

## SER OU ESTAR, EIS A QUESTÃO: AMPLIANDO POSSIBILIDADES DE NARRATIVAS DE SELF

TO BE OR TO BE, THAT IS THE QUESTION: EXPANDING POSSIBILITIES OF NARRATIVES OF SELF

### FLÁVIA PIRES DE CAMARGO

*Terapeuta ocupacional graduada pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC) e formada no curso de especialização de Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).*

### CECILIA CRUZ VILLARES

*Terapeuta ocupacional, Mestre em Saúde Mental pela UNIFESP, coordenadora das atividades docentes no Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental e na Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no Programa de Esquizofrenia (PROESQ) do Departamento de Psiquiatria. Docente convidada no módulo Família e Transtorno Mental no Instituto Famíliae.*

**RESUMO:** Este artigo apresenta algumas reflexões sobre um processo de terapia ocupacional pela perspectiva do construcionismo social. Para sua elaboração foram realizados cinco encontros, visando promover conversas que propiciassem uma avaliação apreciativa conjunta com o cliente a partir das vivências de um período de 18 meses de atendimento de terapia ocupacional. O texto apresenta também mobilizações pessoais vividas no processo. O foco foi principalmente nas mudanças das descrições sobre o cliente, que naquele contexto de tratamento era denominado apenas como paciente “difícil”, e na contribuição da terapia ocupacional orientada pelo construcionismo social nas mudanças das narrativas tanto da equipe quanto do próprio cliente sobre si. O trabalho foi realizado com base em conceitos propostos por autores do construcionismo social como a multiplicidade do *self*, conversa interna do terapeuta, polifonia e posicionamentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** terapia ocupacional, narrativas, construcionismo social.

**ABSTRACT:** This article presents reflections over an occupational therapy process through the perspective of social constructionism. Five encounters between the client and the therapist were performed to promote conversations to provide a joint appreciative assessment of the experiences of 18 months' period of occupational therapy process. This article also presents some personal mobilizations experienced in the process. The focus was the enrichment in the descriptions of the client, who was initially considered no more than simply “difficult”, and the contribution of a social constructionism oriented occupational therapy to the changes in the narratives both of the mental health team and of the client self perspective. The theoretical basis of this article were concepts proposed by authors akin to social constructionism such as self multiplicity, therapist's inner conversation, polyphony and positioning.

**KEYWORDS:** occupational therapy, narratives, social constructionism.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de uma pesquisa realizada para elaboração de minha monografia de conclusão do Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.\* A questão disparadora para escrever sobre um caso atendido em terapia ocupacional na perspectiva do construcionismo social surgiu ao longo do percurso de dois anos do Curso, ao escutar um discurso predominante de uma determinada comunidade, no caso a psiquiatria, e inicialmente tê-lo como verdade. Porém, no decorrer de minha formação fui assumindo uma postura reflexiva e me atendo à escuta dos discursos, tentando compreender: quais os pressupostos de cada discurso? Como utilizá-los quando forem úteis e não tê-los apenas como verdades absolutas e inquestionáveis?

Recebido em: 06/11/2013  
Aprovado em: 26/04/2013

\* O artigo foi elaborado a partir do texto da monografia de conclusão de curso da autora principal, e por esse motivo optou-se por manter o texto como no original, escrito em 1ª pessoa do singular. A coautora deste artigo é a supervisora e orientadora da monografia.

Tais questionamentos foram surgindo no decorrer da formação ao me aproximar das ideias do construcionismo social, uma abordagem que apresentava conceitos com os quais eu não estava habituada a conversar e demandou curiosidade para experimentar colocar em prática um novo jeito de ser e atuar como terapeuta ocupacional. Nesse sentido, ao me deparar com descrições focadas apenas na patologia de João\*, me interessei em saber como era a experiência narrada pelo próprio paciente: o que o impedia de se tratar?; como ele foi construindo uma possibilidade de se tratar? Posteriormente, fui agregando outras perguntas para buscar entender como a terapia ocupacional contribuiu para o processo de mudança de postura do paciente frente ao tratamento.

## MOTIVAÇÃO, OBJETIVOS E GUIAS CONCEITUAIS

A motivação para escrever sobre um caso atendido em terapia ocupacional na perspectiva do construcionismo social surgiu através de minha prática clínica, da percepção que em diversos aspectos há uma possibilidade de articulação entre as ideias do construcionismo social e a terapia ocupacional na saúde mental.

Além disso, me interessei por perceber que as descrições da equipe sobre João funcionavam como uma narrativa dominante que não dava espaço para outras descrições além de “paciente difícil”. Em diversos momentos, escutei:

*“Você está esperando o João? Ele sempre falta!”*,

*“Cuidado ele é um sabonete, vai escapar dos atendimentos”*,

*“Quando atendê-lo, utilize as salas perto da recepção, pois caso aconteça*

*algo alguém poderá te ajudar”* (significando que havia possibilidade de um episódio de agressividade).

Ao me deparar com tais narrativas e perceber a força dos discursos no tratamento dos pacientes na saúde mental, busquei criar um texto propondo uma reflexão sobre o impacto provocado por tais narrativas dominantes e formas alternativas de lidar com o cuidado na prática clínica.

