

PRÁTICA REFLEXIVA NA APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL, AUTOCOMPREENSÃO CULTURAL E AUTOFORTELECIMENTO COMUNITÁRIO

JOSHUA SPARROW

Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard [Harvard Medical School]

RESUMO: O campo da saúde mental infantil pode amplificar seus efeitos quando extrapola as díades e estende sua competência para contextos mais amplos, nos quais bebês e cuidadores adultos interagem e desenvolvem-se com o tempo. Na área da saúde, saúde mental, educação e em outras organizações de serviços humanos, a qualidade das relações é uma variável crítica nos resultados em nível individual buscados por tais organizações. Os objetivos desse trabalho e os meios para alcançá-los são altamente dependentes das qualidades humanas e suas interações, moldadas pelos processos organizacionais. Nas comunidades, da mesma forma, os processos que moldam as relações também influenciam fortemente os resultados obtidos com a criança, a família e a comunidade. A abordagem Touchpoints [pontos de contato] para a prática reflexiva pode guiar os processos relacionais entre profissionais, pais e bebês em organizações e comunidades que influenciem esses resultados.

Palavras-chave: prática reflexiva, desenvolvimento organizacional, cultura, comunidade, teoria de sistemas

Para correspondência direta: Joshua Sparrow, Brazelton Touchpoints Center, Division of Developmental Medicine, Boston Children's Hospital, 1295 Boylston Street, Suite 320, Boston, MA 02215; e-mail: Joshua.Sparrow@childrens.harvard.edu.

INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL [Revista de Saúde Mental Infantil], Vol. 37(6), 605-616 (2016)

© 2016 Michigan Association for Infant Mental Health

View this article online at wileyonlinelibrary.com.

DOI: 10.1002/lmhj.21602

* * *

Enquanto campo de estudo, a saúde mental infantil amplia seus efeitos quando exerce influência sobre intervenções e políticas que extrapolam as díades para contextos mais amplos nos quais crianças, pais e outros cuidadores interagem e desenvolvem-se com o tempo. Tratamentos com foco em díades podem ser incorporados a abordagens sistêmicas que ajudem a fortalecer e sustentar seus impactos. O Touchpoints [pontos de contato] (Brazelton, 1992) é analisado aqui como exemplo de abordagem baseada na teoria de sistemas para a prática reflexiva que evoluiu para incorporar modelos de tratamento com crianças, pais e médicos a processos paralelos relacionais nas organizações e comunidades (Douglass, 2011, p.3).

A abordagem Touchpoints surgiu de pesquisas sobre o comportamento de recém-nascidos e as interações entre pais e bebês conduzidas por Barry Brazelton e outros ao longo dos últimos cinquenta anos, que lançaram as bases para o campo da saúde mental infantil (Brazelton, 1992; Lester & Sparrow, 2010; Sparrow, 2013; Stadtler, Novak, & Sparrow, 2010). Esse modelo de desenvolvimento humano baseado na teoria de sistemas propõe períodos previsíveis de desorganização e reorganização como processo pelo qual surgem novas habilidades e capacidades. No bebê ou na criança enquanto sistema, a mudança ocorrida em um componente do sistema ou domínio do desenvolvimento acarreta mudanças em outros. Os domínios do sono, alimentação, autorregulação

emocional e controle comportamental são frequentemente os prejudicados logo antes da reconfiguração dos componentes do sistema em novas competências (Heimann, 2010). Alguns pesquisadores especularam que essas regressões normativas temporárias demandam mais recursos dos pais em momentos em que avanços iminentes do desenvolvimento os exigem (Plooij, 2010). Nesses momentos, os pais também podem precisar de apoio adicional para responder de maneira eficaz às demandas crescentes dos filhos.

Dentro de sistemas maiores, como famílias e comunidades, as mudanças em um componente do sistema, como a criança, ocorrem em interação com outros componentes do sistema como membros de família e cuidadores profissionais. As regressões temporárias do desenvolvimento da criança são desorganizadoras não apenas para bebês e crianças, mas também para os sistemas que contêm e moldam seu desenvolvimento: família, outros cuidadores adultos e as organizações nas quais estes trabalham. Durante esses períodos, a paciência dos pais e de outros cuidadores pode ser posta à prova, podendo eles questionar a própria competência e a dos outros. A afirmação da competência parental ou do cuidador profissional e o reforço de um sentimento de confiança e autoeficácia são essenciais nesses momentos, assim como a coesão familiar e organizacional.

