UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Pedro Pablo Sampaio Martins

Recursos Conversacionais para a Clínica Ampliada com Famílias em Saúde Mental

Ribeirão Preto – SP
2017

PEDRO PABLO SAMPAIO MARTINS

Recursos Conversacionais para a Clínica Ampliada com Famílias em Saúde Mental

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP
como parte das exigências para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e
Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Guanaes Lorenzi
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila McNamee

Ribeirão Preto – SP
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Martins, Pedro Pablo Sampaio

Recursos Conversacionais para a Clínica Ampliada com Famílias em Saúde Mental. Ribeirão Preto, 2017.

138 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Guanaes Lorenzi, Carla.

Coorientadora: McNamee, Sheila.

1. Terapia Familiar. 2. Clínica Ampliada. 3. Saúde Mental. 4. Família. 5. Construcionismo Social.

Martins, Pedro Pablo Sampaio
Recursos Conversacionais para a Clínica Ampliada com Famílias em Saúde Mental

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

“Sorte é isto. Merecer e ter”.

Guimarães Rosa

Eu sempre me considerei uma pessoa de sorte. Essa foi, e continua sendo, uma das grandes narrativas da minha vida. Não me importa muito a razão. Seja por merecimento, por acaso ou por qualquer outra razão desconhecida, me sinto especialmente sortudo sempre que olho ao redor e vejo quantas pessoas especiais estão aqui, participando dessa aventura que é viver.

Uma tese de doutorado é parte de uma vida. E uma vida é escrita a muitas mãos. Meus agradecimentos vão para essas diferentes mãos que, cada uma em sua medida, me ajudaram a desenhar as palavras escritas nessas páginas.

À Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, minha orientadora e amiga. Eu não posso imaginar uma companheira melhor para essa jornada. Sua presença é forte, certa e gentil. Obrigado por confiar incondicionalmente em mim e, com isso, me ajudar a ser sempre maior. Minha admiração por você cresce a cada dia.

À Profa. Sheila McNamee, Ph.D., minha coorientadora e “rainha” da construção social. Você é o expoente máximo do que admiro na vida acadêmica. Obrigado por me receber na UNH, por me orientar e por cuidar de mim. Eu nunca vou me esquecer de todo o apoio que você me ofereceu ao longo desse tempo.

Aos meus amigos e colegas de grupo do Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais (LAPEPG), obrigado pela alegria de crescermos juntos. Que sorte ter por perto pessoas como vocês, Gabriela Ravagnani, Marcus Vinicius Santos, Malu Fatureto, Luíza Menezes, Mariana Catalan e Marilia Palacio.

Em especial, agradeço às minhas duas amigas e companheiras de Rep. Mais Construcionista do Brasil, Giovanna Doricci e Gabriela Silva. Vocês são parte do mais especial desses anos. Nossa amizade e cumplicidade se traduz em muito dessas páginas.

Ao Prof. Dr. Emerson F. Raseira, obrigado por sua presença em diferentes momentos da vida: na iniciação científica, nas bancas de qualificação e defesa, no intercâmbio, nos eventos e na amizade. Aprendi a ser pesquisador com você, e isso deixou marcas importantes em minha trajetória.

Aos seguintes Professores(as) Doutores(as) que, de diferentes maneiras, contribuíram com minha formação no curso de doutorado e com o desenvolvimento desta pesquisa: Arlene

Katz, Barbara Frankel, Celiane Camargo-Borges, Clarissa Corradi-Webster, Jack Lannamann, Kátia Amorim, Magda Dimenstein, Maria José Bistafa, Ottar Ness e Sérgio Ishara.

À equipe do Hospital-Dia, agradeço por abrirem suas portas, por me receberem e por me ajudarem com tudo o que precisei. Cresci muito nesses anos que passei por aí. Tenho um imenso respeito por vocês e por seu trabalho.

Às famílias e profissionais participantes da pesquisa, meu muito obrigado por podermos compartilhar momentos de tanto crescimento e aprendizagem. Sem vocês, nada disso seria possível.

À minha própria família, agradeço pela presença, confiança, apoio e estímulo incondicionais. Mãe (Simone), pai (Ari), irmãos (Juliano, João Lucas e Lara) e afilhado (Henrique), vocês estão sempre no meu coração. À família extensa, especialmente meus avós (Maria, Santa e Vicente), obrigado pelo apoio e carinho sempre.

Ao Rafael Nascimento, me resta repetir o que já disse uma vez: sem você, não seria tanto, nem tão bom. Obrigado por querer seguir a vida junto a mim. Agradeço também a toda a sua família, que sempre me oferece conforto e alegria. Especialmente ao Enrico, nosso afilhado, pelos sorrisos de todo dia.

A todas as instituições de ensino que participaram da minha formação, muito obrigado. Especialmente, agradeço à Universidade de São Paulo, à University of New Hampshire e à Universidade Federal de Uberlândia pela estrutura que me ofereceram desde que comecei a estudar Psicologia e que, hoje, me permitem defender esta tese.

À FAPESP, pelo financiamento desta pesquisa no Brasil e nos Estados Unidos (processos número 2013/15185-6 e 2015/11483-8).

À CAPES, por financiamento em etapa inicial desta pesquisa.

Por fim, gostaria de agradecer aos diferentes amigos e colegas que, de alguma forma, estiveram comigo durante esse tempo. Ana Flávia Manfrim, Anderson Silva, Alex Brix, Aline Meyer, Amanda Oliveira, André Pereira, Anna Alegria, Bárbara Gea, Bruma Souza, Bruno Kondo, Caroline Cunha, Cristina Ruffino, Débora Nobusada, Déborah Maia, Diego Martins, Don Flynn, Ede Lanir, Eder Vieira, Eliana Real, Felipe César Lima, Fernando Cavaleiro, Flaviana Naves, Francisco Arantes, Gabriel Santos, Gabriella Moura, Isabel Muñoz, Júlia do Amaral, Juliene Madureira, Kate St. Amand, Kátia Caetano, Lara Miranda, Laura Vilela e Souza, Lígia Antônio, Lílían Guimarães, Lívia Mateus, Lívia Penteado, Lorraine Possamai, Luciana de Paula, Luciana Guimarães, Lucas Morato, Ludmilla Dell'Isola, Luís Felipe Casadinho, Maria Carolina Buiatti, Mariane Souza, Marina Arantes, Mateus Medeiros, Matheus Rodrigues, Marisa Japur, Murilo Moscheta, Natália Mateus, Nidiamara Guimarães,

Orion Oliveira, Paty Martins, Paula Hollanda, Paula Medeiros, Paulo Mallmann, Pedro Ítalo, Pedro Prudente, Priscilla Palma, Rafaela Barbosa, Ramon Sampaio, Regina Garcia, Rômulo Nascimento, Robson Miranda, Rosana Rapizo, Sandra Tofoli, Simone Lopes, Sueli Lucio, Thiago Cassiano, Túlio José, Virgínia Guerra, Yurín Garcêz. É uma sorte imensa ter vocês!

“O pessoal é político”.

Lema estudantil.
Segunda onda feminista.
EUA, década de 60.

Resumo

Martins, P. P. S. (2017). *Recursos Conversacionais para a Clínica Ampliada com Famílias em Saúde Mental*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A partir da Reforma Psiquiátrica, observamos uma valorização da participação da família no tratamento, buscando por alternativas de atenção a esses familiares nos serviços. Acrescentando ao debate os desafios da aproximação da clínica ao Sistema Único de Saúde, o conceito de clínica ampliada surge, associando a noção de subjetividade à de cidadania e enfatizando a importância de lidar com a singularidade de cada situação concreta como parte de contextos e relações sociais. Em consonância com essas preocupações, existe, em um Hospital-Dia de Psiquiatria, um Programa de Assistência Familiar. Dentre diversas atividades oferecidas nesse programa, as Reuniões Familiares são o contexto específico de estudo desta pesquisa. Essas reuniões são conduzidas a partir de contribuições da terapia familiar de uma orientação construcionista social, que tem como foco os processos de construção e transformação de sentido. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a aproximação de uma prática com famílias (as reuniões familiares) à noção de clínica ampliada no cuidado em saúde mental. Especificamente, visou: a) compreender o processo de produção de sentidos nessa prática, analisando a construção de recursos conversacionais na interação, bem como seus efeitos para as transformações de sentidos de problema e de si ao longo do processo; e b) descrever como esses recursos contribuem para a ampliação da prática clínica com famílias. Para isso, 33 reuniões familiares (os atendimentos de três famílias) foram acompanhadas na instituição. Essas sessões foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, constituindo-se, assim, o *corpus* de pesquisa. Uma compreensão construcionista social sobre a prática de pesquisa orienta metodologicamente este trabalho. Todas as sessões foram submetidas a uma análise temático-sequencial do processo de produção de sentidos. A partir disso, descrevemos a negociação e transformação de sentidos em torno de um problema considerado, pelo paciente e pela família, como central em suas vidas. Para cada caso, o principal recurso conversacional construído no processo terapêutico foi analisado e descrito. São eles: a) convidar o social para dentro do individual; b) tecer o diálogo familiar; e c) conhecer a si em outras vozes. A análise de cada caso considerou: como algo foi construído como um problema a ser trabalhado; como o uso do recurso se deu; e que efeitos esse uso produziu no decorrer do caso. Oferecemos como tese uma leitura construcionista social para a clínica ampliada, chamando atenção para como a ampliação da clínica se produz a partir dos efeitos de determinados modos de se relacionar no contexto das práticas. É no momento interativo que profissionais e pacientes, ao conversarem sobre suas questões de saúde, conjuntamente criam entendimentos sobre quem são, o quê são seus problemas e o que podem fazer com relação a eles. Discutimos como o uso dos recursos se constrói nas interações e contribui para a prática da clínica ampliada. Descrevemos essas práticas como politicamente implicadas. Em última instância, a pesquisa descreve recursos práticos para profissionais interessados em trabalhar em um enquadre crítico e transformador no cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Terapia Familiar. Clínica Ampliada. Saúde Mental. Família. Construcionismo Social.

Abstract

Martins, P. P. S. (2017). *Conversational Resources for the Expanded Clinic with Families in Mental Health*. Doctoral Dissertation. Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Since the Brazilian Psychiatric Reform, we have witnessed an increased value of family participation in treatment. Alternatives of attention to family members in the context of services have been sought. When the challenges of bringing clinical practices into the Unified Health System are added to the debate, the concept of the expanded clinic arises, and this concept associates the notions of subjectivity and citizenship. Emphasis is placed on the importance of dealing with each concrete situation as part of contexts and social relations. A Program of Family Care in a Psychiatric Day Hospital exists in line with these concerns. This program offers several activities for families. Family Reunions are amongst these activities, and they are the specific context of this research. The contributions of a social constructionist orientation for family therapy guide family reunions with a focus on processes of meaning making. This research aimed to analyze the approximation of a practice with families (family reunions) to the notion of the expanded clinic in mental health care. The research specifically aims to: a) understand the process of meaning making in this practice, while analyzing the construction of conversational resources in the interaction, as well as their effects to the transformations of the meanings of problem and self throughout the process; and b) describe how these resources contribute to the expansion of clinical practices with families. Thirty-three family reunions (three family cases) were followed in the institution. These sessions were audio recorded, and fully transcribed, in order to constitute the research corpus. A social constructionist understanding about research practices is the methodological guide for this investigation. All sessions were submitted to a thematic-sequential analysis of the process of meaning making. We have described the negotiation and transformation of meanings about a problem that was considered, by the patient and by their family, as central to their lives. For each case, the main conversational resource constructed during the process was analyzed and described. These conversational resources are: a) inviting the social into the individual; b) weaving family dialogue; and c) knowing yourself in other voices. The analysis of each case considered: how something was constructed as a problem to be worked out; how the use of the resources was carried through; and the effects the use of this resource created throughout the case. We offer, as our thesis, a social constructionist reading of the expanded clinic, where we call attention to how the expansion of clinical practice is crafted from the effects that particular ways of interacting create in the context of practices. It is in the interactive moment that professionals and patients jointly generate understandings about who they are, what their problems are, and what they can do in relation to them, while they talk about their health issues. We discuss how the use of these resources is constructed in interactions, and how this use can contribute to the practice of the expanded clinic. We also describe clinical practices as politically committed. The research ultimately describes practical resources for those professionals interested in working within a critical and transformative frame in mental health care.

Keywords: Family Therapy. Expanded Clinic. Mental Health. Family. Social Constructionism.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Membros da Família no Atendimento 01.....	47
Tabela 2	Profissionais no Atendimento 01.....	47
Tabela 3	Membros da Família no Atendimento 02.....	47
Tabela 4	Profissionais no Atendimento 02.....	48
Tabela 5	Membros da Família no Atendimento 03.....	48
Tabela 6	Profissionais no Atendimento 03.....	48
Tabela 7	Padrão de Transcrição.....	52
Tabela 8	Recursos Conversacionais e seus Efeitos.....	56
Tabela 9	Recursos Conversacionais e a Clínica Ampliada.....	98

Sumário

Apresentação.....	07
1. Introdução.....	16
1.1. A Clínica no SUS.....	17
1.1.1. Clínica Ampliada.....	20
1.1.2. Clínica Ampliada no Contexto das Políticas Públicas.....	22
1.1.3. Clínica Ampliada em Saúde Mental.....	24
1.2. Construcionismo Social e Práticas Clínicas.....	28
1.2.1. Terapia Como Construção Social.....	29
1.2.2. Alternativas Relacionais de Compreensão do <i>Self</i>	32
1.2.3. Uma Leitura Construcionista Social da Clínica Ampliada.....	37
2. Justificativa e Objetivos.....	41
3. Método.....	44
3.1. Contexto, Participantes e Construção do <i>Corpus</i> de Pesquisa.....	45
3.2. Considerações Éticas.....	49
3.3. Procedimentos de Análise.....	50
4. Resultados.....	57
4.1. Recurso Conversacional 01: Convidar o Social para Dentro do Individual.....	58
4.1.1. A Família de Joel, Heloísa e Antônio.....	58
4.1.2. A Construção do Problema como a Falta de Autoaceitação de Joel.....	60
4.1.3. A Reconstrução do Problema como Sendo os Discursos Sociais que Produzem a Falta de Autoaceitação.....	63
4.1.4. A Produção de Opções de Ação com Relação ao Preconceito.....	67
4.2. Recurso Conversacional 02: Tecer o Diálogo Familiar.....	72
4.2.1. A Família de Raquel, Esther e Gilberto.....	72
4.2.2. A Construção do “Trabalhar a Comunicação” como uma Demanda para as Reuniões Familiares.....	74
4.2.3. A <i>Performance</i> de Dois Modos Distintos de Conversa em uma Sessão.....	77
4.2.4. O Desafio de Levar o Diálogo para Além do Contexto das Reuniões Familiares.....	81
4.3. Recurso Conversacional 03: Conhecer a Si em Outras Vozes.....	84
4.3.1. A Família de Olívia, Miriam e Felipe.....	84
4.3.2. Construindo Dificuldades em se Abrir como um Problema.....	86
4.3.3. Posicionando Olívia a Partir de Diferentes Vozes.....	87
4.3.4. Construindo as Vozes de Outros como Recursos para Olívia.....	91
5. Discussão.....	96
5.1. Ampliando a Clínica nos Recursos Conversacionais.....	98
5.2. Clínica como Política: Implicações e Ampliações.....	102
5.3. Dos Eixos à Prática: Reuniões Familiares como Clínica Ampliada.....	105
6. Considerações Finais.....	110
Referências.....	113

APÊNDICES.....	121
APÊNDICE A – Revisão da Literatura: Categorias de Análise.....	121
APÊNDICE B – Revisão da Literatura: O Lugar da Clínica Ampliada.....	124
APÊNDICE C – TCLE (Para Pacientes e Familiares).....	130
APÊNDICE D – TCLE (Para Profissionais).....	131
APÊNDICE E – TCLE Para Banco de Dados (Para Pacientes e Familiares).....	132
APÊNDICE F – TCLE Para Banco de Dados (Para Profissionais).....	133
APÊNDICE G – Exemplo de Análise Temático-Sequencial de uma Sessão.....	134
APÊNDICE H – Exemplo de Análise: Sentidos de Problema e Posicionamentos.....	136
ANEXOS.....	137
ANEXO A – Ofício de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa FFCLRP-USP.....	137
ANEXO B – Ofício de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP-USP.....	138

Apresentação

Apresentação

Esta é uma pesquisa sobre prática. Apesar de se esperar que essas duas coisas – pesquisa e prática – estejam intimamente ligadas, existe ainda, no campo das práticas clínicas, uma importante lacuna entre elas. Esta tese representa um esforço por estudar uma prática com famílias em saúde mental, a partir do rigor sistemático de uma pesquisa.

Sobre a Prática

As “reuniões familiares” são uma modalidade de atendimento oferecida às famílias de pacientes em uma instituição de saúde mental, o Hospital-Dia de Psiquiatria (HD). Esse serviço faz parte do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, na Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). Caracteriza-se pelo tratamento voluntário, intensivo, em regime de semi-internação, com foco na reabilitação psicossocial e complementação psicofarmacológica. A instituição foi fundada na década de 60 e, atualmente, é referência para uma população aproximada de um milhão de pessoas na região de Ribeirão Preto (Contel, 2012, Junqueira, 2009).

Dezesseis vagas são oferecidas para os pacientes encaminhados por outros serviços da rede. O regime de semi-internação prevê que estes pacientes passem o dia no HD (das 08hrs às 16hrs), mas durmam em suas residências. Esse regime visa à manutenção dos laços sociais dos pacientes e de sua vida para além da instituição (Contel, 2012). Durante o dia, eles têm acesso a diferentes atividades e modalidades de atendimento, que incluem sessões individuais e grupais, visitas domiciliares, atividades comunitárias, atendimentos clínicos medicamentosos, além de atendimento à família. Uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de disciplinas tão variadas quanto Psicologia, Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física e Serviço Social, é responsável por essas atividades.

Apesar das atividades com as famílias terem sempre sido consideradas parte importante do tratamento no HD, a partir de 2009 a equipe se mobilizou para reestruturar um programa com o objetivo de ampliar as formas de participação dos familiares na instituição. A ideia central trata de oferecer assistência às famílias, em uma abordagem biopsicossocial de cuidado em saúde mental (Martins, 2013). Assim, o Programa de Assistência Familiar (PROAF), coordenado pelo Dr. Sérgio Ishara, oferece algumas modalidades de atendimento que têm em comum a preocupação de cuidar das famílias dos pacientes. Uma descrição detalhada do programa pode ser encontrada em uma produção coletiva da equipe sobre este

trabalho (Guanaes-Lorenzi et al, 2012). De forma resumida, essas modalidades de atendimento são:

- a) Os *grupos familiares* ocorrem mensalmente com a participação de pacientes, ex-pacientes e familiares e têm o objetivo de promover um espaço de diálogo entre equipe, pacientes e familiares acerca de temas que lhes interessem. Este grupo favorece a aproximação entre os diversos atores do cuidado em saúde mental e se constitui como espaço de troca de experiência a partir de diferentes pontos de vista.
- b) Os *grupos de cuidadores* têm frequência semanal e funcionam como espaço de apoio, acolhimento e orientação para familiares de pacientes atuais e daqueles em pós-alta. O contato entre os familiares neste grupo também facilita o fortalecimento da rede social dos pacientes e dos próprios familiares.
- c) As *reuniões familiares* ocorrem semanalmente com cada família em específico – paciente e familiares – e são um contexto que visa o diálogo sobre questões trazidas por aquela família acerca de sua vida cotidiana, adoecimento mental e a dinâmica familiar. Estes atendimentos são conduzidos sob uma orientação construcionista social e, quando possível e necessário, acontecem em um formato de Equipe Reflexiva, tal como proposto por Andersen (1999).
- d) As *visitas domiciliares* têm o objetivo de aproximação ao contexto cotidiano dos pacientes e familiares, além da construção de vínculos com eles e com sua comunidade. Entende-se que este contato gera a possibilidade de intervenções junto à rede social dos familiares e de seu contexto de vida. (Martins, 2013, p. 36).

É no contexto específico das *reuniões familiares* que pesquisa e prática se encontram neste estudo. Por isso, vale a pena explicá-las com um pouco mais de detalhe. As reuniões familiares ocorrem semanalmente com cada família dos pacientes em regime de semi-internação. Uma dupla de profissionais acompanha o caso (“profissionais de campo”) e, quando solicitado por eles, também uma equipe reflexiva, no formato proposto por Andersen (1999), participa das sessões. Essa proposta visa a facilitação de processos reflexivos, a partir dos quais o revezamento entre posições de fala e escuta permite a emergência de diferentes e novos sentidos sobre os temas discutidos em sessão. Na prática, a equipe reflexiva participa da sessão posicionada fora da conversa principal, apenas observando, até que seja chamada para apresentar suas contribuições. Como guia geral para seus comentários, a equipe reflexiva parte de uma escuta apreciativa da história da família, focalizando o potencial e aquilo que percebem que já funciona no contexto familiar. Julgamentos são evitados. Além disso, a equipe procura apontar para aspectos da conversa que lhes chamam mais atenção, trabalhando mais com perguntas, que abram possibilidades de discussão, do que com afirmações. Em grande medida, a equipe reflexiva funciona como um recurso para os profissionais de campo, que continuam a sessão com mais possibilidades de seguimento para a conversa. A seguir, o sistema terapêutico retoma a conversa entre si, a partir do que lhes chamou atenção na intervenção da equipe reflexiva.

A prática dos processos reflexivos tem sido descrita na literatura (McNamee & Gergen, 1992) como uma forma de elaboração das contribuições construcionistas sociais no campo da terapia familiar. Amplamente difundida, ela tem sido adotada como recurso para a

organização das reuniões familiares desde seu início (Guanaes-Lorenzi et al., 2012; Martins, 2013; Martins, Santos & Guanaes-Lorenzi, 2014). O uso desse recurso se dá porque, para além de sua reconhecida contribuição no campo da terapia familiar, a própria estrutura da instituição favorece a possibilidade de que a equipe profissional esteja disponível, em um mesmo momento, para somar seus conhecimentos e compartilhar de uma mesma prática.

A reuniões familiares foram pensadas nesse formato, junto à equipe, a partir da inserção da orientadora deste trabalho, Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, no serviço. Este convite foi feito para a professora a partir de sua especialidade em grupo e terapia familiar. Distanciando-se de cenários clínicos mais típicos deste campo e, ao mesmo tempo, promovendo sua aproximação reflexiva para o cotidiano de um serviço de saúde, as reuniões familiares visam à construção de contextos de diálogo sobre questões descritas como importantes pelas famílias atendidas na instituição. Essas questões geralmente tratam de sua vida cotidiana, dinâmica familiar e questões advindas do convívio com a doença mental (Guanaes Lorenzi et al, 2012). O autor principal do trabalho, Pedro P. S. Martins, passou a participar ativamente junto a este contexto em 2011. Isso ocorreu a partir de sua inserção no Mestrado, que tinha o HD como local de pesquisa (Martins, 2013). Nesse período, ele ministrou palestras, participou das supervisões e, ainda, esteve na Equipe Reflexiva de um caso por semana, sempre que possível.

Desse modo, as reuniões familiares têm como fundamentação teórica as contribuições do movimento construcionista social, especialmente considerando as práticas de terapia familiar produzidas sob esta orientação (Andersen, 1999; Anderson, 2012; McNamee & Gergen, 1992; Seikkula & Olson, 2003; White & Epston, 1990). Profissionais de diferentes especialidades, tanto da equipe fixa (contratados do HC) quanto da equipe móvel (estagiários, aprimorandos e residentes) participam destes atendimentos. Em 2011, a equipe fixa então atuante na instituição participou de uma capacitação de 100 horas oferecida pelo Instituto *Familiae* de Ribeirão Preto na instituição. Esse curso contemplava noções gerais sobre família e sobre os principais recursos teóricos e técnicos resultantes das contribuições das propostas construcionistas em terapia familiar. Não se trata, portanto, de especialistas em terapia familiar, mas de profissionais de saúde mental que tiveram a oportunidade de se capacitar em alguns recursos construcionistas para o trabalho com famílias.

Além disso, a equipe móvel da instituição é composta por profissionais em formação que vêm e vão conforme as exigências de seus próprios programas. Predominantemente, esses programas têm como objetivo uma formação em saúde mental, e não no trabalho com famílias especificamente. Contudo, a equipe móvel constitui a maior parte dos profissionais que

participam das reuniões familiares. Dessa forma, seria impossível formar essas pessoas especificamente para o trabalho com famílias para que, somente então, participassem dos atendimentos. Além disso, ainda que menos frequentemente, a própria equipe fixa sofre alterações, conforme necessidade de seus profissionais. Tratando-se de um serviço-escola, a opção conjunta, feita pela equipe fixa do HD, junto à Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, foi a de promover uma formação em serviço, no que tange às reuniões familiares. Na prática, isso significa que, a cada nova leva de estudantes ingressantes, são oferecidas algumas aulas iniciais sobre o trabalho com famílias no SUS, construcionismo social e recursos para a prática. Depois, sempre que possível, são colocadas como duplas de atendimento algum profissional mais experiente da equipe fixa e outro mais novo, para que o mesmo possa se aproximar das práticas das reuniões familiares com algum respaldo.

Uma sala separada é destinada para cada família, junto à sua respectiva dupla de profissionais responsáveis e, se for o caso, equipe reflexiva. Após os atendimentos, a equipe participa um momento de reunião para discussão dos casos, que, à época do estudo, era conduzida por Carla, Pedro e pelos membros mais experientes da equipe fixa. Essa reunião tem como objetivo promover a discussão dos casos, seja buscando entendimentos teóricos para os mesmos (indicação de leituras, associação a teorias, etc.), seja promovendo encaminhamentos práticos para as próximas sessões (preparação de recursos, mudança de duplas, etc.).

Considerando esse enquadre, as reuniões familiares configuram-se como uma versão de trabalho com famílias menos fixada a técnicas ou propostas tipicamente associadas ao construcionismo¹, e bem mais focada nas contribuições dos diferentes conhecimentos trazidos por esses profissionais com as famílias. Curiosamente, entretanto, a valorização de diferentes teorias e técnicas, por seu potencial em funcionar como recurso para o engajamento na conversa com as famílias, é também uma proposta construcionista em si mesma (McNamee, 2014).

Como parte da construção deste contexto de apoio às famílias, entendemos que o seu atendimento insere-se em um “campo de conhecimento e responsabilidade” do profissional de saúde mental (G. W. S. Campos, 2000a). Isso abre a possibilidade para utilização de recursos advindos de várias áreas do conhecimento (incluindo a terapia familiar) na construção da prática. Embora conversas de natureza terapêutica possam eventualmente ser desenvolvidas, nas reuniões familiares, a equipe trabalha com base em algumas orientações mais gerais, que

¹ Utilizamos os termos “construcionismo social” e “construcionismo” de forma intercambiável ao longo desse texto.

visam: a) acolher a família como um todo, rompendo com a compreensão de que apenas o paciente merece atenção; b) explorar como os familiares se situam na problemática vivida, incluindo suas dúvidas, questões, angústias, dores, etc.; c) auxiliar a família a refletir sobre seus modos de comunicação, desenvolvendo recursos para pensar sobre seus relacionamentos, quando isto é explicitado pela própria família como uma necessidade; d) facilitar, junto à família, uma postura de reflexão e crítica sobre como aquilo que é apresentado como problema se constrói, para quem isso é relevante e que alternativas podem buscar com relação ao problema. Em suma, as reuniões familiares buscam a construção de um contexto de conversa junto à família, baseado em um entendimento de que as relações de ajuda se constroem em processos dialógicos de comunicação.

Sobre a Pesquisa

O interesse em pesquisar especificamente as reuniões familiares surgiu a partir dos resultados de outra pesquisa, que visava ampliar o entendimento sobre como o PROAF se constitui em um espaço de cuidado para a família (Martins, 2013; Martins & Guanaes-Lorenzi, no prelo). Naquela ocasião, entrevistamos familiares que já participaram das modalidades de atendimento oferecidas no HD. Como resultados, foram descritos cinco temas que dão visibilidade a como os familiares significam sua participação no tratamento e o que lhes é de ajuda nesse processo. Um desses temas foi intitulado “transformação das relações familiares”, no qual a “participação da família no tratamento é compreendida como uma oportunidade para se discutir e tratar de relações entre os membros da família” (Martins, 2013, p. 71). Na descrição dos entrevistados, esse modo de participação no tratamento acontece predominantemente nas reuniões familiares.

A importância atribuída pelos familiares entrevistados ao contexto dessas reuniões nos chamou atenção. Por um lado, as reuniões pareciam promover um espaço de diálogo diferente do cotidiano da família, capaz de proporcionar melhorias na qualidade de suas relações. Por outro, apesar de ter sido possível entender que este contexto funciona para a promoção da saúde mental da família, ficou ainda a questão de investigar mais precisamente *como* tal espaço de diálogo é capaz de transformar, de alguma forma, as relações familiares (Martins, 2013). A fim de investigar mais profundamente esse *como*, delineamos o projeto de pesquisa que deu origem a esta tese. A pergunta inicial de pesquisa foi: o que se processa, no contexto das reuniões familiares, que configura relações de ajuda e cuidado para as famílias atendidas?

Responder a essa pergunta seria uma forma de entender o que acontecia na prática. Mais ainda, seria uma forma de ativamente contribuir para sua construção. Questionamos,

então, como fazer isso a partir de um delineamento de pesquisa adequado. Decidimos partir das contribuições do movimento construcionista social em ciência por duas razões. A primeira, por ser, ele mesmo, o suporte teórico que já vínhamos utilizando para as reuniões familiares. A pesquisa geraria, então, um tipo de conhecimento coerente com aquele já utilizado na prática. A segunda, por se tratar de uma perspectiva teórico-metodológica que favorece a investigação de práticas discursivas no cotidiano (Spink, 1999).

Uma breve explicação sobre a pesquisa construcionista pode clarear essas justificativas. O construcionismo social é um movimento crítico em ciência que compreende o conhecimento como um produto social: sustentado com o status de verdade apenas no seio de uma comunidade; historicamente marcado por interesses ideológicos; e caracterizado por convenções linguísticas que constroem determinadas explicações sobre o mundo. Essas explicações, que se organizam de acordo com uma retórica legitimada dentro de uma comunidade linguística, criam a ideia de uma “realidade” independente. Para o construcionismo social, a ciência é um empreendimento da cultura, baseado em acordos próprios a uma determinada comunidade linguística, que constrói normas e critérios acerca do que conta como conhecimento válido (Gergen, 1997).

De acordo com McNamee (2014), o foco da pesquisa construcionista não está em dizer que determinadas práticas são “efetivas” em si mesmas, e outras não. Em lugar disso, busca-se entender como cada proposta prática oferece abertura a possibilidades generativas de engajamento entre profissionais e pacientes. Encarar o conhecimento científico como recurso para ação é uma das contribuições construcionistas para a pesquisa. Isso implica em entender que pesquisa não trata simplesmente de descrever o que já existe no mundo – o que supostamente estaria “dado” – mas sim, de participar ativamente da construção deste mundo. Valoriza-se, assim, a amplitude de possibilidades oferecidas pelos contextos da prática cotidiana.

A partir dessas compreensões, a pesquisa construcionista oferece alternativas interessantes para o tipo de pergunta que nos fazíamos inicialmente. Em primeiro lugar, pelo nosso histórico de participação no serviço. Para o construcionismo, não há métodos neutros de acesso à realidade. Ao invés disso, entende-se que a construção de perguntas e as formas de conduzir e avaliar a pesquisa refletem a participação dos pesquisadores em diferentes tradições. Poderíamos, assim, utilizar nossa inserção específica nas reuniões familiares como um ponto de partida privilegiado para a produção do conhecimento sobre aquela prática. Segundo, essa perspectiva nos posicionou de forma apreciativa com relação às reuniões familiares. Isso porque, para o construcionismo, a pesquisa não é uma avaliação da realidade,

mas busca dar visibilidade às especialidades dos profissionais, valorizando seus recursos e, principalmente, partindo deles para a construção de conhecimento. Por fim, entendendo a pesquisa como ação, almejávamos também conduzir uma investigação que contribuísse tanto para o contexto imediato das reuniões familiares, quanto para outras práticas com famílias em saúde mental.

Essa última preocupação nos levou ao contato com a literatura da área, com o objetivo de colocar nossa pergunta inicial de pesquisa em diálogo com outras questões e perspectivas relevantes para o campo. Nesta busca, chamou nossa atenção o conceito de clínica ampliada (Brasil, 2010; G. W. S. Campos, 1997; R. T. O. Campos, 2001), que tem sido utilizado para discutir as especificidades das práticas clínicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Do seio desse debate atual, o conceito tem sido proposto como caminho promissor para manejar as controversas tensões entre clínica e política criadas com a aproximação dos dois campos (Ferreira-Neto, 2008).

Considerando a clínica como as “práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária” (R. T. O. Campos, 2001, p. 99), entendemos que as reuniões familiares configuram-se como uma perspectiva clínica em saúde mental. Trata-se, também, de um contexto de cuidado claramente atravessado por questões políticas, tanto em sua prática cotidiana, como em relação ao cenário maior no qual se insere. Essas questões são especialmente visíveis no que tange ao debate sobre o cuidado em saúde mental, que valoriza a participação da família no tratamento como forma de evitar a perda de contato social e fortalecer os laços sociais (R. T. O. Campos, 2001). Neste contexto, a busca por modos de cuidado às famílias e por sua qualificação, a partir de uma lógica socialmente comprometida, é uma importante questão ainda em aberto (Rosa, 2006).

Considerando esse contexto teórico, à nossa pergunta inicial sobre como as reuniões familiares ajudavam as famílias, acrescentamos mais um elemento, buscando entender também como essa ajuda se processa de forma coerente com a lógica da clínica ampliada. A pesquisa relatada nesta tese teve como pano de fundo essas duas questões. Juntas, elas resultaram no objetivo de analisar a aproximação de uma prática com famílias (as reuniões familiares) à noção de clínica ampliada no cuidado em saúde mental.

Para demonstrar mais claramente como se constrói a relevância desse objetivo, e buscando responder a ele, esta tese está estruturada como descrito a seguir. Na introdução, explicamos a origem e definição do conceito de clínica ampliada, tal como originalmente proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitário filiado à Universidade de

Campinas. Contribuições de outros pesquisadores para o entendimento do conceito são também exploradas, sobretudo considerando sua especificidade e aplicabilidade no campo da saúde mental. Discutimos, então, suas implicações para o entendimento das práticas clínicas e para a construção de políticas públicas de saúde. A seguir, apresentamos contribuições construcionistas sociais para a prática clínica, a partir das quais oferecemos uma leitura específica da clínica ampliada e de suas práticas associadas. Com isso, estabelecemos o contexto de justificativa para os objetivos da tese, ao que se segue a explicação do método utilizado. Deriva de nossa análise a apresentação de três recursos conversacionais para a prática da clínica ampliada com famílias em saúde mental: a) convidar o social para dentro do individual; b) tecer a comunicação familiar; e c) conhecer a si em outras vozes. A discussão promove reflexões sobre o uso desses recursos e quais ampliações da clínica eles promovem; sobre a clínica como atividade política; e sobre como os eixos fundamentais da clínica ampliada são construídos na prática das reuniões familiares. Esperamos que a leitura deste estudo possa oferecer recursos práticos para profissionais interessados em trabalhar com famílias a partir de um enquadre crítico e transformador no cuidado em saúde mental.

Introdução

1. Introdução

1.1. A Clínica no SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco histórico para a saúde pública brasileira, a partir do qual a saúde foi considerada direito de todo cidadão e dever do Estado (Brasil, 1988; Matta & Pontes, 2007). Ao mesmo tempo, a própria concepção de saúde se transformava, em consonância com debates ocorrendo ao redor de todo o mundo, para seu entendimento como um processo complexo, dinâmico e multideterminado, produto da inserção dos sujeitos em modos de organização social (Cubas & Egry, 2007; Grad, 2002).

O campo da Saúde Mental acompanhou estas tendências, sobretudo com o movimento de reforma psiquiátrica. Esse movimento se caracteriza por críticas à epistemologia, às práticas e à hegemonia do saber psiquiátrico na explicação e no cuidado à saúde mental, que promoveram até então um modelo de atenção segregacionista centrado no hospital (Amarante, 1996). Como alternativa, inspirado na experiência italiana (Basaglia, 1986), e acompanhando a pauta da reforma sanitária da saúde no país, surgiu a proposta de cuidado psicossocial, propondo que o cuidado à saúde mental deveria ocorrer em vários níveis de atenção, desde a prevenção até as internações, quando necessário. Para isso, iniciou-se o desenvolvimento de diferentes estratégias que, na maioria dos casos, estão ainda em processo. Dentre elas, a criação de uma rede de serviços substitutiva, a valorização dos saberes de diversas áreas, o investimento em trabalhos de base comunitária e, especialmente relevante para a presente tese, o trabalho com famílias.

Apesar dos esforços empreendidos desde então, efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde mental é um desafio. De acordo com Silva, Costa & Neves (2010):

A dificuldade dos profissionais se situa em produzir uma atuação coerente com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, que propõem atividades de cuidado integrais, deslocando o *setting* dos consultórios para o território e a perspectiva das abordagens individualizantes para dispositivos coletivos, grupais e institucionais, capazes de superar as práticas tradicionais, individualizantes, segregadoras e ineficientes (p.885).

Neste contexto de desafios, o lugar das práticas clínicas nos serviços de saúde mental tem sido questionado e amplamente debatido. R. T. O. Campos (2001) argumenta que, no campo sanitário brasileiro, a clínica não tem sido satisfatoriamente discutida e manejada. A partir de uma grande ênfase na epidemiologia social, passou-se a tomar os problemas de saúde como problemas de grupos e comunidades, esquecendo-se (ou não considerando) que eles estão sempre “encarnados” em doentes concretos, com suas singularidades e especificidades.

Para a autora, a discussão clínica na saúde coletiva ocorre atualmente em três vertentes. Primeiro, muitos profissionais, do seio da luta antimanicomial, simplesmente negaram a clínica como uma possibilidade de atuação nos serviços de saúde, como se ela necessariamente se opusesse às propostas psicossociais de cuidado. Segundo, há profissionais que reproduzem tratamentos asilares fora do asilo, e sustentam entendimentos puramente orgânicos e genéticos para a origem da doença. Por fim, a autora observa que muitas vezes a tentativa de aproximação da prática clínica ao contexto de saúde pública se dá em uma lógica de reprodução do consultório privado dentro do serviço de saúde, “como se o salto entre público e privado pudesse ser dado sem consequências” (p. 103). Concordamos com a autora que nenhuma destas vertentes é satisfatória.

