

A prática em Terapia de Família e as Redes Sociais Pessoais¹

Márcia Lúcia Rieth Uber²

Mariana Gonçalves Boeckel³

Resumo

Sabe-se que as redes sociais pessoais são essenciais na construção da subjetividade e da identidade, além de enriquecerem a percepção de cada indivíduo, enquanto ser social. Partindo disso, o presente artigo apresenta resultados de uma investigação qualitativa sobre a percepção de quatro psicólogas e terapeutas de família acerca do uso da rede social pessoal na prática profissional. As informações foram coletadas através de entrevista semiestruturada e, analisadas conforme a Análise de Conteúdo. Dentre os resultados, salienta-se o fato das participantes relacionarem a temática das redes sociais pessoais com sua prática clínica, bem como definirem suas próprias redes sociais como depositárias de identidade, de cuidado e de responsabilidade pelo outro. Os conceitos e percepções trazidas compreendem as redes sociais pessoais como favorecedoras de habilidades geradoras das práticas sociais, da visão de mundo e de cada indivíduo, sendo compreendidas como ferramenta na prática clínica na contemporaneidade.

Palavras-chave: redes sociais; terapia familiar; construcionismo social.

The Practice of Family Therapy and Personal Social Networks

Abstract

The relationships which give meaning to our lives, and which we name personal social networks, compose an essential part of our identity, at the same time as they enrich our perception of ourselves as social beings. Parting from this point, the present qualitative research has focused on the perception of the importance of the personal social network. Four psychologists and family therapists have taken part in the research. The information was collected from semi-structured interviews and has been analyzed according to Content Analysis. Among the discussions, special emphasis has been given to the relation of the theme with their clinical practice. The process gave us a clear idea of how much our social networks contribute to our social practice, to our vision of the world and of ourselves.

Keywords: social networks; family therapy; social constructivism.

¹ Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal – UNISINOS.

² Enfermeira e aluna do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal – UNISINOS.

³ Psicóloga, professora e supervisora do Curso de Especialização em Terapia Familiar e de Casal – UNISINOS, professora adjunta Curso de Psicologia Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Introdução

A participação das Redes Sociais Pessoais (RSP) na vida dos indivíduos se dá desde o nascimento até a morte. Os seres humanos participam de uma trama interpessoal que os molda e que contribuem para moldar – a sua rede social (Sluzki, 1997). Desde o início dos anos setenta, Carlos Sluzki é um dos principais representantes da temática das redes sociais na prática sistêmica. Para Sluzki (1997) a rede microssocial da qual as pessoas fazem parte contribui de maneira substancial para gerar suas práticas sociais assim como, a visão do mundo e de si mesmos. O nicho social de relações pessoais no qual habitam é parte crucial da própria identidade e evolui ao longo da vida. As mudanças na rede social constituem um marcador para os diversos períodos do ciclo vital (Sluzki, 1997).

O conceito de redes permite focalizar exatamente as relações entre pessoas e grupos nas quais valorações e percepções estão atuando. Nas redes os indivíduos encontram-se envolvidos com outros em ação, mas também em avaliações, julgamentos e, até mesmo, estigmas (Hita & Duccini, 2008).

Já em meados da década de setenta, Bott (1976) afirmava que o emprego da noção de rede social permite entender como a família, apesar de não estar encapsulada em nenhum grupo ou instituição nas sociedades complexas, articula-se com outros grupos e instituições através da rede de relações pessoais que ligam seus membros. Esta temática constitui-se, assim, uma instância necessária para contribuir e desenvolver um trabalho clínico no campo da saúde mental familiar mantendo um olhar ecossistêmico responsável (Sluzki, 1997).

Nos anos noventa, Dabas (1995) afirmava que as RSP surgem como um nível de análise possível de uma realidade que só pode ser compreendida e abordada em sua complexidade, e premiam os terapeutas e pesquisadores com a possibilidade de contar com uma construção que aborda os novos paradigmas do pensamento contemporâneo.

Na atualidade, as redes sociais configuram campo de saber em rápido crescimento em todo o mundo. Disciplinas tanto pertencentes às ciências “duras” (matemática, física, informática etc.) como também às ciências “brandas” (sociologia, psicologia, ecologia, antropologia, linguística) estudam as relações sociais. Tal fato atesta certa posição privilegiada dos trabalhos em análises de redes sociais, exatamente por sua característica interdisciplinar (Marques, Landim, Collares & Mesquita, 2011).

A teoria sistêmica se emancipou da perspectiva pragmática reducionista dos anos sessenta. Uma crítica aos modelos terapêuticos diretivos, instrumentais e voltados para o controle foi desenvolvida, emergindo um referencial não instrumental, baseado em princípios construcionistas, enfatizando o poder da interação, que é reforçado pela terapia familiar. Os processos de interação que constroem os sentidos sociais passaram a ser uma questão crucial na teoria e na prática da psicoterapia (Frugeri, 1998).

A contemporaneidade permite que se considerem múltiplas possibilidades, múltiplas versões. Diminui a tendência a nos mantermos apegados a uma ideia, a uma só possibilidade como certa, única ou, até mesmo, necessariamente, a melhor. Ao invés disso, existe hoje uma maior aceitação de

várias ideias e modos de pensar, bem como uma maior predisposição de se aprofundar múltiplas opções. A contribuição do pensamento social construcionista para o pós-modernismo se formaliza na assertiva de que realidades são construídas pelas pessoas, para que estas se adaptem a determinados contextos (Carneiro & Ponciano, 2005; Zimmerman & Dickerson, 1998).