Para tanto, me aproximo de autores como Michael White, Harlene Anderson, Tom Andersen e Kenneth Gergen para dar sustentação teórica para discussão que me proponho a fazer. Estes autores trazem como premissa principal que os significados são construídos discursivamente entre as pessoas, através dos processos de troca dialógica (Rasera & Guanaes, 2006). Segundo Barros (1997), Bakhtin considera que a linguagem é sempre relacional e que o discurso não é individual e sim construído entre pelo menos dois interlocutores inseridos em um contexto histórico, social e cultural. É na linguagem que os significados são construídos e compartilhados por seus interlocutores através das narrativas em que descrições nomeiam e qualificam os sujeitos envolvidos, num processo contínuo de dar sentido a si e ao mundo em que vivem (Rasera & Guanaes, 2006)

Em alguns contextos, como o constituído pelas descrições citadas da equipe em relação a João, é possível identificarmos narrativas que se tornaram dominantes – conceito proposto por White e Epston (1990) a partir da leitura de Michel Foucault sobre a produção do conhecimento/poder e seus efeitos constitutivos, os quais são norteados por verdades normalizadas, influenciando nosso discurso e prática. Segundo White e Epston, no processo de constituição de uma nar-

\* João é um pseudônimo escolhido pelo próprio paciente. Seu nome foi alterado para preservar a sua identidade.

rativa dominante, deixamos de narrar aspectos que não se encaixam em algumas descrições prevalentes para contemplar as tais verdades. Nesse processo vão se enfraquecendo e apagando as descrições que desafiam ou contrariam a narrativa principal, até chegarmos a uma edição com forte valor de verdade pela coerência dos eventos, mas empobrecida da riqueza das histórias alternativas e caminhos colaterais.

Por estas narrativas influenciarem nossas construções de mundo, já que é na linguagem que construímos sentidos de nós e dos outros, acredito aqui ser relevante introduzir o conceito de *self* pela luz do construcionismo social, através de autores como: Gergen, Harré e Shotter, apresentados por Guanaes e Japur (2003). Para estes autores, o *self* é entendido enquanto uma construção social, produto das trocas discursivas situadas, e pode ser considerado como uma expressão da capacidade para a linguagem e a narração, sendo definido a cada momento de uma interação através dos modos pelos quais as pessoas descrevem a si mesmas e são descritas por outras em suas conversações.

Os autores referidos, afinados com a perspectiva do construcionismo social, não consideram o *self* como algo em si, único, que contém uma essência, portanto não concebem descrições universais e naturalizadas. Para o construcionismo social, o *self* é composto por uma multiplicidade de discursos que ao longo da vida vão sendo construídos socialmente. Consequentemente, não considera que exista uma biografia verdadeira ou única a partir do que se vive, mas a construção situada, relacional e sempre atual de múltiplos *selves*. (Guanaes & Japur, 2003)

Assim, visando ampliar as descrições e *selves* de João, escolhi me comprometer com uma abordagem colabo-

rativa que, segundo Anderson (2009), preconiza uma posição filosófica que visa incluir o cliente na participação da construção de seu processo de tratamento, exigindo uma postura menos hierarquizada do terapeuta para convidar e encorajar que a participação do cliente seja de forma mais igualitária e assim, ambos (cliente e terapeuta) sejam coparticipantes do processo. Essa posição, para a autora, torna-se uma forma de ser, um valor, uma crença, um jeito de ver o mundo que não separa o profissional do pessoal.

Na história do tratamento de João no Programa de Esquizofrenia da UNIFESP - PROESQ, ele foi recebendo descrições únicas que ao longo do tempo se cristalizaram, constituindo sua identidade de “paciente difícil” no serviço. Tom Andersen (2010), autor que tem inspirado muitos profissionais que se pautam pelo construcionismo social, faz a seguinte contribuição: “Ninguém é estático, nossa fala sobre a pessoa é que a faz parecer assim (p. 25).” A partir dessa afirmação compreendo que descrições únicas são apenas aspectos de uma história que uma pessoa ou comunidade elege para destacar e narrar, porém isso não significa que a pessoa de quem estamos falando seja apenas o que narramos; tal descrição retrata apenas um recorte e não o todo. Eu indagaria: nós somos ou estamos de determinado modo? Para quem? Onde? Quando? O construcionismo social aponta que há diversos fatores que influenciam nossas descrições.

Assumindo o referencial construcionista social como balizador deste texto, não relatarei apenas o discurso de João; apontarei também minhas vivências, aprendizados e vozes internas. A ênfase que darei é para o conhecimento construído e a particularidade das vivências da relação entre mim e João.

Uma pesquisa com este referencial busca compreender como o processo de interação específico proporciona oportunidades para o surgimento de discursos diferentes e definições singulares. Nesse sentido, a subjetividade do pesquisador é considerada um recurso importante no processo de produção de conhecimento (Rasera & Guanaes, 2006).

Assim, o objetivo deste artigo não é unificar tampouco achar aspectos comuns nos discursos, e sim considerar algumas narrativas e suas importâncias específicas, sem desvalorizar ou eleger apenas uma. Ao contemplar diversas possibilidades e descrições sobre o percurso do tratamento de João para compreender a complexidade que envolve um processo relacional, pretendo contribuir para a literatura e convidar profissionais que atuam em saúde mental e terapeutas ocupacionais em especial, a dialogar com essa perspectiva para ampliar nomeações e descrições de nossos procedimentos e discutir a pertinência do uso de ferramentas teórico-práticas do construcionismo na clínica da terapia ocupacional.

## BREVE APRESENTAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde, com ampla aplicabilidade clínica orientada para emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas, ou seja, por questões físicas, sensoriais, psicológicas, mentais ou sociais, apresentam temporária ou definitivamente dificuldades na participação na vida social. Na prática clínica, a atividade é utilizada como recurso facilitador nas construções de produções significativas, visando o

fortalecimento do sujeito no contexto terapêutico e ampliando possibilidades de ser e fazer no contexto social.