Segundo G. W. S. Campos (1997), na concepção clínica tradicional, a Medicina elegeu a doença como seu objeto de estudo e intervenção e, ao fazê-lo, tomaram as pessoas por suas doenças. A este tipo de clínica, o autor denominou “Clínica Oficial”, aquela clínica tradicional que esbarra em limites importantes no cuidado à saúde e produz consequências negativas para seu campo de saberes, de métodos e de intervenções (Camargo Jr, 2000, citado em G. W. S. Campos). A esses limites da própria natureza da clínica oficial, somam-se as problemáticas advindas de pressões externas a ela: quando interesses políticos, econômicos e corporativos se impõem sobre as práticas clínicas. Nesses casos, testemunhamos a operação de uma “Clínica Degradada”, ou seja, a clínica oficial – que já não se responsabiliza pela integralidade do Sujeito – enfrenta ainda dificuldades de outra ordem e tem degradados seu potencial teórico e instrumental. É o caso, por exemplo, de quando um plano de saúde padroniza e limita o tempo das consultas clínicas, impossibilitando que os profissionais levem em consideração cada caso concreto que se apresenta.

Essas concepções não se limitam ao escopo da Medicina e de uma única profissão. De acordo com Ferreira Neto (2008), no Brasil, a prática clínica em Psicologia esteve associada ao período pós-Kubitscheck e à ditadura militar, quando a emergência de uma classe média no país favoreceu a oferta de serviços psicológicos em consultórios particulares para indivíduos que, compreendidos a partir de uma noção individualista moderna, eram pensados como interioridade subjetiva e realidade psíquica desconectada da realidade que a circunda.

Segundo Moreira, Romagnoli e Neves (2007), essas práticas foram, por muito tempo, de um certo tipo: uma clínica higienista, afiliada ao modelo médico, que pressupõe a observação e diagnóstico precisos do indivíduo, para que um tratamento possa ser oferecido. Ainda de acordo com esses autores, de forma geral, esse tipo de clínica necessita de um *setting* terapêutico muito específico para a oferta do tratamento a que se propõe, entendendo-o

como um espaço separado do restante da realidade social. Isso promoveu uma separação entre clínica e política, na medida em que o tratamento direcionado à interioridade do indivíduo não se preocupava em se articular com os acontecimentos ao redor do mundo. Os autores destacam que, apesar dessas práticas tipicamente dissociarem o indivíduo do político e do social, elas ainda estavam comprometidas com uma parte específica do contexto social, qual seja, os interesses políticos, econômicos e sociais da burguesia da época.

Com a criação do SUS e a consequente ampliação dos contextos de atuação do psicólogo, ficou clara a necessidade de transformação das práticas clínicas para que elas pudessem se adequar à realidade do cuidado na saúde pública do país. O trabalho clínico passou a ter como características o encontro de diferentes classes sociais, atendendo especialmente a populações de classes mais baixas, além da associação a instituições intimamente conectadas à legislação e às políticas públicas (Ferreira Neto, 2008). Como é possível notar, essas características são bastante diversas daquelas da clínica tradicional, tipicamente feita em consultórios particulares por profissionais autônomos com uma clientela de classes média e alta.

Entretanto, essas características não podem, nem devem, significar a negação da clínica no sistema de saúde. Segundo R. T. O. Campos (2001), abandonar a clínica não é desejável e nem possível. Para ela, qualquer Planejamento em Saúde que se pretenda bem sucedido deve, necessariamente, contar com uma interlocução clínica. A clínica precisa, então, ser reinventada para poder responder às novas demandas do sistema de saúde, e isso não pode ser feito a partir de visões reducionistas algumas vezes presentes no discurso sanitário.

Com esse tipo de interesse, diversos autores, a partir de reflexões teóricas, de pesquisas e de suas próprias práticas profissionais, ampliam o entendimento sobre o que é clínica e quais são suas práticas associadas (Bezerra & Rinaldi, 2009; Cambuy & AmatuZZi, 2012; G. W. S. Campos, 1997; R. T. O. Campos, 2001; Ferreira Neto, 2008; Romagnoli, Paulon, Amorim & Dimenstein, 2009). Para Cambuy e AmatuZZi (2012), não abandonar o conceito de clínica é uma provocação que chama atenção para sua responsabilidade de produzir “autonomia, empoderamento, cidadania, engajamento político” (p. 681). O movimento observado na literatura demonstra interesse em não tomar a clínica como restrita a um único *setting* de intervenção e, portanto, irreconciliável com as propostas de cuidado da reforma psiquiátrica. Pelo contrário, observa-se uma preocupação em retomá-la como potencialmente transformadora para além de seus modelos tradicionais em consultórios particulares – um movimento que pode tanto beneficiar o trabalho nos novos contextos nos

quais a clínica se insere, quanto enriquecer a própria clínica, que tem a oportunidade de expandir seu campo de atuação e seu potencial terapêutico. Aqui, a ideia de *clínica ampliada* surge como resposta a esses desafios.

1.1.1. Clínica Ampliada

O conceito de clínica ampliada foi apresentado na tese de livre docência de Gastão. W. S. Campos (2000b), professor da Universidade de Campinas. Para Rosana. T. O. Campos (2001), a clínica ampliada entende a importância de lidar com a singularidade de cada situação concreta que lhe é apresentada, ao mesmo tempo em que compreende que a especificidade dessas situações só se torna possível a partir de uma inserção em contextos e relações sociais. A clínica é vista como, necessária e intrinsecamente, política. Se entendermos política como “toda ação humana que produza algum efeito sobre a organização, o funcionamento e os objetivos de uma sociedade” (Dallari, 1984, p. 11), percebemos que a definição de uma clínica ampliada tem a ver com entendê-la como uma atividade conectada com a sociedade ao seu redor. Isso está em contraste a entendimentos mais tradicionais, que tratavam a clínica como um espaço separado do mundo.

Segundo G. W. S. Campos (1997), a clínica ampliada seria a clínica do Sujeito, ou seja, aquela que tem como foco central as pessoas e suas existências reais e concretas, das quais a doença é apenas uma parte. Quando Campos sugere ampliar a clínica, ele o faz em relação às duas outras possibilidades de clínica que observa nos serviços: a clínica oficial e a clínica degradada. Nas palavras do autor: “Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e da intervenção pretende-se também incluir o Sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica” (p. 5). Ou seja, não se trata de abandonar a doença e sua terapêutica, mas de ampliar o objeto da clínica, situando esta doença como parte da vida das pessoas, dos diversos contextos nos quais elas existem e transitam, suas inter-relações, suas condições de vida concretas, etc.

Além disso, G. W. S. Campos (1997) e Campos e Amaral (2007) propõem a ampliação dos objetivos da clínica, de duas maneiras: em direção à produção de saúde e à coprodução de autonomia. Em relação ao primeiro objetivo, entendem que ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, intervenções de cura e reabilitação são importantes e necessárias. Dão destaque ao lugar de inclusão do sujeito nessas ações, que deixa de ser visto como agente passivo sobre o qual se agir, passando-se à proposta de agir junto a ele.

Para R. T. O. Campos (2001), a clínica ampliada entende a importância de lidar com a singularidade de cada situação concreta que lhe é apresentada, ao mesmo tempo em que compreende que a especificidade destas situações só se torna possível a partir de uma inserção em contextos e relações sociais. Surge, assim, a segunda ampliação dos objetivos da clínica, a coprodução de autonomia, entendida como a capacidade de as pessoas “compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo”, além de “lidar com sua própria rede ou sistema de dependências”. (Campos e Amaral, 2007, p. 852). Aqui, destaca-se a possibilidade da clínica constituir sujeitos reflexivo-operativos, ou seja, pessoas com capacidades ampliadas de refletir e interferir sobre seus processos saúde-doença e em diferentes instâncias de suas vidas. “Empoderamento” e “capacidade de autocuidado” são também outros termos utilizados para discutir este tipo de processo, no qual se testemunha o trabalho em saúde contribuindo para o aumento do poder dos usuários sobre suas vidas (Oliveira, 2008).

De acordo com Ferreira Neto (2008), a clínica ampliada associa a noção de subjetividade à de cidadania, e caracteriza-se pela heterogeneidade e permanente construção e invenção. Bezerra e Rinaldi (2009) explicam que a clínica ampliada é aquela preocupada em incluir no foco do tratamento todos os aspectos da vida do usuário que estão implicados em sua posição de sofrimento. Por um lado, isto demanda uma abertura para diferentes saberes e, por outro, uma ampliação das ações clínicas possíveis, como o trabalho com famílias, o suporte social e a garantia de direitos.

Segundo Moreira, Romagnoli e Neves (2007), a clínica não é definida pelo local onde é feita, de forma que a simples mudança de contexto e de população atendida não garante necessariamente sua transformação. O que a define, sim, é uma posição ética e política de sua prática, que visa a libertação e potencialização. De acordo com Cambuy e Amatuzzi (2012), ampliar a clínica significa fazer interseções com outras áreas do saber e com outros campos como a cultura, o trabalho, a educação e o lazer, transformando o cuidado à saúde em produção de vida.

Assim, Campos e Amaral (2007) entendem que ampliar a clínica coloca a necessidade de mudança das formas de intervenção, com a necessidade de “reconstruir-se certo traço artesanal do trabalho clínico” (p. 851). Para isto, uma reforma cultural e epistemológica das formas de organização institucional e do trabalho em saúde seria necessária. Além disso, busca-se articular o conhecimento médico tradicional sobre as doenças e suas regularidades com as suas manifestações únicas e irregulares na vida cotidiana de pessoas reais. Não se trata de abandonar um ou outro conhecimento, mas explicitamente reconhecer os limites de cada saber estruturado.

O fomento dessas discussões teóricas sobre a necessidade de se transformar as práticas clínicas no SUS teve grande impacto no campo, ao ponto de terem sido levadas para o contexto das políticas públicas. Assim, desde 2003, a clínica ampliada é oficialmente tomada como uma diretriz da Política Nacional de Humanização.

1.1.2. Clínica Ampliada no Contexto das Políticas Públicas

No contexto das políticas públicas de saúde, a clínica ampliada aparece como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política do Ministério da Saúde surge como resposta aos desafios de efetivar, na prática cotidiana, o SUS preconizado na lei. Mais do que um programa de ações específicas, a PNH foi pensada como política transversal, que deveria atravessar as ações de todos os atores envolvidos nas diferentes instâncias da saúde – usuários, profissionais, gestores, etc. – a fim de efetivar a transformação no modelo de atenção, necessariamente a partir de mudanças nos modos de gestão. Essas descrições podem ser vistas no “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”, terceira edição da cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) que faz parte da Rede HumanizaSUS.

Alguns princípios norteadores para esta política transversal se destacam. Um deles é a “valorização das dimensões subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS” (p. 17), chamando atenção para o compromisso com a cidadania e os direitos das pessoas. Além disso, valoriza-se o trabalho multiprofissional; a construção de redes cooperativas e solidárias; a autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que participam do SUS; sua corresponsabilidade na gestão e na atenção; o controle social; a democratização dos processos de trabalho, além de sua organização em espaços saudáveis e acolhedores.

Neste contexto, algumas diretrizes são propostas pela PNH, ou seja, orientações gerais para a política que oferecem parâmetros para orientar a implantação de suas ações e dispositivos. Essas diretrizes são: a clínica ampliada, a cogestão, a valorização do trabalho, o acolhimento, a saúde do trabalhador e a defesa do direito do usuário. Aqui, a clínica ampliada é definida como “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade (*sic*) de gestores, trabalhadores e usuários do processo de produção de saúde” (p. 24).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004, 2007, 2010) produziu algumas cartilhas específicas tratando do conceito de clínica ampliada e de suas implicações para as práticas de saúde. Algumas vezes, também se refere a essa clínica como “clínica ampliada e compartilhada”, destacando que a clínica não é responsabilidade de um especialista isolado, mas compartilhada entre diferentes atores no processo de atenção e gestão de saúde –

incluindo desde diversas modalidades profissionais até os próprios usuários. As cartilhas do HumanizaSUS visam aprimorar, divulgar e multiplicar o conhecimento e as tecnologias de humanização. A partir de reflexões sobre experiências concretas, essas cartilhas são atualizadas e visam levar informações às pessoas e aos coletivos implicados nas práticas de saúde. Por essa razão, basearemos a apresentação do conceito de clínica ampliada conforme descrito na cartilha mais recente, apresentada pelo Ministério da Saúde em 2010.

Justificando a necessidade e relevância da clínica ampliada, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) distingue três grandes enfoques para o trabalho em saúde: biológico, médico e social. Cada um deles valoriza determinados aspectos em detrimento de outros e produz práticas clínicas que respondem a essa valorização. Uma clínica ampliada seria necessária para superar essa fragmentação do conhecimento e do cuidado. Ao mesmo tempo em que se reconhece que, em cada caso específico, pode ser que um ou outro aspecto de fato se destaque sobre os demais, a clínica ampliada serviria para valorizar os diferentes enfoques e disciplinas, constituindo-se como uma possibilidade de articulação entre eles. Além disso, apresenta-se também a necessidade de compartilhar com os usuários a atenção e gestão da saúde, como forma de criar movimentos de corresponsabilização, participação e autonomia.

Os seguintes “eixos fundamentais” são descritos como parte da clínica ampliada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

a) ***Compreensão ampliada do processo saúde-doença.*** A clínica ampliada flexibiliza as barreiras das disciplinas, entendendo que qualquer explicação teórica é um recorte arbitrário que privilegia certo conhecimento especializado. Ao invés disso, a clínica ampliada está interessada nas situações concretas vividas por cada sujeito com relação à própria saúde e busca sínteses singulares para a compreensão dos processos saúde-doença, em que os diferentes saberes apareçam integrados.

b) ***Ampliação do “objeto de trabalho”.*** Na clínica ampliada, entende-se que o objeto de trabalho em saúde deve sempre ser as pessoas ou grupos de pessoas. Isso não quer dizer abrir mão dos núcleos de especialidade, mas reconhecer que qualquer questão de saúde específica acontece em pessoas reais e inteiras, não fragmentadas. Portanto, o foco do cuidado está nas pessoas que, como parte de um todo em suas vidas, apresentam alguma questão de saúde naquele momento.

c) ***A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho.*** Concepções diferentes do processo saúde-doença e de seu objeto de trabalho implicam na necessidade de outros instrumentos. Por um lado, valoriza-se “arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial)” (p.

17). Por outro, destacam-se as técnicas relacionais que favoreçam a capacidade de escuta e comunicação, a reflexão crítica, além do compartilhamento e ampliação da clínica.

d) Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. A partir de um reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença, não faz sentido centralizar diagnóstico e tratamento em um único especialista. A clínica ampliada valoriza a potência de compartilhar os diagnósticos e propostas de solução tanto entre a equipe de saúde, quanto com outros serviços de saúde e ações intersetoriais, bem como com os próprios usuários.

e) Suporte para os profissionais de saúde. Ampliar o trabalho em saúde significa abrir mão da posição de neutralidade ou não envolvimento dos profissionais. Isso pode gerar dificuldades e sofrimento, uma vez que significa um trabalho implicado, que envolve a própria subjetividade. Na maioria dos casos, os profissionais não foram formados nesta lógica. Para envolver-se, é necessário que tenham apoio. As reuniões de equipe são sugeridas como espaço privilegiado para esse cuidado também com os profissionais de saúde. Além disso, entende-se que o cuidado não é responsabilidade individual de um profissional isolado e, portanto, sua culpabilização deve ser evitada.

1.1.3. Clínica Ampliada em Saúde Mental

G. W. S. Campos (1997) dedicou seu primeiro texto sobre clínica ampliada à memória de Franco Basaglia. Ele partiu de reflexões desse militante da reforma psiquiátrica italiana para elaborar sua própria reflexão acerca da clínica no contexto brasileiro. Portanto, a ideia da clínica ampliada começa, no Brasil, no campo da saúde mental. Contudo, a partir de outras elaborações (por exemplo, Campos & Amaral, 2007) e de sua incorporação como diretriz da PNH, reflexões sobre clínica ampliada são levadas transversalmente para outros campos da saúde. Mas, e quanto à discussão específica sobre a clínica ampliada em saúde mental? O que se tem produzido a este respeito no país? Como reconhecer uma clínica ampliada em saúde mental, em contraste à clínica tradicional?

A fim de responder a essas perguntas, conduzimos uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde. Este portal foi escolhido por abranger bases de dados importantes do Brasil e da América Latina, especificamente contemplando pesquisas na área da saúde. Além disso, o portal pertence ao Ministério da Saúde e, portanto, faz sentido buscar nele as referências acerca da temática, considerando-se as particularidades da discussão da clínica ampliada, que surgem no contexto do sistema de saúde brasileiro.

Fizemos uma busca integrada com os termos “clínica ampliada” e “saúde mental”, ou seja, pesquisamos por produções que contivessem em qualquer ponto de seu título, resumo ou

assunto os dois termos. Isso resultou em 47 produções, sendo 37 artigos e 10 teses ou dissertações. Para esta revisão sistemática, selecionamos apenas os artigos, deixando as teses e dissertações para posterior consulta, em revisão por conveniência. Destes artigos, 12 eram duplicatas. Não obtivemos acesso a um texto completo. Restaram, portanto, 26 artigos, que foram lidos integralmente e separados de acordo com o critério de trazerem, no decorrer do texto, alguma discussão específica sobre clínica ampliada, articulada aos objetivos do artigo. Cinco artigos não se encaixaram nesse critério, pois, apesar de citarem a expressão “clínica ampliada” em suas palavras-chave, resumo e, até mesmo, no título, a mesma não aparecia de nenhuma forma relevante no texto. As considerações a seguir se referem, portanto, à revisão de 21 artigos compreendidos entre os anos de 2005 e 2013, encontrados nas bases de dados indexadas na BVS no dia 09 de dezembro de 2014. Esses artigos foram classificados com base em algumas categorias descritivas: ano de publicação; disciplina acadêmica à qual se destina; base teórica utilizada para a discussão; e tipo de estudo (se teórico ou empírico). Uma tabela organizando as informações referentes aos artigos analisados pode ser vista no Apêndice A.

Vale destacar que não delimitamos nossa busca por período de produção. Faz sentido, contudo, que elas comecem apenas em 2005, se considerarmos a data da tese de livre docência de G. W. S. Campos (2000), na qual a ideia de clínica ampliada foi primeiro apresentada e, especificamente, a data da Política Nacional de Humanização (2003) e da primeira cartilha do Ministério da Saúde sobre clínica ampliada (Brasil, 2004). A partir daí, a distribuição dessa produção entre os anos é relativamente homogênea, sendo um artigo para os anos compreendidos entre 2005 e 2008; duas produções para os anos de 2010 e 2013; e três para os anos de 2011 e 2012. Destaca-se de maneira diferente aqui o ano de 2009, com sete artigos publicados acerca da temática pesquisada. Isso pode se justificar pela publicação da segunda edição da cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2007), na qual há maiores elaborações sobre a ideia da clínica ampliada, situando-a também com relação à Equipe de Referência e ao Projeto Terapêutico Singular.

Dos 21 artigos considerados, 10 não trazem em sua discussão o escopo específico de alguma disciplina, mas discutem a clínica ampliada de maneira abrangente com relação à saúde mental. Isto faz sentido em um campo prático e contexto de discussão que borra os limites entre as disciplinas e valoriza o trabalho em equipe. Os demais 11 artigos, que partem do contexto específico de alguma disciplina, estão distribuídos entre a Terapia Ocupacional (Vicentim, 2006), a Enfermagem (Silva & Monteiro, 2011, Miranda et al, 2009) e a Psicologia (Silva, Costa & Neves, 2010, Alves & Francisco, 2009, Ferreira-Neto, 2008, Leite

et al, 2012, Lewis & Palma, 2011, Bezerra, 2009, Bezerra & Rinaldi, 2009, Guerra, 2005). Com relação a essa última disciplina, ela é mais tipicamente discutida com relação à inserção e contribuição da Psicanálise para a clínica nos serviços substitutivos de saúde mental.

Com relação ao uso de alguma teoria específica na discussão dos artigos, 7 deles utilizam a Psicanálise (Bezerra, 2009, Bezerra & Rinaldi, 2009, Nunes, Jucá & Valentim, 2007, Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009, Romanini & Roso, 2012, Lewis & Palma, 2011, Guerra, 2005), 2 partem das contribuições de Deleuze (Palombini et al, 2013, Ferreira-Neto, 2008) e 1 trabalha com a Terapia Comunitária que, segundo os autores, baseia-se em cinco eixos teóricos: Pensamento Sistêmico, Teoria da comunicação, pedagogia de Paulo Freire, Antropologia Cultural e conceito de resiliência (Padilha & Oliveira, 2012). Os outros 11 artigos consultados não explicitam um referencial teórico para discussão, partindo tipicamente da literatura mais abrangente sobre Reforma Psiquiátrica.

Do total de artigos, 13 são estudos teóricos e 8 empíricos. Desses últimos, entretanto, apenas 3 estudam empiricamente algum aspecto diretamente ligado à clínica ampliada. Nos demais, o estudo é empírico, mas a discussão acerca da clínica ampliada aparece ou como decorrência de algum resultado específico encontrado, ou como aspecto desejável de uma clínica em saúde mental.

Além deles, outros 8 artigos teóricos aprofundam-se na discussão sobre clínica ampliada. Ou seja, do total de 21 artigos, 11 tomam a clínica ampliada como objeto para uma reflexão mais consistente e aprofundada teoricamente. Dentre eles, 3 são empíricos (Palombini et al. 2013, Padilha & Oliveira, 2012, Ferreira-Neto, 2008), e 8 são teóricos (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009, Romanini & Roso, 2012, Alves & Francisco, 2009, Leite et al., 2012, Lewis & Palma, 2011, Bezerra, 2009, Bezerra & Rinaldi, 2009, Vicentin, 2006, Guerra, 2005). Nos demais (4 estudos empíricos e 5 teóricos), a clínica ampliada aparece apenas como um ponto específico de discussão. Mas, afinal, o que estes artigos dizem sobre clínica ampliada?

Na análise desse material, estávamos interessados em entender que concepções de clínica ampliada estão presentes e que ações no cotidiano dos serviços de saúde são consideradas parte de uma clínica ampliada. A análise envolveu a leitura sistemática dos artigos, identificando especificamente características e ações associadas à noção de clínica ampliada. Uma tabela organizando essas informações pode ser vista no Apêndice B. A partir dela, criamos uma lista com todas essas características e ações, que serviu como base para agrupamos aqueles itens que se repetiam ou eram muito parecidos. Não se trata de uma lista informada pelo número de vezes que uma característica ou ação é associada à clínica

ampliada, mas sim de uma lista que buscou não excluir nenhuma descrição oferecida pelos autores. Assim, segundo esta revisão, uma clínica ampliada em saúde mental:

- Preconiza a escuta;
- Valoriza o vínculo com os usuários;
- Compreende os sujeitos em suas várias dimensões (orgânicas, subjetivas, sociais, epidemiológicas, redes e famílias);
- Oferece apoio psicossocial;
- Promove autonomia;
- Promove cidadania;
- Promove acolhimento;
- Reconhece e valoriza a singularidade e especificidade de cada sujeito;
- Valoriza diferentes saberes e conhecimentos na compreensão da singularidade dos casos;
- Valoriza o trabalho em equipe;
- Articula-se às políticas públicas.

Colocando essas ideias em contexto, é preciso lembrar que a clínica ampliada é originalmente proposta a partir de uma teoria específica, a Psicanálise. Contudo, G. W. S. Campos (2003) sugere que nenhuma teoria sozinha é suficiente para sustentar a necessária ampliação da clínica em saúde. Para ele, reconhecer os limites das teorias é um primeiro passo na construção de uma clínica ampliada. Nesta tese, aceitamos esse convite de buscar em diferentes teorias contribuições para a construção da clínica ampliada. Especificamente, nos engajamos na discussão a partir de uma teoria específica, o construcionismo social (Gergen, 1997; Guanaes-Lorenzi, Moscheta, Corradi-Webster & Santos, 2014; McNamee, 2014). A seleção desse referencial teórico para a discussão da clínica ampliada se dá por entendermos que suas premissas se alinham a muitos aspectos centrais do Sistema Único de Saúde, possibilitando importantes reflexões e contribuições para o debate sobre sua construção (Camargo-Borges, 2007). A aproximação sistemática e reflexiva que sustenta essa justificativa ficará mais clara nos itens a seguir, quando exploramos as premissas do construcionismo, suas implicações para as práticas clínicas e uma leitura possível da clínica ampliada a partir desse referencial.

1.2. Construcionismo Social e Práticas Clínicas

O construcionismo social é uma perspectiva informada por uma discussão pós-moderna, que toma como central o questionamento das formas de produção de conhecimento. Tem como característica principal a crítica epistemológica, reconhecendo a impossibilidade de conhecimento objetivo e neutro sobre o mundo. Para o construcionismo, o conhecimento é um produto social. Dito de outro modo, o construcionismo entende que nossas descrições de mundo são “artefatos culturais”, historicamente situados, resultado de processos de interação social. Aqui, entende-se que a experiência do mundo não determina o que compreendemos sobre ela, mas, ao contrário, os sentidos socialmente construídos organizam a experiência humana (Gergen, 1997).

Para Gergen (1997), entender o sentido como um produto de nossa inserção em relacionamentos desafia duas compreensões naturalizadas sobre o mundo. A primeira ideia desafiada é aquela de que o sentido das coisas é dado pelas coisas em si mesmas. Para os construcionistas, não há nada específico em algum objeto no mundo que demande por uma única descrição. As “coisas” não têm nomes naturalmente; esses nomes são convenções culturais humanas. Cada comunidade produz suas próprias distinções sobre o mundo. Uma pessoa conversando em voz alta com sua avó que já faleceu, por exemplo, pode ser considerada como um caso de mediunidade ou de doença psiquiátrica, a depender da comunidade linguística em que este comportamento estiver inserido. Do seio destas comunidades, certas descrições são legitimadas como “reais” ou “verdadeiras”, enquanto outras são dispensadas. Quando legitimadas por uma comunidade, as descrições constroem e delimitam possibilidades de ação para as pessoas envolvidas. Dito de outro modo, os sentidos atribuídos às “coisas”, ou seja, os nomes que damos a elas e as características que lhes atribuímos ao fazê-lo, produzem implicações concretas sobre o mundo. Assim, é importante lembrar que, inclusive dentro de uma mesma comunidade, há sempre sentidos diferentes disponíveis. Portanto, alternativas de ação são sempre passíveis de construção.

A segunda ideia desafiada é aquela de que o sentido tem origem na mente de um indivíduo e é transmitido, por meio de palavras, até a mente de outros. Em oposição a essa ideia, o construcionismo considera que a origem do sentido está no intercâmbio social, ou seja, no contexto dos relacionamentos humanos. Diferentes discursos sociais estão disponíveis na cultura, como explicações gerais, coerentes em si mesmas, já elaboradas por comunidades que nos antecederam. Quando interagimos, inseridos em situações concretas, recorremos a elementos desses discursos para dar sentido ao mundo, a nós mesmos e às nossas ações. Qualquer enunciado, portanto, só se faz possível por meio do uso de elementos culturais que o

antecederam. Na interação imediata, esses elementos são colocados em negociação (Spink, 1999).

Toda fala quando proferida é, portanto, apenas candidata a um determinado sentido. Sempre contextualmente situada, a fala é direcionada a outros (presentes ou imaginados), e moldada em antecipação a determinadas respostas. Na interação, a resposta do interlocutor seleciona determinados aspectos da fala inicial, conectando-a, por sua vez, a outros discursos culturais e à experiência vivida do respondente. Essa resposta cria determinados sentidos para a fala inicial, ao mesmo tempo em que restringe outros. A esse processo, Gergen (1997) chama de suplementação de sentidos, entendendo que cada novo movimento na interação participa da construção e reconstrução de entendimentos específicos sobre o que as coisas são. Como nossa inserção em redes de relacionamento jamais tem fim, os sentidos são sempre obras inacabadas, passíveis de transformação por meio de novas suplementações.

Primordialmente, o construcionismo pretende-se uma metateoria, ou seja, uma teoria que diz sobre como teorias são produzidas; ou seja, uma teoria sobre teorias (Gergen, 1997). Contudo, ao dar visibilidade ao caráter construído do conhecimento, também abre possibilidades de reflexão: de que outras formas uma dada descrição poderia ser construída? Assim, o construcionismo tem também o propósito de produzir o enriquecimento cultural, por meio da produção de outros vocabulários, mais sensíveis a racionalidades relacionais, para a descrição do mundo (Guanaes, 2006; McNamee & Gergen, 1999). Partindo inicialmente da Psicologia Social, essa influência se expandiu para outros campos de conhecimento e práticas, incluindo a clínica.

No que tange às práticas clínicas, sua influência surgiu do seio da terapia familiar, de dois modos distintos. De um lado, alguns terapeutas começaram a incorporá-las em suas práticas, descrevendo o que já faziam a partir de entendimentos construcionistas, ao mesmo tempo em que a prática se transformava por essas novas descrições. De outro lado, terapeutas que nunca disseram ser construcionistas passaram a ser descritos e legitimados como tal pela comunidade acadêmica internacional (Guanaes-Lorenzi, Moscheta, Corradi-Webster & Souza, 2014; Martins, Santos & Rasera, 2013; McNamee & Gergen, 1992). Considerando que a contribuição construcionista para as práticas clínicas se deu mais ampla e especificamente nesse campo, recorreremos a ele como base para reflexão sobre a clínica ampliada

1.2.1. Terapia como Construção Social

O construcionismo social estimulou transições conceituais e práticas importantes no campo da terapia, deslocando-a de suas raízes modernas (Gergen & Warhuus, 2001).

Coerente com sua epistemologia, entende-se que não há uma essência que defina se uma prática é ou não construcionista em si mesma. Descrever uma prática como construcionista é parte de um processo social, uma construção retórica que responde a objetivos contextuais, e não a critérios definidos *a priori* (Rasera & Japur, 2004).

Por isso, McNamee e Gergen (1992), ao invés de falar em “terapia construcionista”, optaram por utilizar a expressão “terapia como construção social”, entendendo que o interesse principal está em uma orientação com relação à terapia, não em alguma abordagem específica. Para McNamee (2004), o que distingue essa orientação é o entendimento do *processo terapêutico como conversa ou diálogo*, como um contexto de produção de sentidos no qual realidades são construídas. Por meio da ativa negociação de sentidos que ocorre no *setting* terapêutico, “somos capazes de construir tanto problemas, quanto as formas pelas quais os ‘explicamos’ e ‘tratamos’” (Drewery & Monk, 1994, p. 308). Implicado nesse entendimento, está a compreensão da “mudança” em terapia como sendo intrínseca ao diálogo, dando destaque aos “processos discursivos e relacionais locais em que a construção dinâmica de sentidos de mundo, de problema e de si se dá” (Guanaes, 2006, p. 67).

Gergen e Warhuus (2001) colocam diferentes propostas terapêuticas sob um “guarda-chuva” de orientação construcionista social. Nenhuma dessas propostas partilha de todas as mesmas posturas e práticas, mas promovem diferentes conceitos e intervenções a partir de uma certa lógica de compreensão, qual seja, a da terapia como construção social. Os autores descreveram cinco ênfases práticas que compartilham desta lógica.

Em primeiro lugar, a centralidade da linguagem para o construcionismo aparece no campo da terapia a partir de práticas com *ênfase no discurso*. Com o entendimento de que o sentido não está na mente das pessoas, mas é construído no diálogo entre elas, os terapeutas orientados pelo construcionismo preocupam-se em entender como “a linguagem constrói o *self* e o mundo e as implicações destas construções para o bem-estar do cliente” (p. 43).

Segundo, proximamente relacionado a isto, está a *ênfase na relação*, uma vez que o sentido não é uma realização individual, mas sempre produto de interações. A atenção aqui é colocada na ação conjunta das pessoas (Shotter, 1993) e em como, a partir deste espaço de viva negociação de sentidos, emergem descrições de si mesmo. O foco da prática é deslocado das “coisas” em si mesmas (pessoas, problemas, etc.) para os processos relacionais que as constroem como “coisas” de um determinado tipo.

Em terceiro lugar, as práticas informadas pelo construcionismo colocam *ênfase na polivocalidade*, ou seja, na multiplicidade de possíveis construções de realidade para o cliente. Essa ênfase questiona tanto a necessidade quanto a possibilidade de se encontrar descrições

únicas e verdadeiras sobre as pessoas e suas vidas. O foco do interesse é deslocado para a busca por sentidos alternativos que construam possibilidades mais ampliadas de ação.

Nessa mesma direção, a *ênfase nas potencialidades* questiona a tradição do campo da terapia em focar nos problemas, como se conhecê-los e entendê-los fosse o único ponto de partida necessário para uma prática terapêutica. Aqui, terapeutas orientados pelo construcionismo problematizam os efeitos pessoais e sociais de um discurso excessivamente focado nos déficits (Gergen, 1997; Guanaes-Lorenzi, Palacio, Aoki & Tofoli, 2015; de Shazer, 1985) e, alternativamente, propõem que um foco no que está dando certo e no futuro pode ser uma perspectiva terapêutica útil.

Por fim, a prática terapêutica orientada pelo construcionismo também *ênfatiza a ação*, preocupando-se em como levar para além do contexto de terapia realizações que são produtos de uma relação situada (entre pacientes e terapeutas). Essa ênfase é decorrência da problematização da mudança como sendo algo individual, que as pessoas supostamente carregariam dentro de si por onde fossem. Os terapeutas construcionistas estão preocupados com as consequências pragmáticas de suas ações junto aos pacientes, buscando alternativas de prática que facilitem a sustentação dos novos discursos negociados no *setting* terapêutico nos cenários mais cotidianos das vidas dos pacientes.

Assim, é possível perceber que, tal como a clínica ampliada, o construcionismo social promove algumas transformações no modo de se compreender e de se praticar a clínica. Oferece, com isso, críticas importantes ao *status quo* destas práticas (McNamee & Gergen, 1992). Como a clínica ampliada, compartilha desconfortos com relação a práticas tradicionais de saúde mental, e busca recuperar os seres humanos, suas experiências e relacionamentos como centrais em seus processos de saúde e doença.

Dessa forma, de uma orientação construcionista, o conceito de clínica ampliada nos agrada, especialmente por ter gerado um novo e potente entendimento sobre as práticas clínicas no SUS. Esse entendimento é muito útil para a construção de uma clínica social e politicamente comprometida, o mesmo tipo de prática que muitos construcionistas buscam em diferentes contextos (St. George & Wulff, 2016; Paré, 2014; White & Epston, 1990).

Entretanto, observamos também algumas tensões entre as duas orientações. Especificamente, a clínica ampliada é proposta em contraste a uma tendência observada nas políticas públicas de saúde em focar na epidemiologia. Segundo os autores dessa perspectiva (G. W. S. Campos, 2003; R. T. O. Campos, 2001), essa tendência, ao focalizar no geral e universal, algumas vezes negligencia o fato de que problemas de saúde só existem em seres humanos concretos e reais. Em nosso entendimento, essa é uma crítica muito bem-vinda, e é

nesse contexto que G. W. S. Campos (2003) e seus colaboradores querem retomar o “Sujeito” como o centro das práticas de saúde. Seus esforços sustentam-se em uma teoria específica, a Psicanálise.

Entretanto, ao olhar para os efeitos produzidos pelas descrições da clínica ampliada, a partir de uma sensibilidade para sua construção social, entendemos que, algumas vezes, os termos e conceitos a ela associados, parecem ainda compartilhar, em certa medida, de uma tradição individualista de compreensão do mundo. Isso nos parece mais evidente a partir especialmente da posição central oferecida pela literatura da clínica ampliada ao Sujeito e à sua decorrente busca pela autonomia. Ao mesmo tempo em que respeitamos o uso desses termos a partir de dentro de sua própria tradição, também notamos que há grande discussão nas ciências sociais, bem como na saúde, sobre como o foco em conceitos que centralizam o indivíduo pode ser prejudicial para a sociedade, na medida em que geram práticas que desconsideram a historicidade dos dilemas pessoais, culpabilizam os indivíduos e deixam o ambiente e as relações sociais em segundo plano (McNamee & Gergen, 1999; Camargo-Borges, Mishima & McNamee, 2008).

Frente a algumas destas tensões, propomos a seguir uma discussão que reflete sobre a construção social de algumas noções importantes para a clínica ampliada, discutindo suas implicações para as práticas de cuidado. A partir deste exercício, oferecemos uma leitura específica para a clínica ampliada, a partir do construcionismo social. Com isso, não buscamos, de nenhuma maneira, criticar ou diminuir sua importância. Pelo contrário, buscamos nos engajar em um exercício reflexivo que visa enriquecer suas possibilidades de entendimento e consequente utilização em variados contextos.

1.2.2. Alternativas Relacionais de Compreensão do *Self*

Diferentes nomeações são utilizadas no campo da Psicologia para falar sobre o “si mesmo”: ego, Sujeito, pessoa, si, ser e *self* são alguns desses exemplos. Reconhecemos a importância das distinções entre essas nomeações, uma vez que carregam, em si mesmas, concepções específicas sobre o ser humano. Sem a intenção de apagar ou desqualificar as distinções – mas reconhecendo que, com suas particularidades, direcionam-se à discussão de um mesmo tema – optamos, nessa sessão, por falar sobre o conceito a partir da noção de *self*, comumente utilizada no campo da Psicologia.

Existe uma certa concepção prevalente de *self* nas sociedades Ocidentais: o *self* como uma entidade individual, separada do restante do mundo, com características inerentes. Tipicamente, lidamos de forma naturalizada com esta concepção, que organiza a vida social.

Apenas para citar como exemplos, no campo da Psicologia, tradicionalmente buscamos nos indivíduos a origem de suas emoções, motivações e sofrimento mental. Além dessas, várias outras organizações da vida social decorrem da descrição do *self* autocontido individual. Entretanto, para os construcionistas, esta concepção de *self* é um produto histórico muito peculiar e específico do Ocidente Moderno, e não uma descrição natural e necessária dos seres humanos (Gergen, 2009; Guanaes, 2006; Sampson, 2003).

Em uma análise comparativa entre as concepções de *self* presentes nas propostas construcionistas e psicanalíticas, Guanaes e Japur (2003) apontaram para duas tensões fundamentais. A primeira refere-se à compreensão do lugar da teoria na descrição do fenômeno. Para as autoras, as propostas psicanalíticas de compreensão do *self* constroem um discurso ontológico sobre ele, que pressupõe a existência de um mundo interno e formas específicas de funcionamento. A teoria é tratada, assim, como uma descrição universal do humano. Diferente disso, o construcionismo compreende diferentes teorias como formas de inteligibilidade, construídas e sustentadas no seio de comunidades específicas de sentido. Com isso, questiona o próprio fenômeno psicológico como um dado *a priori*, entendendo que qualquer teoria (incluindo o próprio construcionismo) o constrói de maneiras específicas. A teoria, portanto, informa sobre o quê podemos observar como o *self* e que ações se tornam possíveis a partir disso.