McNamee e Gergen (1998), como proponentes do Construcionismo Social, afirmam que essa interação social é responsável pela criação de significado para as pessoas. Eles refletem que todos os fragmentos de identidade são resíduos de relacionamentos, e que os indivíduos sofrem contínuas transformações conforme passam de um relacionamento para outro.

O Construcionismo Social representa a realidade, as pessoas e os fenômenos psíquicos como sendo produzidos discursivamente. As práticas discursivas são vistas como práticas sociais conjuntas cuja unidade fundamental são as conversas. O Construcionismo Social coloca os processos psicológicos como práticas produzidas em sistemas conversacionais e, o psíquico no processo das relações (Rey, 2004).

Na terapia, a interpretação, a busca do entendimento, é sempre um diálogo entre o cliente e o terapeuta. Uma conversa terapêutica é, também, uma história de vida individual, concreta, detalhada e em lenta evolução, estimulada pela posição de não saber e pela curiosidade do terapeuta, que precisa estar aberto para a variedade de verdades que podem se revelar em uma escuta ampliada. São esta curiosidade e este não saber que abrem o espaço conversacional e, assim, aumentam o potencial do desenvolvimento narrativo de novos meios de ação e liberdade pessoal (Anderson & Goolishian, 1998; Barros & Marsden, 2008).

As descrições do terapeuta não podem ser consideradas abstrações – elas são realidades construídas socialmente. As crenças que constroem estas realidades não são ideias na mente das pessoas, elas são geradas em processos de comunicação, sendo sustentadas por meio da interação social. Os sistemas de crenças ligados à prática do terapeuta e o modo como ele coordena suas ações com as das famílias não podem ser subestimados nem permanecer invisíveis, pois o processo terapêutico e seus resultados dependem deles. Eles se libertam da noção de controle unilateral e são, ao contrário, colocados na dinâmica da co-construção sistêmica. O poder e a responsabilidade do terapeuta são assim redefinidos (Fruggeri, 1998; Costa, 2010).

O Construcionismo Social é a criação constante de significados dentro do diálogo. Significado esse, mantido tal como é apresentado pelas pessoas, emergindo daí um diálogo no qual o terapeuta participa da produção de significados a partir daquilo que ele próprio é. O terapeuta construcionista não atua sobre o mundo, ele está no mundo (Elkäim, 2000). Há um convite para uma autorreflexão crítica que pode proporcionar formas alternativas de entendimento. Busca-se romper o dualismo sujeito-objeto sobre o qual se fundamenta a visão tradicional do terapeuta-cientista. Assim como os terapeutas de família sistêmicos, o Construcionismo Social também tem entre suas preocupações centrais não os indivíduos, mas as redes relacionais (McNamee & Gergen, 1998; Japur & Rasera, 2005).

Sluzki (1997) é guiado por uma óptica sistêmica e construcionista em seu trabalho de terapeuta familiar. Ele explora as vicissitudes da rede social pessoal em diversos períodos do ciclo vital das famílias atendidas. Rangel (2007) afirma que a temática das redes sociais tem sido utilizada como

orientação teórica e como orientação para a intervenção psicossocial em diversos contextos. A Rede Social tem o importante papel de favorecer a auto-organização dos sistemas em que acontece o desenvolvimento pessoal, familiar, grupal, comunitário e social.

A rede social pessoal é pensada quando se fala do conjunto de seres com quem se interage de maneira regular, com quem se conversa, com quem se troca sinais, que os corporizam e, que os tornam reais. De fato, essa experiência coerente no tempo e no espaço que constitui a própria *identidade*, se constrói e reconstrói constantemente durante a vida com base na interação com os outros – que como co-construtores, fazem parte intrínseca da identidade de cada indivíduo (Sluzki, 1997).

A rede social pessoal ou rede social significativa vincula a perspectiva sistêmica utilizada pela terapia familiar às variações do meio microsocial. Sendo que, as fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito (Sluzki, 1997). Esse nível intermediário da estrutura social se revela crítico para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança, e conseqüentemente, também amplia a compreensão dos processos psicossociais de desintegração, de mal-estar e de adoecer, de transtornos da identidade, e de perturbação dos processos de adaptação construtiva e de mudança (Sluzki, 1997).

É importante discriminar entre a micro-rede social pessoal (entre minha rede social significativa, ou a sua, ou a do sujeito ou subgrupo) e a rede “macro” que inclui a comunidade de que se faz parte, a sociedade, a espécie e a ecologia. Vale lembrar que os paradigmas de rede são também utilizados para programar ações educativas e comunitárias, mobilizando redes sociais muito mais vastas, o que é denominado apropriadamente, “rede de redes” (Dabas, 1993; Sluzki, 1997).

Em um nível mais interpessoal, por sua vez, *a rede social pessoal* pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua autoimagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e autoria, incluindo os hábitos de cuidado de saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (Sluzki, 1997).