Historicamente, a formação profissional e a socialização não sensibilizaram os profissionais de saúde para esses efeitos do desenvolvimento infantil nos pais e em outros cuidadores. Em vez, o conhecimento e a perícia sobre criação de filhos são comumente atribuídos aos profissionais e suas instituições, o que pode minar o senso de autoeficácia e autoridade dos pais. Entretanto, ambos são fundamentais para o funcionamento eficaz da criação de filhos. Como o campo da saúde mental infantil nasceu do mesmo corpo de pesquisa que a abordagem Touchpoints (Osofsky, 2016, p. 44), os profissionais de saúde mental infantil podem estar mais atentos do que outros clínicos à necessidade de reequilibrar o consequente desequilíbrio de forças. No entanto, o paradigma hierárquico “de cima para baixo” - baseado nas tradições médicas e educacionais - permanece profundamente enraizado nas organizações de serviços humanos e na maioria dos setores voltados à família. A abordagem Touchpoints busca acelerar a mudança de paradigma de relações prescritivas para colaborativas e de relações hierárquicas para as construídas conjuntamente em todas as instâncias das organizações e das comunidades.

A abordagem Touchpoints foi inicialmente oferecida como treinamento pontual para melhorar as relações entre pais e prestadores de serviços de saúde no que tange o atendimento individual de saúde mental infantil, bem como os cuidados perinatais e pediátricos (Stadtler, O'Brien & Hornstein, 1995). Nos 5 anos seguintes, várias lições foram aprendidas.

Em primeiro lugar, ficou evidente que desafios semelhantes identificados nessas relações ocorreram em todos os setores voltados à família: cuidados perinatais e pediátricos, saúde mental, educação ministrada nas primeiras fases da vida, visitas domiciliares, serviços de bem-estar e proteção à criança, dentre outros. Dentro e entre esses setores, práticas que não haviam incorporado abordagens baseadas nos pontos fortes e nas abordagens de desenvolvimento de bebês, crianças e famílias poderiam acidentalmente desfazer avanços em tratamentos realizados em outros lugares, principalmente no caso de famílias individuais atendidas por diversos setores. Como resultado, a abordagem Touchpoints foi adaptada para a educação e o cuidado nas primeiras fases da vida, em como para outros profissionais voltados ao cuidado da família.

É por isso que este artigo usa exemplos e extrai lições de uma série de setores que, juntamente com a saúde mental infantil, são interdependentes.

O aperfeiçoamento das práticas é mais eficaz quando os profissionais de um setor conseguem perceber sua conexão com outros profissionais em sistemas mais amplos de atendimento à saúde. É também por isso que a abordagem Touchpoints tem sido usada para unir agências de diferentes setores dentro de uma comunidade. Tem sido utilizada, por exemplo, por alguns beneficiários do Projeto LAUNCH - Linking Actions for Unmet Needs in Children's Health [Conectando Ações para Necessidades Não-Atendidas na Saúde da Criança, tradução nossa], vinculado ao Substance Abuse and Mental Health Service Administration [Serviço de Saúde Mental e Uso Indevido de Drogas, tradução nossa], do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, 2008.

Em segundo lugar, é improvável que um único evento de capacitação consiga mudar a forma de atendimento de forma a acarretar uma mudança de paradigma fundamental.

Em vez disso, atividades de aprendizagem de práticas reflexivas são necessárias ao longo do tempo para possibilitar a aplicação e a prática, assim como oportunidades de falhar, aprender e tentar de novo. À medida que isso ficou evidenciado, a formação e o desenvolvimento profissional segundo o Touchpoints foi redesenhada para incorporar a prática reflexiva longitudinal. Ao longo da última década, como parte de uma tendência maior e análoga, o uso de diferentes ferramentas de aperfeiçoamento contínuo para aprendizagem por tentativa e erro em âmbito organizacional disseminou-se nas áreas de saúde, educação e em outras instituições voltadas à família. Exemplos incluem o Ciclo PDCA - Plan-Do-Study-Act (Langley, Moen, Nolan, Nolan, Norman & Provost, 2009) e o IHI - Institute for Healthcare Improvement [Instituto de Aperfeiçoamento da Assistência Médica, 2003] da série Breakthrough.