A segunda tensão trata das explicações acerca do *self* presentes nas duas propostas. Sobre as diferentes teorias em Psicanálise, Guanaes e Japur (2003) apontam para a dificuldade de compará-las, por se tratarem de noções complexas que guardam uma diversidade de fundamentos teóricos. Contudo, apontam para o fato de haver em comum, entre elas, “a pressuposição de um mundo interno e de um aparelho psíquico, cujo funcionamento é marcado pela dinâmica de processos mentais inconscientes” (p. 138). Em nosso entendimento, a noção de Sujeito com a qual a clínica ampliada mais comumente trabalha (Bezerra & Rinaldi, 2009; G. W. S. Campos, 2003; R. T. O. Campos, 2001) também compartilha desse elemento em comum com a Psicanálise.

À concepção de um *self* essencial, dotado de um mundo interno separado do externo, Sampson (2003) chamou de *self* autocontido. Refletindo criticamente sobre os limites da tradição individualista promovida por essa concepção (Gergen, 2009; Burr, 2005), os construcionistas têm buscado alternativas relacionais para entendimento de como chegamos a nos conhecer como sendo alguém (Gergen, 2009). Ao fazê-lo, reconhecem o caráter construído de suas próprias teorizações, ao mesmo tempo em que oferecem alternativas de compreensão para o fenômeno. Estão comprometidos, assim, com as teorias como

empreendimentos da cultura, enriquecendo as possibilidades de significação das pessoas (Gergen, 1997). Cada diferente proposta dá mais ênfase a determinado aspecto em detrimento de outros. Entretanto, há entre elas uma compreensão compartilhada de que o senso de si mesmo de uma pessoa, o *self*, é produzido a partir de seu engajamento em relações. Aqui, ganham centralidade as histórias que as pessoas contam umas sobre as outras e a multiplicidade de versões de si articuladas nas interações (Guanaes & Japur, 2003).

Dentre estas proposições teóricas do escopo construcionista, escolhemos trabalhar, neste estudo, com a Teoria do Posicionamento, que focaliza a produção do *self* como um processo intertextual e relacional complexo (Davies & Harré, 1990; Harré & van Langenhove, 1999). Winslade (2005) argumenta que, para a Psicologia, essa teoria favorece um estudo detalhado de como o discurso funciona na produção de relacionamentos e de respostas pessoais subjetivas. A Teoria do Posicionamento compartilha das mesmas premissas da teoria relacional do sentido (Gergen, 1997), ao mesmo tempo em que favorece um estudo momento-a-momento de como a construção de posições na conversa se dá imbricada no processo de produção de sentidos. A noção de identidade é aqui entendida um conjunto de posições assumidas em múltiplas conversas.

Spink (2010) define posicionamento como “o processo discursivo no qual os *selves* são situados nas conversações como participantes observáveis e subjetivamente coerentes em termos das linhas de história conjuntamente produzidas” (pp. 36 e 37). Três conceitos centrais explicam o posicionamento (Davies & Harré, 1990; Guanaes & Japur, 2003). Em primeiro lugar, *posição* refere-se aos lugares sociais disponibilizados para as pessoas no curso das conversas, com certas características, direitos e obrigações, conforme entendidos por um grupo. O conceito de *linha de história* chama atenção para como o sentido de uma posição na conversa está atrelado à sua localização em relação a outras histórias, tanto considerando a interação imediata, quanto sua inserção em outros relacionamentos e experiências. A *força social da ação* refere-se às implicações dos posicionamentos, ou seja, às consequências práticas do ato de construir posições para si e para os outros durante as conversas. Para os autores, é por meio dessa força social que realidades conversacionais são construídas.

Como já explicado, todo enunciado necessariamente está situado em discursos sociais que o antecedem e o informam. Ao falar, uma pessoa necessariamente assume uma posição com relação a um discurso, ou seja, ativamente seleciona partes dele das quais faz uso no momento da interação. Sempre direcionada a um ou mais interlocutores, a fala não é uma representação de um objeto no mundo ou de estados mentais do falante; de fato, ela funciona para criar e manter relacionamento sociais. Ao participar de uma negociação de sentidos (uma

conversa), a pessoa constrói com sua fala uma posição para si, que lhe informa sobre quem ela é naquele momento em relação àquela interação. Ao fazê-lo, ela implicitamente disponibiliza determinadas posições a seu interlocutor, que também possui agenciamento no sentido de escolher uma posição a partir de onde responder. A resposta é um novo movimento na interação, que redefine possibilidades de posições para as pessoas.

Ao longo de suas histórias conversacionais, as pessoas aprendem e acostumam-se a posicionar-se de determinadas formas, especialmente no contexto de relacionamentos com outros, de maneira a estabelecerem padrões de trocas discursivas. Assim, a assunção de posições se dá em relação à interação imediata, a falas vividas em outras conversas e a discursos sociais. Neste sentido, a Teoria do Posicionamento destaca as relações entre o pessoal e o social (Winslade, 2005).

Refletindo sobre essa teorização em contraste às teorias psicanalíticas, destacamos a diferença na ênfase dada aos relacionamentos por cada uma delas. Apesar de as teorias psicanalíticas afirmarem a importância dos relacionamentos na constituição do *self*, elas o fazem de forma secundária, ou seja, consideram sempre a pessoa em relação (Guanaes & Japur, 2003). Ao que nos parece, a clínica ampliada dá um grande passo, ao afirmar enfaticamente a importância de se entender e agir com relação a um Sujeito em contexto (R. T. O. Campos, 2001). Por sua vez, o construcionismo propõe uma inversão conceitual ainda mais radical, colocando as relações – e não os indivíduos e seus atributos – como a unidade primária de qualquer análise (McNamee, 2004).

É importante levar em consideração essas diferenças porque, a partir delas, configuram-se diferentes concepções e práticas. Por exemplo, a literatura da clínica ampliada coloca como um de seus objetivos centrais a coprodução de autonomia, o que está intimamente ligado a uma compreensão da saúde como um processo social que tem a ver com as possibilidades das pessoas transitarem no mundo (G. W. S. Campos, 1996/1997). Ao mesmo tempo, a construção social da noção de autonomia se dá articulada à ideia do indivíduo autocontido, que pode ser autônomo ou não com relação a outras entidades a seu redor. É claro que a própria concepção de autonomia já foi transformada pela literatura da clínica ampliada e, de fato, não se filia a essa noção simplista. Palombini et al (2013), por exemplo, antecipam a crítica ao conceito de autonomia como filiado a concepções individualistas e neoliberais. Para elas, a solução está em encarar o conceito em sua complexidade, entendendo que uma pessoa é tão mais autônoma quanto mais vínculos e relações for capaz de estabelecer.

Em uma linha de discussão alternativa a essa, Camargo-Borges, Mishima e McNamee (2008), a partir do construcionismo, problematizam o foco na autonomia, ao apontarem para como o mesmo pode gerar, ainda que inadvertidamente, práticas que responsabilizam e culpabilizam os indivíduos, ao tomá-los como a origem de seus problemas de saúde. Tomemos como exemplo um paciente hipertenso, que não toma medicação. Muitas vezes, o discurso da autonomia é usado por profissionais da saúde de forma a dizer que o paciente é que pode decidir sobre o que é melhor para ele. Com isso, geram certa culpabilização individual do paciente por sua saúde, deixando de investir em alternativas de cuidado.

As autoras recorrem, como alternativa, ao conceito de responsabilidade relacional, de McNamee e Gergen (1992). Esse conceito propõe olhar não para o que se passa com indivíduos, mas para o processo de se relacionar. Entendendo que tudo o que tomamos por bom, moral e real surge do contexto de nossos relacionamentos, a responsabilidade relacional funciona como um recurso para o trabalho em saúde que valoriza os relacionamentos como o foco privilegiado para a transformação das práticas e, conseqüentemente, das pessoas. No exemplo do paciente hipertenso, esse conceito sensibilizaria os profissionais a buscarem entender como a “não adesão” do paciente ao tratamento se produz no contexto de sua vida e de suas relações (incluindo com o serviço de saúde), e possibilitaria a busca de ações de cuidado diferentes, junto ao mesmo.

O conceito de autonomia é apenas um exemplo, dentre outros, que aponta para algumas diferenças entre a literatura original da clínica ampliada e aquela oferecida pelo construcionismo social. Como qualquer conhecimento, a questão aqui está situada em como o conceito de autonomia é trazido para a prática. Se, por um lado, há esforços importantes na literatura da clínica ampliada para propor usos do conceito diferentes de suas raízes individualistas, por outro lado, acreditamos que a força dessa tradição gera os riscos que já elaboramos, diante do uso da autonomia como um conceito que guia a prática. Apostamos que a reflexão sobre essas diferenças é importante, para que não naturalizemos nem conceitos, nem práticas.

Ao mesmo tempo, como já dissemos, apostamos também que, à fertilidade do conceito de clínica ampliada nas práticas de saúde, – tal como exposto em seu investimento inclusive como política pública – o construcionismo pode oferecer importantes contribuições. Dessa forma, ao invés de investirmos em uma discussão mais aprofundada sobre as diferenças entre cada conceito específico, optamos, a seguir, por refletir sobre como as duas coisas podem caminhar juntas no empreendimento de uma clínica diferente e potente para o SUS.

1.2.3. Uma leitura construcionista social da Clínica Ampliada

Nesta seção, estamos interessados em refletir sobre a lógica central da clínica ampliada. Nosso entendimento é que essa lógica tem como ideia principal a importância de lidar com a especificidade de cada situação concreta de saúde, ao mesmo tempo em que se reconhece que essa especificidade é um produto da inserção das pessoas em diferentes contextos e relações sociais. A clínica é necessariamente política. Este é o recorte específico da clínica ampliada com o qual estamos comprometidos em nosso estudo.

Nesse sentido, também para o construcionismo, a prática clínica é sempre comprometida politicamente, quer o profissional esteja ciente de seus compromissos, quer não. Essa ênfase aparece de diferentes maneiras entre as propostas terapêuticas, desde aquelas que se comprometem especificamente com alguma causa política ou conjunto de valores como fundante de sua prática, até outras em que há apenas um reconhecimento e reflexão mais generalizados sobre os compromissos ideológicos que perpassam a proposta. O ponto importante está na reflexão sobre as posições éticas e políticas assumidas pelos terapeutas, bem como sobre suas implicações na prática imediata e para a construção de determinadas formas de vida (Gergen & Warhuus, 2001).

Como uma compreensão construcionista pode nos ajudar a fazer sentido da clínica ampliada? Convém aqui retomar a concepção construcionista sobre a linguagem como constitutiva do mundo, ao invés de representativa (Gergen, 1997). Em processos interativos, conjuntamente criamos os termos por meio dos quais entendemos o mundo. Palavras ganham sentido em seu uso em práticas linguísticas, de forma que os sentidos constituem aspecto central a qualquer processo terapêutico. Dessa forma, “problemas”, “causas”, “cura”, “soluções” e quaisquer outros conceitos ganham seu status como tal a partir de processos de significação. Entender algo como “problema”, por exemplo, só faz sentido a partir de certo enquadre compartilhado por uma comunidade. Na conversa em terapia, profissionais e clientes ativamente negociam sentidos sobre quem são, o quê são seus problemas, quem é aquela família, quem deve ser convidado a participar da terapia, etc. A terapia é, assim, compreendida como “um empreendimento na construção de mundos” (Gergen & Warhuus, 2001, p. 36), na medida em que não está interessada em compreender a essência das coisas, mas em entender como o diálogo pode gerar transformações de sentidos úteis para as vidas dos clientes.

Dessa forma, uma leitura construcionista para a clínica ampliada prioriza termos linguísticos e relacionais. Essa leitura foca nossa atenção no que as pessoas fazem juntas no contexto da clínica, favorecendo a análise das práticas discursivas de profissionais e pacientes.

Assim, oferecemos especificamente uma contribuição microsocial para a clínica ampliada, refletindo sobre como ela se concretiza nas especificidades das interações que ocorrem nas práticas de saúde. No lugar do Sujeito histórico e político de G. W. S. Campos (1997), damos centralidade às relações. Certamente, essas relações são historicamente situadas e absolutamente políticas em suas implicações, já que delas emergem a própria ideia de Sujeitos, bem como toda a vida social.

A partir desse entendimento, anunciamos nossa tese: a ampliação da clínica se produz como efeito de determinados modos de se relacionar no contexto das práticas. É no momento interativo que profissionais e pacientes, ao conversarem sobre suas questões de saúde de determinadas maneiras, conjuntamente criam entendimentos sobre quem são, o quê são seus problemas e o que podem fazer com relação a eles. Entendemos, assim, que uma clínica é tão mais ampliada quanto mais ela ampliar: a) as possibilidades de descrição si das pessoas b) as possibilidades de descrição de problema das pessoas; e c) as possibilidades de descrição das opções de ação de uma pessoa.

Assim, entendemos que uma possível contribuição construcionista para a prática da clínica ampliada com famílias pode ter a ver com a criação de *recursos conversacionais*. Utilizamos esse conceito inspirado em duas propostas: a terapia como construção social, como uma forma de entender um campo de práticas; (McNamee, 2004; McNamee & Gergen, 1992) e a responsabilidade relacional, como um guia geral para a construção de recursos para diálogos sustentáveis (McNamee & Gergen, 1999). Da terapia como construção social, derivamos o entendimento de que diferentes conhecimentos da vida social podem ser utilizados como recursos para o andamento de conversas terapêuticas, a partir de um foco no diálogo e nos relacionamentos. Assim, recursos conversacionais focalizam em processos microsociais de produção de sentidos e caracterizam-se como articulações de aspectos específicos do processo para os quais profissionais podem estar sensíveis ao conversarem com clientes e pacientes (Katz & Alegría, 2009; McNamee & Gergen, 1992).

Do conceito de responsabilidade relacional, utilizamos a compreensão de que é necessário desenvolvermos recursos linguísticos, em diferentes contextos, que convidem as pessoas a compreenderem o mundo em termos relacionais – como *nós* participamos da construção de um problema, por exemplo, – nos afastando das formas mais típicas e prejudiciais de explicação promovidas pela retórica do discurso individualista (McNamee & Gergen, 1999). Assim, como os entendemos nesse estudo, recursos conversacionais oferecem alternativas para o engajamento na conversa de formas específicas. Eles guiam a atenção dos profissionais para os modos com que eles interagem, se relacionam e conversam com

pacientes e entre si, e para os efeitos que essas formas de interação produzem enquanto os interlocutores constroem entendimentos específicos sobre as questões de suas vidas. Recursos conversacionais são sensíveis, ainda, aos efeitos que nossas formas de conversar produzem nas interações. Diferentes formas de engajamento convidam a diferentes construções de realidade. Em consequência, essas construções têm implicações práticas para como as pessoas conduzem suas vidas.

Portanto, seguindo a lógica dos recursos conversacionais, não se trata de dizer se uma prática *é ou não* uma clínica ampliada, mas em que medida a ampliação da clínica se produz conforme ela é praticada de determinadas maneiras. Tomemos como exemplos alguns aspectos apresentados em nossa revisão de literatura como típicos de uma clínica ampliada. Quando se fala em “escuta”, como podemos saber se ela está ou não acontecendo? Conforme a entendemos, a escuta não está localizada em um indivíduo e em suas habilidades, mas se produz como efeito de um relacionamento em andamento. É na interação, entre suas perguntas e respostas, que os interlocutores negociam seus entendimentos e produzem um senso que lhes informa se estão sendo escutados ou não.

O mesmo raciocínio funciona para o “acolhimento”. Não existem ações específicas que, em si mesmas, garantam o acolhimento, feito de maneira unilateral, do profissional para o paciente. Contudo, na interação, entre o que uma pessoa fala e faz, e como a outra responde a isso, uma relação de acolhimento pode ser produzida. A princípio, por exemplo, seria possível imaginar que perguntar com atenção e interesse sobre a situação de saúde de um paciente seria acolhedor. Entretanto, pode ser o caso que, em dado momento, o paciente entenda a pergunta como uma invasão de sua privacidade, fazendo-o falar de assuntos que não deseja naquele momento. Assim, o acolhimento não é dado na ação específica, mas na relação. Estar atento ao desenvolvimento dessas relações – a responsabilidade relacional – é, portanto, o mais importante para a construção deste aspecto da clínica ampliada.

Outro aspecto da clínica ampliada para o qual a revisão de literatura apontou trata do reconhecimento e valorização da singularidade e especificidade dos sujeitos. Seguindo nosso argumento, também isso só pode ser concretizado no momento interativo. Afinal, que tipos de pergunta e de conversa constroem a possibilidade de se conhecer alguém como uma pessoa única? Que outras conversas criam o senso de que as pessoas estão sendo categorizadas e rotuladas para além de suas especificidades?

Alinhada a essa discussão, está também a questão de se levar em consideração as várias dimensões do sujeito na clínica. Afinal, não é na conversa clínica que isso se faz possível? Tomemos a construção de explicações para a doença mental como um exemplo

(Guanaes, 2006). Quando um profissional escolhe perguntar sobre a medicação tomada pelo paciente, ele ativamente participa da construção de uma realidade em que a bioquímica é tomada como central para a questão. Se esse mesmo profissional optar por discutir como a vida social do paciente participa na produção de seu sofrimento, temos então, na conversa, uma ampliação das possibilidades de entendimento da doença mental (Peretti, Martins & Guanaes-Lorenzi, 2013). Não se trata de advogar pela realidade independente de uma ou outra explicação, mas de perceber como, na interação clínica, essas explicações são produzidas e que efeitos elas geram para a construção de ações. Ampliar a clínica é, portanto, um exercício relacional. Os objetivos do presente trabalho foram delineados com base nesse entendimento.

Justificativa e Objetivos

2. Justificativa e Objetivos

Como já dissemos, esta pesquisa surgiu a partir do contato dos pesquisadores com uma prática com famílias no Hospital-Dia de Psiquiatria do HCFMRP-USP. Em pesquisa anterior, pessoas atendidas nessa prática apontaram para as reuniões familiares como um contexto de ajuda para si e seus parentes, no qual viveram a transformação dessas importantes relações em suas vidas (Martins, 2013). Entretanto, ficou em aberto a questão de entender como o contexto das reuniões familiares funciona para produzir essas transformações.

A questão da produção do cuidado com as famílias em saúde mental assume especial relevância no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, um processo em construção nas políticas públicas e no cotidiano dos serviços. Nesse contexto, a família é compreendida como “a unidade básica de atenção à saúde” (Serapioni, 2005, p. 244) e oficialmente descrita como parceira no tratamento (Brasil, 2005). Contudo, as relações entre os serviços de saúde e famílias ainda são um campo importante de tensões teóricas e práticas. Pesquisadores (Cavalheri, 2010; Rosa, 2005) explicam que o processo de desinstitucionalização, promovido pela Reforma, devolveu para as famílias grande parte da responsabilidade do cuidado ao doente mental, sem oferecer, em troca, uma rede assistencial efetiva. Sem essa contrapartida, acaba-se promovendo uma “reprivatização compulsória da loucura na família” (Vasconcellos, 1990, p. 233), que se vê desamparada pelo Estado na tarefa do cuidado.

Essas críticas têm promovido uma preocupação com a criação de recursos para o trabalho com famílias nos contextos de saúde, de forma a oferecer-lhes suporte e apoio. Considerando saúde como um processo intimamente ligado às condições sociais, a preocupação em cuidar das famílias se torna mais relevante, uma vez que elas tipicamente representam a rede social mais próxima do doente, a partir da qual ele se insere em uma comunidade. Nessa lógica, cuidar da família torna-se uma maneira de cuidar da saúde mental (Gonçalves e Sena, 2010; Martins, 2013; Serapioni, 2005).

Nosso trabalho de investigação sobre as reuniões familiares está comprometido com essa lógica, buscando especificamente a construção de reflexões e recursos que contribuam para a qualificação da assistência pública às famílias em saúde mental. Em diálogo com a literatura referente a esse cuidado, entendemos que não se trata de qualquer tipo de qualificação, mas de um tipo de trabalho comprometido com a lógica da Reforma Psiquiátrica, na qual a criação e sustentação dos vínculos sociais das pessoas, em suas vidas cotidianas, tem centralidade (Bezerra & Rinaldi, 2009; R. T. O. Campos, 2001). O trabalho com famílias toma relevância diante desse objetivo, sendo considerado um dos pontos mais importantes para a construção de uma clínica ampliada em saúde mental (R. T. O. Campos,

2001). Assim, entra em cena também a literatura da clínica ampliada, com sua discussão específica sobre as transformações necessárias da clínica no SUS, em geral e, especificamente, com famílias.

Explorando as questões envolvidas nesse campo específico (discutidas ao longo de toda a introdução deste trabalho), nos perguntamos: como produzir conhecimento útil para a prática, a partir das reuniões familiares, de modo sensível às questões da clínica ampliada? Essa pergunta orientou nossa proposta e delineamento de pesquisa, cujos objetivos estão descritos a seguir.

Objetivo geral: Analisar a aproximação de uma prática com famílias à noção de clínica ampliada no cuidado em saúde mental.

Objetivos específicos:

- a) Compreender o processo de produção de sentidos nessa prática, analisando a construção de recursos conversacionais na interação, bem como seus efeitos para as transformações de sentidos de problema e de si ao longo do processo.
- b) Descrever como esses recursos conversacionais contribuem para a ampliação da prática clínica com famílias em saúde mental.

Método

3. Método

3.1. Contexto, Participantes e Construção do *Corpus* de Pesquisa

Este estudo aconteceu no Programa de Assistência Familiar (PROAF) oferecido no Hospital-Dia de Psiquiatria (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), especificamente no contexto das reuniões familiares, tal como já descrito na introdução desta tese.

Participaram da pesquisa três famílias atendidas nas reuniões familiares oferecidas no HD, além de todos os profissionais que, ao longo do processo, fizeram parte de seus atendimentos. Pacientes e familiares, juntos, somam um total de 09 participantes nesta pesquisa. Já os profissionais totalizam 14 participantes.

Dentre os profissionais da equipe fixa do HD que trabalham com as famílias no contexto das “reuniões familiares”, três participaram da capacitação oferecida pelo Instituto *Familiae* de Ribeirão Preto na instituição, em 2011. Como critério inicial para a construção do *corpus* de pesquisa, convidamos cada um desses profissionais a participarem de nossa investigação. Para isto, cada um se responsabilizaria por ser o(a) profissional de referência para o caso de uma família, que seria gravado, em áudio, integralmente. Esses três profissionais aceitaram participar. Para dificultar seu reconhecimento, optamos ao longo do texto por não identificá-los de acordo com sua formação.

A partir daí, a seleção de outros profissionais para compor a equipe de atendimento de cada uma das famílias seguiu o fluxo usual da equipe de divisão para as reuniões familiares. A pesquisa foi apresentada para a equipe, de forma que os profissionais que desejassem participar poderiam se oferecer mediante a divisão dos casos. Alguns dos profissionais estiveram presentes em sessões de mais de um dos atendimentos. Adicionalmente, o pesquisador principal participou de todas as sessões como membro da Equipe Reflexiva, e sua orientadora fez parte dessa mesma equipe em 09 sessões.

A seleção das famílias teve início por indicação dos próprios membros da equipe no momento da divisão dos casos. Os seguintes critérios foram utilizados nessa escolha: a) que o atendimento pudesse ser gravado em sua totalidade, ou seja, que nenhuma sessão de reunião familiar tivesse ocorrido previamente ao início da pesquisa; b) que o paciente tivesse capacidade em oferecer seu livre consentimento em participar, tal como relatado por si mesmo, pela equipe profissional e por sua família; e c) que todos os familiares, sem exceção, aceitassem participar da pesquisa, que incluiria também a presença dos membros da Equipe Reflexiva e a gravação em áudio das sessões. As famílias foram escolhidas de acordo com a

disponibilidade do pesquisador para iniciar um novo caso, ao mesmo tempo em que o atendimento da família estivesse começando junto a algum profissional que previamente tivesse consentido em participar.

Três famílias participaram da pesquisa. Para cada uma delas, o(a) paciente e sua mãe participaram de todas as sessões, enquanto o pai esteve presente em mais ou menos sessões, dependendo de suas questões específicas. Em todos os casos, as mães dos pacientes eram pessoas que, no momento dos atendimentos, não trabalhavam fora de casa e estavam responsáveis mais proximamente pelo cuidado de seu (sua) filho(a). É típico no HD que, apesar de outros membros da família serem convidados a participar das atividades, apenas um fique mais próximo do tratamento como um todo. Todos os nomes dos participantes foram trocados nas transcrições e ao longo do texto, a fim de dificultar sua identificação. Apenas os nomes do pesquisador principal (Pedro) e de sua orientadora (Carla), quando aparecem, foram mantidos.

No total, as 33 sessões com essas famílias têm duração 39 horas e 46 minutos (média aproximada de 01 hora e 15 minutos por sessão). Elas foram transcritas literal e integralmente, totalizando 1120 páginas. O conjunto destas transcrições compõe o *corpus* de pesquisa deste estudo.

Caracterização do Atendimento 01

No Atendimento 01, acompanhamos as 12 sessões da família do paciente Joel. Sua mãe, Heloísa, participou de todas as sessões, enquanto seu pai esteve presente apenas na sessão de número 08. Antônio era frequentemente caracterizado pela família como um homem tímido, que preferia não participar do atendimento. Esteve presente naquela sessão específica por convite da equipe e da família, devido à temática das sessões anteriores ter tocado nas relações entre Joel e ele.

As sessões foram distribuídas ao longo de quatro meses do ano de 2014, tendo Tom como profissional responsável. Além de Tom, outros sete profissionais da instituição participaram eventualmente dos atendimentos, seja como o segundo profissional de campo, seja como parte da Equipe Reflexiva. Este caso totalizou 14 horas e 16 minutos de sessão, transcritas em 404 páginas. Os quadros a seguir resumem a participação dessa família e dos profissionais da instituição no primeiro caso.

Tabela 1 – Membros da Família no Atendimento 01

Nome fictício	Idade	Paciente ou Familiar	Sessões
Joel	38	Paciente	Todas.
Heloísa	62	Mãe de Joel	Todas.
Antônio	65	Pai do Joel	01x08

Tabela 2 – Profissionais no Atendimento 01

Nome fictício	Sessões
Tom	Todas.
Monique	01x01.
Helena	01x01; 01x02.
Lisa	01x02.
Nina	01x04; 01x09.
Juliana	01x05.
Sílvia	01x09, 01x10; 01x11; 01x12.
Carla (Pesquisadora)	01x03, 01x05.
Pedro (Pesquisador)	Todas.

Caracterização do Atendimento 02

O segundo caso teve Helena como profissional responsável. Além dela, outra profissional da equipe móvel do HD, Lana, também acompanhou o caso inteiro. Trata-se das 10 sessões do atendimento com a família da paciente Raquel, que ocorreram durante quatro meses entre os anos de 2014 e 2015. A mãe de Raquel, Esther, participou em todas as sessões. Seu pai, Gilberto, esteve presente em quatro delas, deixando claro que gostaria de participar outras vezes, mas que não era possível, por ser representante comercial e viajar com muita frequência. O pesquisador principal participou de todas as sessões como Equipe Reflexiva, enquanto sua orientadora participou nessa mesma condição em duas sessões. Além deles, outros dois profissionais da equipe móvel do Hospital-Dia participaram como membros da equipe reflexiva em sessões esporádicas. O caso totalizou 13 horas de atendimento e 380 páginas de transcrição.

Tabela 3 - Membros da Família no Atendimento 02

Nome fictício	Idade	Paciente ou Familiar	Sessões
Raquel	24	Paciente	Todas.
Esther	48	Mãe de Raquel	Todas.
Gilberto	52	Pai de Raquel	02x03, 02x04, 02x05, 02x10.

Tabela 4 – Profissionais no Atendimento 02

Nome fictício	Sessões
Helena	Todas.
Lana	Todas, exceto 02x09.
Daniel	02x08, 02x09.
Sarah	02x01; 02x02; 02x05.
Carla (Pesquisadora)	02x06; 02x07.
Pedro (Pesquisador)	Todas.

Caracterização do Atendimento 03

O Atendimento 03 consistiu das 11 sessões de reuniões familiares de Olívia (paciente), Miriam e Felipe (mãe e pai, respectivamente). Sílvia foi a profissional responsável pelo caso. Miriam participou de todas as sessões, enquanto Felipe esteve presente quinzenalmente, devido ao fato de precisar afastar-se do trabalho para participar. Nas três primeiras sessões, Daniel, profissional da equipe móvel, acompanhou como segundo profissional de campo. A partir daí, Gabriel, também da equipe móvel, assumiu este lugar por todo o restante do atendimento, junto a Sílvia. Outros 04 profissionais participaram das sessões de maneira menos sistemática. A gravação de todo o atendimento totaliza 12 horas e 30 min, transcritas em 336 páginas.

Tabela 5 – Membros da Família no Atendimento 03

Nome fictício	Idade	Paciente ou Familiar	Sessões
Olívia	24	Paciente	Todas.
Miriam	63	Mãe de Olívia	Todas.
Felipe	52	Pai de Olívia	03x02, 03x04, 03x07, 03x11.

Tabela 6 – Profissionais no Atendimento 03

Nome fictício	Sessões
Sílvia	Todas, exceto 03x06; 03x08; 03x09.
Gabriel	Todas, exceto 03x01; 03x02; 03x03.
Daniel	03x01; 03x02; 03x03.
Mia	03x05.
Helena	03x06; 03x09.
Lucas	03x06.
Camila	03x07; 03x08.
Carla (Pesquisadora)	03x03; 03x08; 03x09; 03x10; 03x11.
Pedro (Pesquisador)	Todas.

3.2. Considerações Éticas

A pesquisa foi apresentada à diretoria do HD, que expressou consentimento para sua execução. Conforme orientações do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), o projeto que a descrevia foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das duas instituições às quais está vinculado, quais sejam, a FFCLRP-USP (instituição proponente) e o HCFMRP-USP (instituição coparticipante). O início de sua execução esteve condicionado à sua aprovação de acordo com as normas da Resolução CNS nº 466/2012 (Brasil, 2012).

O contato com os participantes teve início apenas após a aprovação desses comitês. Neste caso, o pesquisador convidou primeiramente os profissionais a participarem, mediante explicação de que sua participação é voluntária e de que não estariam sujeitos a nenhum tipo de prejuízo em caso de negativa ou desistência em qualquer momento durante a pesquisa. Após sua aceitação, eles conjuntamente entraram em contato com os familiares que foram convidados a participar. Às famílias indicadas por estes profissionais, os mesmos procedimentos éticos se aplicaram: o convite foi acompanhado da explicação de que eles têm garantido o direito de recusar ou desistir da participação a qualquer momento, sem prejuízos para si. Foi garantido ainda que eles teriam atendimento conforme a rotina do serviço ainda que não aceitassem participar, se assim o desejassem.

Foram convidadas a participar famílias cujo paciente não estivesse judicialmente impedido e que fosse capaz de responder por si mesmo quanto ao desejo de participação. As famílias somente foram parte do estudo nos casos em que todos os seus membros atendidos nas reuniões familiares durante a pesquisa, sem exceção, consentissem com sua participação. Todos aqueles que concordaram em participar expressaram isso por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices C e D). Além disso, foi também solicitado aos participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Composição de Banco de Dados (Apêndices E e F), para que as informações reunidas durante esta pesquisa pudessem ser arquivadas para consultas posteriores em projetos futuros. Todos os participantes concordaram com isso.

A participação nesta pesquisa não ofereceu riscos previsíveis à saúde física ou mental dos participantes, uma vez que, para eles, a única diferença do contexto no qual já participariam como rotina no HD foi a presença de um gravador ligado e do pesquisador posicionado como membro da equipe reflexiva, mediante aprovação da instituição sede e dos profissionais responsáveis pelos atendimentos. Buscando preservar as identidades, anonimato e privacidade dos participantes, seus nomes e outras informações pessoais foram ocultados, substituídos e/ou não veiculados nas transcrições e ao longo da redação da pesquisa.

Para além desses procedimentos éticos, buscamos também nos manter atentos à construção de uma ética relacional (Trindade & Raser, 2013), a partir da qual entendemos que todos os momentos envolvidos em sua produção são perpassados por decisões éticas negociadas junto a diferentes interlocutores. Especialmente, destacamos a qualidade dos relacionamentos desenvolvidos com profissionais e familiares, na qual a pesquisa era apenas uma parte de sua passagem pelo HD. Nosso compromisso com a instituição passa tanto pela produção de conhecimento que seja útil para a mesma, quanto por nossa presença na construção das reuniões familiares como um contexto de cuidado. Junto dos profissionais, isso significou a possibilidade de discutir os atendimentos conforme eles aconteciam; junto às famílias, um cuidado especial para que encontrassem conforto com relação às suas questões trazidas para as reuniões familiares.

Além disso, buscamos envolver os participantes (profissionais e pacientes) na construção do rigor da análise, ocasião em que mostramos a eles a descrição dos resultados da pesquisa antes de sua publicação, para que pudessem opinar a respeito da qualidade do material, fazer novas considerações sobre o processo vivido nas reuniões familiares, esclarecer dúvidas e requisitar mudanças, caso julgassem necessário. Esse procedimento está melhor descrito no item *i* da seção a seguir.

3.3. Procedimentos de Análise

A análise empreendida nesta tese parte do interesse construcionista nos processos linguísticos utilizados pelas pessoas na construção de sentidos em seu cotidiano (Spink, 2010). O construcionismo social está interessado em entender como as pessoas, engajadas em processos de comunicação, constroem os sentidos (sobre si mesmas e sobre o mundo) a partir dos quais agem e tornam suas ações inteligíveis. Tem interesse também em entender as implicações desses sentidos e ações para as vidas dessas mesmas pessoas e para suas realidades sociais (McNamee, 2004).

Na pesquisa em terapia familiar, o construcionismo é sensível a como realidades terapêuticas socialmente construídas respondem tanto a discursos sociais amplos, que informam certos propósitos e metas para a interação terapêutica, quanto às contingências concretas das interações nas quais esses propósitos ganham forma (Miller & Strong, 2008).

A partir desse entendimento, a presente pesquisa focaliza processos microsociais de produção de sentidos no contexto das reuniões familiares. O foco da análise está no entendimento da natureza situada e da orientação pragmática da conversa dos participantes (Speer & Potter, 2000). A teoria relacional do sentido (Gergen, 1997) e a teoria do

posicionamento (Harré & van Langenhove, 1999), apresentados na introdução desta tese, são os guias gerais para esta análise.

A pesquisa construcionista está interessada no que as pessoas *fazem juntas* em suas interações, e no que este fazer produz (McNamee, 2004). No caso de contextos clínicos, toma centralidade a análise da construção de sentidos sobre os problemas, uma vez que esses sentidos são responsáveis pela criação e organização de qualquer sistema terapêutico (Anderson & Goolishian, 1988). Ao mesmo tempo em que negociam entendimentos sobre o que são seus problemas, as pessoas também constroem para si certas posições na conversa. Essas posições têm implicações concretas para quem entendem ser e, portanto, devem ter sua análise privilegiada como aspecto central a qualquer investigação interessada na terapia e na psicologia humana como construções sociais.

A partir desses entendimentos gerais acerca de processos de produção de sentidos, conduzimos a análise empírica do material inspirada na proposta de Raser (1999) e de Raser e Japur (2007) para análise de processos de grupo, chamada de análise temático-sequencial. Essa proposta analítica foi selecionada por permitir um entendimento geral da construção de sentidos no processo terapêutico, tanto dentro de cada sessão, quanto ao longo de todas as sessões. A proposta tem como foco a linguagem em uso, ou seja, a linguagem utilizada por falantes em interações reais (Ibañez, 2004), tais como nas sessões que compõem nosso *corpus* de pesquisa. Com este foco, que vem da tradição da análise do discurso (Speer & Potter, 2000; Strong, Bush & Couture, 2008; Spink, 2010), produzimos uma análise que considerou especificamente os sentidos sobre o problema e os jogos de posicionamento nele envolvidos em cada um dos casos. Os passos descritos a seguir guiaram a análise.

a) Edição das transcrições. O trabalho de análise tem início já com a edição do material. Ao transformar informações auditivas em texto escrito, escolhas são feitas a todo momento: formatação, tipos de informação consideradas relevantes, destaques, etc. Esse processo não ocorre sem consequência e chama atenção para o caráter construído da pesquisa: não há análise possível sem edição, e toda edição envolve interpretação. As transcrições foram inicialmente realizadas conforme as regras da Língua Portuguesa tradicional. Na sequência, foram editadas no padrão proposto por Schiffrin (1987).

Tabela 7 – Padrão de Transcrição

Pontuação	Representação	Significado na transcrição
Ponto final	.	Entonação descendente, seguida de pausa.
Vírgula	,	Pausa leve, seguida de continuidade da fala.
Exclamação	!	Tom animado de fala.
Interrogação	?	Entonação ascendente, indicando pergunta.
Reticências	...	Pausa ou ruptura no ritmo, sem queda na entonação.
Reticências entre parênteses	(...)	Trecho omitido de transcrição.

Adicionalmente, as falas de cada participante foram coloridas com uma cor específica ao longo de todas as transcrições. Essa edição busca dar um caráter visual ao fluxo das trocas discursivas, conferindo destaque a questões como quem fala mais em cada momento, quais interlocutores interagem mais ou menos entre si, quais momentos são caracterizados por quais tipos de interação (longas falas ou intensa interação, por exemplo), etc.

b) Leitura curiosa, flutuante e intensiva do material. Uma primeira leitura de cada sessão sem um objetivo específico para além de conhecer o material e relembrar impressões vividas durante as sessões foi realizada. Nela, buscou-se, ainda sem sistematização, observar que elementos se destacavam nas transcrições, anotando essas impressões para posterior consulta.

c) Transcrição sequencial das sessões. A transcrição sequencial é um recurso que consiste da síntese de, no máximo, uma linha da fala de cada interlocutor a partir da transcrição original, mantendo-as sequencialmente. Busca facilitar o entendimento da dinâmica das trocas discursivas, sem perder sua contextualização. Nesse caso, a redução do material serviu também como uma segunda leitura de cada sessão, na qual novas anotações sobre elementos de conteúdo e processo da sessão eram feitas. O trecho a seguir serve como exemplo da redução de uma transcrição literal para uma transcrição sequencial.

Original:

Pedro: A gente fica querendo falar e, chega aqui, não sabe o que é que fala, né? Mas, o que eu estou pensando mais forte é que, assim, teve um... teve um momento nessa conversa que a gente fez um... [respira profundo e solta o ar]: “A-ha! Parece que é isso!”, né? Que foi a hora que o Tom perguntou assim... Perguntou se não era como se a esquizofrenia, o esquizoafetivo fosse uma nova pessoa chegando que... que o Joel estava desconfiado, né? E aí nesse momento desse “a-ha!”, eu sempre acho que quando faz esse alívio coletivo, parece que alguma coisa apareceu de importante. Por isso que eu

fiquei tentando explorar um pouco isso, né? E... Eu fiquei criando uma fantasia assim de que o Joel não nasceu em Minas Gerais, mas ele podia muito bem ser mineiro!

Joel: Nossa, porque a desconfiança é geral, né?! [rindo]

Pedro: É geral! [risos]

Transcrição sequencial:

Pedro: Eu fiquei criando uma fantasia assim de que o Joel não nasceu em Minas Gerais, mas ele podia muito bem ser mineiro!