A rede social pessoal pode, ainda, ser registrada em forma de *mapa mínimo* que inclui todos os indivíduos com quem interage uma determinada pessoa. O mapa pode ser sistematizado em quatro quadrantes: família; amizades; relações de trabalho ou escolares; relações comunitárias, de serviço e de credo (Nogueira, 1995; Sluzki, 1997). Em cada um desses quatro campos, do mapa de rede social de uma pessoa, encontram-se pessoas significativas que têm mantido uma relação positiva ou negativa. A clínica pôde, assim, ganhar uma nova dimensão, estimulando processos de construção de sujeitos que se estruturam ao constituir práticas, conhecimento, cultura e dinâmicas sociais, sendo responsáveis pelas construções de mundo que realizam (Melman, 2008).

Partindo desta perspectiva epistemológica, o presente artigo visa apresentar e discutir diferentes conceitos teóricos sobre redes sociais e fazer a interlocução dos mesmos na terapia familiar. Para tal,

buscou-se conhecer a percepção de terapeutas de família sobre a importância das RSP no atendimento psicoterapêutico.

Método

A investigação qualitativa foi realizada mediante estudo exploratório em profundidade.

Participantes

Participaram da pesquisa quatro psicólogas com formação em terapia familiar, e que atuam profissionalmente na região metropolitana de Porto Alegre - RS, tendo sido selecionadas por conveniência. Como critérios de inclusão foram considerados: ter se formado em Psicologia há, no mínimo, cinco anos; ter finalizado a especialização em Terapia Familiar há, no mínimo, dois anos e trabalhar com psicologia clínica. As participantes da pesquisa estavam incluídas na faixa etária entre 32 e 50 anos, com idade média de 40 anos. No que se refere à formação acadêmica das mesmas, além da Terapia Familiar, uma das participantes tinha especialização em Terapia de Grupo e Recursos Humanos; uma participante tinha especialização em Psicologia Comunitária; outra participante tinha especialização em Recursos Humanos; e por fim, uma das participantes especializou-se, também, em Terapia Cognitivo Comportamental e Gestalt Terapia.

Instrumento

Para a coleta das informações foi utilizada entrevista semiestruturada, a qual continha as seguintes perguntas: “Como você compreende as redes sociais pessoais?” “Quais autores dessa temática você conhece?” “Qual a aplicação desses conceitos para a prática clínica?” “Como você acessa as redes sociais pessoais das famílias?” “Quais os tipos de redes sociais mais acessadas em seus atendimentos às famílias?” “De que forma o acesso às redes sociais pessoais do sistema familiar, influencia no processo terapêutico?” “O que você pensa quando afirmamos que “A incorporação do modelo de rede tira o terapeuta de sua prática isolada”?” “Como o terapeuta vê, neste contexto, a sua própria rede social”?

Procedimentos éticos e de pesquisa

O projeto foi avaliado e aprovado, sob o nº 11/078, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, de acordo com as normas da Resolução nº 466/12 sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (2006).

Procedimentos para coleta das informações

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas nos consultórios clínicos das participantes. Apresentou-se às participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, as entrevistas gravadas e transcritas foram enviadas via e-mail a cada participante, quando foi solicitada a confirmação das informações fornecidas pelas mesmas.

Procedimentos para a análise das informações

A partir da aplicação do instrumento de pesquisa, concluindo as etapas metodológicas, foi realizada Análise de Conteúdo para elaboração das categorias e subcategorias (Bardin, 1977; Olabuénaga, 1999). Esta técnica trata da análise de comunicação (no caso específico desta pesquisa, o conteúdo trazido pelas participantes durante as entrevistas), para chegar aos indicadores que permitam conhecer determinada realidade (a prática dos terapeutas de família e as redes sociais pessoais) Bardin (1977) afirma que se faz uso desta técnica quando o interesse é conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, ou seja, é uma busca de outras realidades através das respostas expressas nas entrevistas. A primeira fase da análise de conteúdo compreendeu a leitura geral das informações coletadas, de modo a destacar e selecionar aspectos mais relevantes relacionados aos objetivos da pesquisa: após uma pré-análise, prepararam-se as informações para a etapa seguinte. Logo após, fez-se um estudo exploratório do material levantado, separando as informações em termos de unidades de análise de acordo com os conteúdos temáticos, e selecionando trechos mais significativos, compondo as oito categorias. Ao final, são retomados os objetivos da pesquisa para definir claramente o objeto de estudo. O conteúdo coletado nesta investigação foi analisado qualitativamente, explorando os elementos trazidos nas entrevistas, a fim de relacioná-los com o referencial teórico, interpretar os dados e construir os resultados.

Resultados e Discussão

As informações coletadas nas entrevistas foram categorizadas em oito unidades de significado. A partir dessas categorias, formularam-se subcategorias de acordo com os conteúdos expressos. A Tabela 1 (Anexo A) apresenta as referidas categorias e subcategorias. A partir dos dados obtidos nas entrevistas, descritos através das categorias e subcategorias, assim como das informações colhidas na revisão teórica, prossegue-se com a apresentação dos resultados.

Na categoria um “compreensão sobre redes sociais pessoais” as participantes referiram que as pessoas não estão isoladas e convivem em grupos, o que para Sluzki (1997) é uma das funções da rede social - a companhia social: que se refere à realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos. Segundo Rangel (2007), a rede social, a partir da metáfora da rede do pescador, está tecida por nós. Estes nós representam pessoas e instituições que criaram vínculos de diversas qualidades e intensidades. As relações sociais propiciam aos indivíduos a sensação de que estão ali para alguém. Integrada a essa ideia trazemos a primeira subcategoria, (rede de apoio), na qual as participantes demonstram valorizar em seus atendimentos clínicos “*quem é a rede de apoio dessa pessoa*” (sic). A rede de apoio de um indivíduo é denominada o conjunto de relações que

desempenham funções de apoio social. E esse apoio, por sua vez, é a informação que fornece à pessoa a sensação de ser querida, cuidada e valorizada, e que mantém relações com os outros.