Em terceiro lugar, a aprendizagem individual e a mudança não podem ser efetivamente aplicadas e sustentadas na prática sem a aprendizagem e a mudança correspondentes no âmbito das organizações e comunidades. Este artigo procura situar os elementos principais que orientam a abordagem Touchpoints na prática tanto em nível individual (no caso dos

tratamentos diádicos) quanto em nível de organizações e comunidades, onde a aprendizagem paralela e a transformação reforçam a mudança de paradigma em curso na prática individual.

O PAPEL DAS RELAÇÕES EM ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS HUMANOS E COMUNIDADES

Nas áreas de saúde, saúde mental, educação e em outras organizações de serviços humanos, a qualidade das relações é uma variável crítica nos resultados em nível individual (criança e pais) buscados por tais organizações (Douglass, 2011; Dunst, 2002). Nessas organizações, os objetivos do trabalho e os meios para alcançá-los dependem das qualidades e interações pessoais moldadas pelas lideranças, estruturas e processos organizacionais (Bryck, Sebring, Allensworth, Luppescu, & Easton, 2010). Também nas comunidades, as lideranças, as estruturas e os processos que moldam as relações entre os membros e as organizações da comunidade influenciam os resultados do ponto de vista da criança, da família e da comunidade. Por exemplo, a eficácia coletiva da comunidade, “definida como coesão social entre vizinhos combinada com a disposição deles de intervir a favor do bem comum” (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997, p. 918), surge das relações entre membros da comunidade e intermedia os resultados

comportamentais da criança, bem como os resultados acadêmicos (Sampson, Morenoff, & Earls, 1999).

Mudanças no âmbito das organizações e da comunidades são necessárias para reforçar formas de ser e trabalhar que melhorem a qualidade relacional que, por sua vez, melhorem a saúde e o bem-estar da criança e da família. Em organizações de serviços humanos, por exemplo, a liderança, cultura organizacional, normas comportamentais tácitas, distribuição de poder formal e informal, políticas e procedimentos influenciam as relações entre os funcionários, bem como as relações com as famílias atendidas. Processos paralelos podem ser projetados, alinhados e gerenciados entre essas estruturas e processos organizacionais, assim como o atendimento individual, a fim de servir ao funcionamento saudável de outros sistemas humanos, como famílias e comunidades (Douglass, 2011).

A prática reflexiva pode ser usada para propiciar e sustentar esse tipo de mudança nas estruturas e processos organizacionais e comunitários. Como uma abordagem baseada na teoria de sistemas para a prática reflexiva, o Touchpoints pode ser usado para alinhar relações diádicas, organizacionais e comunitárias em processos paralelos que se reforçam mutuamente. A prática reflexiva, conforme empregada pela abordagem Touchpoints concentra-se nos elementos principais de três áreas dentro das organizações e comunidades: relações, culturas e sistemas.

PRINCIPAIS ELEMENTOS RELACIONAIS, CULTURAIS E SISTÊMICOS DA ABORDAGEM TOUCHPOINTS

Os elementos principais relacionais, culturais e sistêmicos da abordagem Touchpoints baseiam-se em teoria e pesquisa que abrangem uma série de áreas relacionadas de investigação:

- Comportamento neonatal (por exemplo, Brazelton, 1962, 1973),
- Interações entre pais e bebês (por exemplo., Brazelton, Koslowski, Main, Lewis, & Rosenblum, 1974),
- Processos desenvolvimentais da criança e dos pais (por exemplo, Brazelton, 1992; Sparrow, 2013),
- Interações entre pais e prestadores de serviços de saúde (por exemplo, Ahmann, 1994; Barnard & Morisset, 1995) e de educação (Dunst, 2002),
- Relações terapêuticas eficazes (por exemplo, Stewart et al., 1995),
- O papel das culturas e contextos na criação dos filhos (por exemplo, LeVine, 2010),
- Teoria dinâmica e desenvolvimental de sistemas (por exemplo, Bronfenbrenner, 1979; Fogel, King, & Shanker, 2008; Sameroff, 1975),
- Aprendizagem e desenvolvimento organizacional (por exemplo, Douglass, 2011; Glisson, 2007), e
- O papel dos processos em nível comunitário no desenvolvimento humano (por exemplo, Sampson et al., 1999; Sampson et al., 1997).