Joel: Nossa, porque a desconfiança é geral, né?! [rindo]

Pedro: É geral! [risos]

d) Construção de delimitações temático-sequenciais. Consiste na construção ativa do pesquisador de momentos da interação nas sessões caracterizados por determinados modos de negociação e produção de sentidos. A delimitação desses momentos é informada por dois eixos analíticos: um eixo processual e um eixo temático. Considerando a busca pelo entendimento do processo nas reuniões familiares, começamos a construção dessas delimitações a partir da busca pelo entendimento do(s) eixo(s) processual(is) de cada sessão, ou seja, a lógica de processo construída pela interação e que, ao mesmo tempo, a informa. Na prática, isto significou uma nova leitura da transcrição original, na qual procuramos responder à pergunta: “*O que os interlocutores estão produzindo ao conversar nesta sessão?*” A resposta a essa pergunta gerou um nome para cada sessão, que contempla o(s) eixo(s) processual(is) nela construído(s) e destaca o que foi feito a partir da interação.

A partir da definição desses eixos processuais transversais das sessões, nova leitura de cada sessão foi realizada, desta vez considerando também a busca pelos eixos temáticos presentes. Isso significou prestar atenção aos conteúdos sobre os quais se conversou em cada sessão, delimitando como a negociação de sentidos em torno de determinados temas promove efeitos para o que as pessoas entendem sobre si mesmas, os outros, seus problemas e o mundo. A construção de momentos em torno dessas temáticas considerou, portanto, a dimensão processual intrínseca a cada momento particular de interação, nos quais certos sentidos acerca das temáticas discutidas eram construídos. Em outras palavras, ao engajarem-se em determinadas formas de interação (determinados processos), as pessoas ativamente produzem entendimentos sobre algum tema. Ao conversarem sobre algum tema, as pessoas produzem efeitos na interação em curso. Conteúdo e processo, portanto, são interligados e inseparáveis. Juntos, informaram a delimitação temático-sequencial das sessões.

Cada momento foi, então, nomeado no seguinte padrão: (Atendimento x Sessão x Momento). Dessa forma, por exemplo, o quarto momento sequencial que ocorreu na Sessão 02 do Atendimento 01 será chamado ao longo desta tese de (01x02x04). Cada um destes momentos foi analisado em sua totalidade, consistindo de um processo interativo em torno da

negociação de sentidos sobre determinados temas. Os momentos foram nomeados considerando sua lógica interacional e seu encadeamento sequencial nas sessões. Com o auxílio das transcrições sequenciais, cada momento foi descrito a partir das interações entre os participantes e seus enunciados. O Apêndice G mostra um exemplo das delimitações temático-sequenciais em uma sessão.

e) Seleção de um processo de produção de sentidos para análise. Vários processos acontecem ao longo das sessões. Cada Momento, Sessão e Atendimento guarda em si mesmo uma lógica própria. Dessa forma, a produção de sentidos pode ser observada em qualquer uma dessas instâncias, e a escolha por analisá-los de uma ou outra forma depende dos objetivos situados de cada investigação. No caso desta pesquisa, optamos por analisar *um processo* em torno da negociação e transformação de sentidos sobre *um problema* para cada caso. A escolha destes processos foi pautada pela prevalência das temáticas a eles associadas no transcorrer do caso, bem como pela sua importância descrita pelas famílias e profissionais. No Caso 01, o tema girou em torno da homossexualidade do paciente. O Caso 02 teve a relação entre mãe e filha como foco. Já o Caso 03 tratou da demanda da paciente por conseguir se abrir mais com outras pessoas. Analisar o processo em torno da construção de um problema dá visibilidade às tensões do processo de negociação de sentidos, à recorrência da temática ao longo das sessões, às idas e vindas de determinados modos de descrição do problema, suas implicações no posicionamento das pessoas e as consequentes possibilidades de ação frente ao problema.

f) Seleção dos momentos relacionados ao processo escolhido para análise. Recorremos novamente à análise temático-sequencial, identificando todos os momentos em que algum processo relacionado à construção de sentidos sobre o tema selecionado para cada caso estivesse presente. Desses momentos, destacamos aqueles em que a conversa acerca do problema foi central para o processo, diferentemente de outros momentos em que o tema era apenas citado.

g) Análise do processo de produção de sentidos em torno desse problema. Para esta etapa de análise, destacamos em cada momento os sentidos de problema presentes, ou seja, os entendimentos específicos gerados pelos interlocutores acerca de qual a natureza do problema; bem como dos posicionamentos construídos para os familiares enquanto produzem estes sentidos; além do manejo das intervenções por parte dos profissionais em cada um

desses momentos. A organização desses processos em tabelas facilita a compreensão de processos de negociação e transformação de sentidos ao longo das sessões e o posicionamento dos interlocutores junto a este processo. O Apêndice H mostra o exemplo de uma dessas tabelas.

h) Nomeação de um recurso conversacional construído no processo de produção de sentidos. Após analisar o processo de produção de sentidos em cada caso, o próximo passo consistiu de responder à pergunta “*Qual foi o principal recurso conversacional que auxiliou na construção da mudança dos sentidos de problema e de si ao longo do caso?*” A resposta para esta pergunta baseou-se, em cada caso, nas formas como os profissionais manejavam as intervenções, bem como na principal lógica subjacente a este manejo e nas respostas de pacientes e famílias a elas. Analisamos, assim, como a construção do recurso conversacional, na conversa, guiou a negociação de sentidos sobre o problema de maneiras específicas em direção a novas alternativas de ação.

i) Negociação da análise com os participantes da pesquisa. Como já explicado, uma das possibilidades de construção do rigor na pesquisa qualitativa está na inclusão de diferentes vozes que legitimem um dado conhecimento. Após a construção da análise e a produção das narrativas de mudança de sentidos em cada caso, elas foram discutidas com os participantes. Para cada caso, seguimos os mesmos passos. Primeiramente, contatamos o(s) profissional(is) responsável(is) pelo caso, perguntando se gostaria(m) de ter acesso ao material e oferecer quaisquer comentários sobre elementos que lhe(s) chamasse(m) atenção. Especificamente, perguntamos: “A descrição do caso condiz com o que vocês viveram como profissionais envolvidos no processo? O recurso descrito é algo que vocês reconhecem como tendo acontecido? A análise faz jus à experiência de vocês? O que gostariam de ver mudado neste texto? Que observações gostariam de acrescentar ou sugerir?” Todos os profissionais ofereceram comentários, à exceção de um. Tipicamente, os comentários foram elogiosos à análise, oferecendo alguma dúvida ou questão que promoveram pequenas mudanças no texto. A seguir, com o texto reformulado, entramos em contato com as famílias, para o mesmo procedimento. As famílias também elogiaram a análise que lhes foi apresentada, oferecendo, assim como os profissionais, apenas comentários breves sobre questões que não entenderam ou que gostariam de ver mudadas, mas sempre validando que sentiam que o texto dialogava com sua experiência das reuniões familiares. Suas sugestões de alteração foram incorporadas à versão final da análise, apresentada nesta tese.

A seção a seguir descreve os resultados gerados com esse processo de análise. Eles estão apresentados partindo da lógica de transformação promovida com o uso de um recurso conversacional específico em cada caso. A seção está dividida em três casos, que podem ser lidos de maneira independente. Eles estão organizados em uma mesma sequência, que tem sempre início com a descrição teórica do recurso conversacional utilizado no caso. A seguir, descrevemos um pouco do contexto das famílias, a fim de facilitar a compreensão de como os problemas discutidos nos atendimentos tomam sentido. Então, produzimos narrativas que contemplam as transformações de sentidos nas reuniões familiares, descrevendo, para cada caso: a) como algo foi construído como um problema; b) como esse problema foi trabalhado durante o caso, por meio do emprego de um recurso conversacional específico; e c) que tipos de efeito foram criados na conversa como resultado desse processo. A Tabela a seguir resume essas informações.

Tabela 8 – Recursos Conversacionais e seus Efeitos

	Atendimento 01	Atendimento 02	Atendimento 03
Construção inicial do problema.	Falta de autoaceitação de Joel como homossexual.	Questões de comunicação entre Raquel e Esther.	Dificuldades de Olívia em se abrir.
Principal recurso conversacional utilizado.	Convidar o social para dentro do individual.	Tecer o diálogo familiar.	Conhecer a si em outras vozes.
Efeitos do uso do recurso no atendimento.	Descentralizar o problema do indivíduo. Produção de consciência social sobre o preconceito.	Melhora da comunicação em família: do monólogo ao diálogo.	Compreensão relacional do indivíduo. Utilização de outras vozes como recursos.

Resultados

4. Resultados

4.1. Recurso Conversacional 01: Convidar o Social para Dentro do Individual

Convidar o social para dentro do individual é um recurso conversacional que borra os limites entre o que são problemas de uma pessoa específica e o que são problemas de uma sociedade na qual essa pessoa se insere. O recurso faz isso ao promover conversas que problematizam a tradicional separação entre “dentro” e “fora” (entre indivíduo e sociedade), destacando, ao invés disso, como as pessoas vivem seus dilemas como parte de determinados modos de vida social (Winslade, 2005). O recurso parte, portanto, de uma sensibilidade a como fatores sociais desempenham um importante papel na construção de problemas individuais. Ao fazer isso, desloca o foco da ação exclusiva sobre o indivíduo, possibilitando uma reflexão mais ampla sobre sua inserção social e, possivelmente, a construção de ações diferentes, socialmente orientadas, com relação a seus problemas (Peretti, Martins & Guanaes-Lorenzi, 2013).

Nosso primeiro caso refere-se às reuniões familiares de Joel, de 38 anos, junto à sua mãe, Heloísa, e seu pai, Antônio. A análise focaliza especificamente a negociação de sentidos de problema e dos jogos de posicionamento envolvidos em uma temática trazida pelo paciente como importante para sua vida e sua saúde mental: sua homossexualidade e a necessidade de aceitar a si mesmo dessa forma. A construção inicial do problema era dada como um dilema individual de Joel. A análise mostra como *convidar o social para dentro do individual* promoveu uma transformação no entendimento desse problema, sensibilizando os participantes da conversa a como o preconceito – um problema social – exercia um papel central na falta de autoaceitação de Joel.

4.1.1. A Família de Joel, Heloísa e Antônio

Joel é solteiro e não tem filhos. Um homem educado, que normalmente fala com o tom de voz baixo e com o Português muito correto. Tem três graduações e uma especialização na área de Humanas. Na primeira de suas graduações, aos 17 anos, Joel mudou-se de sua cidade natal. Segundo ele e sua mãe, foi durante este período que ele teve uma primeira crise grave de depressão. Ele diz lutar com a doença desde então. Descreve que a depressão faz parte do histórico de sua família, já que vários parentes parecem ter sofrido com ela ao longo dos anos. No HD, Joel foi admitido em regime de semi-internação com sintomas de depressão e confusão mental.

Heloísa, 63 anos, é mãe de Joel. Ela é uma mulher de fala bem articulada, voz forte, sempre sorridente, que tipicamente carrega consigo um livro nas mãos. Joel é o único de seus quatro filhos que mora em casa, junto a ela e Antônio, que é seu marido e pai de Joel. Ele tem 65 anos e é aposentado de uma carreira bem-sucedida de administrador. Heloísa descreve ter passado por crises depressivas em sua vida, algumas sérias, assim como sua mãe e sua sogra, que morou com a família por muitos anos.

Toda a família é de religião Espírita. Eles frequentam o centro e fazem o culto no lar. Descrevem-se como uma família de origem italiana – sobretudo por alguns hábitos, que incluem encontros frequentes em casa, com avós, pais, filhos, netos, primos e amigos. Heloísa e Joel têm um relacionamento próximo. A mãe foi sempre quem mais cuidou de Joel durante sua história com sintomas psiquiátricos. Isso incluiu anos de terapia particular com psiquiatras e psicólogos, além de algumas passagens por serviços de saúde, sendo uma internação integral.

A família tem uma cultura de valorização do cuidado psicológico. Tanto Heloísa quanto Antônio já passaram por processos terapêuticos. Um psiquiatra que acompanhou Joel por muitos anos tinha o hábito de fazer atendimentos familiares, mesmo em uma época que, segundo Heloísa, isso não era comum. Mãe e filho mantiveram boas relações com todos os demais pacientes do HD, outros familiares, bem como com a equipe profissional. Eles compareceram com assiduidade a todas as atividades às quais tinham acesso na instituição, faltando apenas mediante aviso e justificativas. Diziam-se muito comprometidos com o tratamento de Joel e, de fato, comportavam-se como tal. Mesmo após a alta de Joel, continuaram participando, quase todas as semanas, das atividades do HD abertas para as famílias de pós-alta. Antônio, por sua vez, esteve presente em uma única reunião familiar e em algumas outras atividades do HD.

Tom é um dos membros da equipe fixa do HD responsáveis pelas reuniões familiares que concordou em atender uma família como parte desta pesquisa de doutorado. Diante do pedido para começar o atendimento para a pesquisa, durante a divisão dos profissionais para atenderem as famílias, ele indicou Joel e Heloísa como possíveis participantes. O restante da equipe gostou da indicação, dizendo que se tratava de uma família muito especial. Tom seria, assim, o profissional de referência. Monique, parte da equipe móvel, aceitou entrar no atendimento como profissional de campo, junto a Tom. Para compor a Equipe Reflexiva com o pesquisador, Helena, que é membro da equipe fixa do HD, prontificou-se. Ela se disse especialmente animada com a possibilidade da família de Joel participar.

Tipicamente, as sessões eram caracterizadas por um rebuscamento de raciocínio e de reflexão, descritos algumas vezes por Joel e Heloísa como “denso”. Apesar disso, o clima geral era amigável, permitindo alguns momentos de descontração. Tal como já descrito na seção de método, todas estas sessões passaram por análise temático-sequencial, a fim de dar visibilidade aos principais temas e processos nelas ocorrendo.

Entretanto, vários processos podem ser analisados na totalidade destas sessões. Como também já explicado, selecionamos apenas um deles para analisar em profundidade nesta seção, considerando especificamente as transformações dos sentidos de problema e os jogos de posicionamento de Joel e de Heloísa. Essa análise leva em conta também o manejo das intervenções na conversa, considerando seus efeitos para o andamento do processo.

A análise deste processo está centrada em torno de um problema descrito tanto por Joel quanto por Heloísa, em diferentes momentos, como sua questão central, a mais importante. Em linhas gerais, é possível dizer que este problema se tratava de um grande tema, a homossexualidade de Joel. A análise busca dar visibilidade a como o processo terapêutico constrói e transforma sentidos sobre o problema, ao mesmo tempo em que posiciona os interlocutores de determinadas maneiras, ou seja, produz versões situadas de *self*.

4.1.2. A Construção do Problema como a Falta de Autoaceitação de Joel

O tema da homossexualidade apareceu logo na primeira sessão, quando Joel estava descrevendo a si mesmo como alguém que, muitas vezes, precisa se conter, ação que gerava grande sofrimento. Em diferentes momentos, os profissionais buscaram entender o que Joel tem que conter. Em uma dessas vezes, ele respondeu que tem que se conter para não agredir a si mesmo. Em outras, ele afirmou não saber exatamente o que deveria ser contido. Diante de mais indagações sobre isso, Joel disse que: *“A questão do homossexualismo é um problema pra mim. Que eu não consigo, é... Trabalhar com tranquilidade, eu acho. É um tormento, eu acho, pra mim”* (01x01x02). A resposta de Tom a essa descrição do problema legitima a temática para aquele contexto, construindo um pedido para o atendimento.

Tom: Pensar nessa questão estaria dentro das coisas que você acaba contendo e anulando, Joel?

Joel: É. Principal. (...) Apesar de se haver uma suposta aceitação da questão pela sociedade. (...) mas não aceitam nada. (...) Eu não consigo me ver numa vida normal assim, entendeu? Ter tranquilidade pra ter isso.

Tom: Parece que têm várias (...) coisas te contendo de alguma forma, né? Eu fiquei pensando na própria questão da doença, que parece que tem esse histórico da família e esse histórico seu, né? Que parece que é uma coisa que também fica assim, “Até onde eu posso ir?”

Heloísa: Aham!

Tom: (...) e você está falando também de uma outra questão agora, que é o homossexualismo e a questão do preconceito, né?

(01x01x03)

Ao situar a questão de Joel como algo que também faz com que ele tenha que se conter, como uma questão opressora, Tom ajuda a construir o tema da homossexualidade² como legítimo de discussão naquele contexto. Ao mesmo tempo, ele segue também uma descrição inicial de Joel de que o problema está em uma sociedade que não aceita a homossexualidade com tranquilidade e faz com que Joel tenha dificuldades em lidar com seus próprios sentimentos. Ainda no mesmo momento, uma ampliação da descrição do problema para a aceitação por parte da família acontece.

Joel: A questão da aceitação por parte da família é complicada. Principalmente, é... pro pai e pra mãe, né? Eu acho que mais pro pai ainda do que pra mãe. É assim que eu vejo a situação, não sei.

Heloísa: Como você sente a mãe? [pausa] Como você sempre me sentiu? [longa pausa] Na lata, Joel!

Joel: Companheira.

[pausa]

Heloísa: E na aceitação? Mas, na lata! Sem reserva.

Joel: Aceitou.

Heloísa: Incondicional?

Joel: Eu acredito que sim.

[pausa]

Heloísa: Piamente. Pra mim, é um apoio... Ixe!

(01x01x03)

Essa ampliação da descrição do sentido do problema como sendo a aceitação não somente por parte da sociedade, mas também da família, não acontece sem tensões. Talvez por outras interações anteriores envolvendo a temática, ou pela própria presença de Heloísa na sessão, Joel introduz a questão usando uma linguagem mais genérica (“pro pai” e “pra mãe”). A fala de Heloísa, na sequência, faz com que ela se posicione como a mãe da qual Joel falava, ao perguntar como ele sempre, especificamente, a sentiu. Mesmo com a distinção, anteriormente feita por Joel, entre pai (que teve mais dificuldades em aceitar) e mãe (que teve menos), essa fala parece ainda posicionar Heloísa de uma forma que não lhe agrada, como alguém que não aceita com tranquilidade completa a homossexualidade do filho. As frequentes pausas e a forma diretiva com que Heloísa faz a pergunta produzem certa tensão na interação, em que se constrói uma dificuldade em oferecer uma resposta diferente àquela preferida em uma interação como esta. Essa tensão limita a possibilidade de tomar-se a dificuldade de aceitação por parte da família como um sentido para o problema. De fato, esse sentido aparecerá em alguns outros momentos do atendimento, porém como forma de justificar o que, logo, tornou-se a descrição principal do problema de Joel: sua autoaceitação.

² Apesar de o termo escolhido por Joel, e retomado por Tom, “homossexualismo”, frequentemente ser utilizado como sinônimo de “homossexualidade”, teóricos, pesquisadores e ativistas políticos problematizaram o sufixo “ismo” como marcado por uma referência a doenças. Por essa razão, abandonaram o uso acadêmico do termo e, acompanhando-os, optamos neste texto por trabalhar com “homossexualidade” (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Esse último sentido para o problema – a dificuldade de Joel em aceitar a si mesmo como homossexual – foi construído como possibilidade ainda na primeira sessão. A primeira vez em que essa possibilidade começou a ser articulada na conversa terapêutica foi logo após a observação de Joel acerca do preconceito da sociedade e das dificuldades de seu pai em aceitá-lo.

Monique: Mas, assim, Joel, antes assim do pai... da mãe... da sociedade... Como o Joel aceita?

[longa pausa]

Joel: É difícil pra mim. Na verdade, eu não aceito e, se eu aceitasse, eu estaria vivendo com alguém, né? E... [pausa] É... Aliás, eu acho que isso é superimportante. Eu não aceito, né? Se eu aceitasse, eu não estaria passando por um problema psiquiátrico, por exemplo. Eu acho que seria isso.

(01x01x04).

A intervenção de Monique propõe olhar para o problema ainda em outra esfera: a aceitação do próprio Joel. A resposta de Joel constrói uma nova definição de problema, qual seja, o fato de Joel não conseguir aceitar a si mesmo. Essa é uma descrição que, em outros momentos, ele diz já ter ouvido de pessoas importantes, como, por exemplo, sua psicóloga particular (01x03x05; 01x05x01). De fato, a busca pelo autoconhecimento e autoaceitação é um objetivo preconizado por um discurso psicológico pautado em uma tradição individualista, do qual as pessoas utilizam em seus modos de entenderem e agirem sobre o mundo. Nesta interação, a fala minimiza a importância de como a sociedade cria algumas pautas com relação à vivência da sexualidade, ao mesmo tempo em que torna possível a descrição da “aceitação individual” como um problema. Atualizado na interação terapêutica a partir desta conversa inicial, tal construção do sentido para o problema ganhou grande força e apareceu como central à conversa nas reuniões familiares em diversos momentos, negociado com algumas nuances.

Apenas como exemplo, algumas dessas nuances foram a falta de amor próprio de Joel (01x02x02), falta de auto-respeito (01x02x03) e luta por se aceitar (01x06x01). A conversa sobre a aceitação da homossexualidade por parte de Joel apareceu com relevância em 10 sessões, de um total de 12. Além disso, esse sentido para o problema, em alguns momentos, também era construído acompanhado de outros, nos quais se entendia que era preciso entender a origem do conflito emocional de Joel por não se aceitar (01x06x01, 01x11x02); os efeitos da não-aceitação inicial do pai de Joel para sua não-aceitação atual (01x08x02); além da conexão da falta de aceitação com sofrimento e desequilíbrio emocional (01x02x04) e com o transtorno mental (01x02x02).

4.1.3. A Reconstrução do Problema como Sendo os Discursos Sociais que Produzem a Falta de Autoaceitação

O sentido do problema como sendo a dificuldade de autoaceitação de Joel apareceu de forma transversal por quase todas as sessões. Diferentes negociações de sentidos ocorreram em torno da temática como, por exemplo, a flexibilização da polaridade entre aceitação e não-aceitação (01x01x04), o questionamento sobre o significado de ser homossexual (01x02x03, 01x06x01) e a localização da dificuldade como sendo um problema de viver a sexualidade na vida prática (01x07x05). Cada uma dessas transformações de sentido, de sua própria maneira, ampliaram e flexibilizaram a descrição do problema como autoaceitação e buscaram construir alternativas de ação frente a ele.

Entretanto, para esta análise, selecionamos apenas um destes processos de negociação de sentidos em torno do problema descrito. Essa seleção tem por objetivo mostrar uma análise próxima do processo de transformação do sentido do problema, afastando-se do sentido inicial de que o problema é a autoaceitação de Joel, em direção a um entendimento de que a dificuldade de autoaceitação é produto de um problema social maior: o preconceito com a homossexualidade. Este processo específico foi escolhido para análise pelas seguintes razões: a) pareceu gerar mais alternativas de ação para Joel; b) fortaleceu ainda mais a relação entre Joel e Heloísa; c) foi a transformação mais duradoura do sentido do problema no curso das sessões.

Essa transformação de sentido acerca do problema começou a ser desenvolvida logo na sessão 01x02, quando Joel afirmou que a palavra “exclusão” resumia seu problema, anteriormente descrito por Tom como uma luta para encontrar um lugar de pertencimento, de se amar e se aceitar. Heloísa fica intrigada por entender de onde vem este sentimento de exclusão. Diante disto, Tom propõe chamarem a Equipe Reflexiva que, naquela sessão, era composta por Pedro e Helena.

Helena: Pedro, eu fiquei pensando que eu acho que o Joel ainda não conseguiu explorar tudo isso. Quando ele fala dos poucos relacionamentos que ele teve, das próprias exclusões que ele tem. (...) Eu queria ouvir um pouco do Joel: Que representação é essa? O que essa homossexualidade traz na vida dele frente a esse ter que conter os desejos? Porque, realmente, das experiências que nós temos aí de várias pessoas que são bem resolvidas na questão homossexual, é um discurso muito diferente, não é? (...)

Pedro: E tinha uma pergunta, né? Que é “de onde que vem essa exclusão?” (...) O que me dá vontade de falar é um pouco sobre isso. Como nascer homem, branco, heterossexual, rico, numa... aqui nesse mundo!... Fica mais fácil de se aceitar do que nascer qualquer coisa fora disso. (...) Por quê? Porque quando a gente... Desde criança, abertamente, a gente vê. Como é que homem se relaciona com mulher... A gente tem várias possibilidades disso. (...) A gente não tem tantas possibilidades de ver isso quando se fala de relacionamentos homossexuais. (...) Eu fico com a sensação de que procurar um pouquinho desses exemplos fora, talvez possa ser de alguma ajuda.

[A Equipe Reflexiva retoma seu lugar, dando espaço para o sistema terapêutico voltar a conversar.]

Joel [olhando para a Equipe Reflexiva]: Primeiro, eu gostaria de agradecer a vocês imensamente por estar compreendendo isso. É difícil mesmo pra mim. Né? E... É exatamente como o Pedro falou, que é aquela coisa de você... É... Não se respeitar. (...) É a visão de que você está sendo constantemente julgado. (...) Eu sei que a minha família não me julga. Mas, eu me julgo. E é um julgamento muito, assim, inflexível. (...) Às vezes é um querer que as pessoas te entendam, mas você não se entende. E é um esforço que eu me permito fazer. Porque teve muito tempo que eu não me permitia fazer esse questionamento. E... Eu espero que eu esteja chegando a um meio-termo da coisa. Eu não sei quando eu vou chegar, mas é bem por aí. (...) E é isso que eu acho que vocês estão me dando oportunidade.

(01x02x03)

Neste trecho, a fala de Helena posiciona Joel como alguém que não teve muitas experiências, destacando que essas vivências poderiam ajudá-lo a saber melhor do que se trata a homossexualidade. Pedro direciona-se à pergunta de Heloísa sobre o sentimento de exclusão. Sua descrição afasta o entendimento desse sentimento como uma possessão individual de Joel. Ao contrário, desloca-o para questões sociais que produzem sentimentos de exclusão. Com isto, Helena e Pedro dão início a um caminho de ação que, em tempo, permitirá a reconstrução do sentido do problema de Joel como relacionado a um discurso social preconceituoso acerca da homossexualidade. Utilizado por Joel ao longo de sua história como se fosse sua própria voz, o preconceito foi extremamente prejudicial à sua vida. Dentre esses prejuízos, estão uma dificuldade grande em permitir-se viver livremente, além de ter experiências que lhe permitissem conhecer outros discursos sobre a homossexualidade. Enfim, começou a ser articulada nesta interação a possibilidade de um novo sentido para o problema, no qual a dificuldade de Joel em aceitar-se homossexual é compreendida como decorrente da vivência do preconceito em sociedade junto ao tema.

A sessão 01x09 ilustra o modo como esta transformação de sentido ocorreu. Profissionais e família estavam engajados em uma conversa sobre o diagnóstico psiquiátrico de Joel que, segundo ele, tem como principal característica uma dificuldade de relacionamentos, especialmente afetivos e sexuais, com pessoas e ambientes desconhecidos. Tom pergunta sobre essa dificuldade e Joel remete-se ao “mundo gay”, que tem valores bem diferentes daqueles que lhe são familiares. Diante disto, Tom pergunta se Joel viveu muitas experiências no mundo gay, e Heloísa destaca que não. É assim que Tom propõe uma diferença entre o que nomeia como “fantasia” e “realidade”, ou seja, entre o que Joel acredita ser o mundo gay e o que este mundo pode ser para muitas outras pessoas. Tom propõe ainda que a falta de conhecimento sobre este mundo e de vivência nele pode transformá-lo para Joel em um “monstro” muito maior do que de fato é.

Tom: Mas, eu fico pensando um pouco nisso, do... Dessa coisa de se fechar para as experiências e o quanto parece que a gente fica deslocado, né? (...) E depois a gente vê que as coisas não são tão... São monstros que a gente vai criando, né? Eu não sei. Não sei se faz sentido o que eu estou falando... (...)

Joel: Vamos falar, assim, que eu tenho que encarar. É... A doença, o tratamento e o fato da homossexualidade com outros olhos. Entendeu? Eu num... Eu num posso mais vestir, é... É... Essa ideia

– estou me referindo ao fato da doença e da homossexualidade – com tanto preconceito. Entendeu? E eu tenho que ser mais... mais livre comigo. Mas, eu não sei, ao mesmo tempo, a que ponto eu vou conseguir chegar. (...)

Sílvia: Mas, eu achei interessante você falar de viver mais livre com você mesmo.

(...)

Joel: Porque, assim, entender um transtorno psiquiátrico e essa questão da homossexualidade também, é difícil pra qualquer pessoa. Porque, assim, tá fora do... Vamos falar assim, do comportamento dito esperado, né? E... E, assim, eu sempre tive necessidade de seguir padrões. (...) E aí, é... Acaba com tudo, né? Porque, eu acho que, assim, a minha vivência nunca foi uma vida de padrão. (...)

Tom: O dito esperado, às vezes, aprisiona a gente, né? Porque quando o não-esperado acontece, parece que vem com a sensação de que está errado, né?

Sílvia: Isso.

(01x09x04)

Nesta interação, Tom propõe uma descrição parecida com aquela oferecida por Helena anteriormente: que o problema de aceitação de Joel tem a ver com o fato de ele não conhecer realmente o que significa ser homossexual e se pautar em discursos sociais negativos sobre isso. Joel concorda com esta descrição, concluindo que precisaria lidar com menos preconceito com a questão. Sílvia chama atenção para como esses preconceitos dificultam que Joel permita-se viver livremente. Com isso, ela, Tom e Joel conjuntamente produzem um entendimento de que os padrões impostos a partir dos preconceitos geram dificuldades para Joel lidar com suas possibilidades de vida. Convidam, assim, uma questão social para dentro da problemática, inicialmente descrita como individual, de Joel.

Na sessão seguinte, a conversa gira em torno das dificuldades de relacionamento de Joel, especialmente focando o que ele descreve como sendo uma desconfiança generalizada que ele apresenta em relação a pessoas que não conhece bem. No transcorrer da interação, conversam sobre como e quando Joel consegue se abrir. Eventualmente, Joel conta que sofreu muito preconceito desde a infância e, especialmente, na adolescência. Heloísa diz-se chocada com essa informação, pois Joel nunca havia lhe contado sobre isto.

Joel: Eu sofri muito preconceito das pessoas. E acho que isso foi internalizando em mim. E, assim...

Heloísa: Eles te tratavam assim?

Joel: Ah... É... [pausa] Assim, mais na época da adolescência. Quinta série. Mas, às vezes, no primário. Na terceira série, quarta série, surgia essa questão também.

Heloísa: Mas, Joel, você nunca chegou pra mãe...

Joel [interrompendo]: Mãe, mas eu sempre fui muito calado!

Heloísa: Você nunca trouxe essa questão! Olha que horror!

Joel: É! Sofria calado. Sofria calado. E... E...

Heloísa: Gente, é a primeira vez que ele está falando isso!

Joel: Pra mim, foi muito difícil.

(01x10x05)

Este momento de interação é importante por pelo menos dois motivos. Em primeiro lugar, ele fortalece o sentido de que a vivência de sofrimento de Joel com relação à homossexualidade – e, portanto, sua dificuldade de autoaceitação – está relacionada à sua

vivência de preconceitos desde muito jovem. Em segundo lugar, o trecho ilustra a importância dessa conversa também para Heloísa, que diz estar se dando conta, pela primeira vez, da experiência de preconceito vivida pelo filho e de como isto o afetou. Heloísa faz isso em um tom afetivo de espanto e indignação, de maneira que parece se conectar fortemente com o sofrimento do filho. Como veremos adiante, essa descrição do problema como emergindo a partir do preconceito retira de Joel a responsabilidade individual isolada de ter que se aceitar, participando ativamente da dissolução do problema como a aceitação de Joel. Além disso, a presença de Heloísa nas sessões promove junto a ela a legitimidade desse sentido do problema, como sendo o preconceito. Se entendermos que os sentidos são criados e sustentados relacionalmente, então a presença de um interlocutor importante como Heloísa na construção desse sentido pode ser uma forma de legitimá-lo também no contexto familiar de Joel. Tom dá prosseguimento à conversa retomando a dificuldade que Joel disse ter de se relacionar com desconhecidos.

Tom: Porque eu acho que talvez a homossexualidade também seja essa pessoa desconhecida, né?

Joel: Sim.

Tom: Que no começo causa desconfiança e demora ali pra conhecer e assusta. Mas, aí vai conhecendo... Vai ficando mais tranquilo...

Joel: É.

Tom: Até se tornar um amigo, né? É que nem construir uma relação de amizade, né?

Joel: Eu quero muito! Sinceramente. Mas... Bom, vamos ver como eu me comporto, né? Não vou... saltar etapas, né? Vamos falar assim.

(...)

Joel: E ó, a minha mãe falou a palavra certa. Não a certa, mas assim... Eu encaro como um problema.

Heloísa: Maior.

Joel: E não é um problema. Você entendeu?

Heloísa: Quantas vezes eu falei isso pra ele? Pra ele, a doença maior, o problema maior é isso.

Sílvia: Essa queixa maior.

Heloísa: É.

Joel: É.

Tom: Ainda não virou um amigo, né?

Joel: Não. Não consegui fazer ainda.

(01x10x05)

Nesta interação, Tom utiliza de uma dificuldade já descrita por Joel para propor uma metáfora: não seria também a homossexualidade uma destas pessoas que, por Joel não conhecer tão bem, causam-lhe desconfiança? Novamente, essa metáfora recupera um sentido anterior, construído em outras sessões, de que o fato de Joel não ter muitas experiências homossexuais dificulta sua possibilidade de aceitação. Joel suplementa a metáfora, ao dizer que quer construir essa amizade, mas que ainda precisa de tempo para que essa relação se fortaleça. A metáfora abre também um importante caminho de ação, a partir da uma posição construída para Joel no seguinte trecho:

Pedro: O que eu acho que tem de mais bonito nessa conversa que a gente vem tendo desde o primeiro atendimento é... Eu acho que é um... um refinamento de tirar tudo de um balaio só e ir separando as

coisas. O que é doença do que não é doença. O que é problema do que não é problema. De quem eu tenho que desconfiar e de quem eu não tenho que desconfiar. (...) Quem eu convido pra dentro da minha casa?

(...)

Tom: (...) Eu acho que o Joel é um ótimo anfitrião, né? Eu acho que o Joel, aqui nas nossas conversas, quando ele abriu a porta pra gente, ele recebeu a gente muito bem. (...) Recebeu a gente nas histórias dele, nos medos, nos anseios, nos desejos, nos sonhos... Eu acho que ele tem sido um ótimo anfitrião, né? É... E daí eu fiquei pensando, né, se, é... Se ele vai conseguir – ou talvez já esteja conseguindo, não sei – ser um anfitrião tão bom com a homossexualidade. (...)

Pedro: É... Você perguntou “se” um dia ele vai conseguir (...) A minha pergunta é assim: “Quando?”

(...)

Joel: É. Eu estou fazendo um esforço muito grande! Mas, eu ainda não consegui. Mas, eu tenho certeza que eu vou conseguir. Porque faz parte de mim. Entendeu? Num... Eu tenho que parar com essa história de tratar a questão com tanta dúvida, com tanto preconceito. Enfim, eu acho que é isso. No fim das contas, eu tenho que amar muito. (...) Eu amo muito as pessoas que sofrem algum tipo de preconceito. (...) Porque a sociedade tem um preconceito mesmo. Né? E não adianta falar que não tem, porque tem.

(01x10x06)

Neste trecho, Tom e Pedro partem de uma posição clara com relação à homossexualidade como algo a ser vivido, recebido e acolhido. A partir dessa posição, ao invés de tomarem como naturais as descrições de Joel da homossexualidade como um problema a ser resolvido, recorrem a características de Joel observadas em conversas anteriores para ativamente posicioná-lo como bom anfitrião, ou seja, como alguém que será capaz de receber a homossexualidade em sua casa. A metáfora funciona, assim, para posicionar Joel como alguém capaz de aceitar sua própria homossexualidade. Tal sentido é suplementado por Joel, ao afirmar que, apesar de ainda não ter conseguido receber este novo amigo (a homossexualidade), tem certeza de que será capaz de fazê-lo. De maneira interessante, ao dizer que deixar de lidar com a própria sexualidade com preconceito é uma forma de aprender a se amar, o próprio Joel reconstrói a ligação entre preconceito e aceitação, transitando entre questões individuais e sociais, ao produzir o entendimento de que “internalizou” preconceitos. Em outras palavras, ainda que, neste ponto, Joel entenda que não se trata de uma mudança simples e que precisa de tempo para alcançá-la, o caminho percorrido ampliou o entendimento de que, para se aceitar, é preciso superar o preconceito.

4.1.4. A Produção de Opções de Ação com Relação ao Preconceito

Na sequência da interação anterior, a partir da reconstrução do sentido do problema como sendo o preconceito que dificulta a autoaceitação, Tom propõe uma reflexão sobre como a vivência do preconceito, ao mesmo tempo em que segrega e afasta as pessoas, também as une, como parte de uma experiência humana.

Tom: Em diferentes graus, é claro, né? Mas, uma experiência quase que universal. A gente se sentir vítima de preconceito.

Joel: Sim.

Heloísa: Em algum momento.

Tom: Em algum momento. É claro que tem muita diferença, né? Tem pessoas que sofrem muito mais do que outras, né? Mas, alguma experiência, alguma familiaridade com isso...

Heloísa: Tem.

Tom: ... todo mundo tem.

(01x10x07)

Esta interação produz um senso de que a luta de Joel com o preconceito (e sua decorrente dificuldade de se aceitar) não é apenas sua, mas compartilhada por outras pessoas que já passaram por situações semelhantes. Esse senso de luta compartilhada, em um sentido, tira Joel de seu isolamento na busca por autoaceitação. Nessa linha de raciocínio, Pedro conta uma história pessoal de luta contra o preconceito, posicionando-se como alguém que entende o conflito de Joel: um homem gay que também já passou por situações semelhantes. A história foi contada com um foco na possibilidade de as reações de outras pessoas significativas serem surpreendentes.

Pedro: Na verdade, eu fiquei lembrando da minha avó. Que é uma senhora de 90 anos. (...) Eu chamo ela de “bonitinha”. (...) Teve um dia que foi muito marcante pra mim, que foi... (...) ela falou séria, assim: “Eu queria conversar uma coisa com você”. Eu falei: “Ai, meu Deus!”

Sílvia: Que medo!

Joel [rindo]: Que gelo no estômago!

Pedro: Eu falei: “Que foi, vó? Pode falar”.

Sílvia: “Fala, bonita”.

Pedro: É. “Fala, bonita”. É isso mesmo. E aí ela falou assim... Ela estava olhando pra frente. Ela não estava olhando pra mim. “Por que você não traz o [Nome] aqui?”. O [Nome] é o meu namorado. (...)

Heloísa: Ela não conhecia.

Pedro: É.

Sílvia: Gente!