Desde a década de setenta, acumulam-se evidências de relações entre características do apoio proporcionado pelas relações sociais e o maior ou menor sofrimento físico e psíquico, conseqüentemente, maior ou menor mortalidade geral (Marques, Landim, Collares & Mesquita, 2011). Do mesmo modo que as redes sociais podem ser associadas à recuperação da saúde e prevenção de doenças, a escassez ou inadequação de apoio proporcionado pode ter implicações negativas na vida das pessoas (Marques, Landim, Collares & Mesquita, 2011).

Destaca-se que, para que o apoio social seja efetivo, a pessoa deve percebê-lo e, que ela própria pode servir como fonte de apoio (Rangel, 2007). A preocupação das participantes com a rede de apoio social dos indivíduos e famílias atendidas nos reporta para a seguinte análise trazida por Rangel (2007), de que quando se pesquisa com comunidades e grupos a respeito de suas redes de apoio, é importante diferenciar entre o apoio percebido e o apoio recebido, devido a abrangerem dois aspectos deste construto: o cognitivo e o comportamental. O apoio social tem lugar em três contextos, a saber: o mais externo ou geral consiste nas relações estabelecidas com a comunidade; o intermédio consiste nas redes sociais através das quais se tem acesso a um número relativamente amplo de pessoas; finalmente as relações íntimas e de confiança constituem o último e mais central e significativo estrato de relação social.

Na segunda subcategoria as pesquisadas significam as redes sociais através da fala “*aprendizagem*” [sic]. Sabe-se que a RSP é constituída da identidade e da história individual e grupal; é responsável pela retroalimentação e pelo reconhecimento social. Neste sentido, as interações dadas permitem a cada participante refletir e manter uma imagem própria, relacionada com os diversos papéis que cada um desempenha e/ou assume na relação. Na RSP ocorre um processo de construção permanente, tanto em nível individual quanto coletivo. Na função de guia cognitivo e de conselhos, segundo Sluzki (1997), as interações destinam-se a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis.

A grande importância das RSP é relatada na terceira subcategoria, concluindo assim a análise desta categoria inicial, onde as terapeutas informam que “*a rede é super importante*” [sic]. Existe forte evidência de que uma RSP estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. Na abordagem da terapia familiar é ressaltada a importância das RSP para o desenvolvimento e crescimento dos membros da família (Sluzki, 1997).

Já a segunda categoria foi nomeada “*conhecimento teórico sobre RSP*” e é trazida através da subcategoria (pouco explorado na formação) onde as participantes relatam acerca do reduzido conhecimento teórico sobre o tema das RSP, bem como sua ausência nos currículos de formação acadêmica.

Esta inferência é percebida na expressão “*na formação de terapia de família não sei se foi tão explicado teoricamente*” [sic], o que nos alerta, para o provável fato, de que a temática das RSP ainda precisa ser mais desenvolvida na capacitação dos futuros terapeutas. Este conhecimento é

indispensável, pois favorece a espiral dialética e o enriquecimento recíproco entre o pensamento construcionista/sistêmico e a prática da terapia individual e familiar. Para tanto merece ser incluído nos programas de formação em terapia familiar.

A terceira categoria que trata da “*aplicação desses conceitos na prática clínica*” faz alusão à forma como as terapeutas aplicam as RSP em sua prática clínica, apontando como primeira subcategoria (no processo terapêutico), onde referem “*no cotidiano do processo terapêutico tu vai utilizar o conceito de rede social*” [sic]. Observa-se que as participantes dão importância para a necessidade de incorporar em seus modelos e práticas clínicas cotidianas as dimensões da RSP de seus pacientes. Sluzki (1997) reafirma essa concepção ao lembrar que a incorporação da dimensão “rede social” na prática clínica expande a capacidade descritiva, explicativa e terapêutica, e orienta sugerindo novas intervenções transformadoras.

No caso da subcategoria que descreve (situações graves), o estresse e a violência são preocupações importantes, quando se trabalha com famílias que enfrentam crises múltiplas. E nesses casos, Dabas (1995), ressalta a importância de poder acionar as RSP na resolução das situações de crise. Todas as famílias passam por períodos de transição que levam a desorganização, sendo importante compreender que as dificuldades de comportamento durante os mesmos não são necessariamente patológicas ou permanentes. Sluzki (1997) descreve a “teoria de crise”, ressaltando a posição central da rede social pessoal – familiar e extra-familiar de um indivíduo na co-determinação dos efeitos a curto e, à longo prazo em uma situação de crise.

O conceito de *rede* é eficaz para o entendimento da produção de cuidados da saúde na família, permitindo vários enfoques: a consideração da família extensa como rede, a participação da vizinhança e elementos de outros contextos (como trabalho e escola), os recursos comunitários, os serviços de saúde (Gutierrez & Minayo, 2008).

