resolução 569 do CFESS que veta a realização de terapias como atribuição e competência do assistente social.

Para o leitor não familiarizado com o tema, cabe, a meu ver, uma pequena síntese reconstrutiva sobre a importância dele no Serviço Social. Olhando para as nossas raízes históricas, vemos que o atendimento às famílias surgiu como uma das primeiras áreas de competência profissional, uma vez que a profissão se construiu tendo como foco o indivíduo em seu contexto familiar e social. Esta prática apareceu de forma incisiva e constante ao longo dos anos contribuindo para os primeiros contornos de uma identidade própria. Isto equivale a dizer que o Serviço Social com famílias é a mais antiga área de atuação dos assistentes sociais.

Curiosamente porém, ela não se manteve como marca identificatória dos assistentes sociais e ao longo dos anos vimos acontecer muitos embates a respeito da legitimidade deste campo. Os primeiros sinais de um congelamento podem ser localizados nos anos 1960 quando houve no Serviço Social Latino-Americano um importante movimento crítico da profissão que dentre outras coisas fez uma ruptura com as práticas institucionais, incluindo o trabalho com famílias, na tentativa de descobrir novos aportes teórico-metodológicos mais afinados com a realidade brasileira e de integrar a profissão na globalidade dos países dependentes. Este movimento, como já dito acima, bateu de frente com as práticas até então desenvolvidas, na medida em que rebatia ações centradas no indivíduo, modelos importados e ausência de perspectivas de análise mais conjunturais e sociopolíticas. Se por um lado estas mudanças mexeram com a profissão exigindo reflexões, novos arranjos e posturas avançando na reconstrução de um Serviço Social mais engajado politicamente e afinado com a transformação social. Por outro desconsiderou importantes aquisições da prática até então desenvolvida, forçando o abandono de temáticas ligadas à intervenção, sendo a família uma delas. Um aspecto relevante a ser destacado diz respeito à retração do trabalho com famílias, mas não o seu extermínio. Muitos assistentes sociais, à revelia das inúmeras pressões sofridas, continuaram com competência seus trabalhos institucionais, muitas vezes de forma silenciosa, outras articulando e lutando nas equipes interdisciplinares por seus espaços próprios.

A despeito disso, o acúmulo de conhecimento e todo o capital construído é pouco visível ou permaneceu congelado nos cursos de graduação fazendo com que um número expressivo de assistentes sociais hoje desconheça a estreita ligação entre estas raízes históricas e a prática clínica contemporânea com famílias.

De certa forma pode-se compreender que a aproximação do Serviço social com as famílias foi abafada no caldo mais denso das preocupações profissionais naquele momento majoritariamente voltadas às questões “macro”. Uma possível consequência deste quadro é a insegurança e o despreparo de muitos assistentes sociais para os enfrentamentos que se fazem no campo das práticas terapêuticas, com outras categorias que também se apropriaram mais recentemente da família como foco de atenção. Neste sentido, houve um confronto bastante importante entre o Serviço Social e a Psicologia, principalmente pela posse da terapia de família.