Pedro: Aí, é tão...

Joel: Virou a história, né?

Pedro: Virou! Eu fui pego tão de surpresa da minha... Que isso era tão diferente da minha expectativa que eu gaguejei! Eu fiquei, ã...

[risos]

Heloísa: Você não sabia o que fazer!

Pedro: Eu não sabia! Eu falei: “Ué, vó, eu não sei... Eu nunca tinha pensado de trazê-lo aqui... A senhora acha que eu devia?” E aí ela: “Eu ia achar bom”.

Sílvia [rindo]: Ela ia achar bom!

Heloísa: Ai, que linda, gente!

[risos]

Pedro: (...) Eu acho que é uma história que conta um pouco disso, né, de... de separar assim. Então... É... Tem preconceito e tem surpresas!

Joel: Aí ela mostrou pra você o tanto que ela é bonita, né!

Pedro [rindo]: O tanto que ela é bonita mesmo!

Sílvia: Ela é mesmo bonita!

Pedro: Ela é.

Tom: Aham.

(01x10x07)

A grande participação de todos os interlocutores no contar dessa história mostra seu envolvimento e ajuda a construí-la como interessante para aquele contexto, a partir da noção de que Pedro, que também passou pela experiência de se aceitar, teve boas surpresas pelo caminho com relação à superação do preconceito. Ao posicionar-se dessa forma na interação,

Pedro também posiciona Joel como um igual, alguém que também pode viver experiências positivas diante de uma situação que já foi mais difícil. Este jogo de posicionamento fortalece o vínculo entre profissionais e família, ao mesmo tempo em que promove certa humanização das relações, no sentido em que constrói um profissional que também tem suas próprias questões.

Junto a essas surpresas, Pedro descreve como o ato de contar sobre sua sexualidade para a família foi transformador de algumas relações, a partir das quais as pessoas puderam conhecer a homossexualidade não mais de forma abstrata e distante, mas como parte de alguém próximo que amam³.

Pedro: [Que podem me conhecer como alguém] Que, além de gay, é isso, é aquilo, aquilo outro. É.

Heloísa: Que aliás que num... num tem que ter... (...) Sabe quando fala? Que “além de gay”? Fica pejorativo.

Joel: Mas, o gay é um detalhe! Ou é uma coisa muito importante, mas não é, assim, você não pode colocar aquilo como sendo a pessoa inteira!

Heloísa: É pejorativo! Sabe? É o Pedro. É o Pedro!

Pedro: Como se fosse assim: “Ele é gay, mas ele é legal!”

[risos]

Heloísa: É!

Sílvia: É!

Joel: É!

Heloísa: Sabe?! Eu não gosto de sentir isso.

(01x10x07)

Neste trecho, Heloísa problematiza a expressão “além de gay”, utilizada por Pedro, como sendo algo pejorativo, que não lhe soa bem. Esse questionamento produz uma relação de cuidado com relação à questão que vinha sendo tratada como o problema, ou seja, o preconceito com a homossexualidade. Seguido a isto, Joel posiciona Pedro – e, simultaneamente, a si mesmo – como alguém cuja característica de ser gay é uma parte, e não sua totalidade. Ao concordar que a expressão utilizada realmente não produzia um bom efeito, Pedro participa do posicionamento de Heloísa como alguém sensível e cuidadosa com a questão da homossexualidade. Esses posicionamentos produzem efeitos para a interação. Considerando a centralidade que o conflito de Joel com relação à homossexualidade teve por toda sua vida, descrevê-la como apenas mais uma parte de si constrói possibilidades de ação diferentes, mais amplas, para Joel em sua vida. Uma destas possibilidades é articulada por Joel logo na sequência: sua vontade de conversar com o sobrinho e o cunhado sobre sua homossexualidade.

Joel: Eu tenho que falar. Porque faz parte de mim.

³ O uso da autorrevelação do terapeuta é debatido a partir de diferentes perspectivas teóricas. A partir deste caso específico, escrevemos um capítulo de livro discutindo a autorrevelação como um recurso conversacional para a terapia, a partir de dois usos, reflexivo e político. Esse capítulo está, atualmente, em avaliação para publicação.

Tom: Eu acho que faz parte de você, né, Joel, e eu acho que, dentre as várias coisas importantes que o Pedro falou, né? Tem uma que eu queria destacar. Faz parte de você e faz parte do mundo.

Joel: Sim.

Tom: E, talvez, a gente enfrentando, a gente possa estar construindo um mundo onde isso seja diferente.

Heloísa: Menos sofrido. Menos suicídios por causa disso. (...) Com menos sofrimento.

(01x10x07)

Neste trecho, há a produção de um entendimento de que enfrentar o preconceito é um ato político, que pode ter impactos positivos, para além da própria vida de Joel, mas também em sociedade. Com sua concordância, e lembrando-se do exemplo de suicídios e sofrimento de pessoas homossexuais, Heloísa suplementa essa descrição, dando a ela legitimidade na interação. Assim, constrói-se a clínica como um local possível de início de uma transformação para além da conversa imediata.

Essa transformação de sentidos sobre o problema de Joel, além de aumentar o escopo das ações possíveis diante de seus conflitos, produziu também transformações na relação de Heloísa com o tema da homossexualidade. No fim da última sessão, ela pontua que, além de sentir-se cuidada, a perda de seus preconceitos foi um dos ganhos que ela obteve por participar do processo terapêutico.

Heloísa: (...) Agradecer, eu acho que eu já fiz e reforço isso sempre, né? Não tenho nem palavras pra dizer. Mas, eu quero dizer que aqui eu... Se eu tinha algum preconceito de alguma coisa, aqui eu acho que eu perdi todos. E... E tem uma coisa. Eu sempre lutei muito, lutei muito pra ser um pouquinho preferida... pela minha mãe. (...) E aqui eu me senti preferida. Eu me senti um pouco olhada de forma diferente, né, Joel?

Joel: Hm-hum.

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

Tom: A ideia é essa, né?

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

(01x12x06)

Os ganhos descritos por Heloísa com sua participação são significativos em um contexto no qual algumas dificuldades da família em aceitar a homossexualidade de Joel haviam sido narradas como parte de seu problema inicial, a autoaceitação. A negociação de sentidos em torno do problema de Joel permitiu, portanto, que ele ocupasse posições com relação aos discursos sobre homossexualidade diferentes daquelas que ele tradicionalmente tinha disponíveis para si. Apesar das dificuldades em se aceitar ainda continuarem sendo uma questão importante para Joel, a possibilidade de ocupar essas novas posições discursivas permite com que suas dificuldades de aceitação deixem de ser tão centrais em sua narrativa. Adicionalmente, diferentes alternativas de ação se abriram a partir destas negociações, incluindo a possibilidade de envolver mais ativamente outros membros da família em uma vida na qual Joel pode assumir-se homossexual. Nesta família, pelo menos dois membros

(Joel e Heloísa) têm agora à sua disposição a possibilidade de entendimento de que o preconceito impôs sérias dificuldades à autoaceitação de Joel e de muitas outras pessoas no mundo e que, portanto, é preciso resistir a ele.

4.2. Recurso Conversacional 02: Tecer o Diálogo Familiar

Tecer o diálogo familiar é um recurso conversacional que chama atenção para como a conversa terapêutica com as famílias pode funcionar para convidá-las a reconstruir suas interações na forma de diálogo. Essas definições são tomadas no sentido utilizado pelo filósofo Mikhail Bakhtin, que entende o diálogo como um tipo específico de interação na qual os participantes estão abertos para, de forma contextualizada e fluída, redefinirem a si mesmos e criarem conjuntamente futuros preferidos. Em contraste, interações monológicas (também chamadas de monólogos) são aquelas em que ocorre a finalização do outro, ou seja, que tornam-se estáticas e fechadas, não produzindo enriquecimento mútuo para os participantes (Littlejohn & Foss, 2008; Guanaes, 2006). A partir desse entendimento, nem toda conversa é um diálogo. *Tecer o diálogo familiar* é, portanto, um recurso que compartilha de uma perspectiva prescritiva para o diálogo, tomando-o como um ideal ou meta ao qual se deve chegar por meio de decisões eticamente pensadas (Stewart & Zediker, 1999).

Especificamente em nosso segundo caso empírico, com a família de Raquel, analisamos a interação em uma sessão caracterizada por dois modos de interação entre a família muito distintos, um monólogo e um diálogo. A primeira parte da sessão foi caracterizada por um tipo monológico de interação, no qual os interlocutores pareciam incapazes de reconhecer a consciência do outro. Na sessão, houve uma intervenção específica, feita pela equipe, que teceu o diálogo familiar ao apontar para como o monólogo estava sendo *perfeito*. Assim, o recurso ajudou a promover uma mudança na comunicação familiar em direção a um modo mais produtivo: uma conversa na qual as pessoas estavam investindo em formas de se entenderem e continuarem juntas, ao mesmo tempo em que reconheciam uma multiplicidade de perspectivas e vozes presentes na interação (Bakhtin, 1984). O recurso conversacional, em seu uso, serviu para direcionar a atenção dos interlocutores para a comunicação familiar, promovendo uma interação mais dialógica entre a família na sessão.

4.2.1. A Família de Raquel, Esther e Gilberto

Raquel tem 24 anos de idade. Ela é noiva de um homem que vive em sua cidade natal, a alguns quilômetros de distância de Ribeirão Preto. Ela era estudante em uma universidade em outra cidade, mas deixou o curso após uma crise psiquiátrica. Na verdade, Raquel e sua família descreveram várias vezes ao longo do processo terapêutico como estes ciclos alterando entre sentir-se muito bem e muito mal com relação a si mesma e à vida eram uma constante para ela. Raquel descrevia a si mesma como um tipo de personalidade hipersensível e difícil, que lutava com crises depressivas, tentativas de suicídio ocasionais, bem como

automutilação eventual. Quando se sentia bem, Raquel sempre sonhava alto e começava novos projetos, como por exemplo, fazer cursinho novamente ou faculdade. Depois, ao entrar em crise, abandonava esses mesmos projetos. Raquel é uma jovem de fala educada, que normalmente conversava em um tom baixo, quase sussurrando. Ela recebeu tratamento psicológico por anos antes de chegar ao Hospital-Dia, de forma que, durante sua semi-internação, já dominava certo vocabulário profissional que a ajudava a explicar seus próprios processos psicológicos.

Esther e Gilberto são os pais de Raquel. Apesar de não serem legalmente casados, eles assim se consideram e estão juntos há mais de 30 anos. Esther tem 48 anos e é a principal cuidadora de Raquel. Ela é dona-de-casa desde seus primeiros anos de casamento, quando desistiu de seu emprego como empregada doméstica a pedido do marido. Esther conversa em um tom de voz alto e ri expansivamente durante as sessões. Ela descrevia a si mesma como também sofrendo de uma depressão leve, que trata com psicólogo e psiquiatra. Esther ficou animada em saber que a família também recebia tratamento no HD, pois sentia que tinham muitas questões com as quais lidar, especialmente em se tratando de seu relacionamento com Raquel. Raquel descrevia essa relação como problemática. Esther, apesar de considerar a existência de coisas a serem trabalhadas, achava que a relação não era tão ruim assim. Ela participou de todas as sessões e apropriou-se do espaço como seu, ou seja, propunha temas para as sessões e falava sobre si mesma e sobre as relações familiares como temáticas legítimas para aquele contexto.

Gilberto tinha por volta de 50 anos de idade. Ele trabalha como representante comercial, de forma que viajava por longos períodos para fora da cidade. Raquel e Esther tiveram muitas dúvidas sobre convidá-lo a participar das reuniões familiares, pois diziam ter medo de que conflitos poderiam surgir caso comessem a discutir mais diretamente com ele sobre suas questões. Na sessão 03, quando Gilberto estava na cidade, elas decidiram “arriscar” e convidá-lo a participar do atendimento, o que acabou sendo muito emocionante. A família descreveu sua participação como uma forma de estarem todos mais próximos. Gilberto esteve presente em outras duas sessões, sempre que estava na cidade e conseguia horário para participar.

Helena e Lana foram as profissionais que acompanharam as reuniões familiares do começo ao fim. Helena é membro da equipe fixa da instituição. Ela fez parte da capacitação oferecida a essa equipe em práticas construcionistas sociais e vinha trabalhando com as famílias naquele contexto há cinco anos. Lana é uma profissional recém-formada, parte de um programa de aprimoramento em saúde mental na instituição. Uma Equipe Reflexiva estava

presente nas sessões em todas as sessões, composta sempre por Pedro, seja sozinho (nesses casos, ele se juntava às outras profissionais e conversava com elas enquanto a família escutava, sempre que a equipe reflexiva era convidada na sessão), ou acompanhado por algum outro profissional que estivesse disponível na instituição no dia.

Dez sessões foram conduzidas durante quatro meses com a família, uma a cada semana. Houve um período de recesso de fim de ano entre as sessões de número 08 e 09. Muitos temas e questões familiares foram discutidos durante o decorrer do caso. O interesse específico desta análise está naquilo que família e profissionais da equipe descreveram como dificuldades de comunicação entre Raquel e Esther. Esse foi um tema prevalente nas sessões e, dado que mudanças nesses padrões de comunicação foram descritos por todos os participantes como um ganho importante do processo, a análise a seguir foca em como essa mudança foi construída.

4.2.2. A Construção do “Trabalhar a Comunicação” como uma Demanda para as Reuniões Familiares

Descrever o contexto das Reuniões Familiares como um espaço para as famílias conversarem sobre o que consideram importante para si mesmas é um procedimento comum no HD, prática inspirada na proposta de Andersen (1999). Esse foi o caso na primeira sessão com Raquel e Esther, quando Helena e Lana descreveram o contexto do atendimento dessa forma. Raquel havia concordado em participar com sua mãe dessas sessões, mas não parecia convencida de que estas conversas pudessem correr bem.

Raquel: É um pouco complicada essa questão de coisa familiar assim, porque... Eu tenho medo, sabe, de expor as minhas opiniões e ela acabar desistindo de mim ou ficando muito magoada. (...) [chorando, falando baixo]: Sabe, é... Desculpa. Como que eu vou fazer se ela desistir de mim?

Helena: Você escutou o que a Raquel falou, Esther?

(...)

Esther: Você falou isso pra mim lá em casa faz pouco tempo. (...) E o que que eu te falei?

Raquel: Que você não vai desistir.

Esther: Que eu não vou desistir de você nunca! Você é minha filha, eu te amo e eu não vou desistir de você nunca!

Raquel: Não é porque eu sou sua filha que você não vai desistir de mim nunca, mãe.

(...)

Helena: A sensação que eu tenho, Raquel, é de que às vezes você possa ter medo de falar coisas que possam magoar a sua mãe. E... Não sei se te confortaria isso que eu vou falar. Eu trabalho aqui no Hospital-Dia há cinco anos. Há cinco anos nós temos trabalhado com famílias. E, às vezes, essas reuniões de família são reuniões muito intensas (...) E um dos maiores medos, às vezes, da família nesse espaço, é de falar coisas que possam magoar o outro. Só que esse espaço é um espaço de vocês e... (...) É um espaço que nós estamos aqui juntos, a Lana e eu e a Equipe Reflexiva, para melhorar essa conversação de vocês. Porque o que nós estamos vendo (...) é que é uma família que, apesar de todos o sofrimento, tem uma história muito grande de amor...

Raquel: Tá. Então tá. Eu vou falar o que eu penso em relação a isso. (02x01x04)

Talvez Raquel não estivesse errada em se preocupar com o curso daquela conversa. Ela parte do contexto de interações anteriores com sua mãe para criar uma explicação sobre sua preocupação. Esther ajuda a filha a criar essa justificativa ao trazer um exemplo concreto sobre como a preocupação havia sido tema de uma conversa entre elas em um passado recente. Esther faz objeção a quão seriamente Raquel deveria se preocupar, já que, como uma mãe que a ama, ela nunca desistiria da filha (um discurso dominante sobre maternidade). Raquel, contudo, rejeita essa descrição. De fato, a sessão foi marcada por uma conversa intensa entre mãe e filha, que não pareciam concordar sobre muitas coisas e discutiram de forma acalorada durante todo o tempo.

Entretanto, o que Helena começou a fazer com sua fala no último movimento do trecho acima foi precisamente transformar essas dificuldades de comunicação em um tópico legítimo com o qual poderiam lidar no decorrer do caso. Ela fez isso da seguinte maneira: primeiro, posicionou a si mesma como uma profissional competente que tinha conhecimento sobre o que diria a seguir. Ela então prosseguiu normalizando o tipo de preocupação que, inicialmente, Raquel havia descrito como uma dificuldade pessoal. Disse que aquela era uma característica compartilhada por várias famílias que vivem situações parecidas. Ao dizer isto, ela mostra que entende e tem cuidado com os sentimentos de Raquel, mas também explica que se encontravam em um contexto diferente, profissional e, portanto, mais protegido (“um espaço que nós estamos aqui juntos, a Lana e eu e a Equipe Reflexiva”). Neste contexto, um novo jeito de conversar poderia ser construído. A resposta de Raquel a isto foi ambivalente, no sentido de que, ao mesmo tempo em que ajudou Helena a criar o sentido das reuniões familiares como um espaço de conversa (ao dizer o que ela pensava sobre uma determinada situação), ela fez isto em um tom de desafio – porque o que se seguiu foi uma história sobre interações anteriores muito pesadas e difíceis entre ela e a mãe. Para este texto, não há necessidade de especificar o conteúdo dessa interação, mas apenas entender que, ao conversarem sobre isso, a família aceitou o convite de Helena para conversar sobre seus relacionamentos nas reuniões familiares.

A sessão seguinte (02x02) começou com Esther dizendo que gostaria de parabenizar a filha por suas melhoras durante a semana, porque Raquel lhe pareceu mais calma e alegre naquele tempo. Raquel também parabenizou a mãe, que também lhe parecia mais feliz e com mais disposição para fazer suas atividades cotidianas do que anteriormente. Raquel diz que o fato de terem sido capazes de escolher sobre o quê conversar – ao invés de sentirem que precisavam conversar sobre tudo – ajudou bastante a semana a ser melhor. Essa conversa foi seguida por Esther perguntando se poderiam falar sobre o quê Raquel via de errado com ela,

porque a filha havia lhe acusado de ter muitos problemas. Esther disse que gostaria de entender melhor quais problemas eram estes. Essa demanda levou a uma conversa sobre muitas tensões nos relacionamentos familiares, nas quais a seguinte interação ocorreu:

Raquel: E eu vi que ela também. Mas, eu estou muito magoada, sabe? Muita mágoa, muita raiva. É... Sabe, eu não estou... Eu não estou...

Esther: Eu vou... dar uma paradinha nesse assunto e vou te perguntar: o quê? Que raiva que eu te causei? Que mal que eu te fiz? Porque eu preciso... Eu preciso te ajudar e me ajudar também.

Raquel [chorando]: Ah, essas brigas, sabe, mãe? Essas tantas coisas que eu fico escutando de você e que eu não posso responder. Sabe? Não dá vontade de te responder. De explodir, de falar palavrão, de gritar e que eu não posso!

Esther: É o que eu faço sempre que acontece isso. Eu me calo porque eu não vejo... Não tem mais como discutir.

Helena: Deixa eu perguntar uma coisa pra vocês, que eu fiquei curiosa agora: vocês têm esse hábito de conversar em casa? O hábito que vocês estão tendo aqui?

Esther: Hm-hum.

Helena: Vocês conversam?

Esther: Conversa.

Helena: Mas, em casa, Raquel, você consegue falar pra sua mãe o que você tá sentindo?

Raquel [balança a cabeça em negativa]: Porque... pra eu falar uma coisa desse tipo, ia dar uma briga muito feia. E aí eu ia sair com vontade de me cortar ou de... **(02x02x03)**

Nesta interação, Raquel e Esther conversam entre si com pouca intervenção por parte das profissionais. O que é mais marcante sobre esta conversa é o modo como elas são capazes de coordenar suas ações de uma maneira que lhes permite conversar sobre um assunto sensível (seu relacionamento) de uma maneira respeitosa e engajada, na qual se revezam em suas falas e são capazes de compartilhar seus pontos-de-vista sobre as dificuldades que geralmente têm em conversar. Helena fala sobre como Esther e Raquel estavam sendo capazes de conversar na sessão, e pergunta se aquilo também acontecia em casa. Esther inicialmente diz que sim, mas Raquel discorda, explicando que uma conversa sobre um assunto sensível em casa facilmente poderia ter se tornado uma briga. Em resumo, os interlocutores, neste trecho específico, conjuntamente produziram um entendimento de que, mesmo que Raquel e Esther tivessem problemas em conversas sobre assuntos sensíveis, elas foram capazes de *performar* um tipo diferente de diálogo no contexto das reuniões familiares. Este entendimento ajuda a construir as reuniões como um espaço para trabalhar sua comunicação. Mais tarde na mesma sessão, melhorar a comunicação entre as duas é nomeado com um pedido para as reuniões pela primeira vez.

Pedro [falando com outro membro da Equipe Reflexiva]: (...) uma coisa que eu acho que estava me doendo nas outras sessões... (...) [Parece que] elas achavam que estava junto demais e que tinha que separar. Né? Que, pra ficar bem, tinha que separar. E eu ficava: “Gente, mas parece que tem tanta coisa boa!” Me doía pensar nelas separadas. (...) Mas, eu estou entendendo que não é separar. Que é o jeito de estar junto. Não sei se você acha que faz sentido isso.
(...)

Esther [quando perguntada sobre o que mais marcou na fala da Equipe Reflexiva]: É exatamente isso! (...) É exatamente essa dificuldade que a gente tem, é... de conversar sobre, mesmo... as coisas difíceis que têm que ser conversadas. Não tem como. Se a Raquel for se entupindo, se entupindo e não falar

nada, ela vai ficar mal! Ela vai ter que tomar remédios. Então, qual a maneira que ela achou? É de conversar comigo. Ela sentiu essa confiança em mim. Muitas vezes, é super difícil ouvir. Mas, eu estou sempre pronta pra ouvir. Mesmo que esteja difícil. (...) Mas, eu fico refletindo também um modo de ajudar. É isso mesmo. O mais difícil da gente estar junto, realmente, é essa parte. Mas, tem que trabalhar essa parte. A gente não pode deixar pra lá. **(02x02x04)**.

Este último trecho mostra como “conversar juntos sobre as coisas” é finalmente nomeado como uma questão para as reuniões familiares. O comentário de Pedro se direciona à ideia previamente levantada sobre a necessidade de Raquel e Esther ficarem mais separadas, ao ponto de considerarem morar em casas diferentes como a única solução possível. Após um pequeno progresso em serem capazes de conversar de maneira diferente em uma sessão – como visto no trecho anterior a este – Pedro enquadrrou a questão como sendo *encontrar uma maneira de Raquel e Esther poderem estar juntas*. A resposta de Esther a isso cria uma demanda para as reuniões familiares: lidar com essa dificuldade de conversar. No transcorrer do caso, tanto Esther quanto Raquel reafirmaram essa demanda, assim como os profissionais envolvidos no caso.

4.2.3. A Performance de Dois Modos Distintos de Conversa em uma Sessão

Muito se passou após a construção do “trabalhar com a comunicação familiar” como um pedido. Ela foi discutida de diferentes formas em várias sessões. A Sessão 02x07 apresenta o exemplo mais claro de dois modos de conversa distintos entre Raquel e Esther (um monólogo e um diálogo), bem como uma intervenção entre eles. O que se segue é uma análise de *como* a mudança de um modo de conversa para outro aconteceu na sessão. Posteriormente, Esther descreveu este evento específico como um momento de virada em sua comunicação com a filha.

Aquela sessão teve início com Esther dizendo que gostaria de falar sobre sua relação com Raquel. Ela disse que tinha medo de conversar com a filha, porque se deu conta de que Raquel carregava mágoas sempre que as duas participavam de uma conversa difícil. Este ponto de partida deu início a uma conversa bastante tensa sobre mudarem-se para casas separadas como uma solução possível. Contudo, questões monetárias dificultavam essa solução. Além disso, os pais de Raquel tinham medo de que ela não estivesse pronta para ficar sozinha a maior parte do tempo. Raquel disse, então, que ficava sozinha em casa algumas vezes e que vinha sentindo-se melhor com isto. Essa fala levou a um desacordo forte entre ela e a mãe, que afirmava quase nunca deixar Raquel sozinha em casa.

Raquel: (...) sobre eu ficar sozinha, assim pra mim não foi difícil eu ficar sozinha nesses últimos tempos, que eu fiquei, porque realmente eu estava melhor... (...)

Esther: [chorando] Gente eu...

Helena: Está difícil, Esther?

Esther: [chorando] Difícil... Quando ela olhou pra mim e falou, “eu tenho ficado muito sozinha”, eu não deixo essa menina sozinha...

Raquel: Eu não falei que eu tenho ficado muito sozinha não, às vezes eu fico sozinha...

(...)

Esther [chorando muito]: Quando eu falo alguma coisa é assim, ela não entende, ela fica retrucando... Como que a gente vai resolver isso se eu tenho certeza que é de um jeito e ela mostra certeza que é de outro jeito... [silêncio]

Raquel: O dia que o pai foi viajar, por exemplo, você não saiu? Uma hora e não voltou um tempão [ênfase] depois?

Esther: Só aquele dia, você falou de um jeito que parece que eu passei fora...

[discutem sobre algumas situações como essa, falando nervosas e ao mesmo tempo]

Esther: Tudo pra você é um extremo, sabe? Tudo pra você é um extremo, é muito... é exagerado, agora, vamos pontuar isso daí, vamos ver o que é verdade e o que não é porque eu estou sendo acusada de coisas que não acontece.

Raquel: Eu não estou te acusando de nada. (02x07x02)

O trecho é parte de um padrão de comunicação em desenvolvimento na sessão que estava criando uma briga entre Raquel e Esther. Os movimentos repetidos na conversa, nos quais elas firmemente agarravam-se às suas posições opostas, conversavam com as vozes mais altas do que o normal para elas, e falavam sem esperar a outra terminar mostram exatamente o tipo de interação, caracterizado por acusações mútuas, que elas frequentemente diziam querer superar. Esse modo de conversa criou um sentimento que Esther descreveu como de não serem capazes de se entender. A briga cresceu até esse ponto, quando Helena interviu de forma a transformar o enquadre do contexto da conversa.

Helena: Deixa eu, é... Espera aí gente, é... Eu acho que a gente, não dá pra continuar nesse movimento de acusações. Eu vejo assim, Esther, Raquel, eu estou vendo assim, Lana, que na realidade, Esther, o que a Raquel, eu estou ouvindo a Raquel dessa forma, tá? Que ela quis te pontuar, que apesar de alguns momentos ela ter ficado um tempo sozinha, e que esses combinados de você pousar fora, eu não entendi que você sai sem avisar, realmente você avisa, mas o que ela quis é demonstrar que realmente ela tem ficado bem, é isso Raquel? Que eu estou ouvindo?

Raquel: Isso...

(...)

Helena: (...) E eu to te ouvindo, Esther, como se as coisas estão realmente tão difíceis, estão tão difíceis, porque realmente deve estar muito difícil pra Esther, com um monte de coisas que a Esther já tem, que não são poucas, que ouvir essas coisas, às vezes, da Raquel, esse ouvido da Esther não está conseguindo ouvir da forma como nós que estamos de fora estamos conseguindo ouvir, porque tem tanta coisa misturada aí dentro que esse ouvir que eu consegui traduzir o que a Raquel disse, pra Esther já está como se fosse uma forma agressiva, uma forma de acusação, uma forma, inclusive de tentar “mas eu não te deixo sozinha, mas eu não viajo e...” [imita a fala da Esther]. Faz sentido isso, Esther?

Esther: Faz.

Helena: Como que você ouve, Lana? É assim que você ouve?

Lana: É... É sim, Helena, me parece que a Esther, é (...) que qualquer coisa que possa parecer que, talvez um descuido, que não acho que foi um descuido, acho que a Raquel também não acha e nem a Helena, de sair um tempo você já fica assim: “não, mas eu não descuidei dessa forma, né?” (...) E acho que o que a gente está vendo aqui é que talvez a Raquel não vê como um descuido.

Esther: Quando ela fala “você tem saído”, pra mim é como se eu tivesse saindo toda semana, todo dia da semana, entende? É por isso que está difícil a nossa conversa, porque quando eu vou falar ela interpreta de um jeito, quando ela vai falar eu interpreto de outro jeito... é por isso...

(...)

Helena: (...) o que está precisando nessa comunicação, é melhorar o ouvido. Faz sentido, Esther?

Esther: Faz sentido. (02x07x03).

No trecho, Helena interrompe o padrão de comunicação, pedindo que elas não continuassem com as acusações. Ela prossegue, promovendo um modo de fala diferente do que vinha acontecendo até então, por parte da família, no qual faz um movimento de conferência da escuta e de checagem de seus próprios entendimentos. Com isso, implicitamente cria condições para um entendimento de que aquilo que uma pessoa diz não necessariamente corresponde ao que a outra escuta. Começa descrevendo seu próprio entendimento sobre o que Raquel estava dizendo, não como sendo uma acusação à mãe, mas como uma afirmação de seu próprio progresso em ser capaz de ficar sozinha. Ela confirma com Raquel se essa interpretação para suas palavras fazia sentido, e Raquel concorda. Helena então focaliza na perspectiva de Esther. Ela reconhece Esther como tendo muitas responsabilidades e utiliza essa descrição para propor que Esther não entendeu a filha corretamente naquela situação. Esther concorda com isso.

Helena também convida a perspectiva de Lana a participar da conversa. Assim como aquela, Lana reconhece os esforços de Esther em seu cotidiano. Mas, ela também parte desse reconhecimento para dar visibilidade a como, naquela conversa, a “ausência” de Esther estava sendo lida como “descuido”. Essa fala descreve a questão sendo discutida de maneira diferente, afastando-se de uma necessidade de entender se e quantas vezes Esther de fato deixou a casa, em direção à busca por um entendimento sobre o quê este deixar a casa significava para os interlocutores naquele contexto. Esther respondeu a isso explicando o que significava para ela quando Raquel dizia que ficava sozinha: para ela, soava como se estivesse sendo acusada de nunca estar lá. Esta interação é notável porque seus resultados mudaram completamente o padrão de comunicação entre as duas para outra direção: do conteúdo conversado para o processo da conversa. Nesse processo, construiu-se uma maior abertura para a escuta, convidando todos os interlocutores à apreciação da fala uns dos outros, de maneira diferente.

Helena: E eu acho que a partir dessa experiência, Esther, mesmo que nós estamos aqui, você acha que a partir desse momento, dessa experiência de hoje, dá pra ao invés de você se trancar, vocês tentarem essa conversa?

Esther: Dá... dá pra tentar...

Raquel: Eu acho que não...

Helena: Você acha que não, Raquel? Por quê?

Raquel: Porque eu tenho certeza que isso ia acabar dando em briga, entendeu? (02x07x04)

Na sequência apresentada acima, Esther e Raquel conjuntamente constroem uma preocupação sobre sua capacidade de *performar* o mesmo tipo de conversa sem ajuda profissional em seu ambiente de casa. Retornaremos a esta importante preocupação em um momento. Por agora, vamos encarar este momento da interação como importante porque ele

cria um senso de que aquilo que elas haviam feito na sessão (com a ajuda de Helena e Lana) foi um modo de conversar diferente do anterior; um modo que, ainda que elas quisessem experimentar em casa, não estavam certas de que seriam capazes. Por outro lado, elas continuaram a *performar* esse modo de interação durante o restante da mesma sessão.

Esther: É, o difícil é o ouvido. Igual você falou, o difícil é isso...

Raquel: (...) o que eu entendi, agora, eu achava que eu intensificava muito as coisas, porque eu sou mesmo muito intensa, mas eu percebi que ela também intensifica, né? Assim...

Esther: É, agora quando eu falei...

Raquel: Não estou acusando também, mãe... é só uma observação.

Helena: Sim, sim... É importante você falar.

Raquel: Deixa as coisas mais intensas do, do que são, assim, do que eu falo...

Esther: Da maneira... da maneira de você falar eu entendi, agora eu entendi que eu deixei mais intenso também porque quando você fala, “você tem saído, várias vezes você saiu”, eu fico perguntando quantas vezes, porque eu não me lembro... Sabe?

Raquel: Não quer dizer que são cinquenta vezes, mãe... na semana, sabe?

(...)

Helena: E sabe também o que eu estou ouvindo, Esther? Às vezes o sair pra você é uma coisa, e o sair pra Raquel é outra.

Raquel: Ah, então. (02x07x04)

No trecho acima, Esther e Raquel continuam sua conversa sobre a filha estar sozinha em casa de uma maneira completamente diferente da anterior. Primeiro, Esther diz que a forma de escutarem uma à outra (o “ouvido”) é grande parte do problema. Há aqui certa “externalização do problema”, como sendo a comunicação entre as duas (White & Epston, 1990). Raquel responde a isso dizendo que ela sempre soube que era uma pessoa intensa, mas que se deu conta, naquele momento, que sua mãe também o era. Essa não é uma afirmação muito fácil ou agradável de se ouvir. Entretanto, como um produto de se conversar sobre os modos de conversa entre Raquel e Esther, a afirmação funciona para manter o relacionamento em andamento. Os tons de voz de ambas voltaram ao normal. Raquel explica que ela não estava acusando sua mãe, mas simplesmente dizendo algo que pensava. Ao fazê-lo, produz certo cuidado com a escuta de sua mãe. Esther, por sua vez, reafirma a opinião de sua filha como algo importante. Ela então volta ao assunto sobre deixar Raquel sozinha em casa, explicando o que entendeu da afirmação de Raquel. Por sua vez, isso dá a Raquel a oportunidade de explicar sua própria perspectiva. Helena retorna a um curso de ação que Lana havia começado, apontando para como, ainda que mãe e filha tivessem certeza de que falavam sobre a mesma coisa, talvez essa “coisa” tivesse sentidos diferentes para cada uma delas. Quando, mais tarde na mesma sessão, Helena perguntou a Raquel sobre o que ela achou útil naquela conversa, ela explicou que:

Raquel: (...) no caso seria isso, tentar ponderar, tentar pensar antes de falar, antes de agir, acho que era isso, pensar antes de agir, pensar antes de falar, é... isso... e eu acho que seria meio que... tanto eu quanto minha mãe, né? Que precisamos fazer, mesmo... porque assim, às vezes eu penso no que eu

posso fazer só, ou às vezes eu penso no que ela pode fazer só, mas como que nós duas podemos fazer juntas? Ao mesmo tempo.

Raquel ainda estava se perguntando sobre o que ela e sua mãe poderiam fazer juntas para conversar de uma maneira diferente. O que ela provavelmente ainda não tinha se dado conta naquele momento era que, enquanto se perguntava sobre isso, ela e Esther de fato estavam *performando* este modo diferente de conversa. O ponto alto deste modo aconteceu quase no fim da sessão, quando elas foram capazes de discutir um assunto muito sensível para a família de uma maneira muito respeitosa. O conteúdo total deste assunto é irrelevante para o argumento aqui, mas é suficiente dizer que tinha a ver com aspectos de Raquel ficar sozinha em casa sobre os quais elas anteriormente não pensavam ser possível conversar. Mãe e filha deixaram a sessão abraçando-se e dizendo-se aliviadas.

4.2.4. O Desafio de Levar o Diálogo para Além do Contexto das Reuniões Familiares

Vamos retornar à preocupação de Esther e Raquel sobre sua capacidade de *performar* aquele novo modo de conversa para além das sessões, em suas vidas cotidianas. Após a Sessão 07, este modo de conversa foi *performatado* em diferentes momentos nas sessões, com relação a variados assuntos que a família trazia como relevantes para si. Esther e Raquel diziam estar se dando melhor, mas que temiam serem incapazes de prosseguir com essas mudanças uma vez que as reuniões familiares terminassem. Elas começaram a Sessão 09 perguntando sobre a possibilidade de continuar com as reuniões familiares mesmo depois da alta de Raquel do HD. Helena disse que poderiam discutir a possibilidade, mas que gostaria de entender o porquê delas sentirem essa necessidade. Esther e Raquel contaram uma história sobre outro membro da família (filho de Esther), com quem vinham experimentando alguns dilemas e que, por isso, gostariam de também convidar para as reuniões familiares.

Pedro: (...) Eu fiquei assim me perguntando o que podia acontecer mais aqui que justificaria não acabar, que elas imaginam que, que seria bom a gente continuar essa conversa. Eu comparo essa conversa de hoje com aquelas lá do começo, (...) e realmente é muito, muito, muito diferente, de conversa. (...) E as duas assim, parece que [estão] numa mesma página, vamos falar assim, a mesma velocidade, cada com sua, com suas opiniões. (...) O que será que elas aprenderam aqui que dá pra fazer lá de fora? Entre elas e com as outras pessoas da família.

(...)

Esther: Bom, eu, nossa eu aprendi muito, eu aprendi que, conversar é o mais importante, é o melhor, não adianta a gente ir escondendo (...) Porque aqui a gente, é, é... outra maneira de conversar, é... se a gente não sabe interpretar vocês ajudam, vocês têm outra visão, porque a gente está passando aquilo que a gente está vivendo, e vocês com experiência, com esse trabalho, vocês têm outra visão, e mostram pra gente aquela visão, e aí que a gente concorda que é aquilo mesmo, só que a gente não se dá conta...

No trecho acima, Pedro chamou atenção para a habilidade de Esther e Raquel de conversar de maneira diferente em dois níveis. Primeiro, a maneira como elas lidaram com algumas situações difíceis com o irmão de Raquel por meio do diálogo. Segundo, a maneira como elas estavam conversando sobre essa situação na sessão. Esta afirmação nomeia (e, portanto, convida à construção dessa realidade) recursos que a família foi capaz de usar. A resposta de Esther suplementa este sentido proposto por Pedro, dizendo que ela de fato havia aprendido uma maneira diferente de conversa. Entretanto, sua preocupação estava centrada no fato de que, quando elas não eram capazes de utilizar os recursos por si mesmas, a equipe estava ali para auxiliá-las. Apesar de isso soar como uma explicação razoável sobre porque continuar, Helena escolhe suplementar a descrição de Pedro, ao invés daquela oferecida por Esther, sobre os recursos da família no movimento seguinte.

Helena: Então parece que vocês, com a mudança de vocês, vocês já estão conseguindo também mostrar, auxiliar nessa conversa entre os outros também, como a equipe disse...

(...)

Esther: Isso, isso em qualquer ambiente, qualquer família, qualquer pessoa que eu estou conversando eu sempre lembro de alguma coisa que eu aprendi aqui, e... (...) eu simplesmente uso aquilo que eu aprendi mesmo (...). Tem sido bom assim, tem sido tranquilo, tem sido bem tranquilo...

(...)