Elementos Relacionais

Em todas essas áreas de pesquisa, e em todos esses níveis, pesquisadores e profissionais identificaram e confirmaram a importância fundamental da qualidade das relações. A abordagem Touchpoints para a prática reflexiva pode funcionar como um conjunto de princípios, processos, capacidades, habilidades e estratégias para proteger e melhorar a qualidade das relações a serviço do avanço de planos compartilhados para o desenvolvimento humano.

Os relacionamentos passaram a ocupar um lugar central à medida que a teoria de sistemas começou a afastar modelos lineares explicativos do desenvolvimento humano, organizacional e comunitário, como os modelos estímulo-resposta e o top-down [de cima para baixo]. Isso ocorre porque a teoria de sistemas afirma que os componentes do sistema interagem entre si; nos sistemas humanos, isso ocorre por meio de relações multidirecionais. Os

sistemas humanos tendem a serem guiados pelo imperativo evolutivo biológico da sobrevivência e reprodução das espécies. As culturas humanas tendem a incorporar e transmitir esses e outros objetivos humanos, bem como meios geralmente diferenciados para alcançá-los.

Elementos Culturais

Embora existam inúmeras definições de cultura, ela é aqui definida como um processo no qual crenças, valores, comportamentos e práticas emergentes moldam e são moldados de forma contínua pela biologia, história, ambiente físico e outras forças (Rogoff, 2003). Os membros de sistemas humanos (famílias, organizações, comunidades) manifestam esses conjuntos de pensamentos e ações em suas interações e relacionamentos uns com os outros. Ao fazê-lo ao longo de gerações, estas são testadas, aprimoradas, retidas, adaptadas, transformadas, distorcidas ou descartadas.

Para os indivíduos que participam de uma cultura compartilhada, essas crenças, valores, comportamentos e práticas são muitas vezes invisíveis e consideradas universais, pelo menos até o momento de encontrar outra cultura. Esta última pode ser julgada como aberração, deixando as suposições universalistas da primeira intactas. Em teoria, as culturas evoluem em interação com condições e contextos locais específicos, e direcionam-se a objetivos comuns de desenvolvimento (Rogoff, 2003, pp. 3-7, 85-88). Entretanto, esse pode nem sempre ser o caso. As culturas interagem com outras culturas, e com forças maiores que podem dominá-las. Os membros dos sistemas humanos identificados com a mesma cultura podem não compartilhar todos das mesmas crenças, valores, práticas e comportamentos, em parte porque também podem identificar-se com outras culturas diferentes.

Elementos Sistêmicos

As relações, culturas e desenvolvimento humano podem ser entendidos como processos que envolvem o desenvolvimento multidirecional e que influenciam mutuamente os componentes dos sistemas. A abordagem Touchpoints para a prática reflexiva concentra-se em compreender a experiência e as contribuições de cada um e as dos outros para essas interações, bem como o papel das culturas nas formas em que essas relações se desenvolvem. A abordagem Touchpoints para a prática reflexiva visa expandir as

aplicações desses entendimentos, construindo a capacidade de pensar em sistemas.

Como um conjunto de princípios, estratégias e processos, os elementos principais, relacionais, culturais e sistêmicos podem ser usados em:

- práticas reflexivas individuais,
- supervisão reflexiva de encontros clínicos,
- mudança organizacional e aprendizagem, e
- processos de autofortalecimento da comunidade.

Podem ser introduzidos em atividades de formação pré-clínica ou de desenvolvimento profissional em serviço, aplicadas e reforçadas por

organizações de serviços humanos e líderes comunitários, e implementados em:

- reuniões de pessoal e encontros da comunidade,
- supervisão,
- políticas
- procedimentos,
- protocolos,
- avaliações de desempenho,
- critérios e procedimentos de contratação e rescisão,
- uso de dados e outras atividades de aprendizagem organizacional, e
- outras funções.