Nos Estados Unidos, a terapia ocupacional surgiu como prática profissional no começo do século XX, inicialmente no contexto da reabilitação física e mental e reinserção social dos traumatizados de guerra (Benetton, 1991). No Brasil, a profissão foi reconhecida em 1959. No campo da Saúde Mental, a terapia ocupacional tem se constituído a partir de influências e desafios de contextos históricos, políticos e sociais, tendo na Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 70 um marco particularmente importante de novas práticas a partir de uma mudança de lógica de assistência, pautada principalmente no processo da desinstitucionalização.

Uma das conquistas da reforma da assistência psiquiátrica foi a consolidação de propostas e estratégias alternativas de assistência extra-hospitalar e o trabalho em equipes multiprofissionais (Mângia & Nicácio, 2001). Nesse contexto, a terapia ocupacional vem firmando-se no rol das intervenções psicossociais que buscam potencializar a independência, a autonomia e a participação social da população atendida. Segundo Mângia e Nicácio (2001), a terapia ocupacional na saúde mental visa ativar novas formas de sociabilidade, de linguagens, de reapropriação das histórias e narrativas de vida e criação de novos contextos, produção de redes de trocas, transformação do cotidiano e a construção de projetos com sentido na vida do sujeito.

## MÉTODO

O processo de investigação sobre esse percurso de atendimento no âmbito de minha especialização foi concebido

como um estudo de caso, e para tal realizei cinco encontros extra-atendimento com o paciente. Esses encontros foram realizados no mesmo local onde aconteciam as sessões de terapia - o Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo -, porém, em horário diferente. Durante essas conversas fora dos atendimentos, fiz algumas anotações visando ter registros para que posteriormente pudesse relatá-los. Também utilizei registros escritos durante o período em que atendi o paciente, bem como anotações de supervisões e reflexões sobre as reuniões clínicas e de equipe em que discutimos o caso. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o número 1782/11. João, o paciente, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Seu nome foi alterado de forma a manter sua privacidade, e a escolha do pseudônimo foi feita pelo próprio.

Visando contextualizar a prática e o estudo narrados a seguir, faz-se necessário apresentar o serviço onde foram realizados os atendimentos de terapia ocupacional. O Programa de Esquizofrenia do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - PROESQ - foi criado em 1989 e tem como objetivos proporcionar a integração entre pesquisa, educação e tratamento para pacientes com esquizofrenia e transtornos relacionados; promover e capacitar profissionais para desenvolver pesquisas nessa área; desenvolver e testar novos tipos de intervenção; adaptar à nossa cultura intervenções que sejam baseadas em evidências; e treinar profissionais para trabalhar com pacientes e familiares (Malta, Attux & Bressan, 2007).

Sua equipe de tratamento é multidisciplinar, formada por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais,

assistente social, enfermeira e auxiliar de enfermagem. O acompanhamento é baseado em uma abordagem compreensiva e individualizada, na qual o enfoque poderá estar na estabilização do quadro clínico, na recuperação das habilidades sociais, na compreensão da doença, na diminuição do isolamento, no desenvolvimento emocional, no restabelecimento de melhor contato com a realidade, na integração da experiência psicótica, na reinserção social e no resgate da história individual. Nesse sentido, a terapia ocupacional é um recurso que possibilita a articulação entre a doença como vivência e seus impactos no cotidiano. É importante ressaltar também que a prática da terapia ocupacional no PROESQ tem servido tanto na assistência aos usuários do serviço, quanto em oferecer um lugar de reflexão e aprendizado aos profissionais em formação no Curso de Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

## REFLEXÕES

### O convite

Após um período de um ano e seis meses de atendimento individual de terapia ocupacional, convidei João para fazermos juntos uma avaliação retrospectiva do processo percorrido; minha ideia era que ele pudesse ser um colaborador em meu trabalho de conclusão de curso.

Ao convidá-lo, deparei-me com muita disponibilidade de sua parte. Disse que se fosse para me ajudar, ele aceitaria, pareceu querer retribuir o espaço de cuidado que construímos juntos durante o processo de terapia. Sua imensa disponibilidade me despertou receio de eleger apenas aspec-

tos que considerasse positivos, ao invés de expressar suas experiências completas, abordando tanto as dificuldades quanto progressos. Porém, pude perceber que João contribuiu com diferentes e variadas apreciações. Adiante refletirei sobre as possibilidades que ocasionaram tais mudanças no decorrer das conversas, baseado nos conceitos da multiplicidade do *self*, polifonia e posicionamentos.

### Possibilidades de diferentes posicionamentos

O processo de reflexão compartilhada com João sobre os atendimentos de terapia ocupacional foi sendo construído com o decorrer dos encontros para o meu trabalho de conclusão de curso. João mostrou-se sério, concentrado, com uma postura diferente da apresentada nos atendimentos. Pude perceber que ele reagiu à mudança de contexto, já que a proposta de realizarmos uma avaliação compartilhada promoveu uma mudança de posicionamento entre nós. Nessa jornada seríamos parceiros, ao invés de paciente e terapeuta, ainda que essa posição não tivesse sido excluída dos encontros de avaliação, pois já fazia parte de nossa relação. Harré e Van Langenhove (1999), autores da teoria do posicionamento, fazem uma distinção importante entre este conceito e o de papel social. Para os autores, o posicionamento é instável e contestável, enquanto que os papéis são relativamente fixos.