Raquel: Eu consigo estar mais bem resolvida, em casa, aquilo que não deve ser dito em casa, às vezes, a gente não consegue controlar, mas pelo menos a gente consegue bem melhor controlar, ele dizia isso aqui é meu. (...) às vezes, eu fico muito chateada, mas aí eu penso: “por que estou chateada?” a grande maioria das vezes eu estou chateada por coisas que não são minhas, aí eu des-chateio [rindo], sabe? É... eu ia falar, é bem isso assim... Então, é de fato, sabe, são coisas bem mais, e que me dão possibilidade, estrutura pra eu conseguir, as coisas aí da vida...

A decisão de Helena por responder à fala de Pedro criou um cenário no qual Esther e Raquel foram capazes de narrar o que consideraram como recursos seus e como foram capazes de utilizá-los para além do contexto das reuniões familiares. Esther, que começou expressando preocupações sobre a capacidade das duas de extrapolar os recursos para outros contextos, descreve como ela de fato foi capaz de fazê-lo com muitas outras pessoas em sua vida. Raquel explora recursos que foi capaz de utilizar para ficar melhor consigo mesma, e que permitiram a ela saber quando conversar com sua família ou não. Este foi um movimento em direção a criar um senso de competência para a família para além de sua necessidade de ser assistida por profissionais no que se trata de recursos desenvolvidos por elas mesmas. O próximo trecho mostra mais encorajamento para Esther e Raquel utilizarem seus próprios modos de conversarem juntas para resolverem suas questões cotidianas.

Esther: Apesar de tudo, tudo de bom assim, eu quero firmar uma coisa com a Raquel, de... do cuidado assim ó, é... com os médicos dela, sabe? De, marcar, prestar atenção que dia que é o retorno, porque ó, todo um corpo, todo um físico tudo aí, pra cuidar (...) é muita coisa que ela tem que acompanhar, eu sempre acompanhei tudo isso, agora eu não estou dando conta mesmo, e eu quero... (...) então eu já estou precisando que ela me ajuda, é... eu to precisando que ela me ajuda...

(...)

Helena: Eu estou ouvindo como um pedido, mas eu também gostaria de dar uma sugestão: de que forma a Esther e a Raquel poderiam sentar pra tentar ajustar em relação a isso?

Raquel: Então, eu comecei, mas não acabei, né, mãe, aquilo? Que foi a listagem dos médicos de cada uma, com os telefones dos médicos exatos de cada uma, porque sempre que vai marcar médico, porque olha, são, só dela ali, são pelo menos uns quinze...

Esther: Não precisa contar, não...

[risos]

(...)

Helena: Que forma vocês juntas podem se ajudar? Igual você falou, você já deu uma sugestão legal que você começou a colocar no papel de vocês duas...

Raquel: É, mas marcar na agenda agora... Mas, marcar o dia que tiver que marcar...

Esther: Então, por isso que eu to pedindo mesmo ajuda. (02x09x04)

Neste último trecho, Esther usa o espaço de diálogo criado pela família nas reuniões familiares para pedir a ajuda de Raquel com uma atividade no cotidiano: marcar consultas médicas. Helena transforma o pedido de Esther em uma conversa entre mãe e filha, na qual puderam juntas criar sua própria maneira de seguir em frente com relação a esta atividade, ao invés de confiarem somente na possibilidade de fazer pedidos enquanto assistidos pelos profissionais. Tece, assim, o diálogo familiar mais uma vez. A resposta de Raquel mostra que, de fato, elas já haviam sido capazes de começar essa conversa e que haviam encontrado uma forma de ajudar Esther a superar seu sentimento de exaustão com relação a esta responsabilidade. Assim, Helena ajudou a construir a família como cheia de recursos para trabalhar suas próprias questões, por meio de sua capacidade de engajarem-se em um tipo diferente de comunicação.

4.3. Recurso Conversacional 03: Conhecer a Si em Outras Vozes

Conhecer a si em outras vozes é um recurso conversacional sensível às nossas múltiplas possibilidades de ser. Esse recurso sustenta-se sobre a noção de polivocalidade, um conceito que chama atenção para as diferentes formas possíveis de descrever uma mesma pessoa, a partir de sua inserção em diferentes relacionamentos (Rasera & Japur, 2007). O recurso promove, portanto, conversas interessadas em explorar como o senso de si mesmo de uma pessoa é construído em suas relações, em “redes de identidades recíprocas” (Gergen, 1991). A lógica subjacente ao recurso propõe que, ampliando-se o rol de relações sobre as quais se fala na prática clínica, amplia-se também as possibilidades de alguém fazer sentido de si mesmo. Em um mundo dinâmico, que tem cada vez mais exigido que as pessoas explorem alternativas de ser nos diferentes contextos em que circulam, comprometer-se com uma única descrição de si pode, muitas vezes, mostrar-se problemático (Gergen, 1991). Quando o senso de um *self* único e estável gera desconfortos e problemas, *conhecer a si em outras vozes* pode produzir diálogos em que opções renovadas de ação surjam. Na prática, na conversa terapêutica, estar atento a como as falas dos participantes posicionam uns aos outros (Harré & van Langenhove, 1999) é um passo importante para a realização do recurso. Essa atenção permite aos profissionais se perguntarem de que outras formas poderiam posicionar os pacientes, convidando-os a falar sobre si mesmos a partir de sua inserção em diferentes relações sociais.

Nosso último caso refere-se às sessões da família de Olívia, paciente de 24 anos, e mostra uma análise empírica de como o recurso conversacional “*conhecer a si em outras vozes*” foi utilizado diante da construção de uma Olívia que tinha dificuldades de se abrir como um problema. A análise mostra, ainda, os efeitos do emprego desse recurso durante as sessões, que promoveram aberturas para descrever Olívia de formas alternativas àquela apresentada como problemática, tanto a partir do uso de vozes da própria Olívia, quanto das vozes de seus familiares.

4.3.1. A Família de Olívia, Miriam e Felipe

Olívia tem um diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline. Ela ingressou em regime de semi-internação no HD após sua sexta entrevista de admissão, quando finalmente decidiu estar pronta para entrar em uma modalidade de tratamento mais intensiva do que suas consultas regulares com profissionais autônomos. Olívia é uma mulher negra, que foi adotada por um casal branco, Miriam e Felipe, três dias após seu nascimento. Olívia tem uma irmã, também adotiva, que não participou do atendimento por decisão da própria

paciente. De acordo com ela, uma série de eventos estressantes aconteceram em sua vida por volta dos 14 anos. Dentre eles, a mudança de cidade de toda a família, a morte de um avô próximo e uma drástica diminuição da renda familiar. Conforme descrição de Olívia, esses eventos levaram ao início de suas crises, nas quais ela diz sentir-se como uma pessoa completamente diferente, uma pessoa em fúria. Olívia deixou os estudos antes de acabar o Ensino Médio. Ela fazia aulas de inglês e de dança, mas quando foi admitida no HD, não estava matriculada em nenhum curso acadêmico. Ela também não tinha um trabalho. Olívia frequentemente descrevia sua relação com seus seis cachorros como parte importante de sua vida, especialmente por considerar que a companhia e o amor desses animais a resgataram dos piores anos de sua vida.

Miriam e Felipe são os pais de Olívia. Miriam é jornalista por profissão, mas parou de trabalhar formalmente anos antes, a fim de dedicar-se às filhas e à casa. Felipe é designer gráfico. Miriam e Felipe descrevem ter um “relacionamento perfeito” com a filha, cheio de amor e diálogo. Miriam tem 63 anos. Ela demonstra conhecimento sobre uma variedade de assuntos, se posicionando de maneira crítica sobre eles. Assim, participou de todas as sessões de reunião familiar de forma ativa. Felipe tem 52 anos e trabalha em uma empresa de publicidade. Assim como a esposa, também mostra conhecimento e reflexão sobre diferentes assuntos, apesar de sempre parecer mais ponderado e relaxado durante as reuniões familiares. Felipe comparecia às sessões quinzenalmente, devido às suas demandas de trabalho. Sempre que presente, participava ativamente da conversa.

O caso com a família foi composto por 11 sessões distribuídas ao longo dos quatro meses de semi-internação de Olívia no HD. Sílvia, membro da equipe fixa da instituição, foi a profissional responsável pelo caso. Para acompanhá-la como profissional de campo, primeiro Daniel (por três sessões), depois Gabriel (pelas demais), ambos da equipe móvel, participaram do atendimento. Devido a questões pessoais e institucionais, Sílvia não esteve presente em três sessões. Helena, outro membro da equipe fixa com quem Olívia tinha um bom relacionamento, tomou seu lugar em duas dessas ocasiões. Camila, membro da equipe móvel, fez esta função em uma sessão, juntando-se a Gabriel como profissional de campo na reunião familiar.

Das variadas temáticas tratadas ao longo do atendimento, a análise a seguir foca especificamente na construção e transformação de sentidos acerca de Olívia ser uma pessoa reservada e que não se abre.

4.3.2. Construindo Dificuldades em se Abrir como um Problema

O gravador ainda não estava ligado, logo na primeira sessão, mas Miriam já havia começado a falar de questões que achava importante Olívia trabalhar no HD e nas reuniões familiares. Especificamente, ela dizia sobre Olívia ter dificuldade de falar “não” até que, quando finalmente consegue se colocar, acaba sendo agressiva. A conversa se seguiu como transcrita:

Miriam: O que a gente tem conversado bastante, assim... Dá pra gente falar o que a gente está sentindo sem agredir, mesmo verbalmente. Ou até no tom. Às vezes, eu brinco com a Olívia, olha o tom é uma brincadeira de uma pessoa que fala assim... áspero. (...) A luta é: fala o que está sentindo. Dá a sua opinião. Na boa. Isso aí é um grande caminho. Nossa senhora!

(...)

Olívia: É. Os meus pais, eu não sou nem um pouco fechada. (...) Eu falo normal com meus pais.

(...)

Daniel: E as outras pessoas, Olívia, que não seus pais?

Olívia: Eu demoro um pouco. Às vezes, eu tento me abrir. Eu estou conseguindo. É uma meta minha. A primeira, assim, no hospital aqui, né? De conseguir falar mais, tudo e tal, o que eu penso... Mas, parece que, quando eu vou, algo me segura. Então, eu travo. Entendeu? Mas, eu estou conseguindo ir depois. Entendeu? Só que demora. Demora um pouco.

(...)

Miriam: O que ela se nega é a ter amizade. Então, ela não tem uma [única] amizade em Ribeirão.

Olívia: É. Eu tenho medo de afastar um pouco as pessoas. Eu afasto.

(03x01x03)

No trecho, observamos como Miriam elabora seu entendimento sobre uma questão a ser trabalhada por Olívia. Refere-se à necessidade da filha aprender a falar sobre seus sentimentos de forma mais tranquila. Olívia propõe um entendimento um pouco diferente a respeito da questão, levando-a para a descrição de uma meta, já em progresso no Hospital-Dia, que trata de conseguir abrir-se e falar mais sobre si e sobre o que pensa. Ao introduzir o assunto, ela implicitamente propõe uma diferenciação entre a forma como se relaciona com seus pais (não sendo fechada, de maneira “normal”) e como lida com outras pessoas. A pergunta de Daniel ajuda a dar forma a esta distinção, construindo uma versão específica para o problema, qual seja, a abertura de Olívia para com pessoas que não são de sua família.

Os interlocutores produzem, assim, uma descrição individual do problema como estando situado em Olívia e em suas características pessoais (“eu travo”, “eu afasto as pessoas”, “ela se nega”, “eu afasto”). Ao mesmo tempo, o trecho mostra uma abertura na descrição do problema em direção ao que Olívia enxerga como uma solução. Isso acontece quando ela diz que já está conseguindo se abrir, apesar de travar em alguns momentos. Para o argumento que faremos, é interessante notar que, assim como essa descrição de problema, também as soluções pensadas para ele localizam-se, nesse momento, no âmbito do indivíduo, ou seja, no que Olívia poderia ou deveria fazer. O trecho a seguir foi retirado da Sessão 02. Nele, Miriam fala sobre soluções a partir dessa compreensão.

Miriam: Uma coisa que eu falo, assim, pra Olívia sempre... Eu sei que ela pensa também... É... Esse “ela ficar bem”, não é com piscina. Não é morando em Campinas. Nova Iorque, tal. É uma coisa que é dentro dela. E que não tem nada nem a ver com os outros. Ela vai ficar bem quando acender a luzinha dentro dela. Eu achei que essa luzinha já piscou, né?

Olívia: Piscou. Mas, eu também tenho a minha opinião sobre isso que é... Né... Eu acho que... Não existe isso de felicidade vir de dentro totalmente. A gente pode ser feliz com a gente mesma. (...) Eu estou me gostando mais. Eu não estou com vontade de morrer. (...) Só que, por exemplo... (...) Você é feliz com você mesma. Tudo bem. Você está contente com as suas coisas. Você vai lá, sua mãe morre. [pausa] “Não, sou feliz comigo mesma. Meu interior é completo”. Sabe? Não é assim! (03x02x04)

Coerente com a descrição individual do problema de Olívia, Miriam direciona sua fala à busca por soluções que teriam sua origem dentro da filha. Ela faz isso contrastando a possibilidade de Olívia “estar bem” (“acender a luzinha dentro dela”) com exemplos específicos, citados em outras ocasiões como sendo “sonhos” de Olívia: mudar-se de cidade, ter uma piscina em casa e buscar novas amizades. Em comum, esses exemplos têm uma busca de Olívia por estar bem em fatores externos a ela.

Entretanto, diferente do movimento descrito no trecho anterior, há nessa interação certa disputa de sentidos quanto à localização do problema e sua decorrente possibilidade de solução. Isso acontece quando Olívia problematiza sua responsabilidade individual e isolada pela própria felicidade. Ao fazê-lo, resiste ao sentido do problema como uma questão unicamente interna. Ainda, constrói para si uma posição de alguém cuja felicidade e “luzinhas internas” estão ligadas às pessoas e eventos a seu redor (“Não existe isso de felicidade vir de dentro totalmente”). Com isso, Olívia oferece à equipe uma importante dica de um caminho para seu atendimento. Como veremos a seguir, a negociação desses sentidos foi central para a construção da mudança de sentidos no caso. Isto se deu especialmente a partir do uso de um recurso conversacional, ao qual chamamos de *conhecer a si em outras vozes*.

4.3.3. Posicionando Olívia a partir de Diferentes Vozes

O recurso conversacional *conhecer a si em outras vozes* começou a ser elaborado ainda na Sessão 02, a partir de uma retomada da discussão acerca das “luzinhas” internas que Miriam dizia ver se acendendo em Olívia. O trecho a seguir mostra como isso se processou, a partir da fala de Pedro, na Equipe Reflexiva. De início, outras vozes da própria Olívia foram exploradas como recursos. Mas, no decorrer das sessões, isso se expandiu também para as vozes de outras pessoas importantes para ela.

Pedro: Eu acho que eu vou pegar essa metáfora das luzinhas, né? Que eu estou achando uma reflexão interessante sobre... Se a gente tem luz interna sozinho, se a gente não tem... Acho que até a Psicologia tem várias dúvidas sobre isso! (...) Eu fico imaginando que, se a gente pegasse essa metáfora, a luz não acende sozinha, né? Ela está lá dentro, mas a gente precisa de tomada, a gente precisa de bateria... A gente tira isso de várias fontes. E isso foi o que mais me chamou atenção nessa conversa. Apesar de a Olívia dizer que ela tem dificuldade com pessoas, né? Que ela sempre tentou afastar os outros. (...) Mas,

essa é uma história muito povoada de pessoas, assim. Então, tem a zumba... Tem várias fontes de energia. É isso o que eu estou querendo dizer. Tem os cachorros. Tem o pai. Tem a mãe. Tem a [Nome de outra paciente] aqui no Hospital-Dia. Tem o resto da equipe. Eu acho isso muito bom. Daí eu não sei. Eu vou fazer uma aposta de uma coisa que me chamou muito atenção. De uma dessas fontes possíveis que eu acho que a Olívia não aproveitou ainda. (...) A Olívia falou que ela tem muita vontade de conversar com criminosos que, de alguma forma, explodiram e fizeram alguma coisa muito ruim quando eles explodiram. E ela disse assim que é porque ela consegue entender esse sentimento que as pessoas... Essa situação que as pessoas passaram, né, de explodir. E que ela gostaria de ajudá-los. De poder ajudá-los, já que ela os entende. E eu fiquei muito, muito, muito curioso de entender o que a Olívia teria pra falar pra essas pessoas.

(...)

Olívia: (...) É que, realmente, eu fico pensando assim... “Podia ser eu”. (...) Se eu estivesse lá, eu fico imaginando que eu gostaria – mesmo que não fosse a minha família – de ter alguém pra conversar. (...) Eu gostaria de ouvir. E falar que eu entendo. Eu não acho que essa pessoa é um monstro. (...) A pessoa não pode perder a esperança, assim. Ficar mais mal do que já está. Porque, se ela sair mal – pior do que já entrou – eu acho que ela vai querer cometer outros crimes. (...) Mas, eu acho que a pessoa não pode sair com esse pensamento. A pessoa tem que falar: “Fiz uma besteira. Não vou fazer mais. Porque eu gosto de mim e agora eu quero levar a minha vida. Se aquela pessoa estava me fazendo mal... Ou alguém. Eu vou me afastar”. Sabe? Tentar explicar coisas que eu não consigo fazer. (...) tem gente que sai mesmo do ar. Então, por exemplo, eu sou Borderline. Quando eu saio... Eu não sou eu. Eu não me considero eu. Então, eu gostaria mesmo de falar pra essas pessoas que, (...) se estivessem bem, não teriam como fazer. (03x02x05)

No trecho, Pedro retoma à metáfora das “luzinhas” como forma de entrar na negociação de sentidos acerca da localização das questões de Olívia como sendo internas ou não. Ao dizer que nem mesmo na disciplina da Psicologia há consensos sobre o assunto, participa da conversa reconhecendo que as diferentes perspectivas – tanto de Olívia, quanto de Miriam – são possibilidades legítimas de entendimento. Com essa ressalva, propõe a sua própria versão: a luz interna se acende nutrida por outras fontes. Abre, assim, o caminho para uma conversa sobre essas diferentes fontes, apontando algumas que já haviam sido citadas ao longo da sessão. Ao fazê-lo, questiona a totalidade da narrativa de uma Olívia que não sabe se abrir – afinal, tratava-se de uma história já povoada de muitas pessoas. A partir daí, nomeia algumas dessas pessoas como “fontes de energia”, que podem ajudar Olívia em seu empreendimento de “acender as luzes” internas. A esse assunto – sobre outras pessoas como recursos para Olívia – retornariam apenas em outras sessões. Contudo, a descrição proposta por Pedro foi o primeiro passo que abriu a possibilidade de Olívia conhecer a si em outras vozes.

A ideia de utilizar uma voz da própria Olívia como um recurso para si mesma foi o primeiro passo nessa direção. Pedro faz este movimento de forma implícita, ao dizer que apostaria em uma conversa acerca de uma fonte de energia ainda inexplorada. Para isso, retoma uma interação que havia acontecido anteriormente, na mesma sessão, sobre Olívia ter vontade de conversar com pessoas que foram condenadas por crimes cometidos quando estavam fora de si. Ao perguntar sobre o que Olívia diria para pessoas com as quais se

identifica, Pedro oferece a ela a possibilidade de falar, sobre si e para si, em uma voz específica: a de alguém que busca entender e cuidar dos outros. Isso faz sentido em um contexto no qual, anteriormente, Olívia já havia se referido a um medo de que, em suas crises, pudesse agredir e chegar a matar alguém. Em contraste a esse medo, ao falar na voz do entendimento e do cuidado, Olívia tem a oportunidade de articular, para uma audiência de seus pais e dos profissionais presentes, um pedido por acolhimento e por esperança.

O trecho a seguir mostra como outras vozes de Olívia foram construídas como recurso durante a mesma sessão. A interação mostra uma quebra do enquadre tradicional da Equipe Reflexiva, a partir de um pedido de Pedro para falar diretamente com Olívia, que estava em um sistema diferente.

Pedro: É... E você diz que você... Que uma das coisas que vocêalaria é que você entende que não são más pessoas, né? E eu acho que essa é uma coisa que talvez você fale pra você mesma, né? E eu acredito de verdade nisso e acho que todo mundo aqui.

Sílvia: Sim!

Pedro: Acho que você não é uma má pessoa. Que isso está fora do seu controle. E eu fiquei com uma pergunta. Talvez não precise responder hoje, mas... Se der pra conversar. Se tem alguma coisa que você poderia falar... Sabe essa Olívia que dá conta de cuidar do outro?

Olívia: Hm-hum.

Pedro: Que você poderia falar pra você mesma... Pra essa outra Olívia que está explodindo.

Olívia: Já pensei muito nisso, assim. Eu me sinto, realmente, que existem trigêmeas dentro de mim. E... Só que essa, quando vem... Ela tira férias. Ela nunca aparece. Mas, quando ela aparece, ela é mais forte do que todas as Olívias dentro de mim. (...)

Sílvia: Trigêmeas, por quê? Quais são?

(...)

Olívia: São três.

[Segue-se um diálogo extenso sobre cada umas das Olívias, com suas características distintas, tais como reconhecidas por ela mesma, seu pai e sua mãe].

Felipe: A Normal, a Eufórica e a Olívia.

(03x02x07)

Na interação acima, Pedro começa respondendo a uma questão trazida por Olívia sobre como reconhecia uma semelhança entre os criminosos dos quais falava e si mesma: pessoas que fazem coisas que estão para além de seu controle. Ao referir-se à questão dessa maneira, transforma a fala anterior de Olívia em um pedido por reconhecimento e acolhimento da dificuldade de sua vivência sendo “Borderline”. Oferece, ainda que rapidamente, algum reconhecimento sobre essa vivência. Sílvia endossa sua conclusão.

A seguir, recorre a uma distinção criada por Olívia entre alguém que ela considera ser a Olívia “verdadeira” e uma outra pessoa, que age quando ela está fora de si. A partir dessa distinção, propõe uma conversa entre diferentes vozes de Olívia, particularmente dando destaque àquela capaz de cuidar dos outros e, por consequência, de si mesma. A resposta de Olívia ajuda a dar sentido à pergunta de Pedro, na medida em que corrobora a descrição de “diferentes Olívias” como uma realidade que faz sentido para ela. Uma longa conversa se

segue a respeito de quem seriam não apenas duas, mas três Olívias diferentes que ela dizia existirem dentro de si.

Parte das perspectivas psicológicas tradicionais compreende o indivíduo como “constituído por disposições internas e mentais” (Guanaes & Japur, 2003, p. 135) e formando uma unidade coerente (Gergen, 2009). Contudo, como já vimos, o construcionismo entende a noção de *self* de forma mais fluída e contextualmente situada. A partir dessa leitura, o fato de Olívia sentir-se como sendo mais de uma pessoa não é, em si mesmo, um problema. A questão é compreender como contextos relacionais permitem que diferentes Olívias se apresentem, a ela mesma e ao mundo. Entretanto, a descrição de duas dessas Olívias “Normal” e “Eufórica”) apontava para o fato de que elas faziam com que a terceira se sentisse oprimida e fora de controle. Essa era a Olívia que, ela dizia, “eu acho que sou eu”. Em termos construcionistas, a Olívia que se sentia oprimida pelas outras duas era, também, sua “versão preferida de si” (Freedman & Combs, 1996).

Conversar sobre as diferentes Olívias nesses termos produz, no contexto, um importante efeito: a construção de um vocabulário que permite a ela e sua família darem sentido a experiências que, anteriormente, eram vividas como confusas. Por exemplo, Olívia falava sobre como nem sempre tinha controle pleno de suas ações. Ao organizar essas experiências como um conflito entre diferentes “Olívias”, ela passa a ter uma forma diferente para lidar com essas situações. Mais ainda, esse novo vocabulário foi construído junto de pessoas importantes em sua vida – seus pais – que também passam a ter à disposição outras possibilidades de entendimento sobre as experiências da filha. Uma possível utilidade para essa distinção começou a ser elaborada na continuidade da mesma sessão.

Pedro: Uma coisa que a gente já viu é que as outras duas Olívias parece que não gostam de água, né? Que, na hora que você pular na piscina, espanta elas.

Olívia: É!

Pedro: Igual gato.

Olívia: É, exatamente.

Pedro: Eu fico me perguntando do que mais elas não gostam. Que dá pra fazer elas irem embora na hora que... que você ver que elas estão chegando.

(...)

Miriam: É. Pode ser que elas não gostem de cachorro.

Sílvia: É.

Miriam: Que a Olívia ama tanto cachorro. E eles acalmam tanto a Olívia.

O comentário de Pedro parte da distinção das diferentes vozes em Olívia, legitimando uma separação entre duas delas, que Olívia considerava prejudiciais a si, de uma outra, que Olívia entendia como sendo sua verdadeira identidade. A partir da legitimação dessa descrição, propõe uma conversa sobre elementos que deixariam uma ou outra Olívia mais

forte ou fraca. Em outras palavras, a conversa funciona para construir um entendimento de que diferentes identidades de Olívia estão relacionadas a diferentes ambientes e relações nas quais ela se encontra.

Pelo menos dois destes elementos – a piscina e os cachorros – são elencados por Pedro e Miriam. É interessante notar que esses dois elementos, que são então nomeados como recursos, já haviam sido chamados de “obsessões” de Olívia, no contexto de conversas anteriores. Dessa forma, as possibilidades ampliadas de compreensão de si construídas para Olívia, participaram também da dissolução (Anderson & Goolishian, 1988) das “obsessões” como problemas. O que antes era descrito como problema perde sua centralidade como tal e, alternativamente, em um contexto diferente, é reconstruído como recurso.

4.3.4. Construindo as Vozes de Outros como Recursos para Olívia

A partir da possibilidade de conhecer Olívia em diferentes vozes próprias, algumas das sessões seguintes trataram de ampliar essas descrições. Neste contexto, construiu-se também a possibilidade de Olívia conhecer a si nas vozes de outras pessoas. Mais ainda, utilizar as vozes de outras pessoas como recursos em sua vida foi explorado como um importante efeito da conversa terapêutica.

Na sessão 02, houve uma conversa a respeito do que Olívia e sua família percebiam como progressos feitos até aquele momento no tratamento.

Olívia: Está sendo bom. Vir pra cá. Estou tentando... é... [pausa] Usufruir tudo o que eu aprendo aqui. Assim, colocar em prática na minha vida. Já estou conseguindo me soltar mais.

(...)

Miriam: Então, uma evolução.

Olívia: Então! O meu pai, ele é muito brincalhão. Ele brinca com todo mundo. Com o pessoal do trabalho, com a família dele, com qualquer um. Ele não é de falar, mas, quando ele fala...

Miriam: É super quieto!

Olívia: É! Quando ele fala, é uma piadinha, pra brincar. Então, eu aprendi muito isso com meu pai, né? E, mesmo a [Nome de outra paciente] aqui, eu vejo que ela consegue puxar as pessoas com a animação dela. Então, eu fico pensando assim. Todo dia eu penso. Toda hora eu penso. “O que eu posso fazer pra ajudar aquela pessoa? O que está ao meu alcance que eu consigo fazer pra ajudar aquela pessoa?” A [Paciente] vai sair. A [Outra paciente] não está bem. Então, eu pensei assim: “Não, eu vou começar a chegar e falar: ‘Levanta. Dá um abraço’”. Sabe? Pra ver se mexe alguma coisa ali. Pra ter mais confiança de se abrir. Sei lá.

Daniel: Você está conseguindo perceber mais as outras pessoas, né, Olívia?

Olívia: É.

Miriam: Muito.

Olívia: Porque eu também estou me achando tão privilegiada de ter a vida que eu tenho. Porque a maioria das pessoas, sei lá, acho que falta amor. Ou do pai e da mãe, ou dos filhos que não entendem.

Sílvia [ao mesmo tempo]: Olhando tudo isso, que você está participando, né?

Olívia: É!

Miriam: Não, só isso daí, dela ter esse... Ela enxergar o outro e ver. Entendeu? Isso daí é muito enriquecedor pra ela e foi, assim, uma ajuda incrível. Né? Desde o primeiro dia ela percebeu como que as... A vida das pessoas, as dificuldades dos outros também. Teve uma época que ela achava que era só ela. Agora, ela vê que têm jovens, tem a... [fala o nome de três outros pacientes].

Daniel: Eu estou com a impressão, Olívia, que essa sua capacidade de perceber melhor as outras pessoas tem a ver com você conseguir se perceber um pouco melhor também. Isso faz sentido? Ou não?

Olívia: Faz. Eu acho que eu consigo. Eu fico muito mais alivia/ Assim. Não é só pra ajudar os outros. Ajudando os outros, eu faço também, porque me ajuda muito. E eu não tenho mais aquele pensamento de eu não conseguir ser eu mesma. Porque eu sou brincalhona. **(03x03x02)**

A conversa tem início com uma descrição do que Olívia considerava melhora para si, ao tentar colocar em prática, na vida cotidiana, o que vinha aprendendo no HD. Esse aprendizado tinha a ver com encontrar formas de ajudar outras pessoas, a partir daquilo que sabia sobre seu próprio jeito brincalhão, que reconhecia também em seu pai. Daniel nomeia esse progresso como uma capacidade de Olívia perceber mais as pessoas. Miriam e Olívia concordam com esse nome. Constrói-se, a partir daí, uma oportunidade para que Olívia descreva como este perceber aos outros tem se dado no cotidiano e como afeta sua vida positivamente.

A seguir, Daniel dá ainda outro passo, criando uma conexão entre a capacidade de Olívia perceber os outros e sua habilidade de perceber a si mesma. Em sua resposta, Olívia aprofunda a conexão proposta por Daniel, borrando os limites entre essas duas dimensões de percepção. Faz isso de duas maneiras. Primeiro, dizendo que, ao ajudar aos outros, ajuda também a si mesma. Segundo, mostrando que tem perdido o medo de “não conseguir ser eu mesma” a partir de suas interações com os outros pacientes, nas quais reconhece a si mesma como uma pessoa brincalhona.

De forma resumida, portanto, realizou-se, com essa interação, a possibilidade de Olívia se conhecer em outras vozes. Isso se deu a partir de uma construção discursiva que, como vimos, borrou os limites entre o que significava para Olívia conhecer a si mesma e aos outros; entre ajudar aos demais e a si. O emprego deste recurso conversacional criou pelo menos dois efeitos com relação ao que Olívia inicialmente descrevia como um problema. Em primeiro lugar, funcionou para dissolver a problemática de Olívia ter que se abrir como uma questão central para sua descrição de si. Ao conhecer e ajudar os outros, Olívia também conhece e ajuda a si mesma. Adicionalmente, ao longo das sessões seguintes, o recurso conversacional mostrou-se útil para a construção das vozes de outras pessoas como possibilidades para Olívia lidar com a vida de diferentes maneiras.

O exemplo mais proeminente deste efeito do uso do recurso encontra-se na sessão 07. A conversa teve início a partir de uma pergunta feita por Pedro, na sessão anterior, a respeito de pessoas que Olívia considerava felizes. Olívia retomou o assunto destacando sua avó paterna, mãe de Felipe, como um exemplo. Segundo todos descreveram, essa avó foi uma mulher independente e que fazia apenas o que achava que lhe convinha, sem se importar

muito com padrões. A conversa sobre a avó desdobrou-se em um diálogo especialmente interessante a respeito das duas famílias de Olívia – do lado de seu pai e de sua mãe – e de seus modos bem distintos de encarar e viver a vida. Da Equipe Reflexiva, Pedro propôs que a família e os profissionais de campo continuassem essa conversa a partir de um foco mais específico: as influências de cada família sobre Olívia.

Pedro: E o que eu estou gostando especialmente nessa conversa (...) eu estou conseguindo enxergar um tanto mais de onde é que a Olívia vem. (...) A Olívia existe no meio disso. (...) A Miriam falou uma coisa que me chamou bem atenção, assim. Que ela falou que a Olívia tem a alma do Felipe. (...) Eu acho que eu sei o que ela quer dizer com isso. Mas, eu queria perguntar mais. Por que ela fala isso? O que a Olívia acha disso? E o que que tem da Olívia que é do Felipe? E dessa família, dessas mulheres fortes aí, extrovertidas... E autocentradas. E o que que tem na Olívia que é dessa outra família? Da Miriam. Então, do Felipe, da Miriam. E, mais uma pergunta: O que tem na Olívia que ela não vê em nenhum desses dois lugares? Que ela acha que é só dela?

No trecho, ao dizer que “Olívia existe no meio disso”, referindo-se às famílias de Miriam e Felipe, Pedro começa sua fala retomando o entendimento anterior de que era possível conhecer Olívia em diferentes vozes. O convite por buscar especificamente o quê de Olívia se podia ver em cada uma dessas famílias dá início a uma sequência de conversas a esse respeito. De Felipe e sua família, Olívia tinha o senso ético, a necessidade de rotina e o fato de ser uma pessoa mais reservada. Nessa descrição, há algo especialmente curioso. O fato de Olívia não conseguir se abrir facilmente já fora descrito como um problema em outras sessões. Entretanto, quando colocado em diálogo junto a uma característica familiar, esse mesmo fato, aqui chamado de “ser reservado”, é tratado como apenas mais uma forma possível de ser nessa família.

Ao mesmo tempo, a conversa gera também alguns entendimentos sobre características compartilhadas entre Miriam e Olívia. Da mãe, Olívia herdou algumas das coisas pelas quais tem mais apreço: conversar, estar em família e ler. Miriam propõe, ainda, que percebia que Olívia também herdou dela sua fé e religiosidade.

Miriam: E você também é uma pessoa muito... Uma pessoa com muita fé. Né? Essa coisa da religiosidade. Isso, você tem de mim.
(...)

Olívia: É. (...) Mas, assim, eu gosto de ter fé em alguma coisa. Preciso acreditar em alguma coisa. Mas, eu não tenho religião. Mas, eu preciso acreditar. Por exemplo: não vem me falar que a piscina não vai dar certo. Eu preciso ter esperança que a piscina vai dar certo!

Felipe: Mas, eu acho que é legal. Eu acho é... Esse negócio assim: “Eu não tenho religião, mas tenho fé” é bem no meio do caminho mesmo. Né? Porque, assim, eu também não tenho religião nenhuma, num... Não sou ateu, mas... E a Miriam, super religião. Né? Então, quer dizer, ela pega um pouco... [aponta para si mesmo e para a esposa] “Não tenho religião, mas tenho fé”. (03x07x03)

O trecho mostra a negociação de sentidos sobre uma característica específica de Olívia – sua fé – a partir do enquadre proposto, de entender como suas relações a constituem de diferentes maneiras. Miriam diz que a fé e a religiosidade da filha se parecem com ela. Contudo, Olívia oferece uma descrição um pouco diferente do que esta “fé” significa para ela.

Felipe completa o ciclo desta interação, incluindo também um pouco de sua própria voz nesta característica de Olívia, uma vez que, assim como ele, a filha também não tem uma religião.

Além disso, na continuidade da sessão, os profissionais de campo retornam ainda à pergunta sobre o quê havia em Olívia que ela considerava apenas seu. A isso, Felipe ajuda a responder destacando o amor que a filha nutria pelos animais – algo que não era nem seu, nem de Miriam, mas que Olívia trouxera para a família. Essa conversa permitiu a descrição de várias características de Olívia, ou seja, negociações de sentido acerca de quem ela é. Algumas dessas características foram elencadas como vindas da família de sua mãe. Outras, da família de seu pai. Além disso, também há aquelas características reconhecidas como sendo particulares e específicas de Olívia.

No entremeio dessa negociação de sentidos, o uso do recurso de conhecer a si em outras vozes possibilitou a construção de entendimentos mais complexos acerca de Olívia. Novamente, esses entendimentos oferecem alternativas ao outro, mais simples, oferecido a partir da descrição inicial do problema como sendo parte da identidade de Olívia de alguém que precisa aprender a se abrir. Dessa forma, a conversa sobre as diferentes possibilidades de ser disponíveis para Olívia tomou precedência sobre negociações de sentido para o problema.

Pedro: Hoje eu acho que eu saio daqui com uma noção um pouco mais clara de... é... dessa família de vocês, né? E eu estou fazendo esse comentário porque eu acho que (...) Vocês contaram de dois modelos de família muito diferentes. A família da Miriam e a família do Felipe. E eu acho bonita a forma como vocês conseguem colocar junto pra conviver esses dois modelos. E eu acho que isso dá tanto recurso pra... Pras filhas de vocês. E pra Olívia, no caso. Porque ela tem aonde recorrer. Então, ela tem várias formas de resolver as coisas. (03x07x05).

A fala de Pedro faz sentido a partir de uma compreensão da linguagem como ação. Para o construcionismo, recursos só podem ter efeitos práticos uma vez que sejam compreendidos pelas pessoas a quem interessam como tal. Portanto, nomear algo como recurso não é um processo de *reconhecimento*, tanto quanto de *construção* (de Shazer, 1985). Assim, ao descrever como recursos determinados aspectos de cada família de Olívia, bem como dela mesma, eles passam a existir para ela como possibilidade.

Em resumo, *conhecer a si mesmo em outras vozes* é um recurso conversacional que possibilitou certa desestabilização do senso de unicidade de *self* de Olívia. O uso deste recurso ofereceu, para a paciente, uma compreensão mais relacional de si mesma: Olívia existe em meio a variadas vozes, sejam elas suas próprias, ou de pessoas significativas a seu redor. Dessa forma, é possível compreender que o atendimento serviu para posicionar Olívia como alguém que, além de poder aprender observando a experiência dos outros, pode também utilizá-las em sua vida. Esses recursos estão espalhados em diversos de seus relacionamentos,

seja em suas diferentes famílias, em outras vozes que carrega consigo mesma, em amizades feitas no HD, ou em outros contextos. De fato, a possibilidade de ocupar essa posição – de alguém que pode conhecer a si mesma a partir das experiências de outros – foi descrita por Olívia como algo que a impactou de maneira positiva na última sessão.

Sílvia: Como é que vocês fizeram essa... esse balanço assim?

Olívia: Mas, o grupo que mais mexe comigo de tudo, eu não me abro assim, porque realmente não é uma questão de se abrir, eu não me conheço bastante pra me abrir num grupo, pra ficar falando de mim. Às vezes eu penso alguma coisa de mim naquele momento e no dia seguinte não é mais a mesma coisa, entendeu? Então eu não gosto de ficar falando muito, porque às vezes eu falo demais e no dia seguinte não é mais a mesma coisa, que eu penso de mim mesma. Então, não faz muito sentido, ficar falando muita coisa de mim. E aí, mas assim, o que mais, o grupo que mais mexe comigo, eu gosto de grupo, eu não gosto de terapia individual porque, você faz terapia e você não precisa ficar falando de você, entendeu? Você ouve. Você não precisa, você aprende ouvindo, você não precisa ficar falando, né?

(...)

Felipe: Ah, eu acho super interessante. Eu acho muito importante. Achei assim, que ajuda muito, enriquece demais, e... (...) Eu acho que essa sensação de, essa... tranquilidade, essa... um pouco mais, de, de... esse acolhimento que vocês dão, que traz esse sentimento, eu acho que ajuda muito no processo... é um remédio muito importante, aqui...