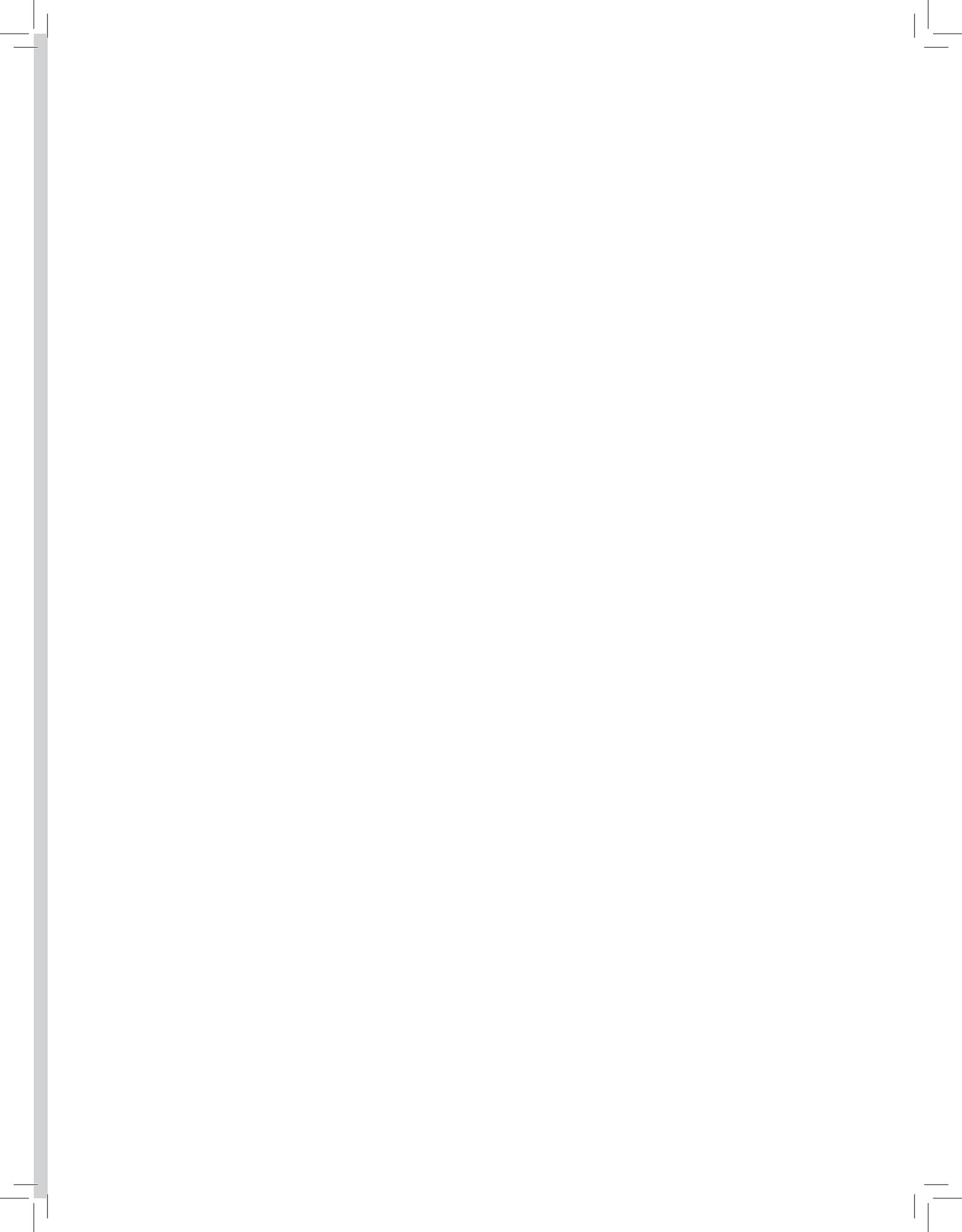
Mais recentemente e no interior do campo psicossocial, dois fatores recolocaram o trabalho com famílias em cena, de forma marcante. O primeiro diz respeito à emergência de se romper com práticas fragmentadas, isoladas, desconectadas que não mais atendiam as demandas da população, pressionando novos direcionamentos profissionais. Por volta dos anos 1970/80, o surgimento das teorias sistêmicas veio a atender estas necessidades na medida em que trouxe novo fôlego e importantes aportes teóricos para se compreender os fenômenos sociais e familiares de forma mais integrada e global. O segundo é a centralidade da família trazida pelos programas e projetos sociais no âmbito federal, estadual e municipal, que exigiram especialmente dos assistentes sociais uma retomada ou melhor dizendo uma confirmação de sua competência nesta área. Esta retomada certamente não se fez sem tensões, confrontos e dilemas, dado que os órgãos representativos da classe não respaldam ações profissionais de cunho terapêutico dirigidas à família, pois o entendimento é que o exercício profissional deva ser feito na direção da defesa de direitos sociais sem uma explicitação do como isto possa se efetivar. Como bem diz Faleiros no texto “A Relação entre Clínica e Política em Serviço Social”, “atender e defender direitos sociais pode ser feito de múltiplas formas inclusive numa abordagem clínica”. Complementando penso que estas diretrizes de trabalho do assistente social podem funcionar como princípios gerais da ação e que o profissional tem o direito de escolher a orientação teórico-metodológica dentro de uma gama diversificada de maneiras de exercer o seu ofício. Ainda segundo o autor, “não há Serviço Social sem comunicação, sem fala, sem escuta”. Neste sentido, cabe lembrar o quanto que os conceitos e o entendimento que se construiu sobre família a partir das teorias sistêmicas representaram uma ferramenta importante de trabalho para os assistentes sociais independente de uma possível escolha pela especialização em terapia de família.