Segundo Harré e Van Langenhove (1999), três conceitos são centrais para o entendimento da ideia do posicionamento e da construção discursiva da identidade: posição, força social e linha de história. O dinamismo entre estes é que define os posicionamentos que assumimos ao longo da vida em

diferentes relações. Segundo o autor, a posição está relacionada à força social, que evidencia a negociação dos posicionamentos, ou seja, o ato das pessoas assumirem posições ou atribuírem ao outro determinada posição. As variações de posicionamentos são influenciadas por normas sociais que regulam as interações, além das situações específicas em que ocorrem. Também contribuem para o dinamismo dos posicionamentos a linha de história, referente aos conjuntos de significados associados pelos interlocutores às posições num determinado contexto interativo. Os significados não se restringem à conversa atual, mas também as construções de experiências anteriores que adquirem sentido no momento da interação (Harré & Van Langenhove, 1999).

Para mim, este conceito tornou-se útil à medida que pude evidenciar mudanças de posicionamentos de João tanto nos atendimentos quanto a partir de seus relatos. Em diversos momentos, ele referiu que quando realizávamos atividades na sessão, sentia-se produtivo, diferente de como sentia-se em casa. Isso ocorria principalmente quando fazíamos ou falávamos algo que remetia ao tema “trabalho”. João disse, por exemplo: “*Embora eu não tenha achado emprego, me sentia apoiado aqui, em casa, minha mãe só brigava comigo.*” Segundo João, o fato de falar sobre o assunto fazia sentir-se “*progredindo*”, “*caminhando para frente*”, “*fazendo algo de responsabilidade*”.

Por muito tempo, pesquisar sobre emprego, fazer seu *curriculum* e falar sobre tudo isso foi uma atividade recorrente nos atendimentos. Durante essa conversa, me conectei com os inícios dos atendimentos, quando ainda não havia entrado em contato com os conceitos do construcionismo social. Lembro-me de que quando realizáva-

mos essas atividades mencionadas sobre trabalho, eu me sentia angustiada, como se estivesse enganando-o, pois estava imersa nas descrições da equipe e só conseguia enxergar incapacidades. Eu visava que, a partir do fazer, ele pudesse adequar seus desejos com suas possibilidades, pois ele apresentava muita dificuldade com, por exemplo, mexer no computador e ainda assim desejava ser técnico de informática. Somente após a possibilidade de falarmos sobre o que fazíamos é que pude perceber a importância e o sentido que tinham, para João, tais atividades.

Também foi possível observar que em nossa relação ocorriam diversas mudanças de posicionamentos durante os atendimentos de terapia ocupacional: em alguns momentos, pude ensinar a João algumas técnicas e, em outros, aprender com ele. No contexto de atendimento de terapia ocupacional há sempre grandes possibilidades de mudanças de posicionamento, principalmente pelo convite de sentar ao lado, realizar atividades junto e compartilhar materiais e experiências de fazer. Numa mesma sessão de terapia ocupacional, João podia ser quem sabia e quem aprendia algo novo, assim como eu podia ser a terapeuta que sabia ou que experimentava.

A utilização de materiais possibilita ações potencialmente significativas, como: ensinar, projetar, experimentar, errar, acertar, aprender, refazer, refletir, apreciar, ou seja, vivenciar diversas experiências que podem contribuir para construção de narrativas alternativas a partir da realização de atividades e do diálogo que inclui tanto assuntos sobre o que acontece naquele contexto, quanto vivências de fora do espaço da terapia ocupacional (Villares, 2007).

Notei também que as experiências que aconteceram no espaço da terapia ocupacional puderam ampliar-se para

outros contextos e favorecer que João assumisse outras posições. Ele descreveu, por exemplo, uma situação em que produziu um presente para sua mãe. Ao presentear, ele se sentiu muito feliz, valorizado e capaz de realizar trocas com ela, que segundo João, o descrevia apenas como preguiçoso. Nesse caso, o ato de fazer algo e presentear sua mãe possibilitou uma mudança de João-o-preguiçoso-que-só-dorme-e-não-trabalha para João-filho-afetuoso-produtivo,

Outra forma de mudança de posicionamento que evidenciei nos atendimentos de terapia ocupacional foi a possibilidade de João ter tido liberdade de eleger os assuntos que conversaríamos. Geralmente, ele optava por mostrar seus aspectos saudáveis. Durante alguns meses, não era possível falarmos sobre sua doença. Quando abordávamos esse assunto, ele dizia: *“Eu tive um surto psicótico causado pela maconha, hoje não tenho mais nada.”* Esse discurso era frequente e, para a psiquiatria, ele tinha ausência de noção e crítica de sua doença. Durante o processo de avaliação, abordamos esse assunto, retomando os motivos que o faziam evitar falar de seu diagnóstico no início dos atendimentos.

Minha compreensão disso, atualmente, está relacionada a João poder assumir outros posicionamentos naquele contexto e não apenas o de doença mental. João conseguiu dizer que sempre soube que tinha esquizofrenia, mas tinha preconceito, pois pensava que quem tinha esse diagnóstico fosse incapaz *“de se relacionar, fazer amizades, além de ser uma pessoa muito devagar”*. João demonstra em sua fala um conteúdo de autoestigma, ou preconceito e discriminação sobre si mesmo. É comum que pessoas com esquizofrenia tenham sentimentos de desvalorização, chamados por alguns autores de

crenças negativas, expressas por sentimentos de incompetência, fraqueza de caráter e periculosidade, além de baixa autoestima. Esses são sentimentos e comportamentos responsivos ao estigma social e geralmente aumentam o isolamento e dificuldade em procurar ajuda (Rüsch *et al.*, 2005).