Quando usados de forma consistente e ativa entre essas áreas, os elementos principais podem melhorar o funcionamento dos sistemas, alinhando e coordenando as interações de seus membros. No atendimento reflexivo individual, na supervisão clínica reflexiva e nos processos organizacionais e comunitários de grupo, os princípios e as capacidades servem como diretrizes pró-ativas e corretivas. Os processos e estratégias podem ser usados para planejar e implementar o progresso em direção a esses indicadores e auxiliar na calibração para correções de percurso. Além disso, os princípios baseados na abordagem Touchpoints podem informar parâmetros clínicos e de supervisão, bem como políticas, procedimentos e protocolos organizacionais e comunitários. Tudo isso pode alinhar-se e tanto reforçar-se mutuamente como fortalecer interações relacionais paralelas que ocorrem em todos os níveis das organizações e comunidades.

Oriundos da pesquisa citada anteriormente, os elementos principais dos relacionamentos, sistemas e culturas, necessários para promover os objetivos de desenvolvimento dos membros do sistema incluem:

Elementos Principais Relacionais

- **Interações multidirecionais:** Transmissões de informação e energia afetiva multidirecionais em vez de unidirecionais.

- **Processos reparativos:** Dependem da segurança e confiança que permitem a identificação e a resposta efetiva a erros relacionais, como mal-entendidos e ruídos na comunicação.

- **Colaborativos:** Processos colaborativos em vez de interações prescritivas, bem como a partilha do poder em vez de papéis hierárquicos entre os membros dos sistemas em interação; e

- **Observação e observação participante:** Distinguir a observação de inferências e julgamentos de valores para que as observações sejam compartilhadas e o sentido seja construído de forma conjunta.

Elementos Principais Culturais

- **Surgimento de vieses e suposições:** Podem estar operando fora da consciência;

- **Autocompreensão cultural:** Atenção às próprias identidades e histórias culturais, e como essas moldam as percepções e interações de uma pessoa com as outras;

- **Humildade cultural:** A busca e o reconhecimento de sua própria contribuição para os mal-entendidos e os ruídos na comunicação,

de suas suposições sobre a universalidade da cultura própria e de sua ignorância sobre outras culturas, bem como quando e como tais suposições podem influenciar os desdobramentos das relações;

- **Narrativas reflexivas:** Consciência da necessidade humana de organizar a experiência em narrativas culturalmente enraizadas. Tanto dentro de uma mesma cultura quanto entre diversas culturas, as narrativas dos indivíduos podem conter atribuições causais conflitantes e modelos explicativos que influenciam o fluxo de informação e energia afetiva em interações relacionais; e

- **Embasamento nos pontos fortes:** Abordagem baseada nos pontos fortes, que pode ser usada para entender práticas culturais, situando-as no contexto dos objetivos e propósitos de uma cultura, em oposição a abordagens baseadas em pontos fracos que propõem julgamentos de outras culturas no âmbito de um contexto cultural próprio. (Rogoff, 2003, pp. 16-19). Processos semelhantes que pressupõem intenções, propósitos e objetivos positivos também se aplicam à compreensão das ações de indivíduos, famílias, organizações e comunidades.

Elementos Principais Sistêmicos

- **Postura de aprendizagem e prontidão para a mudança:** Os membros do sistema mudam a si mesmos e uns aos outros ao mesmo tempo em que aprendem uns com os outros (Garvin, 2003; Rogoff, 2003);

- **Objetivos compartilhados:** Identificação e busca de objetivos compartilhados;

- **Valorização da diversidade:** Compreensão compartilhada de posições divergentes ou conflitantes como oportunidades para fortalecer as relações, bem como para aumentar o entendimento mútuo de cada

membro do sistema e das diferentes realidades que cada um vivencia; e

- **“Visão em sistemas”** (Senge, Hamilton, & Kania, 2015, pp. 28-29): Isso traz luz às contribuições de todos os membros do sistema para os desdobramentos de suas relações e esforços colaborativos.

Os elementos principais são amplamente sobrepostos e interconectados. Embora cada um deles seja introduzido nas seções sobre contextos relacionais, culturais ou sistêmicos descritos abaixo, muitos dos elementos aplicam-se a alguns ou a todos esses contextos. Muitos elementos principais ilustrados em um dos exemplos a seguir também são relevantes para outros exemplos aqui utilizados para ilustrar outros elementos principais. A interligação desses elementos principais é indicada em alguns casos, mas não em todos, e é provável que o leitor também note outros exemplos.