O que desejo destacar aqui é a diferença entre o assistente social que na busca constante de aprimoramento encontra respaldo teórico-metodológico nestas teorias e aquele profissional que se interessa em se tornar terapeuta de família e para isto necessita se capacitar procurando cursos de especialização assim como qualquer outra categoria profissional. Penso que a complexidade da questão aponta para o que se considera “terapêutico” e quem estaria capacitado para tal, sem esquecer que não temos controle sobre os efeitos de nossas ações, que podem ser terapêuticos para os sujeitos envolvidos nelas. No meu modo de ver, trabalhar hoje numa perspectiva terapêutica em nada afasta as possibilidades de se focar a ação dos assistentes sociais na direção da luta por cidadania e na

criação de condições para que os usuários efetivamente possam se tornar sujeitos; o trabalho com “o singular” no caso aqui com a família não necessariamente exclui outras dimensões presentes. A questão social, uma de nossas matérias específicas, não fica esquecida porque ela não existe fora dos sujeitos e das situações vivenciadas, ela se corporifica e se apresenta a nós, profissionais, pelas expressões concretas e cotidianas de sofrimento, dor, desespero e desesperança. Criar espaços de ajuda para os dilemas humanos a meu ver alimenta e fortifica a direção de nosso trabalho como assistentes sociais.

A proposta agora é a de abordar as ressonâncias que esta recente medida do CFESS causou no interior do campo de serviço social e no contexto mais amplo das práticas terapêuticas. No último Congresso de Terapia de Família realizado em Búzios – RJ, em agosto de 2010, com cerca de mil participantes, houve uma chamada para o tema e a realização de um encontro aberto especialmente para se discutir a medida. Vários estados brasileiros estavam representados, confirmando a existência de um conjunto expressivo de assistentes sociais que trabalham como terapeutas familiares. Deste encontro resultou a criação de uma nova rede – o grupo virtual ASREDES – que hoje é visitado por profissionais de inúmeros países da América Latina, por exemplo, Chile, Argentina, Guatemala, Costa Rica dentre outros que expressam suas dificuldades de entender o porquê de tal restrição, já que em seus países o trabalho dos assistentes sociais clínicos é amplamente reconhecido. De certa forma, nossos vizinhos e parceiros, assim como nós, buscam explicações e se indagam sobre o autoritarismo da medida, uma vez que parece não ter havido consulta e nem debates prévios com o grande contingente de assistentes sociais que tem suas práticas voltadas para famílias. Se entendemos o Serviço Social como uma profissão plural, em que diferentes posturas teórico/metodológicas convivem, como esta deliberação foi tomada sem que estes profissionais fossem ouvidos? Se houve debates, eles não foram visíveis e prevaleceu o silêncio dentro da profissão. No campo interdisciplinar, ao contrário, as repercussões foram enormes já que os assistentes sociais estão na área da terapia de família há muito tempo. Não esqueçamos a inegável contribuição destes na constituição do campo das terapias familiares sistêmicas e neste sentido cabe lembrar que a presidente em exercício da ABRATEF é assistente social e terapeuta de família.

Uma outra indagação a ser pensada frente à resolução é se ela coloca, de fato, uma pá de cal sobre as práticas terapêuticas exercidas pelos assistentes sociais. A resolução esgota o tema? A profissão de Serviço Social se reduz a uma lei? Ou ainda, ela foi resolutiva para a grande parcela de profissionais que trabalham na perspectiva clínica? Um desdobramento necessário destas reflexões recai nos institutos formadores e nas equipes interdisciplinares que contam com a participação de assistentes sociais. Assim, como as outras categorias profissionais se posicionam? Quais as ressonâncias no mercado de trabalho? A quem afeta, além dos assistentes sociais, esta medida? Enfim, as questões estão colocadas e seria muito interessante ouvir as diferentes vozes sobre este assunto.





NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A revista *Nova Perspectiva Sistêmica* publica, além de trabalhos na área de terapia de família, artigos que versem sobre práticas sistêmicas em contextos amplos, comunidades, redes sociais, grupos e outros temas relacionados ao construcionismo social. Ela é dirigida a profissionais e estudantes das áreas de psicologia, serviços sociais, direito, psiquiatria e a quaisquer outras carreiras e atividades que abordem a teoria sistêmica. Seu conteúdo é produzido por especialistas. Sua preocupação com a seleção de temas e autores, garante a qualidade e a credibilidade deste que é um dos mais importantes veículos voltados à prática sistêmica no Brasil.

Para colaborar com revista *NPS*, mande seu trabalho para avaliação do nosso Conselho Editorial. Os textos podem ser enviados nos seguintes formatos:

- **Artigos**
- **Estante de livros:** resenha de livros publicados sobre temas relevantes para a linha editorial da revista.
- **Conversando com a mídia:** comentários, reflexões ou ensaios sobre temas presentes em todos os tipos de mídia: cinema, televisão, internet, literatura etc.
- **Ecoss:** comentários e reflexões suscitados por artigos publicados em uma edição anterior.
- **Família e comunidade em foco:** relatos de experiências ou entrevistas que tenham conexões diretas com as práticas sistêmicas nos diversos contextos.