Durante os atendimentos, foi possível construirmos outras descrições além de suas impossibilidades e limitações. As atividades realizadas foram recursos em nossa relação que proporcionaram que João experimentasse outras formas de ser e se descrever. Naquele espaço, conseguimos construir um contexto em que João considerou também seus aspectos saudáveis, com menos ênfase na patologia. Acredito que tenhamos conseguido alcançar o que Andersen (1997) chama de um contexto emocional seguro e respeitoso, o qual promove a possibilidade do outro dizer aquilo que ele quer que eu ouça, tendo liberdade. Acredito que Brockmeier e Harré (2003) complementam dizendo que temos um repertório local de formas narrativas que se entrelaçam num cenário cultural de ordens discursivas, que determinam quem conta qual história, quando, onde e para quem.

Embora eu consiga fazer esta leitura hoje, me recordo que no início dos atendimentos o fato de João não querer falar sobre seu diagnóstico me fazia pensar que ele estava me manipulando, sentimento este que estava atrelado às descrições da equipe. A seguir, abordarei mais profundamente minhas mobilizações e conversas internas.

### **Conversa interna do terapeuta**

Rober é um dos autores que mais tem abordado o conceito de conversa interna do terapeuta dedicando-se a

compreender quais são os conteúdos internos do terapeuta durante a conversa na sessão terapêutica. Ele pretende estudar o que o terapeuta está pensando e sentindo durante a sessão e onde sua atenção está focada.

O autor faz contribuições ao mostrar que nós, terapeutas, estamos presentes na sessão como seres humanos completos e em relação com nossos clientes. Por isso, ele diz que, durante a sessão, o terapeuta tem dúvidas, hesita, compreende as experiências do cliente, observa os recursos do cliente, é surpreendido, e assim por diante. Ele afirma que o terapeuta, emocionalmente afetado em seu encontro com o cliente, vivencia alegria, alívio, tensão, desânimo, entre outros sentimentos (Rober *et al.*, 2008).

Este conceito fez muito sentido em minha prática, pois nomeou inquietações e contribuiu muito para minha atuação quando comecei a utilizá-lo, ao invés de tentar me afastar do que estava sentindo, principalmente quando acreditava serem sentimentos “ruins”. Atualmente, ao invés de julgar o que sinto, me proponho a pensar porque tal situação me afeta de determinada maneira e quais as conversas internas que estão acontecendo.

Durante as conversas com João, eu ficava muito atenta ao que me conectava, principalmente em relação às experiências vividas nesse processo. Lembro-me que, no início, eu tinha muito receio que João não aderisse aos atendimentos de terapia ocupacional. A voz da equipe estava sempre presente, carregada de recomendações para eu ter cuidado devido sua “resistência” – era assim que nomeavam sua dificuldade de se engajar no tratamento. Acredito que tais recomendações eram formas de cuidado que tinham para comigo, pois estava iniciando minha formação profissional e atender João e promover

sua adesão ao tratamento era um desafio para todos. Assim, todos os alertas da equipe permeavam os encontros e conversas entre mim e João.

Peter Rober (2009) chama esse fenômeno de conversa interna do terapeuta, referindo-se a tudo que o terapeuta pensa, sente, vivencia, durante o atendimento. O terapeuta cria um espaço reflexivo interno. Baseado na teoria de Bakhtin sobre a natureza dialógica da vida, o autor descreve o terapeuta como polifônico, pois é composto por diferentes vozes internas que contêm traços de todos os sujeitos, possíveis e reais, que, de certa forma, fazem parte de quem somos.

De acordo com Rober, as conversas internas podem conter vozes tanto do *self* vivencial quanto do *self* profissional, na verdade há uma conversa entre os dois *selves*. Ele descreve o *self* vivencial a partir das observações do terapeuta, como memórias, imagens e fantasias que são ativadas na relação. Já o *self* profissional, para ele, é o ato do terapeuta criar hipóteses e preparar suas respostas.

Também pude perceber que durante as conversas com João minhas perguntas, em muitos momentos, eram formuladas para investigar o sentido de algumas colocações, pois minhas hipóteses tendiam a um desvalor referente ao meu trabalho como terapeuta ocupacional, conteúdo presente em algumas vozes que me constituem.

Como exemplo de uma conversa interna, destacarei um trecho da conversa com João quando abordamos sua resistência/dificuldade de adesão aos atendimentos de terapia ocupacional: ele disse que inicialmente achava que iria fazer apenas artesanato, “*não sabia que fazer esse tipo de atividade ajudaria na coordenação motora e distração*”. Penso que quando fala sobre a coordenação motora está se referindo às pes-

soas que não se movimentam, que têm suas atividades interrompidas por causa da doença; ele havia feito essas considerações em nossos atendimentos, acreditava que pessoas com esquizofrenia pudessem ficar enrijecidas. Quanto à distração, pedi que descrevesse o que pensou quando disse distração, qual o sentido para ele desta palavra, o que estava querendo dizer sobre isso? Para mim, a palavra havia soado como algo pejorativo, por isso pedi que explicasse melhor, para compreender seu ponto de vista ao invés de colocar apenas meus valores e sentidos, tomando minha impressão como verdade. João fez uma breve explicação por escrito: “*Distração serve para ocupar e preencher seu tempo vago com algo útil, faz com que se sinta uma pessoa ocupada e também desenvolve a coordenação motora e a atenção com o trabalho que o paciente se identificar.*”

Após sua explicação sobre os termos usados nesse momento e em outros, pude perceber e confirmar que minhas hipóteses iniciais estavam mais conectadas com as vozes do meu *self* pessoal. Rober (2008), em seu texto “*What’s on the therapist’s mind?*”, dividiu momentos da conversa interna do terapeuta em quatro principais categorias de reflexão; destacarei entre elas a categoria “focando na própria experiência do terapeuta”, a qual refere-se ao momento que o terapeuta vivencia emoções, reflexões, e autofala em cada momento da sessão. Essa experiência contribuiu para ampliar meu raciocínio e possibilidades de manejos terapêuticos.