PRÁTICA REFLEXIVA E ELEMENTOS PRINCIPAIS RELACIONAIS DO TOUCHPOINTS

A abordagem Touchpoints começa com o papel das relações no desenvolvimento humano. Os

relacionamentos conectam os pais e os filhos, profissionais e pais, e outros membros dos sistemas humanos - famílias, organizações e comunidades. As qualidades específicas dos relacionamentos são essenciais para o funcionamento efetivo dos sistemas humanos e resultados positivos para o desenvolvimento de seus membros.

Interações multidirecionais: Transmissão de informação e energia afetiva multidirecionais em vez de unidirecionais.

A capacidade dos membros do sistema de enviar, receber e interpretar os sinais uns dos outros, de adaptarem-se uns aos outros e de cocriarem significados compartilhados e narrativas coerentes é necessária para a sobrevivência, a reprodução e a busca de seus planos de desenvolvimento interdependentes (Hrdy, 2009; Wilson, 2012). Nos sistemas de desenvolvimento, os membros do sistema transmitem e recebem energia afetiva, assim como Informações sobre si mesmos e sobre os outros. Também adaptam seus estados, comportamento e funções em resultado disso (veja

também Elemento Principal Sistêmico-Postura de aprendizagem, prontidão para a mudança: Os membros do sistema mudam e são mudados uns pelos outros). Essas Comunicações são multidirecionais, envolvendo interações complexas de vários membros do sistema que ocorrem em sequência rápida ou simultaneamente. Os estados afetivos, bem com os significados, são cocriados, corregulados e evoluem continuamente (Trevarthen, 1979; Trevarthen & Aitken, 2001; Tronick, Cohn, & Shea, 1986).

Processos reparativos: *Dependem da segurança e confiança que permitem a identificação e a resposta efetiva a “erros” relacionais (por exemplo, ruídos na comunicação e mal-entendidos).*

Quando ocorrem mal-entendidos e respostas inadequadas, os membros do sistema podem fortalecer suas relações por meio de esforços de reparação. Por exemplo, no passado, os clínicos das unidades de saúde e de saúde mental eram rotineiramente desencorajados pelos administradores e consultores jurídicos a reconhecer seus erros perante aqueles nos papéis dos pacientes. Mais recentemente, porém, a importância das desculpas e da reparação vem ganhando reconhecimento na prática clínica.

Paralelamente ao surgimento das desculpas profissionais, as organizações de serviços humanos comprometidas a identificar e corrigir erros empregam processos relacionais para guiar:

- A autorreflexão e apoio mútuo;
- A valorização dos erros como oportunidades de aprendizagem do ponto de vista individual, de equipe e organizacional; e
- Uma abordagem centrada em sistemas, em vez da abordagem de culpabilização individual, para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade. A análise sistemática dos erros e as correspondentes mudanças sistêmicas são implementadas para evitar sua recorrência (Alberstein & Davidovitch, 2011; Institute for Healthcare Improvement, 2003; Leape et al., 2009).

Em algumas organizações de serviços de saúde e de saúde mental, solicitou-se que indivíduos em papéis de paciente ou seus familiares participassem de análises sistêmicas de erros e de esforços reparadores e preventivos, inclusive atuando como treinadores em atividades desenvolvimentais profissional.

Processos colaborativos em vez de processos e interações prescritivos, bem como partilha de poder ao invés de papéis hierárquicos, entre membros de sistemas interativos

Da mesma forma, os clínicos podem adotar uma postura colaborativa com os indivíduos em papel de paciente, enquanto formulam diagnósticos, desenvolvem e prescrevem planos de tratamento. Quando o fazem, é mais provável que seus pacientes forneçam informações fundamentais que possam melhorar as recomendações de tratamento e fornecer informações sobre possíveis desafios de adesão a futuros tratamentos (Stadtler et al., 2010).