Os artigos destinados à publicação devem obedecer aos seguintes requisitos:

1. O texto deve ter o máximo de 15 páginas, com espaçamento simples, em fonte *Times New Roman*, corpo 12.
2. As ilustrações contidas nos artigos (quando for o caso) não devem exceder ¼ do espaço do texto. As figuras, imagens e tabelas deverão ser enviadas em formato .JPG ou .TIF, no modo de cor *grayscale* (tons de cinza), em alta resolução (maior ou igual a 300 dpi).
3. O(s) artigo(s) deve(m) incluir título (em português e em inglês), nome(s) do(s) autor(es), qualificação do(s) mesmo(s), nome da instituição a que está(ão) vinculado(s), cidade, país e e-mail.
4. Os artigos devem conter um resumo de aproximadamente 100 palavras e a indicação de palavras-chave (ambos em português e em inglês).
5. As referências devem seguir as normas da APA. Citações ao longo do texto devem respeitar o seguinte padrão: sobrenome do autor e ano da publicação (Russo, 1997).
6. Após a publicação, o artigo passa a ser propriedade da revista. A reprodução em outro veículo deverá conter referência ao nome e ao número da revista.

7. A revista aceita a divulgação do artigo em outra publicação, desde que informada previamente. Tudo que implique ação legal é de responsabilidade exclusiva do autor.
8. A revista aceita divulgar artigos que já tenham sido publicados anteriormente desde que sejam informados a data e o periódico em que foi publicado.
9. O artigo não deve infringir nenhuma norma ética, sobretudo a de proteger a identidade de pacientes mencionados em relatos clínicos.
10. A aprovação de artigos é subordinada à apreciação de pareceristas ou membros do Comitê Editorial.

APRECIÇÃO DOS TEXTOS

- Os textos apresentados serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial, que poderá aprová-los diretamente para publicação, aprová-los mediante alterações sugeridas ou recusá-los.
- Após aprovado, os textos serão diagramados e publicados.
- Os originais, mesmo quando não publicados, não serão devolvidos.
- Cada artigo publicado dá ao(s) autor(es) o direito de receber um (01) exemplar da revista;
- Os conceitos e afirmações expressos nos artigos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Para submeter seu artigo, envie uma cópia por e-mail: editora@noos.org.br

EXEMPLO DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Livro:

TOFFLER, A. (1994). O choque do futuro (5a ed.). Rio de Janeiro: Record.

Parte de livro:

TANGUY, L. (1997). Competências e integração social na empresa. In F. Ropé & L. Tanguy (Orgs.). Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas, SP: Papyrus.

Parte de publicação periódica:

WATSON, M. W. (1994). Vector autoregressions and cointegration. In R. F. Engle, & D. L. McFadden (Ed.). Handbook of Econometrics (Vol. 4, Chap. 47, pp. 2843-2915). Amsterdam: Elsevier.

Monografia, dissertação ou tese:

NOGUEIRA, E. E. S. (2000). Identidade organizacional – um estudo de caso do sistema aduaneiro brasileiro. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Informações retiradas da internet:

FAMÁ, R., & Melher, S. (1999). Estrutura de capital na América Latina: existiria uma correlação com o lucro das empresas? Recuperado em 15 abril, 2004, de <http://www.fia.com.br/labfin/pesquisa/artigos/arquivos/1.pdf>

Anais:

AYRES, K. (2000, setembro). Tecno-stress: um estudo em operadores de caixa de supermercado. Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Florianópolis, SC, Brasil, 24.



MISSÃO DA REVISTA *NOVA PERSPECTIVA SISTÊMICA*

DIVULGAR INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS sobre as teorias e práticas sociais sistêmicas, narrativas e relacionais e as inovações dialógicas decorrentes dessas raízes, contribuindo para a formação de profissionais das ciências humanas, sociais e da saúde e o aperfeiçoamento de suas práxis, colaborando para um aumento do bem-estar da população brasileira por eles assistida.

A *NOVA PERSPECTIVA SISTÊMICA* foi a primeira revista especializada em Terapia de Família a ser publicada em português. Desde 1991, convivem na revista mestres brasileiros e estrangeiros que influenciaram nossa forma de pensar e trabalhar, além de autores menos conhecidos que puderam, a partir da publicação de seus trabalhos, iniciar sua participação na comunidade de terapeutas de família.

A revista é produzida por uma parceria entre o Instituto Noos, do Rio de Janeiro, o Instituto Familiaie e o Interfaci – ambos de São Paulo.

Essas três instituições de referência buscam ampliar a linha editorial para incluir cada vez mais ações ligadas a comunidades, grupos e redes sociais.







Impresso na Milograph.
www.milograph.com.br