### **Possibilidades ou impossibilidades de diferentes discursos**

“*Não há uma história de vida única a ser contada*” (Rasera & Japur, 2001, p.

204). Porém, culturalmente, espera-se que tenhamos uma identidade estável, coerente, integrada e durável.

Durante as conversas com João, me pareceu que seu discurso vinha pronto, parecia seguir um *script*. Chegava a ser repetitivo em sua lógica, inclusive cronológica. Descrevia concisamente sua dificuldade inicial de aceitar a doença e o tratamento medicamentoso, do apoio da terapia ocupacional e que atualmente considerava estar bem, principalmente do ponto de vista de seus sintomas (alucinações e delírios).

Eu me perguntava: por que João estava tão preso a estas descrições? Percebia que suas narrativas estavam diferentes das narrativas de alguns atendimentos. O que estava acontecendo? Em busca de compreender tais mudanças, lembrei-me que alguns encontros foram realizados após sua consulta médica. As vozes internas de João ainda estavam em outra conversa. Às vezes, ele me respondia que já tinha dado seu depoimento para o médico, referindo-se a uma gravação que fez com o mesmo para uma reunião clínica, na qual relatava seu tratamento com foco nas medicações. João estava imerso nesta experiência.

*[...] o discurso não é pensado como um bloco uniforme, mas como um espaço marcado pela heterogeneidade de “diversas vozes”, vindas de outros discursos – o discurso de um outro (interlocutor) posto em cena pelo enunciador ou o discurso do enunciador colocando-se em cena como um outro [...] o sujeito traz em si todas as vozes que o antecederam, um mundo que já foi articulado, compreendido diferentemente (Cavalcante, 2005, p. 5).*

Refletindo do ponto de vista do construcionismo social, segundo An-

dersen (1997), “*falar é informador e formador*”, já que o significado de estar no mundo é construído na linguagem. Referente a esta afirmação, o autor questiona: “*Através de qual linguagem deve a pessoa buscar as palavras para formar-se a si própria?*” (p. 24). Penso que as descrições do próprio João, assim como as descrições feitas de João a partir da linguagem da psiquiatria, tornaram-se cristalizadas e únicas. Ele parecia impossibilitado de ampliar suas narrativas. Em alguns encontros, me deparei com uma imensa dificuldade de promover ampliações de descrições. João não se aprofundava em suas vivências, por exemplo: dizia que tinha dificuldade de tomar remédio porque acreditava que poderia se curar sozinho. Quis explorar mais esse assunto, pois era algo que permeava nossos atendimentos e seu relacionamento com a equipe, já que o principal projeto terapêutico visava na qual adesão de João ao tratamento tanto medicamentoso quanto de terapia ocupacional.

Após repetir diversas vezes que não tomava o remédio como prescrito por que acreditava que poderia se curar sozinho, João, em um determinado encontro no qual conversamos sobre o remédio sob o aspecto dos efeitos colaterais, trouxe questões até então nunca abordadas. Ele descreveu quando e por que interrompia o uso da medicação:

*Quando via que estava engordando, parava, pois sempre fui atleta, tinha o corpo definido. Hoje estou gordo e indisposto. As pessoas acham que engordei por gula, desleixo, não sabem do meu problema. Um dia minha cunhada falou que estou gordinho, que assim não conseguirá me apresentar a nenhuma amiga, sei que tem razão, mas estética não é tudo. É um abalo psicológico para um atleta*

*que virou um balão e as pessoas ficaram tirando uma.*

Em seu relato, fica evidente um conflito em ter que escolher entre a estética, algo muito importante para ele, e o tratamento, já que um dos efeitos colaterais do remédio é o ganho de peso. Além disso, de certa forma, João aborda o sofrimento com a estigmatização. Thornicroft (2008) afirma que o estigma é composto por três elementos que contribuem para sua existência e persistência, sendo eles: ignorância (falta ou conhecimento inadequado), preconceito (crenças e atitudes negativas direcionadas às pessoas estigmatizadas, incluindo pensamentos negativos e também emoções negativas como raiva, hostilidade e repugnância) e, por último, a discriminação (comportamentos evitativos e de rejeição direcionados às pessoas estigmatizadas). A combinação destes três elementos tem uma força poderosa para a exclusão social de pessoas com doenças mentais.

Não podemos deixar de mencionar que a esquizofrenia está associada a descrições sociais de muito desvalor; os aspectos mencionados sobre estigma compõem narrativas sociais de que o louco tem comportamentos bizarros e estranhos, ou seja, comportamentos que fogem à norma social. Além disso, a mídia enfatiza a loucura como distúrbio de periculosidade, sentido este que vai sendo compartilhado com a sociedade (Santos & Cardoso, 2011). Assim, por ter o diagnóstico de esquizofrenia, João carrega consigo aspectos mencionados por estudiosos sobre o estigma e algumas descrições preestabelecidas.