Quando profissionais focados na criança e pais compartilham o poder dessa maneira, todos ficam mais propensos a sentir que estão realmente na mesma equipe. Esse tipo de colaboração pode produzir uma série de benefícios terapêuticos, incluindo, para os pais, a redução do isolamento social e um aumento na autoeficácia. Por sua vez, esses podem ajudar a melhorar os resultados desenvolvimentais das crianças.

Os prestadores de serviços de saúde que transmitem informações de maneira prescritiva, com fortes intenções ou suposições não examinadas, *Infant Mental Health Journal* DOI 10.1002/imhj. Publicado em nome da Associação de Michigan para a Saúde Mental Infantil. Têm menor propensão de obter informações precisas sobre as quais basear suas avaliações e recomendações de tratamento. Esses prestadores têm menor propensão de receber respostas claras às Comunicações e interpretar essas respostas com precisão. Suas Comunicações podem ser compreendidas e postas em prática por quem receber seus cuidados, tanto em função da natureza desequilibrada da interação quanto do conteúdo da comunicação. Isso pode levar a consequências acidentais e indesejáveis.

A prática reflexiva pode ser usada para evidenciar intenções profissionais, premissas e posturas prescritivas e para trazer à luz e suavizar os medos compreensíveis dos cuidadores que frequentemente acompanham a perspectiva de compartilhar o poder. Pode ser usada para identificar processos e protocolos de toda a organização que dificultam a construção de relações colaborativas, bem como para criar outros

novos que facilitem essa construção. Por exemplo, as instituições clínicas podem dificultar ou negar o acesso a registros clínicos, os quais podem ser escritos em linguagem não facilmente compreensível por aqueles que são objeto da documentação. Algumas unidades de saúde, reconhecendo os benefícios da participação dos indivíduos em seu próprio tratamento, começaram a fazer experiências com notas abertas baseadas na Web que permitem aos pacientes visualizar seus próprios registros. Outro exemplo disseminando-se pelos hospitais pediátricos é a substituição de rodadas tradicionais por rodadas centradas na família. A criança e a família são convidadas a participar das conversas diárias sobre a atualização da situação, a avaliação do tratamento e o planejamento. A prática reflexiva pode ser usada para ajudar os profissionais de saúde a examinar e mudar sua postura, atitude e linguagem, de modo que possam escrever registros que façam sentido para os pacientes e conversar com famílias que respeitam seus papéis no cuidado dos filhos.

Relações prescritivas, hierárquicas e com desequilíbrio de forças dentro das organizações e entre as organizações nas comunidades podem impedir o avanço das relações colaborativas do ponto de vista da prática individual. Nas organizações, essas qualidades relacionais podem obstruir o fluxo de comunicação e distorcer seu conteúdo, interferir na aprendizagem compartilhada e distorcer processos de adaptação mútua e de construção conjunta de sentido. Tais características das relações geralmente são de toda a organização, oriundas e reforçadas por estruturas, processos e

liderança organizacionais. De acordo com Hemmelgarn, Glisson e James (2006), “Os serviços humanos são tecnologias brandas frequentemente moldadas ou adaptadas aos contextos organizacionais existentes” (p. 74). Abrir mão do controle unilateral do poder para cocriar o poder compartilhado requer suportes relacionais que incentivem os prestadores de serviços da saúde a assumirem riscos construtivos. Estes devem ser reforçados através de estruturas e processos organizacionais, e requerem o apoio comprometido da liderança (Garvin, 2003).

Observação e observação participante:

Distinguir acompanhamento de inferências e julgamentos de valores para que as observações sejam compartilhadas e o sentido seja construído conjuntamente.

Os desequilíbrios de poder nas organizações de serviços humanos e nas relações com profissionais de serviços humanos ocorrem, às vezes, em decorrência de inferências imprecisas por parte dos prestadores de serviços sobre a patologia dos pais e dos filhos. Isso pode impedir os profissionais de observarem os pontos fortes das crianças e dos pais e de descobrirem juntos com os pais como podem combinar seus pontos fortes. Quando os profissionais impõem unilateralmente suas próprias perspectivas e as de suas instituições, pode ocorrer o desempoderamento dos pais, a externalização do locus de controle e a dependência como possíveis consequências acidentais (Sparrow et al., 2011) (ver também: abordagem dos Elementos Principais Sistêmicos baseada nos pontos fortes).