A outra subcategoria diz respeito à aplicação das RS nos espaços particular e saúde pública, indicando que na prática clínica a noção de “rede social significativa” tem estado alojada na própria base de muitas das atividades preventivas e terapêuticas do campo da saúde mental, e mesmo de algumas do campo da saúde em geral. De fato o “apoio social” é a razão de ser de inúmeros grupos de autogestão e autoajuda de pacientes e de familiares que sofrem transtornos físicos ou emocionais crônicos. Porém essas práticas não esgotam nem substituem a necessidade de incorporar as dimensões da rede social pessoal dos pacientes nos modelos e na prática clínica cotidiana.

Quanto à subcategoria relacionada ao ciclo vital das famílias com crianças pequenas e adolescentes, é afirmado que nessas etapas do ciclo vital existem intensos desafios a serem enfrentados pela família nuclear e ampliada (Bradt, 2008). Quando a família tem crianças pequenas, os elementos do grupo familiar são especialmente sensíveis à mudança uns dos outros, pois é uma fase na qual tanto as crianças quanto os adultos exibem contínuas e constantes transformações. Assumir a parentalidade exige uma entrada definitiva no “mundo adulto” e todo o sistema familiar precisa “crescer” junto, adquirindo novas capacidades e formas de se vincular e comunicar entre si. Os pais dependem de recursos ou redes sociais de apoio que os atenda nessa fase (Luisi & Cangelli, 2009). Já as famílias que estão lidando com as tarefas da adolescência vivenciam transformações em sua estrutura e organização, que inicialmente provocam rompimento e criam confusão (Preto, 2008).

Entretanto, Carter e McGoldrick (2008) afirmam que a maioria das famílias se adapta às mudanças sem maiores dificuldades e passa adiante no ciclo de vida, algumas, incapazes de fazer a transição, tornam-se sintomáticas.

A quarta categoria “*o terapeuta acessando as redes sociais das famílias*” evidencia que as participantes acessam as redes sociais de acordo com as seguintes subcategorias: através dos amigos, através da própria família, através do cuidador, e através das pessoas mais disponíveis. A situação de crise preconiza intervenções imediatas e breves, importando ressaltar que indivíduos e famílias são mais receptivos durante os períodos problemáticos e, que nesses acontecem as mudanças mais importantes. Cabe ao terapeuta familiar motivar a rede não implicada diretamente para que essa ofereça seu auxílio e apoio. Ele deve considerar a família ampliada como seu principal recurso, expandindo sua visão inicial de quem poderia estar disponível para ajudar (Speck, 1995).

Na quinta categoria as pesquisadas apontam que “*redes sociais mais acessadas nos atendimentos*” são identificadas através das seguintes subcategorias: a escola e o trabalho, a família extensa, os grupos de apoio, a rede de saúde do paciente, as redes sociais da web, comunidade e instituições. As fronteiras do sistema significativo do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária, credo, vizinhos, serviços de saúde e de práticas sociais. A rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas. Em relação às redes da web as participantes afirmaram que as mesmas “*também podem ser redes sociais pessoais para muitos*” [sic], diferentemente dos “*relacionamentos reais*” [sic], é fácil entrar e sair dos “*relacionamentos virtuais*” [sic]. Em comparação com a coisa autêntica, pesada, lenta e confusa, eles parecem inteligentes, fáceis de usar, compreender e manusear (Bauman, 2005).

Na subcategoria que diz respeito à comunidade, uma das participantes informou sobre as “*parcerias que tu acaba estabelecendo com a comunidade*” [sic]. Sluzki (1997), explica que existe a micro-rede social pessoal (rede social pessoal significativa do indivíduo ou família) e a rede “macro” que é a comunidade onde se está inserido. Participar de atividades comunitárias livra o indivíduo da imobilidade e da carência orgânica ou emocional, colocando-o como ser atuante, vivo, participante e sobre tudo capaz de buscar, ele próprio, a solução para os seus problemas (Barreto, 2005; Grandesso, 2007). Em meados da década de setenta, Bott (1976) designava o termo comunidade como meio social imediato das famílias, sendo importante compreendê-lo, não como a área física local em que vive a família, mas sim, como a rede das relações sociais reais que elas mantêm.

A seguir as participantes descreveram “*a forma como as redes sociais pessoais do sistema familiar influenciam no processo terapêutico*”, através da sexta categoria, onde as evidências trazidas pelas participantes mostram que as famílias estão naturalmente inseridas em redes. É o que descreve Bott (1976), quando alerta para o fato de que todas as famílias mantêm relações com pessoas externas e com instituições – com local de trabalho, com a escola, igreja, serviços de saúde e associações voluntárias, e de forma alguma estão isoladas, nem sobrevivem sem sua rede de relações externas. Vale salientar também que os seres humanos organizam seus significados no

curso de suas atividades sociais, ou seja, que sua organização da realidade é gerada, corrigida, confirmada ou evolui em consenso, em conversação (Sluzki, 1997).

Através de uma subcategoria nomeada nos comportamentos e nas emoções são trazidos significados referentes às mudanças geradas pelas influências das RSP. As participantes desse estudo estão referindo como a presença ou ausência de uma rede social, ativa e acessível, afeta positiva ou negativamente a saúde da pessoa. Souza, Kantorski e Mielke (2006) ressaltam que as redes sociais pessoais são sistemas dinâmicos, cujos vínculos podem ser positivos ou negativos, podendo promover a saúde do indivíduo ou funcionar como fonte promissora para comportamentos nocivos a ele.