Gergen & McNamee (2010) abordam este tema em seu texto “Do discurso sobre a desordem ao diálogo transformador”. Os autores fazem re-

flexões sobre as terminologias do discurso do transtorno mental e o impacto dessa linguagem na vida de pessoas que buscam tratamento clínico ou alguma forma de terapia, bem como as vantagens e desvantagens que este tipo de discurso traz.

Do ponto de vista construcionista social, uma linguagem específica, aqui no caso da psiquiatria, pode ser importante e útil para alguns fins, porém de importância marginal aos que não fazem parte desta comunidade linguística. Alertando para como as terminologias focadas na patologia podem levar à estigmatização, os autores propõem ampliações dos discursos e o envolvimento de vozes que muitas vezes são silenciadas por um “saber técnico” dos profissionais que desconsidera a importância das vozes da família, amigos e comunidade. A inclusão destas outras vozes pode contribuir para a ampliação de recursos ao invés de apenas investigar uma verdade ou solução pautada em um único discurso, que compartilha sentidos apenas entre esta determinada comunidade.

Ainda que compartilhemos das ideias de Gergen & McNamee neste texto, nossa sociedade tende a atribuir o saber aos profissionais da saúde, o que acaba afastando e deslegitimando o saber do paciente e outras comunidades com menos poder social. Shotter (2000) descreve o caráter responsivo e retórico do processo de comunicação, afirmando que em nossas conversas estamos sempre respondendo a outros (presentes ou não), antecipando possíveis respostas e nos posicionando de diversos modos dependendo do contexto da conversa. O autor também propõe pensarmos na comunicação enquanto ação-conjunta, sempre ocorrendo entre dois ou mais interlocutores por quem será criado conjunta-

mente um determinado *setting* prático-moral, no qual algumas regras e acordos são construídos a partir de dentro da própria interação, gerando possibilidades e limites para o relacionamento entre eles, direcionando o que podem ou não fazer, dizer e sentir. Shotter chama esta relação de dinâmica e viva, construída entre as pessoas que participam da conversa, aquelas que produzem um sentido.

Em consideração às ideias de Shotter, gostaria de propor que pensássemos: quais posições assumimos quando estamos com nossos pacientes? Quais convites propomos? Quais termos utilizamos para descrevê-los? Que tipo de perguntas formulamos, ampliadoras ou restritivas? Estas e outras indagações podem contribuir para a promoção de uma relação mais igualitária, para conversações que propiciem o surgimento de “oportunidades, opções e escolhas – ainda não consideradas ou inéditas – que podem construir novas realidades” (Schnitman 2000, p. 291) ao invés de investigar aspectos para comprovação da verdade do profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar meu texto, irei relatar brevemente algumas transformações que percebi nos discursos da equipe após o período de 18 meses de acompanhamento. Também apontarei algumas mudanças de João em seu tratamento.

Tendo em vista que as descrições são construídas socialmente, Anderson (2009), em referência a Bakhtin (1986), afirma:

*Nenhuma declaração pode ser atribuída exclusivamente ao falante; ela é produto da interação dos interlocu-*

*tores e, mais amplamente, o produto de toda complexa situação social em que ela ocorreu (Bakhtin, 1986, apud Anderson, 2009).*

Assim, não tratarei apenas das contribuições da terapia ocupacional, pois considero múltiplos fatores que contribuíram para seu progresso e adesão ao tratamento.

De modo geral, durante o período em que o atendi em terapia ocupacional, João esteve mais assíduo e envolvido em seu tratamento no PROESQ. Nos atendimentos de terapia ocupacional, conseguiu se engajar e participar de maneira ativa. É interessante que, embora sua frequência tenha aumentado ao longo do tempo, João tenha mencionado em nossas conversas de avaliação que acredita ter ficado mais ausente nos últimos meses do seu atendimento em terapia ocupacional. Compreendi que sua percepção estava relacionada a uma mudança no sentimento atribuído às faltas, pois, segundo João, quando não comparecia aos atendimentos não era por falta de interesse, como no início, e sim devido à sonolência causada pelo efeito colateral do remédio. “Quando não venho sinto falta do atendimento, mas às vezes não consigo.”

Com o decorrer de seu envolvimento no tratamento, João aderiu aos atendimentos de terapia ocupacional e à medicação. Com isso, aos poucos, pôde receber outras descrições dos profissionais da equipe e os comentários sobre suas faltas também foram diminuindo. Entendo que essas mudanças nas descrições foram decorrentes de sua melhora clínica. Porém, o convite que faço aos profissionais é que, ao invés de qualificar, nomear e julgar as ações dos pacientes apenas com uma linguagem técnica, possamos (paciente e terapeuta) buscar uma

compreensão mútua e exploração dos problemas através do diálogo, construir conjuntamente os sentidos e legitimar o saber de cada um. Para o construcionismo social, segundo Anderson & Goolishian (1997), o cliente é o especialista em sua questão ou problema. O terapeuta com sua *expertise* tem como função promover um espaço para conversas terapêuticas; como instrumento, utiliza perguntas que desenvolvem o processo do diálogo, visando ampliar as possibilidades de novas narrativas.

O discurso predominante da psiquiatria no serviço em que João foi atendido foi uma das questões disparadoras para elaboração desse artigo. A partir disso, propus reflexões norteadas pela perspectiva do construcionismo social, referencial este que sustenta que é na linguagem que os significados são construídos e compartilhados por seus interlocutores através das narrativas em que descrições nomeiam e qualificam os sujeitos envolvidos, num processo contínuo de dar sentido a si e ao mundo em que vivem.