Miriam: Acho que pra mim já assim, também foi... é bem, muito importante também... esse relacionamento que ela fez com as pessoas, sabe? O interesse dela em, apoiar as pessoas também, meio que... defender, é... achei muito legal, e se interessar pelas pessoas, entendeu? Aquela moça que saiu, a [fala o nome de duas pacientes do HD], a preocupação dela com o próximo, achei legal. Foi muito bom. E abrir, né? Pras novas possibilidades... (03x11x02)

Esse último trecho mostra uma conversa de finalização do atendimento, na qual os profissionais perguntaram especificamente à família sobre os ganhos que enxergaram com o processo. Nele, Olívia descreve que os contextos mais transformadores no HD não foram aqueles em que conseguiu se abrir, como inicialmente imaginara que deveria fazer para que pudesse melhorar. Diferente disso, para ela, “se abrir” deixou de ser um objetivo em si mesmo, dando espaço para o ouvir aos outros como algo mais útil. Felipe refere-se em termos mais gerais ao processo como um todo, dizendo que a família tinha conquistado certa tranquilidade. Para finalizar, Miriam retoma exemplos específicos que dão visibilidade ao que Olívia já havia descrito como ganho, mostrando como o novo interesse da filha por pessoas era, em sua opinião, um progresso importante.

Discussão

5. Discussão

A atenção ao momento interativo é uma contribuição construcionista para a clínica ampliada. De um lado, a literatura da clínica ampliada oferece guias gerais para a transformação do objeto, dos objetivos e dos meios de trabalho para as práticas clínicas. Do outro lado, ideias construcionistas fomentam uma discussão sobre como a transformação de sentidos sobre os problemas pode ser construída em processos microssociais de interação. No encontro entre essas duas perspectivas, nossa tese é a de que o uso de determinados recursos conversacionais podem contribuir com a ampliação da clínica com famílias em saúde mental. A partir de certa intencionalidade dos profissionais ao utilizarem-se de diferentes recursos na prática, a clínica se amplia em determinadas direções. Assim, nossa análise oferece um maior entendimento sobre *como* os movimentos momento-a-momento dos profissionais e dos pacientes funcionam para promover a ampliação dos domínios da clínica nos encontros humanos. Recursos conversacionais são efetivados nas especificidades da conversa terapêutica, a partir da atenção à concretude e especificidade das interações. A partir dessa tese, nossa discussão está articulada em três etapas. Primeiro, discutindo quais ampliações específicas da clínica puderam ser observadas na análise apresentada. A seguir, refletimos sobre como essas ampliações funcionam para o empreendimento da clínica como uma prática política. Por fim, comparamos essas conclusões aos eixos da clínica ampliada propostos na política pública, buscando entender como os recursos conversacionais e a organização das reuniões familiares podem contribuir para a efetivação desses eixos no cotidiano dos serviços.

5.1. Ampliando a Clínica com Recursos Conversacionais

A Tabela 9 resume as informações do tipo de ampliação que acreditamos ser possível observar na análise dos três casos propostos, a partir do uso dos recursos conversacionais. Trata-se de ampliações de sentidos de si, de problema e de opções de ação construídas ao longo dos atendimentos. Elas estão discutidas a seguir.

Tabela 9 – Recursos Conversacionais e a Clínica Ampliada

Forma de ampliação da clínica / Recursos conversacionais	Convidar o social para dentro do individual	Tecer o diálogo familiar	Conhecer a si em outras vozes
Amplia as possibilidades de <i>descrição de si</i> das pessoas	De: Joel que sofre por não se aceitar (responsável único pela mudança).	De: Pessoas que não conseguem conversar sem conflito.	De: Olívia como alguém que não se abre; que não consegue ser “ela mesma”; que precisa acender suas luzes internas.
	Para: Joel oprimido pelo preconceito; capaz de lutar contra ele; acolhido em sua diversidade e em sua igualdade (com outros homossexuais).	Para: Pessoas capazes de escolher sobre o quê e como conversar, entre si e com outros membros da família.	Para: Olívia situada em contextos de relações; que aprende observando suas experiências e a dos outros.
Amplia possibilidades de <i>descrição dos problemas</i> das pessoas	De: Dificuldades (e responsabilidade individual) de autoaceitação de Joel.	De: Dificuldades pessoais de Raquel e Esther (acusações).	De: Dificuldades em se abrir e olhar para si.
	Para: Preconceito como uma questão social, que torna a autoaceitação um problema para Joel.	Para: Dificuldades de comunicação entre mãe e filha.	Para: Olhar para Olívia em relações; e ouvir os outros.
Amplia possibilidades de <i>descrição das opções de ação</i> das pessoas	De: Mudança “interna” para Joel aceitar a si mesmo como homossexual.	De: Mãe e filha morarem separadas e não conversarem.	De: Olívia olhar para si (internamente) e resolver seus problemas individualmente.
	Para: Enfrentamento do preconceito; compartilhar a luta com a família; conhecer e acolher a homossexualidade e o “mundo gay”.	Para: Mãe e filha encontrarem maneiras de estar juntas, por meio do diálogo.	Para: Olhar para as relações de Olívia como recursos em potencial para suas ações; entender Olívia em sua multiplicidade.

De diferentes maneiras, os recursos conversacionais propostos ampliam as possibilidades de descrição dos problemas dos pacientes e de suas famílias, ao promover o deslocamento de seu entendimento como entidades fixas e internalizados, em direção a noções mais fluídas e contextuais do que se entende como a natureza da questão. Em diferentes âmbitos, portanto, observamos uma dissolução dos problemas (Anderson & Goolishian, 1988), que deixam de ter o indivíduo como sua localização, origem e solução, em direção a outros aspectos da vida social. Nos nossos três casos, essa transformação passou por entender os problemas como estando localizados: em discursos sociais sobre preconceito, no caso de Joel e Heloísa; nas formas de comunicação familiar, entre Raquel e Esther; e nas descrições de si mesma com relação a outras pessoas, no caso de Olívia e sua família. Em conversas terapêuticas, descrições de problema tipicamente têm centralidade (Anderson & Goolishian, 1988). Como já argumentamos, junto a essas descrições de problema, as pessoas também constroem entendimentos sobre quem são e sobre o quê podem ou não fazer diante de suas questões.

A partir de uma compreensão construcionista, entendemos a linguagem como ação. Assim, a construção dessas descrições (de problema, de si mesmo e de possíveis ações) não é um simples processo de nomeação. É preciso entender que nomear o problema de uma ou de outra forma tem implicações para o modo como as pessoas se organizam ao seu redor, e sobre o quê entendem que podem fazer diante disso. Por exemplo, se nos engajamos em uma conversa sobre como as características individuais são parte do problema, participamos da construção de uma realidade individual para o problema. Se, ao contrário, numa conversa terapêutica, nos engajamos em recursos que transformam o entendimento do que é esse problema, também transformamos as ações práticas que podemos ter sobre o problema. O que é “terapêutico” e “transformador”, portanto, constrói-se como um produto dos relacionamentos.

No Atendimento 01, quando *convidamos o social para dentro do individual*, ativamente participamos da construção de uma realidade para o problema que não está situada dentro de nenhum indivíduo, e que também não é sua posse. Diferente disso, produzimos um entendimento de que o problema está arraigado em discursos sociais que causam dificuldades para pessoas individualmente se aceitarem. Com frequência, ao negligenciar a importância desses discursos na construção de nossos modos de vida cotidianos, enganosamente pensamos que nosso próprio sofrimento tem uma origem apenas individual. O recurso conversacional aqui proposto questiona essa ideia, dando visibilidade a como discursos sociais não existem no vácuo, mas se mantêm vivos no intercâmbio social, quando pessoas reais fazem uso deles

em suas atividades cotidianas. Pode-se endossar ou resistir, transformar ou perpetuar discursos na microesfera da interação humana (Guilfoyle, 2005; Paré, 2014). As reuniões familiares são exatamente isso: um contexto de interação, no qual as pessoas conjuntamente geram entendimentos sobre quem são, em relação aos muitos discursos sociais que têm disponível para si na cultura (Winslade, 2005).

No caso de Joel, o processo de construção de sentidos permitiu um afastamento do entendimento de seu problema como sua autoaceitação. Alternativamente, ampliou-se essa compreensão para a maneira como uma questão social – o preconceito contra a homossexualidade – deixava difícil para que os homossexuais, em geral, aceitem a si mesmos. Como parte desse grupo, o problema de Joel toma um novo sentido. Essa nova descrição do problema oferece, ao mesmo tempo, uma nova posição para Joel, na qual o peso da responsabilidade individual por uma mudança que parecia nunca chegar (aceitar a si mesmo) se dissolvia diante de um Joel que, oprimido pelo preconceito, pôde, ao mesmo tempo, ser acolhido em sua diversidade e aprender com histórias de lutas similares.

Tecer o diálogo familiar mostra como um foco na comunicação familiar, tanto na sessão, quanto para além dela, é um recurso potente para a construção de mudanças. Conjuntamente criamos nossas formas de entender o mundo, em nossos processos de comunicação. Então, algumas vezes, mais do que o conteúdo do conflito da família, são seus próprios modos de se relacionar que permitem a emergência do conflito (de Shazer, 1985). O caso com Raquel e Esther é um bom exemplo de como o investimento na reconstrução da comunicação familiar – na forma de diálogo – pode funcionar como um recurso para aqueles interessados na prática da clínica ampliada. Nesse caso, nos distanciamos da busca por entender “quem é o problema”, e construímos um entendimento alternativo de que o problema estava localizado nos modos de comunicação da família.

Essa ampliação de sentido construiu posições diferentes para Raquel e Esther, como pessoas capazes de escolher sobre o quê conversar e como fazê-lo, tanto entre si, quanto com outros membros de sua família. Possibilidades de ação ampliadas são uma consequência dessas novas descrições. Quando, inicialmente, as dificuldades de comunicação configuravam-se como um obstáculo que parecia insuperável, morar em casas separadas era a única opção cogitada como solução. Contudo, as novas posições ocupadas por mãe e filha, construídas ao longo do atendimento, permitiram a emergência de outras opções, nas quais puderam encontrar formas de continuarem próximas com melhor qualidade em sua relação.

Por fim, a possibilidade de *conhecer a si em outras vozes* é um recurso que também oferece resistência aos efeitos indesejados do discurso individualista (Gergen, 1991;

McNamee & Gergen, 1999), ao ampliar as possibilidades das pessoas se perceberem como parte de um contexto mais amplo de relacionamentos. Em outras palavras, o uso do recurso nos afastou da ideia de uma Olívia que tinha como tarefa individual conhecer a si mesma, em uma análise de sua interioridade. Produzimos, ao invés disso, a noção de que a própria ideia de um indivíduo que precisa conhecer sobre si é um produto das relações na qual ele se insere. Para Olívia, essa mudança dissolveu a descrição de seu problema como uma questão individual, interna e isolada, oferecendo a ela novas posições discursivas, a partir das quais pôde entender a si mesma em múltiplas perspectivas, nas vozes de outros. Essa ampliação teve como consequência a construção de outras ações possíveis para Olívia diante de suas questões. Ao buscar soluções não apenas dentro de si, mas também em seus arredores, Olívia pode utilizar os recursos de outras pessoas como se fossem seus.

Em suma, recursos conversacionais focalizam as formas como interagimos uns com os outros, e como falamos a respeito de diferentes assuntos em sessão. Faz parte de nossa especialidade e responsabilidade profissional, portanto, criar um espaço dialógico no qual as pessoas possam interagir sentindo-se seguras (Anderson, 2012). Fazer o diálogo acontecer exige repetidos investimentos na construção de contextos onde as pessoas possam fazer sentido de seus problemas de formas diferentes. Nesse espaço, os recursos se constroem como possibilidades ao longo da interação. Assim, eles não estão situados em momentos específicos da conversa, mas todo momento de interação é potencialmente cheio de recursos... se estivermos prestando atenção suficiente!

5.2. Clínica como Política: Implicações e Ampliações

Descrever a ampliação da clínica a partir da microesfera das relações humanas baseia-se no entendimento de que o mundo social é construído e reconstruído a partir de como coordenamos nossas ações no cotidiano das práticas (McNamee, 2014). Essa é uma aposta ética e política para a clínica (Stewart & Zediker, 1999). Nas interações, construímos possibilidades de ação como efeitos da transformação dos entendimentos de si e dos problemas das pessoas. Esse não é um processo banal, pois tais conversas têm implicações. Entender a clínica como política significa compreendê-la como uma parte da vida social. Significa compreender portanto, que a clínica não acontece separada do mundo. Sendo assim, devemos sempre nos perguntar: Com a construção de qual mundo estamos comprometidos ao participarmos dessas interações?

Acreditamos que, para além do foco nos efeitos dos recursos para a interação imediata, articular a prática clínica a outras instâncias da vida social é uma forma de fortalecê-la como uma atividade transformadora. Isso se torna possível se entendermos que o momento interativo, ou seja, o que se faz em cada momento da clínica, está situado em diferentes níveis de contexto. Toda comunicação acontece em contextos sociais, históricos, culturais e locais que, ao mesmo tempo, oferecem e limitam possibilidades de construção (Pearce, 2007). Já argumentamos que a ampliação das práticas clínicas pode se dar de dentro das particularidades da conversa profissional. Ao mesmo tempo, gostaríamos de dar visibilidade a como essas negociações locais estão conectadas a outras instâncias da vida social. Nos parágrafos a seguir, discutiremos a possibilidade de promover essa articulação a partir de dois aspectos diferentes, porém interconectados.

O primeiro aspecto trata de trazer diferentes instâncias do mundo social para dentro da sala de atendimento. Isso é feito por meio da conversa. Quando profissionais fazem perguntas sobre esses diferentes níveis de contexto (Pearce, 2007), eles ajudam a produzir uma realidade que amplia as possibilidades de entendimento das pessoas acerca de suas vidas. Discursos sociais e realidades materiais são importantes. Igualmente importantes, são as formas como esses discursos e realidades são articulados na interação imediata, produzindo consequências para as pessoas. McNamee e Gergen (1999) chamaram de “nadar no oceano sistêmico” um tipo de conversa que nos permite isolar qualquer configuração de nosso interesse e explorar suas relações com qualquer outra configuração relevante.

Convidar o social para dentro do individual, por exemplo, é um recurso sensível a esse entendimento, porque mostra como profissionais podem ativamente convidar à construção de uma realidade social para o problema nas particularidades da interação. Esse

convite é um disparador para a criação de opções ampliadas de ação no mundo face a questões específicas. A mesma lógica se aplica ao recurso *conhecer a si em outras vozes*, quando consideramos os efeitos problemáticos do discurso individualista para a sociedade. Se cada pessoa estiver interessada apenas em si mesma, buscando as respostas para suas questões apenas em seu “interior”, quem cuidará do mundo ao redor? (McNamee & Gergen, 1999). Ao contribuir para a construção de uma realidade social para o problema, nas reuniões familiares, produzimos alternativas de ação também sociais, e não apenas individuais. Apostar nesse tipo de conversa significa reconhecer sua dimensão política, pois uma ou outra intervenção produzem efeitos distintos sobre o mundo.

Na mesma linha de raciocínio, Gergen (1991) já chamou atenção para o profundo senso de isolamento criado quando entendermos a nós mesmos como entidades separadas umas das outras. Questionar essas noções tão culturalmente arraigadas, no contexto da clínica, alinha-se ao seu empreendimento como uma prática política, porque ajuda a conscientizar as pessoas a respeito de suas próprias vidas. Com isso, produz efeitos para o mundo social que tem a ver com uma consciência política, social e histórica de como algumas coisas foram construídas como problemas e que, por sua vez, são opressivas tanto para as vidas individuais das pessoas, quanto para a sociedade em geral. Assim como para a literatura da clínica ampliada, o compromisso com a resistência a discursos dominantes e opressivos está também no centro das práticas construcionistas, que os entendem como fontes de sofrimento para as pessoas (Paré, 2014; St. George & Wulff, 2016; Winslade, 2005).

O segundo aspecto tem a ver com ampliar os domínios da conversa de tal forma que os limites entre o tratamento e a vida cotidiana sejam borrados. O trabalho com famílias é, certamente, um passo importante nessa direção. No Atendimento 01, a presença da mãe de Joel como parte de seu tratamento criou um espaço que ajudou a construir a mudança de sentidos a respeito de questões ligadas à sua sexualidade. Ter Heloísa como audiência para essa mudança, e também como alguém que contribuiu ativamente na construção desse sentido para o problema, é um apoio importante, no que se refere a levar e legitimar os novos sentidos outros contextos da vida cotidiana de Joel, para além do HD (White & Epston, 1990). Já no Atendimento 03, a presença de Miriam e Felipe foi um grande aliado na construção de posições discursivas diferentes para Olívia, a partir das quais ela obtinha possibilidades ampliadas de ação frente a seus dilemas. Focar no que ocorre entre as pessoas – e não dentro delas – revitaliza nosso senso de comunidade, e confere relevância social e cultural para nossas ações locais (McNamee & Gergen, 1992).

Se a mudança não está situada dentro das pessoas, então não podemos negligenciar a discussão acerca de como ela pode ser colocada em ação para além dos muros da instituição (Gergen & Warhuus, 2001). No Atendimento 02, com Raquel e Esther, isso fica ainda mais visível, uma vez que a natureza de sua questão (a comunicação entre mãe e filha) era relacional em si mesma. Parece muito mais razoável que uma conversa sobre os relacionamentos familiares aconteça com diferentes membros da família, e não apenas com um indivíduo, como práticas psicológicas mais tradicionalmente fazem. As sessões ofereceram um espaço seguro para a família *performar* o diálogo diferente. Se tudo o que tomamos como real emerge para nós como um produto de nossas formas de interação, então Raquel e Esther têm agora uma infinidade de novos entendimentos a serem negociados de maneira diferente, em casa, como um produto de se *tecer o diálogo familiar* nas reuniões.

Ao reconhecer que a prática se amplia para além das relações presentes na sessão, os profissionais podem articulá-la a outras opções de tratamento, bem como aos contextos mais amplos de vida das pessoas. No HD, há atualmente um esforço bem-sucedido nesse sentido, que envolve convidar as famílias a participar ativamente do tratamento em diferentes contextos do PROAF. Os grupos multifamiliares e as visitas domiciliares são algumas dessas opções. Além delas, reconhecemos o Grupo Comunitário de Saúde Mental (Ishara, Cardoso & Loureiro, 2013) como um contexto especial que funciona nessa direção. Esse grupo promove, com a comunidade, um exercício de atenção à vida cotidiana, ao convidar as pessoas para compartilhar experiências de suas vidas umas com as outras. Com isso, promovem reflexões coletivas sobre como essas experiências são constitutivas da saúde mental das pessoas.

A título de reflexão, citamos a existência de práticas coletivas, ao redor do mundo, que ajudam a ampliar os domínios da clínica por meio da criação de um espaço de ativismo. Elas são, em nossa opinião, uma maneira promissora de articular a clínica a outras instâncias da vida social, ao convidarem as pessoas a entender que compartilhar suas experiências pode fazer parte de um esforço político coletivo. Funcionam, assim, como mais uma forma de exercer a ampliação da clínica e podem servir de inspiração para os serviços de saúde mental interessados nesse tipo de prática. Alguns exemplos são a terapia comunitária integrativa (Barreto & Grandesso, 2010), as práticas narrativas coletivas (Denborough, 2008), a sala de terapia estendida (Håkansson, 2015) e a perspectiva dos diálogos abertos (Seikkula & Olson, 2003).

5.3. Dos Eixos à Prática: Reuniões Familiares como Clínica Ampliada

Como parte final de nossa discussão, retomamos os eixos fundamentais da clínica ampliada (Brasil, 2010), já apresentados na introdução desta tese (pp. 23 e 24), e utilizamos nossa análise como ponto de partida para promover reflexões sobre como eles se concretizam no contexto das reuniões familiares. Refletimos, ainda, sobre como esses eixos poderiam ser expandidos no contexto desta prática.

O primeiro eixo proposto pela clínica ampliada fala sobre uma *compreensão ampliada do processo saúde-doença*. Nossa análise deu visibilidade a como a negociação de sentidos sobre as questões de saúde-doença ocorre informada por diferentes discursos sociais, que são utilizados pelos interlocutores nas interações. Nesse sentido, as reuniões familiares funcionam como um contexto no qual entendimentos sobre as questões de saúde são produzidos. Cada entendimento específico traz consigo diferentes implicações para o que tomamos como a realidade do processo saúde-doença e para o que podemos fazer com relação a ele.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que as reuniões familiares, como contexto de negociação de sentidos, acontecem histórica, cultural e socialmente localizadas. A construção dos entendimentos sobre o processo saúde-doença das pessoas se dá sempre informada e delimitada por macro contextos, que nos lembram sobre como as questões de saúde mental são atravessadas por influências sociais de diferentes ordens (Peretti, Martins & Guanaes-Lorenzi, 2013). Considerar essas questões sociais como parte da clínica permite ampliá-la para além do enquadre da sala de atendimento, incluindo reflexões sobre como políticas sociais de inclusão, distribuição de renda e condições concretas de vida fazem parte das experiências de saúde mental das pessoas. Diferentes construções de sentido apontam para diferentes possibilidades de ação, o que confere à clínica potencial político e transformador destes contextos.

Ao negociar sentidos sobre suas questões de saúde, os interlocutores também constroem para si determinadas posições de onde podem falar, o que está relacionado ao que se entende como sendo seu lugar diante do tratamento. Em nosso entendimento, essas posições estão relacionadas com a construção do “*objeto de trabalho*” da clínica que, segundo o eixo da cartilha da clínica ampliada, são as pessoas, compreendidas “em seu todo”. Alinhado ao nosso argumento anterior, entendemos que a construção desse objeto de trabalho tem a ver com posicionar as pessoas como sendo centrais no tratamento. Em nossa análise, vimos como as relações estabelecidas nas reuniões familiares funcionavam justamente para posicionar os interlocutores de determinadas maneiras. Observamos, também, que esses posicionamentos têm implicações para como elas entendem a si mesmas e às suas questões de

vida e de saúde. Assim, o cuidar da pessoa “como um todo” está para além de simplesmente dizer que “todas as suas dimensões fazem parte do tratamento”, mas em entender como, na interação, essas diferentes dimensões são articuladas como parte da realidade do problema, a partir do quê outras possibilidades de ação são construídas.

Por sua vez, a transformação do objeto de trabalho da clínica vem acompanhada da *transformação dos meios de trabalho*, especificamente em direção a uma gestão que privilegie a comunicação na equipe e entre equipes, e ao emprego de técnicas relacionais no trabalho em saúde. No que se refere às técnicas relacionais, acreditamos que o uso de recursos conversacionais nas reuniões familiares se alinha à lógica aqui proposta, trabalhando com conhecimentos que estão para além de tecnologias duras de saúde, ao investir nas relações como um foco privilegiado para a produção de cuidado (Merhy & Franco, 2003). Contudo, é prudente fazer uma ressalva com relação à palavra “técnica” que, a nosso ver, pode convidar a um entendimento errôneo de que há uma forma única de se tomar o conhecimento e “aplicá-lo” à prática. Buscando nos distanciar desse entendimento, destacamos que os recursos conversacionais não são “técnicas” propriamente ditas e não funcionam como receitas, ou seja, não dizem sobre “como as coisas são feitas” ou sobre “como os profissionais devem agir”. Alternativamente, como já explicamos, os recursos conversacionais são descrições de aspectos da conversa aos quais os profissionais podem estar atentos e sensíveis de maneiras específicas, no processo de construção de sentidos. São essas construções que funcionam para ampliar os domínios da prática clínica.

Quanto à gestão, um importante aspecto das reuniões familiares trata da presença de profissionais de distintas áreas nos atendimentos, entendendo que suas formações diferentes, bem como suas vivências pessoais, posicionam-nos para oferecer contribuições diversas às questões trazidas pelas famílias e possibilitam a emergência de sentidos múltiplos para elas. Além disso, as reuniões familiares são apenas uma, dentre várias atividades oferecidas como parte do tratamento. Assim, diferentes profissionais entram em contato com diferentes famílias durante sua passagem pela instituição. De especial importância, nesse contexto, é o fato de que, no Hospital-Dia, existe um entendimento de que o paciente “não é de ninguém”, ou seja, há um investimento em, de fato, compartilhar o cuidado em seus diferentes aspectos. O fato de se tratar de uma instituição ligada à universidade tem especial relevância com relação a esse modo de gestão, uma vez que há uma grande rotatividade de estudantes pelo serviço, que vem acompanhada de uma proposta de que sua formação ocorra atrelada à sua prática. Há, portanto, especial interesse e preocupação em se compartilhar a construção dos

tratamentos oferecidos, construindo-se contextos nos quais as discussões de caso, na lógica da educação permanente em saúde, tomam centralidade no modo de funcionamento do serviço.

Esse modo de gestão abre o caminho para outro eixo da clínica ampliada: a *construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas*. Ao trabalhar com a diversidade dos profissionais nos atendimentos, privilegiamos a polivocalidade como aspecto importante nas reuniões familiares. Buscamos, assim, evitar sentidos únicos e fixos para as questões dos pacientes e de suas famílias. Especificamente nas reuniões, nossa análise deu visibilidade a como a nomeação do que são problemas, bem como de possíveis ações sobre eles, se dava no momento interativo, na própria conversa sobre essas questões, na qual seus sentidos eram negociados pelos participantes. Ter na sessão pessoas com formações diferentes é, assim, um privilégio para a construção deste eixo da clínica ampliada na prática.

É importante notar que, nos três casos, o que foi construído como problema a ser trabalhado no contexto das reuniões familiares não era o diagnóstico psiquiátrico, mas outros aspectos das vidas dos pacientes e de suas famílias. Respeitar a voz dos pacientes na construção de seu projeto terapêutico é parte importante da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008), da qual a clínica ampliada é uma diretriz. Aqui, destaca-se o papel importante da equipe em abrir espaço para o compartilhamento dessa construção, investindo na trabalhosa criação de um espaço relacional onde, mais do que apenas deixar os pacientes e famílias falarem, suas vozes sejam respeitadas e participem da definição dos problemas e de suas terapêuticas de forma próxima às suas próprias experiências.

Por outro lado, é preciso reconhecer também limites do quanto essa construção é, atualmente, de fato compartilhada nas reuniões familiares e no HD como um todo. Com relação ao diagnóstico, por exemplo, nas reuniões familiares, tipicamente buscamos conversas que questionem sua centralidade nas vidas das pessoas, dando visibilidade aos seus efeitos na construção de determinados modos de vida. Contudo, há uma demanda institucional pelo diagnóstico. Além disso, a decisão sobre qual é esse diagnóstico se dá em outras instâncias na instituição, que envolve a contribuição dos profissionais de diferentes áreas com um caráter de especialidade mais fortemente marcado do que aquele oferecido por outras descrições possíveis oferecidas pelos pacientes e suas famílias. Essa é uma característica típica da lógica biomédica, que ainda perpassa o cotidiano de muitos serviços no país.

Também com relação às terapêuticas oferecidas, por um lado, é possível dizer que existe uma abertura, no sentido de que as famílias podem escolher de quais modalidades de atendimento querem participar e, no caso das reuniões familiares, têm voz ativa nas decisões sobre quem gostariam de convidar, e sobre quais temas desejam conversar e tratar. Por outro

lado, o formato em que isso é feito (por exemplo, o tipo de conversa proposta, o número de profissionais que participa, a duração das reuniões, etc.) tipicamente é decidido pela própria equipe, com um parâmetro já pré-estabelecido, tanto a partir das necessidades colocadas pela rotina do serviço, quanto por aspectos teóricos referentes à proposta do processo reflexivo (Andersen, 1999; Guanaes-Lorenzi et al., 2012) e das práticas narrativas (Martins, Santos & Guanaes-Lorenzi, 2014). Além disso, esse formato compartilha do entendimento de que, nos encontros clínicos, há uma dupla especialidade envolvida (Anderson & Goolishian, 1988): de um lado, profissionais são especialistas do processo, responsáveis pela construção do contexto conversacional; de outro, pacientes e famílias são os especialistas do conteúdo de suas próprias vidas, trazido para a conversa. Em certa medida, portanto, a construção da terapêutica é compartilhada com a família em termos de conteúdo, mas não de processo.

Outra questão importante sobre as terapêuticas passa pelo fato de que a decisão sobre quando acabar as reuniões familiares não é tomada especificamente de dentro desse contexto específico, mas a partir da alta do tratamento como um todo. Essa decisão leva em consideração, portanto, aspectos que estão para além das reuniões familiares em si mesmas, que tem a ver com critérios definidos pela equipe desde o momento da internação, e que são revistos conforme o progresso do tratamento. Esses critérios referem-se à complementação diagnóstica, melhora de sintomas, trabalho com os vínculos familiares, além de discussão com os próprios pacientes e famílias sobre sua percepção de melhora. Assim, se há especificidades nos assuntos tratados nas reuniões familiares, elas são entendidas como uma parte do tratamento e, mais ainda, da vida familiar. Por isso, faz sentido que a finalização não seja dada de maneira isolada, mas sim, conectada ao tratamento oferecido pelo serviço. Contudo, isso não significa um fim rígido. Já houve casos específicos em que, a partir da solicitação da família pela continuidade das reuniões familiares apesar da alta do HD, a equipe entendeu que a família, de fato, poderia ser beneficiada, e se organizou para continuar com as sessões por algum tempo, até que se chegasse a novos entendimentos e opções de ação com relação ao problema específico construído inicialmente no atendimento.

O último eixo da clínica ampliada pressupõe *o suporte para os profissionais de saúde*. Talvez esse seja o eixo menos diretamente visível em nossa análise, por se tratar de um aspecto que está para além do foco de nossos objetivos e métodos. Sabemos, contudo, que as reuniões de equipe no HD se configuram como oportunidade para o suporte dos profissionais, que compartilham a responsabilidade pelos casos e podem discutir como prosseguir de maneira conjunta. Além disso, se seguirmos nosso argumento de que as relações são o local privilegiado de construção do cuidado, então não há possibilidade de se pensar em

profissionais neutros e não envolvidos, como o próprio eixo da cartilha da clínica ampliada já destaca. Portanto, atentar-se mais proximamente a como esse cuidado com a equipe pode ser efetivado nas reuniões de equipe torna-se um desafio importante a ser considerado. Especificamente a partir de nossa proximidade a esse contexto, destacamos as reuniões de discussão dos casos que acontecem após os atendimentos de família. Nelas, o conhecimento dos diferentes profissionais presentes é valorizado como forma de encontrar encaminhamentos para os casos e, ao mesmo tempo, oferecer suporte à própria equipe, que pode, assim, entender não estar sozinha na tarefa do cuidado. Além disso, notamos que essas reuniões oferecem a oportunidade de delineamento de ações da equipe que estão para além do contexto das reuniões familiares. Por fim, destacamos o compromisso da equipe em sempre convidar diferentes supervisores externos para a discussão de questões da instituição, o que é, em nosso entendimento, mais uma forma de oferecer apoio na tarefa de cuidado. Com essas reflexões, chegamos às considerações finais desta tese.

Considerações Finais

6. Considerações Finais

Apresentamos a clínica ampliada e nossa contribuição construcionista para a discussão como possibilidade de enriquecer o debate sobre a clínica com famílias em saúde mental. Argumentamos que um foco no momento interativo pode funcionar para a promoção de práticas clínicas ampliadas, especialmente a partir da descrição de três recursos conversacionais. Com isso, esperamos ter permitido uma compreensão detalhada sobre o que significa propor a ampliação da clínica por meio da conversa. Primordialmente, compreendemos esta tese como uma contribuição para a qualificação do trabalho com famílias em saúde mental, oferecendo recursos para o treinamento de profissionais do campo, bem como para aqueles interessados em ampliar suas práticas em direção a sensibilidades sociais e relacionais.

Acreditamos que os potenciais dessa proposta foram elaborados ao longo deste texto. Além do que já dissemos, destacamos que, para a literatura da clínica ampliada, a tese oferece uma lente diferente para compreendê-la e a partir da qual atuar. Para o construcionismo social e as práticas com famílias dele derivadas, oferecemos elementos que dão visibilidade a como relações de ajuda se constroem e a que aspectos das interações os profissionais podem estar atentos em seus atendimentos. Além disso, a aproximação com a literatura da clínica ampliada permite aprofundar sobre as implicações do uso dessa perspectiva em contextos relacionados ao SUS (Camargo-Borges, 2007).

Por outro lado, fazemos também considerações sobre os limites de nosso estudo. Em primeiro lugar, é preciso reconhecer que oferecemos um recorte específico para a clínica ampliada, propondo estudá-la a partir de uma análise das micro interações no cotidiano. Assim, retomamos nosso argumento anterior de que a leitura aqui proposta não trata de afirmar se as reuniões familiares são uma clínica ampliada ou não, mas de entender como determinados modos de estar em interação, por meio do uso de recursos conversacionais específicos, podem funcionar para produzir os eixos da clínica ampliada no cotidiano das práticas. Contudo, como esperamos ter deixado claro ao longo de nossa discussão, esse é apenas um, dentre vários focos possíveis para o estudo do tema. Especificamente, chamamos atenção para como a proposta da clínica ampliada passa também pela transformação dos modos de gestão nos serviços (G. W. S. Campos, 2003), questão que nosso método de estudo e discussão não comportam.

Segundo, destacamos que a construção de nosso *corpus* de pesquisa e sua análise têm como foco os aspectos verbais da interação, o que produz uma certa versão discursiva dos recursos conversacionais. Como possibilidade de outros entendimentos sobre esses recursos,

apontamos para metodologias que privilegiassem o estudo das reuniões familiares a partir de aspectos corporificados da interação (Shotter, 2008), e que dessem visibilidade a como o uso dos recursos, em linguagem, passa pela interação corporal das pessoas, entre si e com seu ambiente. Além disso, estudos que integrassem entrevistas detalhadas com os profissionais e participantes durante o próprio processo de pesquisa, no qual pudessem refletir sobre quais aspectos tomam como relevantes nos atendimentos (por exemplo, Rober, 2006), nos parecem alternativas interessantes para olhar o cotidiano das práticas.

Por fim, situamos nosso estudo no rol das pesquisas qualitativas (Bogdan & Biklen, 2006), que não têm como objetivo a generalização do conhecimento, mas, ao contrário, a descrição das particularidades e especificidades de alguma questão. Não se tratou, portanto, de um estudo que tenha visado a avaliação do serviço, sobretudo por meio de afirmações acerca da efetividade clínica das intervenções. Diferentemente, nossa análise promoveu reflexões, contextualizadas e em profundidade, acerca da prática nas reuniões familiares, privilegiando os efeitos do uso dos recursos para o próprio andamento da conversa terapêutica (Rasera & Japur, 2007; Strong, Busch & Couture, 2007). Com isso, oferecemos maior substância para o entendimento de como esses recursos funcionaram em situações específicas, a partir do que convidamos para o diálogo, agora, a “sabedoria clínica” dos profissionais em diferentes contextos de prática (McNamee, 2014; Ness & Strong, 2013; Sprenkle, 2003).

Em última instância, a escolha de como utilizar o conhecimento produzido pela pesquisa sobre a prática é sempre uma questão do próprio profissional. Não há (e nem pode haver) uma tradução “literal” do conhecimento científico à prática, mas sempre a adaptação para as situações concretas de cada contexto profissional. Esperamos que esta tese seja um passo para a aproximação da academia às práticas, oferecendo recursos amplos o suficiente para serem incorporados a elas de maneira flexível e reflexiva. Com isso, desejamos que o conhecimento produzido funcione como uma contribuição para o tipo de prática crítica e transformadora que a clínica ampliada busca empreender.

REFERÊNCIAS⁴

- Alves, E. S., & Francisco, A. L. (2009). Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 768-779.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andersen, T. (1999). *Processos reflexivos*. Rio de Janeiro: Instituto Noos/ITF.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process*, 51 (1), 8-24.
- Basaglia, F. (1986) (Ed.). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Barreto, A., & Grandesso, M. (2010). Community therapy: A participatory response to psychic misery. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4, 33-41.
- Bezerra, D. S. (2009). A articulação moebiana entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Psicologia Hospitalar*, 7(2), 55-74.
- Bezerra, D. S., & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 342-355.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (2006). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theories and Methods* (5th Ed.). Boston, MA: Pearson.
- Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil (1988). Constituição. A Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico.
- Brasil (2007). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2^a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010). Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). HumanizaSUS: Clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

⁴ De acordo com o estilo APA (*American Psychological Association*).

- Brasil (2012). *Resolução nº 466/2012*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Burr, V. (2006). *Social Constructionism* (2ª ed.). London: Routledge.
- Camargo-Borges, C. (2007). *O construcionismo social no contexto da estratégia de saúde da família: Articulando saberes e práticas*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Camargo-Borges, C., Mishima, S. M., & McNamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: Explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(1), 8-19.
- Camargo Jr., K. R. (1990). (Ir)racionalidade médica: Os paradoxos da clínica. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Cambuy, K., & AmatuZZi, M. M. (2012). Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 674-683.
- Campos, G. W. S. (1997). A clínica do Sujeito: Por uma clínica reformulada e ampliada.
- Campos, G. W. S. (2000b). O Anti-Taylor e o Método da Roda: A produção de valores de uso, a constituição de sujeitos e a democracia em instituições. Tese de Livre Docência. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2000a). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.
- Campos, R. T. O. (2001). Clínica: a palavra negada – Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.
- Carvalho, M. D. A., Silva, H. O., & Rodrigues, L. V. (2010). *Revista Eletrônica, Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6(2), 337-349.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do módulo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-7.
- Contel, J. O. B. (2012). The first university day hospital in Brazil: 50th anniversary. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 223-225.
- Consoli, G. L., Hirdes, A., & Costa, J. S. D. (2009). Saúde Mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da Reforma Psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 117-128.

- Cubas, M. R., & Egry, E. Y. (2007). Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 787-792.
- Dallari, D. A. (1984). *O que é participação política?* São Paulo: Brasiliense.
- Davies, B., Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: WW Norton & Company.
- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Adelaide, Australia: Dulwich Center Publications.
- Drewery, W., & Monk, G. (1994). Some reflections on the therapeutic power of poststructuralism. *International Journal for the Advancement of Counseling*, 17, 303-313.
- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. (2009). Clínica Ampliada em Saúde Mental: Cuidar e Suposição de Saber no Acompanhamento Terapêutico, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 205-215.
- Ferreira Neto, J. L. (2008). Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton & Company.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and Relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J., & Warhuus, L. (2001). Terapia como construção social: características, reflexões, evoluções. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Eds.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (pp. 29-64). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational Being: Beyond self and community*. London: Oxford University Press.
- Gergen, K. J. (1991). *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Guaanaes, C. (2006). A construção da mudança em terapia de grupo: Um enfoque construcionista social. Rio de Janeiro: Vetor.

- Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: Um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 135-143.
- Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M., Corradi-Webster, C., & Souza, L. V. (Orgs). (2014). *Construcionismo social: Discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Guanaes-Lorenzi, C., Palacio, M. B., Aoki, F. C. O. S., & Tofoli, S. M. C. (2015). Superando o discurso do déficit no trabalho com famílias em contextos de saúde mental. In R. M. S. Macedo (Org.), *Expandindo horizontes em terapia familiar* (pp. 01-38). Curitiba: Editora CRV.
- Guanaes-Lorenzi, C., Santos, M. V., Brunini, F. S., Ishara, S., Tofoli, S. M. C., Real, E. M. A. (2012). Construção de um Programa de Assistência Familiar em um Hospital-Dia Psiquiátrico: Desafios e Potencialidades. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 54-72.
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. *Psiquê*, 15, 139-154.
- Guilfoyle, M. (2005). From therapeutic power to resistance? Therapy and cultural hegemony. *Theory & Psychology*, 15(1), 101-124.
- Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 981-984.
- Håkansson, C. (2015). The extended therapy room. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17(4), 384-401.
- Harré, R., & van Langenhove, L. (Eds.) (1999). *Positioning theory: Moral contexts of intentional actions*. Oxford: Blackwell.
- Hirdes, A. (2009). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma Re(Visão). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Ishara, S., Cardoso, C. L., & Loureiro, S. R. (2013). *Grupo Comunitário de Saúde Mental – Conceito, Delineamento Metodológico e Estudos*. Ribeirão Preto: Nova Enfim.
- Junqueira, S. A. E. (2009). *Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Katz, A. M., & Alegria, M. (2009). The clinical encounter as local moral world: Shifts of assumptions and transformation in relational context. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1238-1246.
- Leite, L. S. et al. (2012). Clínica Complexa: A experiência clínica em um residencial terapêutico de caráter temporário. *Psico (UFRGS)*, 43(4), 517-523.

- Lewis, M. S. R., & Palma, C. M. S. (2011). O psicólogo na Saúde Mental: Sobre uma experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, XI (4), 1379-1404.
- Littlejohn, S., & Foss, K. A. (2008). *Theories of human communication*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Martins, P. P. S. (2013). *A participação da família no tratamento em Saúde Mental como prática no cotidiano do serviço*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (no prelo). Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. *Psicologia: Teoria & Pesquisa*.
- Martins, P. P. S., Santos, C. P., & Rasera, E. F. (2013). A terapia focada na solução e suas aproximações ao discurso construcionista social. *Estudos de Psicologia*, 30(1), p. 111-120.
- Martins, P. P. S., Santos, M. V., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: Histórias sobre diálogo e inclusão. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza, *Construcionismo social: Discurso, prática e produção de conhecimento* (Orgs.), (p. 153-170). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Matta, G. C., & Pontes, A. L. M. (2007). *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: Coordenando mundos de pesquisa. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza, *Construcionismo social: Discurso, prática e produção de conhecimento* (orgs), (p. 105-131). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- McNamee, S. (2004). Therapy as social construction. In T. Strong & D. Paré (Eds.), *Furthering talk: advances in the discursive therapies* (pp. 1-28). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construction (Inquiries in social construction series)*. Thousand Oaks: Sage.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational Responsibility: Resources for sustainable dialogue*. New York: Sage Publications.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional, *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.
- Miller, W. I., & Strong, T. (2007). Constructing therapy and its outcomes. In J. A. Holstein e J. F. Gubrium (Eds). *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guildford Press.
- Miranda, F. A. N. et al. (2009). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 663-669.

- Moliner, J. & Lopes, S. M. B. (2013). Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Sociedade (São Paulo)*, 22(4), 1072-1083.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Ness, O., & Strong, T. (2013). Learning new ideas and practices together: A cooperative inquiry. *Journal of Family Psychotherapy*, 24(3), 246-260.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Oliveira, F. B. (2008). Gestão da clínica e clínica ampliada: Sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Padilha, C. S., & Oliveira, W. F. (2012). Terapia Comunitária: Práticas relatadas pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina, Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1069-1083.
- Palombini et al. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908.
- Palombini et al. (2013). Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2899-2908.
- Paré, D. (2014). Social justice and the word: Keeping diversity alive in therapeutic conversations. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*. 48(3), 206-217.
- Pearce, W. B. (2007). *Making Social Worlds: A Communication Perspective*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Peretti, A. G., Martins, P. P. S., & Guanaes-Lorenzi, C. (2013). The management of social problems talk in a support group. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe.), 101-110.
- Rasera, E. F. (1999). Grupo de apoio para pessoas portadoras de HIV: Negociando diferenças. Masters Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2004). Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 431-439.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). Grupo como construção social: Aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo. Rio de Janeiro: Vetor.

- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Family Process*, 44(4), 477-495.
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), 343-365.
- Romagnoli, R. C., Paulon, S. D., Amorim, A. K. M. A., Dimenstein, M. (2009). Por uma clínica da resistência: Experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface (Botucatu)*, 13(30), 199-207.
- Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.
- Santos, D. C. M. et al. (2011). Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(6), 845-850.
- Sampson, E. E. (1993). *Celebrating the Other: A dialogic account of human nature*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Schiffrin, D. (1987). *Discourse makers*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Seikkula, J., & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. *Family Process*, 42, 403-418.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10(0), 243-253.
- Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life* (2nd ed.). Toronto: University of Toronto Press.
- Shotter, J. (2008). *Conversational Realities Revisited: Life, Language, Body and World*. Chagrin Falls, Ohio: Taos Institute Publications.
- Silva, M. V. O., Costa, F. R. M., & Neves, L. M. (2010). Programa de intensificação de cuidadores: Experiência docente-assistencial em Psicologia e Reforma Psiquiátrica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(4), 882-895.
- Silva, K. V. L. G. & Monteiro, A. R. M. (2011). A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1237-1242.
- Speer, S. A., & Potter, J. (2000). The management of heterosexist talk: Conversational resources and prejudiced claims. *Discourse & Society*, 11(4), 543-572.
- Sprenkle, D. H. (2003). Effectiveness research in Marriage and Family Therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 85-96.
- Spink, M. J. P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Spink, M. J. P. (Ed.) (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teórico e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- St. George, S., & Wullf, D. (2016). *Family therapy as socially transformative practice: Practical Strategies* (AFTA Springer Briefs in Family Therapy). New York: Springer.
- Stewart, J., & Zediker, K. (2000). Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65, 224–242.
- Strong, T., Busch, R., & Couture, S. (2008). Conversational evidence in therapeutic dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 388-405.
- Trindade, F. M. O., & Rasesa, E. F. (2013). Considerações sobre uma ética relacional. *Psico*, 44(1), 130-138.
- Vasconcelos, E. M. (1990). Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39, 235-288.
- Vicentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 17(1), 10-17.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Winslade, J. M. (2005). Utilizing discursive positioning in counseling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3), 351-364.

APÊNDICE A –
Revisão de literatura: Categorias de análise

Referência	Objetivos	Tipo do Estudo	Disciplina	Referencial Teórico
Alves & Francisco (2009).	Refletir sobre aspectos pertinentes à clínica dos transtornos mentais, com base na abordagem psicossocial.	Teórico.	Psicologia.	Não explicita um referencial teórico.
Bezerra (2009).	Analisar as questões emergidas no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial brasileiros evidenciando a articulação entre a clínica e a política e a importância do manejo da relação entre técnicos, usuários e familiares na eficácia do tratamento oferecido.	Teórico.	Psicologia.	Psicanálise.
Bezerra & Rinaldi (2009).	Analisar as questões que surgiram no cotidiano de serviços de atenção psicossocial, evidenciando a importância do manejo da relação entre técnicos, usuários e familiares na efetivação da clínica oferecida.	Teórico.	Psicologia.	Psicanálise.
Carvalho, Silva & Rodrigues (2010)	Apresentar o perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Não explicita um referencial teórico para a discussão.
Consoli, Hirdes, & Costa (2009).	Investigar as características dos cuidados em saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, levando em conta as diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Não explicita um referencial teórico para a discussão.
Estellita-Lins, Oliveira, & Coutinho (2009).	“Investiga o Acompanhamento terapêutico, entendido como intervenção em saúde mental baseada em cuidados domiciliares. Aborda a influência da psicanálise e sua participação na clínica ampliada em saúde mental através da prática clínica”.	Teórico.	Acompanham ento terapêutico.	Psicanálise.

Referência	Objetivos	Tipo do Estudo	Disciplina	Referencial Teórico
Ferreira Neto (2008).	Delimitação das mudanças das práticas da psicologia clínica no Brasil no campo da saúde pública a partir de um estudo de caso de um distrito sanitário de BH.	Empírico.	Psicologia.	Foucault e Deleuze.
Guerra (2005).	Discutir a contribuição da psicanálise no campo da assistência em saúde mental infanto-juvenil.	Teórico.	Psicologia.	Psicanálise.
Hirdes (2009).	Contextualizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir de revisão dos marcos teóricos, políticos e práticos.	Teórico.	Não foca em uma disciplina.	Não explicita um referencial teórico para a discussão.
Leite et al. (2012).	Refletir sobre o cotidiano da clínica que se realiza num residencial terapêutico de caráter temporário	Teórico.	Psicologia.	Não explicita referencial teórico.
Lewis & Palma (2011).	Reflexão sobre uma experiência de estágio.	Teórico.	Psicologia.	Psicanálise.
Miranda et al. (2009).	Apreender as representações sociais e práticas disciplinares em Saúde Mental do papel terapêutico do acadêmico de enfermagem na atenção ao adulto no Contexto da Clínica Ampliada realizadas no Hospital-Dia Dr. Elger Nunes, Natal/RN.	Empírico.	Enfermagem.	Não explicita um referencial teórico.
Moliner & Lopes (2013).	Conhecer como vem se configurando as práticas em saúde mental na atenção básica, através de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família.	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Não explicita um referencial teórico para a discussão.
Nunes, Jucá, & Valentim (2007).	Discutir as articulações entre Reforma Sanitária e Psiquiátrica a partir das práticas concretas do cuidado à saúde mental no PSF.	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Psicanálise.
Padilha & Oliveira (2012).	Descrever as práticas de Terapia Comunitária relatadas pelos profissionais da rede SUS de Santa Catarina.	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Cinco eixos teóricos

Referência	Objetivos	Tipo do Estudo	Disciplina	Referencial Teórico
Palombini et al. (2013).	Apresentar e analisar as delicadas relações entre clínica e pesquisa no campo dos estudos com caráter de intervenção junto aos serviços de saúde mental, em parceria com seus trabalhadores e com ativa participação de seus usuários.	Empírico.	Não foca em uma disciplina.	Análise Institucional Sócio-analítica.
Romanini & Roso (2012).	Estabelecer um diálogo entre psicanálise e instituição, propondo um exame teórico sobre algumas possibilidades de trabalho em grupo apoiados nesta perspectiva teórica.	Teórico.	Não foca em uma disciplina específica.	Psicanálise.
Santos et al. (2011).	Revisão de literatura sobre saúde mental dos adolescentes no Brasil entre 2010 e 2015.	Teórico.	Não foca em uma disciplina.	Não explicita um referencial teórico para a discussão.
Silva, Costa & Neves (2010).	Relata a experiência formativa do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC), em Salvador.	Descritivo.	Psicologia.	Não foca em um único referencial teórico.
Silva & Monteiro (2011).	Reflexão teórica sobre o cuidado de enfermagem à família do sujeito em sofrimento psíquico	Teórico.	Enfermagem.	Referencial teórico não explicitado.
Vicentin (2006).	Esboçar algumas ideias-força que consideram interessantes para a construção de uma clínica da infância.	Teórico.	Terapia Ocupacional.	Não explicita um referencial teórico.

APÊNDICE B –

Revisão de literatura: O lugar da clínica ampliada

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
Alves & Francisco (2009).	Rompe com dicotomias sujeito/objeto, subjetivo/social...	A clínica ampliada é trazida como um modo de fazer acontecer o cuidado psicossocial. Discussão bem interessante e profunda.	Realiza intervenções com vistas à promoção de espaços de invenção e criação, objetivando trabalhar a desinstitucionalização dos usuários de serviços de saúde mental.
Bezerra (2009).	Aquela proposta pelo Ministério da Saúde. Faz uma diferenciação entre a clínica tradicional, a clínica ampliada (marcada pela psiquiatria democrática italiana e que dá ênfase à dimensão política por meio da reconstrução da cidadania do louco) e a clínica psicanalítica. Há aqui uma crítica à clínica ampliada que, pra autora, na verdade, deixa a clínica em segundo plano, ao ignorar que o sofrimento do sujeito nem sempre está implicado em fazer parte do laço social.	Criticada, às vezes, em sua própria concepção, às vezes, em como é colocada em prática no cotidiano dos serviços.	Luta pela cidadania do louco.
Bezerra & Rinaldi (2009).	Com relação à clínica ampliada, discussão parecida com a anterior. Muda os conceitos que o artigo se propõe a articular com ela.	Criticada, às vezes, em sua própria concepção; às vezes, em como é colocada em prática no cotidiano dos serviços.	Para além do alívio dos sintomas, orientação à família, suporte social, criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, garantia de direitos, dentre outras ações.
Carvalho, Silva & Rodrigues (2010)	Sem nenhum aprofundamento ou discussão teórica. Tomada como atividades terapêuticas coletivas.	Aparece apenas em um ponto do texto, no qual os autores concluem que o fato de a consulta clínica individual ser seguida pelo desenvolvimento de atividades terapêuticas coletivas aponta para o avanço na efetivação da clínica ampliada.	Atividades terapêuticas coletivas.

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
Consoli, Hirdes, & Costa (2009).	Discutida sem referencial teórico, conceituada brevemente como “a noção de contextualizar o indivíduo em sofrimento no seu entorno social” (p. 124).	Aparece como contrapondo-se às consultas clínico-ambulatoriais que a pesquisa constatou serem a base das intervenções e, Saúde Mental nos municípios pesquisados.	Não explicitadas.
Estellita-Lins, Oliveira, & Coutinho (2009).	Não é explicada diretamente, mas fica bem dito quando fala que o AT vem de um “referencial teórico antipsiquiátrico, passando por um modelo ligado à reforma psiquiátrica e à luta antimanicomial, chegando à incorporação de um instrumental psicanalítico que prescinde do setting convencional”.	Discute a utilização da psicanálise nos contextos de trabalho psicossocial, especialmente no trabalho do AT. Toma a “reabilitação como reconstrução da existência” e favorece a construção da autonomia como objetivo. Diz que a utilização dos conceitos de normatividade e resiliência pode contribuir para uma clínica ampliada em saúde mental, na medida em que problematiza dicotomias, bem como categorias ligadas à saúde mental.	“As necessidades psicossociais específicas dos pacientes em reabilitação determinam essa reconstrução [da existência], como a capacidade de lidar com problemas do cotidiano, desenvolvimento da auto-estima, habilidades sociais, desenvolvimento de autonomia e prática de cidadania”.
Ferreira Neto (2008).	Conceito que surge no contexto da saúde pública para manejar a tensão entre clínica e política. Clínica que busca o desenvolvimento de ações inovadoras que visam a produção de autonomia dos sujeitos e coletividades.	Passa por todo o texto, discutindo a concepção dos psicólogos que trabalham num serviço de saúde, as mudanças que isso trouxe pras práticas clínicas deles, etc.	1) Clínica heterogênea, conectada com as políticas públicas, com o trabalho em conjunto com outros profissionais, associações e projetos, processos econômicos e sociais diversos. 2) Prática bem menos asséptica, que não prescinde de um setting específico nem de uma série pré-determinada de ações. 3) Visa atender à urgência da necessidade social
Guerra (2005).	Clínica na rede pública que exige um olhar, uma escuta e um tipo de intervenção “político-clínicos” que ultrapassam o recurso à palavra ou à dimensão lúdica.	Discussão perpassa todo o texto, pensando em contribuições da psicanálise para essa clínica ampliada da infância.	Diferentes tipos de intervenção; interface da clínica com outros saberes; retomada da vida social e política em um caráter inclusivo. Posição de aprendizes dos profissionais. Passando da clínica do

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
			“encaminhamento” para a clínica do acolhimento.
Hirdes (2009).	Colocada junto a termos como “reformulação ampliada do trabalho em saúde” (a partir do método Paideia de Campos) e “trabalho vivo em saúde” (Merhy).	Aparece na discussão sobre transdisciplinaridade nos serviços substitutivos como característica necessária para a qualidade do serviço. Aparece também como parte do método Paidéia, como forma de ajudar no desafio de articular fatores universais e particulares na criação de projetos singulares.	Propostas de projetos singulares que reconheçam a co-produção do processo saúde-doença.
Leite et al. (2012).	Cita a PNH e Campos. Chama de “clínica complexa” a clínica que possui um caráter inventivo e construtivo, que produz agenciamentos e, através de desterritorializações, complexifica as situações, a fim de construir novos planos e criações. Clínica que supera dicotomias e é necessariamente transdisciplinar.	As transformações da clínica são colocadas em relação à aproximação entre psicologia e saúde coletiva, respondendo às transformações das reformas sanitária e psiquiátrica. Reconhecimento da pessoa com sua singularidade e subjetividade, buscando entendê-la diante do conhecimento científico generalizado.	Trabalho para que o usuário se aproprie e se responsabilize pela sua vida e se reconheça como sujeito de direitos, atuando sobre si e sobre o mundo que o cerca. Capacidade de escuta de si e do outro, de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e comunidade. Pressupõe, além do movimento, o afeto, ou seja, uma busca de conexão com esses sujeitos.
Lewis & Palma (2011).	Clínica diferenciada, que parta da escuta e de uma perspectiva de construção conjunta de um laço social que não violente a singularidade. Essa aposta vem junto à dimensão política da cidadania, finalidade a ser alcançada a partir de diferentes modalidades interventivas. Cita também a concepção do Ministério da Saúde.	Situando-a como forma de alcançar os objetivos da reforma psiquiátrica, passa a compará-la com a clínica lacaniana, mostrando suas afinidades para a promoção da escuta (e não calar) do sintoma. O foco aqui fica muito na escuta, mais do que em qualquer outra coisa.	Diferentes modalidades interventivas, mas que começam com o foco na escuta do sujeito. Construção de relações em que a loucura seja vista como diferença, não como defeito moral ou orgânico.
Miranda et al. (2009).	Tomada como algo que o leitor já sabe. “os achados	Não é exatamente discutida, apenas tomada	Não explicitadas.

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
	deste estudo referendam a metodologia adotada na área de Saúde Mental no contexto da clínica ampliada” (pp. 6 e 7).	como algo desejável em saúde mental.	
Moliner & Lopes (2013).	Referência breve ao método Paideia, de Campos.	Clínica ampliada como humanização. Olhar integrado e ampliado para um novo fazer. Clínica ampliada como uma das apostas (junto à integralidade e os NASF) de ampliação, abrangência e resolubilidade das práticas na ESF.	Terapêuticas que não só permeiem o curativo, mas primem pela humanização, podendo oferecer a todo usuário um acolhimento e um vínculo seguro entre esse e a USF.
Nunes, Jucá, & Valentim (2007).	Faz referência a Paulo Amarante e Fernando Tenório.	Clínica ampliada como conceito em saúde mental que busca superar a dicotomia mente/corpo e a polaridade sujeito sociedade.	Atuar em rede, em outros níveis de complexidade.
Padilha & Oliveira (2012).	Faz referência a Campos e à Política Nacional de Humanização.	Mostra como a Terapia Comunitária pode contribuir para a construção de uma clínica ampliada e para a valorização dos recursos do território, especialmente a partir das redes de apoio familiar e social e a melhoria dos vínculos familiares e comunitários.	Construção de vínculos duradouros com os usuários; proximidade de suas redes e famílias. Elucidação de aspectos orgânicos, subjetivos e sociais de cada sujeito; respeito à singularidade de cada caso. Retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado; ampliar a clínica realizada por outros profissionais; incluir outras abordagens (além das biomédicas) e explicações para os adoecimentos e demandas. Atrelar as habilidades clínicas ao trabalho em equipe, construção de projetos terapêuticos, avaliações de risco que considerem a vida individual, familiar e coletiva.
Palombini et al. (2013).	Discussão baseada em Campos (1996/1997) e Onocko Campos (2001).	Um dos pontos de discussão do artigo. Chama atenção para como a	Clínica feita pela via da escuta e da palavra, da educação em saúde e do

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
		pesquisa clínica, como intervenção, precisa partir de uma lógica da clínica ampliada.	apoio psicossocial, implicando na co-responsabilização. Reconhecimento dos limites do saber estruturado. Exercício da clínica ligado ao ético, político e estético.
Romanini & Roso (2012).	A clínica psicanalítica e a clínica ampliada poderiam se associar e seriam mutuamente benéficas, a partir de uma postura clínico-política.	Clínica ampliada funciona como articuladora da clínica psicanalítica à demanda das instituições de saúde pública no Brasil. Sem a dimensão do sujeito, o discurso da cidadania corre o risco de reproduzir o modelo tutelar e excludente – nesse caso, do sujeito – que pretende combater.	Não explicitadas.
Santos et al. (2011).	Base para a elaboração da rede de cuidados, uma “clínica operada pelas equipes de saúde que inclua as singularidades do espaço vivo das práticas”.	Autores apenas chamam atenção para poucas publicações de estudos que contemplem a perspectiva da clínica ampliada.	Incluir as singularidades do espaço vivo das práticas.
Silva, Costa & Neves (2010).	Fala de Merhy e das tecnologias leves. Discute a mudança do cenário clínico (do particular ao público). Discute também a questão da subjetividade junto ao pertencimento social.	Aparece como pressuposto tomado para a formação dos alunos neste programa de extensão universitário, considerando os desafios da prática clínica em Psicologia no SUS e, especialmente, na saúde mental.	Articular diferentes dimensões da vida do sujeito em relação a sua forma de estar no mundo. Escuta no trabalho vivo em ato.
Silva & Monteiro (2011).	Baseada em Campos e Amaral (2007), discutida rapidamente como uma clínica que tem seu objeto e objetivos transformados.	Apenas dois parágrafos, defende-se a clínica ampliada como “um caminho a ser traçado na área de saúde mental no exercício das práticas de saúde à família”.	Avaliação de dados não apenas epidemiológicos das famílias, mas sociais e subjetivos. Instrumento de empoderamento de usuários e familiares para lidar com o sofrimento psíquico do outro e de si mesmo.
Vicentin (2006).	“Clínica transdisciplinar e em rede”. Rede de proteção social é utilizada como sinônimo, um micro	Argumenta-se que uma clínica da infância necessariamente deve ser ampliada, em rede.	Três dimensões: 1) Molecular: das relações humanas, do tecido social que se forma entre

Referência	Concepção de Clínica Ampliada	Lugar da clínica ampliada na discussão	Ações associadas à clínica ampliada
	<p>sistema que envolve múltiplos interesses e sentidos e que se dedica à promoção do bem comum. Um dispositivo coletivo de proteção. A constituição de laços em torno de um objetivo comum, articulando diferentes níveis de complexidade e de recursos. Acolher a singularidade de cada sujeito. A ênfase está no relacional, no vínculo.</p>		<p>profissionais, crianças, famílias, etc. 2) Micro: tramas contidas no interior das equipes e entre as equipes de trabalho, na arquitetura para montagem do projeto terapêutico. 3) Macro: dimensão do tecido social, as vontades políticas que se instauram na criança (esforços governamentais e da sociedade civil).</p>

APÊNDICE C – TCLE (Para Pacientes e Familiares)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para Pacientes e Familiares)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Doutorado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Esta pesquisa tem por objetivo entender como a prática de terapia familiar pode ser aplicada no trabalho em saúde mental. Para isso, busca compreender como as conversas entre terapeutas e famílias funciona para produzir mudanças de sentidos sobre as questões colocadas pelas famílias sobre sua vida no convívio com a doença mental. Além disso, busca refletir sobre como esta prática se aproxima ou se distancia das ideias colocadas em políticas públicas para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar das reuniões familiares oferecidas pela equipe do Hospital-Dia. Essas reuniões ocorrerão normalmente, como na rotina do serviço, mas serão acompanhadas pelo pesquisador durante todo o processo terapêutico. Elas serão gravadas em áudio e depois transcritas por ele.

As informações reunidas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Caso seja de seu consentimento, você será convidado a assinar um termo em anexo autorizando que estas gravações e transcrições fiquem armazenadas em um banco de dados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para você, uma vez que sua participação acontecerá em uma atividade já normalmente oferecida pelo serviço. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender este processo possibilita uma reflexão sobre as práticas sendo desenvolvidas no campo da saúde mental, especialmente considerando sua possibilidade de promoção de saúde e de cidadania.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental”

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante: _____
Telefone para contato: _____

Assinatura: _____
Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____
Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Endereço para contato com os pesquisadores:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto –
USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
Av. Bandeirantes, 3900.
Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);
(16) 98118-2491 (Pedro P. S. Martins).

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefone: (16) 3602-4811.
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE D – TCLE (Para Profissionais)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para Terapeutas)

Você, profissional de um serviço de saúde mental, está sendo convidado a participar da pesquisa “**A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental**”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Doutorado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Esta pesquisa tem por objetivo entender como a prática de terapia familiar pode ser aplicada no trabalho em saúde mental. Para isso, busca compreender como as conversas entre terapeutas e famílias funciona para produzir mudanças de sentidos sobre as questões colocadas pelas famílias sobre sua vida no convívio com a doença mental. Além disso, busca refletir sobre como esta prática se aproxima ou se distancia das ideias colocadas em políticas públicas para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a atuar como terapeuta nas reuniões familiares oferecidas no Hospital-Dia, tal como na rotina comum do serviço. Contudo, estas reuniões serão acompanhadas pelo pesquisador durante todo o processo terapêutico. Elas serão gravadas em áudio e depois transcritas por ele.

As informações reunidas serão utilizadas apenas com fins relacionados à presente pesquisa e sua identidade será sempre mantida em sigilo, sobretudo na divulgação ou publicação dos resultados. Apenas os pesquisadores terão acesso direto às informações reunidas com a pesquisa e elas não serão utilizadas de nenhuma maneira no contexto de seu trabalho institucional. Caso seja de seu consentimento, você será convidado a assinar um termo em anexo autorizando que estas gravações e transcrições fiquem armazenadas em um banco de dados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para você, uma vez que sua participação acontecerá em uma atividade já normalmente oferecida pelo serviço. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender este processo possibilita uma reflexão sobre as práticas sendo desenvolvidas no campo da saúde mental, especialmente considerando sua possibilidade de promoção de saúde e de cidadania.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa “**A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental**”

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do participante: _____
Telefone para contato: _____

Assinatura: _____
Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____
Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Endereço para contato com os pesquisadores:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto –
USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
Av. Bandeirantes, 3900.
Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefone: (16) 3602-4811.

APÊNDICE E – TCLE Para Banco de Dados (Para Pacientes e Familiares)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Composição de Banco de Dados (Para Pacientes e Familiares)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental**”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Doutorado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Esta pesquisa tem por objetivo entender como a prática de terapia familiar pode ser aplicada no trabalho em saúde mental. Para isso, busca compreender como as conversas entre terapeutas e famílias funciona para produzir mudanças de sentidos sobre as questões colocadas pelas famílias sobre sua vida no convívio com a doença mental. Além disso, busca refletir sobre como esta prática se aproxima ou se distancia das ideias colocadas em políticas públicas para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a participar das reuniões familiares oferecidas pela equipe do Hospital-Dia. Essas reuniões ocorrerão normalmente, como na rotina do serviço, mas serão acompanhadas pelo pesquisador durante todo o processo terapêutico. Elas serão gravadas em áudio e depois transcritas por ele. As informações reunidas serão arquivadas em um banco de dados. Trata-se do registro das informações obtidas em meio digital (CD-ROM), de forma que ficarão disponíveis para futuras pesquisas por parte dos pesquisadores, sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi. Seu anonimato será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados futuramente.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis, uma vez que sua participação acontecerá em uma atividade já normalmente oferecida pelo serviço. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender este processo possibilita uma reflexão sobre as práticas sendo desenvolvidas no campo da saúde mental, especialmente considerando sua possibilidade de promoção de saúde e de cidadania.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura: _____
Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____
Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Eu, _____ declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento de meus dados em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do participante: _____

- ☐ Quero ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.
☐ Não quero ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

Endereço para contato com os pesquisadores:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
– USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);
(16) 98118-2491 (Pedro P. S. Martins).

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefone: (16) 3602-4811.
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE F – TCLE Para Banco de Dados (Para Profissionais)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Composição de Banco de Dados (Para Terapeutas)

Você, profissional de um serviço de saúde mental, está sendo convidado a participar da pesquisa “**A Terapia Familiar Como Clínica Ampliada no Cuidado em Saúde Mental**”, realizada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi e pelo psicólogo e estudante de Doutorado Pedro Pablo Sampaio Martins, ambos do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Esta pesquisa tem por objetivo entender como a prática de terapia familiar pode ser aplicada no trabalho em saúde mental. Para isso, busca compreender como as conversas entre terapeutas e famílias funciona para produzir mudanças de sentidos sobre as questões colocadas pelas famílias sobre sua vida no convívio com a doença mental. Além disso, busca refletir sobre como esta prática se aproxima ou se distancia das ideias colocadas em políticas públicas para o cuidado em saúde mental no Brasil.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, você será convidado a atuar como terapeuta nas reuniões familiares oferecidas no Hospital-Dia, tal como na rotina do serviço. Contudo, essas reuniões serão acompanhadas pelo pesquisador durante todo o processo terapêutico. Elas serão gravadas em áudio e depois transcritas por ele. As informações reunidas serão arquivadas em um banco de dados. Trata-se do registro das informações obtidas em meio digital (CD-ROM), de forma que ficarão disponíveis para futuras pesquisas por parte dos pesquisadores, sob responsabilidade da Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi. Seu anonimato será garantido em quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados futuramente. Apenas os pesquisadores terão acesso direto às informações reunidas com a pesquisa e elas não serão utilizadas de nenhuma maneira no contexto de seu trabalho institucional.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração para isso. Além disso, você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis, uma vez que sua participação acontecerá em uma atividade já normalmente oferecida pelo serviço. Você poderá entrar em contato com os pesquisadores em qualquer situação relacionada à sua participação ou quando julgar necessário.

Esperamos que os resultados do presente estudo contribuam para o desenvolvimento de intervenções com famílias em contextos de saúde pública, sensíveis às suas necessidades individuais e sociais. Compreender este processo possibilita uma reflexão sobre as práticas sendo desenvolvidas no campo da saúde mental, especialmente considerando sua possibilidade de promoção de saúde e de cidadania.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura: _____
Pesquisadora: Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Assinatura: _____
Pesquisador: Pedro Pablo Sampaio Martins

Eu, _____ declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos do trabalho. Autorizo o armazenamento de meus dados em um banco de dados e autorizo sua utilização em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo dos mesmos. Declaro que possuo cópia do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do participante: _____

- () Quero ser avisado todas as vezes que meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.
() Não quero ser avisado quando meus dados forem utilizados em futuras pesquisas.

Endereço para contato com os pesquisadores:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
– USP. Departamento de Psicologia. Bloco 5, Sala 33
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefones: (16) 3602-4446 (Carla Guanaes Lorenzi);
(16) 98118-2491 (Pedro P. S. Martins).

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto – USP. Bloco 3, Sala 16.
Av. Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre.
Ribeirão Preto – SP.
CEP: 14040-901.
Telefone: (16) 3602-4811.
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE G –

Exemplo de análise temático-sequencial de uma sessão

Sessão 01x10

Acolhendo o Diagnóstico e a Homossexualidade de Joel

Momento 01x10x01 – Compreendendo o Funcionamento da “Psicose” de Joel

Descrição. A sessão tem início com uma conversa sobre o suicídio de um ator famoso. Joel fala que, às vezes, as pessoas têm dores que os outros não compreendem e lembra-se de uma fase no HD em que estava desconfiando de todos. Ele diz que achava que estava em um surto psicótico e que acredita que sua dificuldade em lidar com a homossexualidade tem a ver com isto, pois se sentia perseguido. Tom propõe explorarem como funciona a psicose de Joel e ele explica que ela está ligada a uma desconfiança de todas as pessoas, até que as conheça e possa confiar nelas. Heloísa pergunta se isto aconteceu com relação a outros pacientes do HD e Joel explica que não, pois todas as pessoas ali estavam em tratamento e, portanto, no mesmo barco. Joel conta que tem dificuldades de lidar com o diagnóstico de esquizofrenia. Sílvia comenta que a esquizofrenia era desconhecida para ele, um dos monstros que falaram na semana anterior.

Momento 01x10x02 – Construindo uma Função Útil para a Desconfiança de Joel

Descrição. Tom diz que a esquizofrenia é, para Joel, como se fosse uma pessoa nova, da qual ele ainda desconfia. Isto causa comoção em todos, que concordam. Joel diz que ajudou-lhe muito a confiar no HD uma conversa que teve com Helena. Tom diz que a desconfiança de Joel parece funcionar como uma febre, que avisa-lhe que algo não vai bem e ele precisa prestar atenção. Neste sentido, conhecer a esquizofrenia como uma nova pessoa chegando poderia ajudá-lo a lidar com a desconfiança que estava.

Momento 01x10x03 – Recorrendo ao Discurso Médico para Explicar o Diagnóstico

Descrição. Joel pergunta qual a relação entre esquizoafetividade e esquizofrenia. Tom responde que não é um especialista em psicopatologia, mas que, simplificando, a esquizoafetividade seria um “primo” da esquizofrenia, no qual há um transtorno de humor e um transtorno psicótico ocorrendo paralelamente.

Momento 01x10x04 – Negociando as Implicações de Contar ou não o Diagnóstico para Outras Pessoas

Descrição. Joel diz que é mais um preconceito, mas que acredita que não pode contar para ninguém do diagnóstico. Pergunta a opinião dos demais. Heloísa acredita que o preconceito existe e que, a depender da pessoa, é possível contar ou não. Fala que, em se tratando dela mesma, sempre fala do próprio sofrimento como forma de ajudar os outros, que não há motivo para se envergonhar. Tom comenta que isto tem a ver com o quanto as conversas nas sessões têm sido francas e abertas e que, em sua opinião, o preconceito existe, mas contar ou não é uma decisão de Joel com cada pessoa. Sílvia acrescenta que a porta de entrada principal é Joel, uma pessoa extremamente agradável, e não o diagnóstico.

Momento 01x10x05 – Conectando Conclusões Entre o Diagnóstico e a Homossexualidade

Descrição. Tom provoca se a homossexualidade não seria, para Joel, como um destes diagnósticos. Joel diz que sofreu muito preconceito na adolescência e Heloísa choca-se, pois

ele nunca havia contado isto. Tom explica que homossexualidade não é um diagnóstico, mas que fez a provocação porque, em seu entendimento, ela é também uma pessoa desconhecida da qual Joel ainda desconfia. Joel diz que quer muito construir uma amizade com esta nova pessoa, mas que ainda não conseguiu. Heloísa conta que, para Joel, o problema maior é mesmo a homossexualidade e Joel fala que é isto mesmo: para ele, é um problema. Mas, não deveria ser.

Momento 01x10x06 – Produzindo uma Metáfora que Naturaliza e Busca Recursos para Joel

Descrição. A pedido de Tom, ele e Sílvia conversam com Pedro na Equipe Reflexiva. Pedro propõe a metáfora de que Joel é mineiro: sempre desconfiado de quem não conhece, porém um ótimo anfitrião quando recebe um amigo em casa. Todos concordam animados. Tom pergunta-se se Joel vai conseguir ser um bom anfitrião para a homossexualidade e Pedro diz que não é “se”, mas “quando” isto vai acontecer. De volta ao sistema terapêutico, Joel afirma que está fazendo um grande esforço para isto e que tem certeza que vai conseguir. Diz ainda que, por viver isto, ama muito as pessoas que sofrem algum tipo de preconceito.

Momento 01x10x07 – Criando uma Noção de Luta Compartilhada a partir da Vivência do Preconceito

Descrição. A partir do comentário de Joel, Tom diz que pensou que o preconceito afasta, mas também une as pessoas. Dá o exemplo de como Joel confiava nas outras pessoas em tratamento. Diz que o preconceito – em diferentes formas e graus – é uma experiência que todos já passaram e, por isso, pode também unir. Pedro pede para falar e conta um exemplo de como sua avó lidou de forma surpreendente quando contou que era gay. Todos se comovem com a história. Pedro comenta sobre como sair do armário foi transformador para toda sua família. Tom chama atenção para como isto transforma o mundo para as próximas gerações. Heloísa concorda que pode ajudar por um mundo com menos sofrimento. Ela diz que preocupava-se com o que Pedro vivia naquelas sessões, por também ser gay. Que aquela história a tranquilizava. Tom aponta como essa experiência aproxima a todos e compartilha também uma experiência pessoal de preconceito que passou. Terminam conversando sobre a composição familiar de todos.

APÊNDICE H – Exemplo de análise: Sentidos de problema e posicionamentos

Momento	Sentidos de problema	Posicionamentos de Joel	Posicionamentos de Heloísa
01x10x01	Falta de pertença de Joel no “mundo hetero” e no “mundo gay”. Preconceito de Joel com a homossexualidade. Aceitação da homossexualidade por parte da família de Joel.	Joel que reconhece seu próprio preconceito e necessidade de transformá-lo. Joel que se afirma homossexual.	-
01x10x05	Aceitação da homossexualidade por parte de Joel.	Joel que sofreu com o preconceito. Joel que quer aceitar a homossexualidade. Joel que reconhece que a homossexualidade não deveria ser um problema.	Heloísa chocada ao se dar conta dos preconceitos que Joel sofreu. Heloísa que reconhece que, para Joel, a homossexualidade sempre foi o maior problema.
01x10x06	Aceitação da homossexualidade por parte de Joel.	Joel em quem a equipe acredita. Joel que está se esforçando e acredita que vai ser capaz de aceitar a si mesmo.	-
01x10x07	Preconceitos da sociedade.	Joel que compartilha uma luta contra o preconceito com outras pessoas.	Heloísa tranquilizada por ouvir uma história pessoal de Pedro.

ANEXO A – Ofício de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa FFCLRP-USP

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/005-vjmc

Ribeirão Preto, 21 de fevereiro de 2014

Prezado Pesquisador,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado “**A TERAPIA FAMILIAR COMO CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**” foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 128ª Reunião Ordinária, realizada em 20.02.2014, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 22630813.4.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que relatórios parciais e final sejam entregues, via Plataforma Brasil, conforme os itens X.1.3.d e XI.2.d, da Res. CNS nº 466/2012.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

Ao Senhor
Pedro Pablo Sampaio Martins
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP USP

c/c:
Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi
Departamento de Psicologia da FFCLRP USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coeto@ffclrp.usp.br

ANEXO B – Ofício de aprovação Comitê de Ética em Pesquisa HCFMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 22 de Abril de 2014

Projeto de pesquisa: “A TERAPIA FAMILIAR COMO CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL”

Pesquisador responsável: Pedro Pablo Sampaio Martins e Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi

Instituição Proponente: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade de Pesquisa Clínica – HCFMRP-USP