A próxima categoria “*de que forma a incorporação do modelo de rede tira o terapeuta de sua prática isolada*” traz em seu conteúdo diversos conceitos das participantes, que se traduzem em três subcategorias, como (amplia) com a fala “*acabam realmente abrindo caminho*” [sic], (trabalhar em equipe) e (como auxílio ao terapeuta), os quais reafirmam o que Sluzki (1997) traz sobre a incorporação do modelo de rede. A rede social insere o indivíduo e a família, com quem se trabalha clinicamente em seu meio social, ao mesmo tempo, em que tira o terapeuta de sua prática isolada, ou seja, é como instrumento para pensar e atuar em situações de consulta e intervenção terapêutica.

Para Sanches (2012) é preciso considerar que os recursos de saúde encontram-se na família e que, através das intervenções terapêuticas, é possível ter acesso a esses recursos. A história das famílias traz à tona as capacidades e o compromisso de cada membro com o outro, o que dará significado às suas ações futuras, pois a construção da rede é um processo coletivo e individual em permanente movimento e cada nível das relações de rede do indivíduo tem tempo e dinâmica própria.

Prosseguindo com a análise das informações trazidas pelas participantes está a oitava categoria, que finaliza esta pesquisa, avaliando “*como o terapeuta vê, neste contexto, a sua própria rede social*”, a qual se subdivide, inicialmente, em três subcategorias que descrevem como a rede do terapeuta: influencia no trabalho, é influenciada pelo trabalho e como facilita ou atrapalha. No que tange a essas subcategorias, as expressões “*o fato de eu ter uma rede claro que facilita com que eu pense nisso para eles*” [sic]; “*eu me alimento emocionalmente com ela*” [sic]; “*então me faz bem*” [sic], remetem a ideia de coparticipação – como os membros da família, o terapeuta também é “humano antes de tudo”, e em algum lugar no seu interior, ele tem cordas ressonantes que podem responder a qualquer frequência humana. Na formação do sistema terapêutico, serão eliciados aspectos de si mesmo que facilitarão a construção de um terreno comum com os membros da família.

As influências da rede do terapeuta no sistema terapêutico precisam ser analisadas, através da percepção de sua utilidade para o sistema familiar, pois, se a história que viveu o terapeuta, parecer igualmente importante para a família, poderá ser útil ao longo do processo terapêutico (Elkäim, 2000). Ainda neste sentido, Maturana (1998) resalta que a efetividade da psicoterapia, individual ou familiar, se funda em que, no fluir emocional que necessariamente envolve o terapeuta e o cliente, possam derivar em um espaço de convivência a partir do qual o espaço conversacional cotidiano do cliente pode mudar.

No momento em que as participantes desta pesquisa trazem que sua rede pessoal pode “*atrapalhar*” [sic] o processo terapêutico, reforçam a ideia de que suas crenças, e valores a respeito

das relações e interações sociais vão determinar parte significativa de suas identidades. Se a rede pessoal do terapeuta é presente e fundamental em seu cotidiano, esse fato será referência no modelo terapêutico de suas intervenções. Porém se sua rede pessoal for ausente, distante ou sem importância, a tendência é de que o terapeuta não veja a abordagem de rede como recurso terapêutico em sua prática clínica.

A interação entre o terapeuta e a família, envolvidos no processo terapêutico, denomina-se, tal qual a relação entre o observador e aquilo que ele observa, que além de mostrar que um não é separado do outro, torna indispensável à consideração da subjetividade do primeiro, isto é, a compreensão de como ele experimenta o que observa. Isso nos permite compreender que entre o observador e o observado não há hierarquia nem separação, mas sim cooperatividade (Maturana, 2007). Aliado a essa ideia, o Construcionismo Social enfatiza a natureza do projeto comum, e o terapeuta assume a responsabilidade por suas opiniões, valores e crenças, e as consequências conectadas a elas, sejam positivas ou negativas (McNamee, 1998; Japur & Rasera, 2005). As participantes deste estudo referem, ainda, na última subcategoria, a importância de sua rede profissional, a qual assume o papel de co-terapeuta enriquecendo assim o cotidiano terapêutico. Quando são trabalhadas famílias em situação de crise é de particular utilidade entender que os membros da equipe terapêutica de outras instituições com as quais estas interagem constituem, em muitos casos, parte essencial da rede social das mesmas, além de constituírem-se em valioso recurso terapêutico.

É válido pensar na ampliação da visão do terapeuta, pelo modelo de rede, como processo de aprendizagem, em sua dimensão sociocultural, que possibilita construir novos territórios sem submeter à prática a um setor ou especialidade apenas. Quando o terapeuta busca a rede profissional de seu conhecimento a intervenção terapêutica passa a se constituir de um dispositivo onde as relações preexistentes se fortalecem, se potencializam e se modificam (Dabas, 1995). Os imensos desafios que se apresentam para o terapeuta, vindos do campo da saúde mental, dentro de uma perspectiva pós-moderna, conduzem cada vez mais para a transdisciplinaridade, numa instância de trocas colaborativas entre os distintos domínios de saber e a construção de um terapeuta engajado no seu tempo e história, comprometido com os macros contextos políticos e sociais que afetam a vida das pessoas e as conduzem para terapia. Os terapeutas têm construído configurações de mundo, legitimando um determinado conjunto de relações sociais e de forma de tratamento e valorização das pessoas (Grandesso, 2007).