Nesse sentido, é importante nos sensibilizarmos sobre a responsabilidade que temos ao construirmos narrativas e descrições considerando apenas os termos específicos de nossas profissões. Como mencionado no trabalho, discursos com terminologias pautadas apenas na patologia podem gerar estigmatização. Além disso, são discursos restritivos que não contemplam a multiplicidade do *self*. Geralmente, são discursos com poder social e, dessa forma, tendem a desconsiderar outras possibilidades de descrições, partindo do princípio que este é o melhor modo ou até mesmo “a verdade”. Não estou afirmando com isso que os termos técnicos não têm utilidade, mas sim, que devemos utilizá-los com ponderação, já que não há

como garantir que todos se beneficiem desta linguagem.

Outro ponto a considerar é que a partir da perspectiva construcionista social, nós, terapeutas, somos constituídos por diversas vozes, no entanto é importante que tenhamos uma atitude reflexiva, nos conectando com nossos valores e concepções a respeito das questões trazidas pelo cliente. Nossa participação enquanto terapeuta não parte da neutralidade e sim da multiparcialidade, a qual considera e trabalha com todas as visões presentes no encontro terapêutico, inclusive do terapeuta; porém, o objetivo não é corrigir ou aperfeiçoar as descrições de acordo com nossas crenças e sim promover uma conversa colaborativa tendo todos que participam em posição mais igualitária.

Além disso, durante esse percurso, pude perceber que o construcionismo social pode se articular com a terapia ocupacional na área da saúde mental, principalmente pela afinidade de ambos em buscar ampliações de possibilidades de vida. A terapia ocupacional, através das atividades inseridas em um contexto relacional e de experimentação, promove trocas de experiências e mudanças de posicionamentos, além de acolher diversas vozes, muitas delas para além do foco na patologia. As vozes que evidenciam os aspectos saudáveis e potencialidades fazem surgir a possibilidade do cliente reconhecer outras formas de ser e se descrever, e de construir repertórios alternativos para lidar com dificuldades e limitações decorrentes dos sofrimentos.

Por fim, é importante que mais estudos sejam realizados na área da terapia ocupacional sob perspectiva do construcionismo social, para que possamos ampliar e aprofundar a compreensão da pertinência do uso deste referencial em nossa prática.

## REFERÊNCIAS

- Andersen, T.** (1997). A linguagem não é inocente. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 7, 5-11.
- Anderson, H., & Goolishian, H.** (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In S. McNamee & K. J. Gergen. *A terapia como construção social* (pp. 34-50). Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, H.** (2009). Terapia colaborativa: relacionamentos e conversações. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 33, 37-52.
- Barros, D. L. P.** (1997). Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: B. Brait (org.). *Bakhtin, dialogismo e construção do sentido* (pp. 27-38). Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Benetton, M. J.** (1991). *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos.
- Brockmeier, J., & Harré R.** (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 525-535.
- Cavalcante, M. S. A. O.** (2005). O sujeito responsivo / ativo em Bakhtin e Lukács. Recuperado em 05 Janeiro, 2012, de <http://www.ufrgs.br/analisadodiscurso/anaisdosead/2SEAD/SIMPOSIOS/MariaDoSocorroAguarDeOliveiraCavalcante.pdf>
- Gergen, K. J., & McNamee, S.** (2010). Do discurso sobre a desordem ao diálogo transformador. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 38, 47-62.
- Guanaes, C., & Japur, M.** (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 135-143.
- Harré, R., & Van Langenhove, L.** (1999). The dynamic of social episodes. In: R. Harré, & L. Van Langenhove. *Positioning Theory: moral contexts of intentional actions* (pp. 01-13). Oxford: Blackwell Publishers.
- Malta, S. M., Attux C., & Bressan, R. A.** (2007). *Esquizofrenia: integração clínico-terapêutica*. São Paulo: Atheneu.
- Mângia, E. F., & Nicácio F.** (2001). Terapia ocupacional em saúde mental; tendências principais e desafios contemporâneos. In M. M. R. P. De Carlo, & C. C. Bortalotti. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (pp. 63-80). São Paulo: Plexus.
- Rasera, E. F., & Guanaes, C.** (2001). Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 201-209.
- Rasera, E. F., & Guanaes, C.** (2006) O terapeuta como produtor de conhecimentos: contribuições da perspectiva construcionista social. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26, 76-85.
- Rober, P., Elliott R., Buysse A., Loots G., & De Corte K.** (2008) What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 18, 48-57.
- Rober, P.** (2009). A conversa interna do terapeuta na prática da terapia de família: lidando com as complexidades dos encontros terapêuticos com famílias. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 35, 46-60.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan W. P.** (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20:529-539.
- Santos, J. E., & Cardoso, C. M. S.** (2011). Narrativas e experiências acerca da loucura: uma reflexão de profissionais de comunicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38):727-39.

- Schnitman, D.** (2000). *O novo paradigma da ciência*. In: H. M. Cruz. *Papai, mamãe, você... e eu?: conversações terapêuticas em famílias com crianças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Shotter, J.** (2000). *Conversational realities: constructing life through language*. Londres: Sage.
- Thornicroft, G.** (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1):14-19.
- Villares, C. C.** (2007). *Terapia Ocupacional*. In: S. Malta, C. Attux, R. A. Bressan. *Esquizofrenia: integração clínico-terapêutica* (pp. 51-62). São Paulo: Atheneu.
- White, M., & Epston, D.** (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nova York: Norton Publishers.