A prática clínica, centrada nas RSP modifica os relacionamentos, e o compromisso ético que é assumido. Toda ação humana ocorre na linguagem e tem sentido ético, e essa ligação do humano ao humano é o fundamento de toda ética como reflexão sobre a legitimidade da presença do outro (Maturana & Varela, 2007). A ética tem a ver com o interesse pelas consequências das ações na vida dos seres humanos que se relacionam.

O terapeuta não tem poder de mudar nem de determinar unilateralmente a direção da mudança. É a redefinição do modelo de intervenção, como um contexto para a construção de realidades sociais que restabelece sua responsabilidade. Ele se liberta da noção de controle unilateral e é colocado na dinâmica da co-construção sistêmica. Nessa dinâmica o questionamento da coerência entre

descrições e crenças constitui uma perturbação que desafia os indivíduos a gerarem uma nova coerência. Não é uma mera questão de princípios que os terapeutas sejam responsáveis por seu poder de construção. O poder de construção emerge como uma responsabilidade que é científica e, ao mesmo tempo, ética e social (McNamee, 1998; Maturana, 2000).

Existe uma óptica que formaliza o impacto da rede social do terapeuta nele próprio, assim como sua presença, na rede de muitas pessoas. Realçando aqui, uma ética de responsabilidade pessoal, onde os terapeutas são parte da identidade de familiares, amigos, e tantos outros. Muitas vezes, o terapeuta nem se dá conta disso e questiona: Quem são as pessoas que fazem parte de minha rede? Quem faz parte de minha identidade? Reconheço essas pessoas? Trato delas como o que são, ou seja, como parte de mim mesmo? É a rede social extensa, complexa, densa, intensa, multifacetada, da qual ele faz parte (família, amigos, colegas, professores), sentindo-se privilegiado e agradecido pela qualidade emocional e intelectual com que a mesma o tem nutrido (Sluzki, 1997).

Sendo assim, pensa-se que, diferentes formatos clínicos podem estar cooperando para uma verdadeira reconstrução dos modos de vida dos sujeitos, se orientados por uma visão ampliada, complexa e contextualizada da subjetividade e das práticas terapêuticas. Portanto é válido considerar que a discussão dos conceitos trazidos nessa pesquisa pode constituir-se, assim, uma instância necessária para poder desenvolver um trabalho clínico no campo da saúde mental familiar.

Considerações finais

O presente trabalho buscou conhecer a percepção de terapeutas de família sobre a rede social na prática clínica. À medida que foram analisadas as informações trazidas, observou-se que as falas das participantes pesquisadas basearam-se em um conjunto de conceitos que fundamentam as práticas de rede, onde demonstraram a importância de observar, além das redes de seus pacientes, a sua própria rede social. Lembraram, ainda, que a rede social do terapeuta serve como depositária da identidade e da história do mesmo, sendo uma fonte valiosa de nutrição emocional, de cuidados, de validação pessoal e de responsabilidade pelo outro.

As redes quando acionadas, mostraram favorecer o desenvolvimento e a consolidação de relações e a aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades necessárias para estabelecer, nutrir e manter relações sociais ativas nas famílias e nos contextos. Construindo junto com as famílias as percepções em relação às funções de companhia social, apoio emocional e guia cognitivo que as mesmas proporcionam no cotidiano das pessoas.

Pensa-se que em uma realidade de um país em desenvolvimento, onde a desigualdade social ainda é marcante e, o sentimento individualista predomina, os profissionais que trabalham com saúde mental precisam estar mais atentos às formas pelas quais podem fazer a diferença. Enquanto os modelos terapêuticos com frequência se concentram no cliente individual, as RSP enfatizam a importância de que se compreendam as necessidades individuais a partir dos contextos familiares, organizacionais e comunitários.

As pessoas se constituem nas relações com a suas redes sociais. A escolha da unidade de análise dessas relações é prerrogativa de um terapeuta-observador, que vai definir o domínio, a

pertinência, estabelecer fronteiras e, através desse movimento redimensionar a prática terapêutica. Observar é o que os terapeutas fazem ao distinguir na linguagem, os diferentes tipos de subjetividades, que emergem no curso da prática clínica em que estão envolvidos, e no decorrer de suas vidas cotidianas. Esses observadores devem agir com consciência e responsabilidade, na medida, que estimulam a autonomia nos contextos da sociedade e propiciam o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário.

O presente estudo, também, pretende refletir acerca da necessidade da integração do tema das Redes Sociais Pessoais nos currículos e práticas dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da área de saúde mental, dos programas teórico-clínicos dos Centros de Formação em Terapia Familiar, e dos Programas de Pesquisa. Que os profissionais da psicologia sintam-se implicados na construção de uma nova postura terapêutica, que enfatize a importância dos relacionamentos e da linguagem na constituição da subjetividade do sujeito.

Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O Cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In S. McNamee, & K. Gergen. *A terapia como construção social*. (pp. 34 – 50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona Edições.
- Barreto, A. P. (2005). *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Barros, C. F. P. & Marsden, M. (2008). Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1).
- Bauman, Z. (2004). *O amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. (pp. 7–13). Rio de Janeiro: J. Zahar.
- Bott, E. (1976). Fatores que afetam as redes sociais. In E. Bott. *Família e rede social: Papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns*. (pp. 109–125) Rio de Janeiro: F. Alves.
- Bradt, J. O. (1989). Tornando-se pais: Famílias com filhos pequenos. In B. Carter, & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. (pp. 206-222). Porto Alegre: Artmed.
- Carneiro, T. F., & Ponciano, E. L. T. (2005). Articulando diferentes enfoques teóricos na terapia familiar. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 39(3), 439-448.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (2008). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 7-27). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, L. F. (2010). A perspectiva sistêmica para a clínica da família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95-104.
- Dabas, E. (1995). La intervención en red. In: E. Dabas. *Red de Redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. (pp. 15–32). Buenos Aires: Paidós.
- Elkaïm, M. (2000). Auto referência, interseções e conjuntos. In M. Elkaïm (Org.), *Terapia familiar em transformação* (pp. 131-134). São Paulo: Summus.

- Fruggeri, L. (1998) O processo terapêutico como construção social da mudança. In S. McNamee, & K. Gergen. *A terapia como construção social* (pp. 51 – 65). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Grandesso, M. A. (2007) Terapia comunitária: Uma prática pós-moderna crítica – Considerações teórico-epistemológicas. In M. A. Grandesso & M. R. Barreto. *Terapia comunitária: Tecendo redes para a transformação social – saúde, educação e políticas públicas*. (pp. 181–190). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gutiérrez, D. M. D., & Minayo, C. S. (2008). Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, 1(7).
- Hita, M. G. & Duccini, L. (2008). Exclusão social, desafiliação e incluso social no estudo de redes sociais de famílias pobres soteropolitanas. In A. Ziccardi, *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social* (pp. 81-212). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Japur, M. & Raser, E. F. (2005). Os sentidos da construção social: O convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21-29.
- Luisi, L. V. V., & Cangelli, R. (2009). A família em fase adolescente. In C. M. O. Cerveny & C. M. E. Berthoud. *Família e ciclo vital: Nossa realidade em pesquisa*. (pp. 73–97). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marques, A. K. M. C.; Landim, F. L. P.; Collares, P. M., & Mesquita, R. B. (2011). Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 945-955.
- Maturana, H. R. (1998). Ontologia do conversar. In H. R. Maturana. *Da biologia à psicologia*. (pp. 79–95). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (2007). Domínios Linguísticos e consciência Humana. In H. R. Maturana, & F. J. Varela. *A árvore do conhecimento: As bases biológicas da compreensão humana*. (pp. 227–257). São Paulo: Palas Athena.
- McNamee, S. (1998). A Reconstrução da Identidade: a construção comum da crise. In S. McNamee & K. Gergen. *A terapia como construção social*. (pp. 223–238). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melman, J. (2008). *Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras Editora.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). Terapia familiar no século XXI. In M. P. Nichols & R. C. Schwartz. *Terapia familiar: Conceitos e métodos*. (pp. 283–318). Porto Alegre: Artmed.
- Olabuénaga, J.R. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Preto, N. G. (2008). Transformação do sistema familiar na adolescência. In B. Carter & McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. (pp. 223–247). Porto Alegre: Artmed.
- Rangel, M. P. (2007). *Redes sociais pessoais: Conceitos, práticas e metodologia*. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS.
- Rey, F.G. (2004). O construcionismo social: Seu lugar na psicologia social atual. In F. G. Rey. *O social na psicologia e a psicologia no social: A emergência do sujeito*. (pp. 108–122). Petrópolis: Editora Vozes.
- Sanchez, F. A. (2012). A família na visão sistêmica. In M. N. Baptista & M. L. M. Teodoro (Orgs.), *Psicologia de família: Teoria, avaliação e intervenção*. (pp. 38-47). Porto Alegre: Artmed.

- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J. Kantorski, L. P. & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 2(1).
- Speck, R. V. (1995). La intervención de red social: Las terapias de red, teoría y desarrollo. In M. Elkaïm. *Las prácticas de la terapia de red*. (pp. 20–39). Barcelona: Gedisa.
- Zimmerman, J. & Dickerson, V. C. (1998). A técnica da narração no campo da psiquiatria e o trabalho de Michael White. In M. Elkaïm. *Panorama das terapias familiares*. (pp. 252–272). São Paulo: Summus.

Anexo A

Tabela 1: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
1. A compreensão sobre redes sociais pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de apoio. • Aprendizagem • Grande importância.
2. Conhecimento teórico sobre RSP.	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco explorado na formação.
3. Aplicação desses conceitos na prática clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • No processo terapêutico. • Situações graves. • Particular e saúde pública. • Famílias com crianças pequenas e adolescentes.
4. O terapeuta acessando as RS das famílias.	<ul style="list-style-type: none"> • Através dos amigos. • Através da própria família. • Através do cuidador. • Através das pessoas mais disponíveis.
5. Redes sociais mais acessadas nos atendimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • A escola e o trabalho • A família extensa. • Grupos de apoio. • A rede de saúde do paciente. • As RS da web. • Comunidade e instituições.
6. A forma como as RSP do sistema familiar influenciam no processo terapêutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Nos comportamentos e emoções.
7. De que forma a incorporação do modelo de	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia.

rede tira o terapeuta de sua prática isolada.	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhar em equipe.• Como auxílio ao terapeuta.
8. Como o terapeuta vê, neste contexto, a sua própria rede social.	<ul style="list-style-type: none">• Influencia no trabalho.• É influenciada pelo trabalho.• Facilita ou atrapalha.• Rede profissional.

Endereço para correspondência

E-mail: mriethuber@uol.com.br

Enviado em 24/06/2016

1ª revisão em 19/12/2014

Aceito em 22/12/2014