Quando os desequilíbrios de poder impedem a observação participante e a construção conjunta de significados, podem surgir interações que se baseiam e reforçam a suposição de que os prestadores de serviços são donos das soluções enquanto os problemas se encontram em quem recebe o serviço.

Por exemplo, os profissionais frequentemente inferem déficits parentais em suas observações, e os colocam como causa do sofrimento em bebês e crianças pequenas (Brazelton & Sparrow, 2001, pp. 333-334) (ver também Elemento Principal Cultural - Narrativas reflexivas). Isso é totalmente compreensível e provável de acontecer quando os profissionais se solidarizam com o sofrimento da criança e quando a família imediata é o único domínio sobre o qual possuem as ferramentas e a autoridade para agir.

Situar o problema nos pais também protege temporariamente os profissionais da culpa que eles geralmente sentem quando não conseguem reduzir o sofrimento da criança. Para muitos cuidadores profissionais, a integridade da sua identidade profissional depende de poder ajudar em tais situações, e isso pode ser ameaçado pelo sentimento de ineficácia, real ou percebido. Sentimentos resultantes de fracasso podem levar a esforços impensados para reforçar a identidade profissional, transferindo a culpa para os pais. Esse foco no déficit parental percebido pode impedir que o profissional reconheça desafios intrínsecos à criança (por exemplo, comportamentos autorreguladores, comportamentos de apego, distúrbios alimentares fisiológicos etc.) que contribuem para comportamentos parentais considerados erroneamente como causadores (ver também: abordagem dos Elementos Principais Sistêmicos baseada nos pontos fortes).

Da mesma forma, o profissional pode não reconhecer plenamente os desafios intrínsecos às interações entre profissional e pais ou instituição e pais (ver também Elemento Principal Cultural - autocompreensão cultural). Tais desafios podem surgir quando profissionais e pais são incapazes de construir conjuntamente uma compreensão compartilhada da criança, da intenção dos pais e do profissional, do contexto no qual a criança está sendo criada e da instituição na qual o profissional precisa trabalhar. Esses desafios podem provocar comportamentos parentais que os profissionais podem interpretar erroneamente como a causa da condição da criança. Por

exemplo, ansiedade, desconfiança dos pais, interações antagônicas com profissionais, adesão limitada ao tratamento ou recusa, entre outros, muitas vezes se originam não nos pais, mas nas interações entre pais e prestadores ou pais e instituição. Experiências anteriores negativas de tais interações também podem se manifestar dessa forma, mas suas origens relacionais frequentemente não são reconhecidas.

A abordagem Touchpoints estabelece processos que derrubam os pressupostos obstaculizantes da aprendizagem sobre as experiências das famílias e aumentam seus conhecimentos e pontos fortes (ver também Elemento Principal Cultural - abordagem baseada nos pontos fortes). A observação compartilhada e os processos de construção conjunta de produção de sentido entre provedores e pais podem ser conduzidos de modo que, juntos, eles fortaleçam suas relações, sua eficácia coletiva e o potencial para aprendizagem e crescimento. Embora possa parecer contra-intuitivo, o foco nos pontos fortes pode, na verdade, aumentar a probabilidade de que desafios e vulnerabilidades venham à tona e sejam efetivamente abordados.

No que diz respeito a organizações e comunidades, processos que identificam e dão voz a forças, valores e objetivos divergentes e compartilhados também podem levar à eficácia coletiva (Sampson et al., 1999; Sampson et al., 1997). Para alcançar isso, seja com famílias de forma individual ou dentro de uma comunidade, a auto-observação pode ajudar a descobrir suposições imprecisas que encobrem pontos fortes, suposições que podem ser reforçadas pela postura da autoridade profissional e organizacional (ver também Elemento Principal Sistêmico - Valorização da diversidade e Elemento Principal Cultural - Autocompreensão cultural).

Exceto em casos abertos de abuso e negligência, a convicção com a qual os prestadores atribuem o sofrimento infantil ao comportamento dos pais pode ser mantida com mais força do que as evidências disponíveis justificariam. Tais convicções surgem frequentemente quando os contextos complexos nos quais são moldadas as interações entre pais e filhos não são totalmente avaliados. Por exemplo, políticas de contribuição para a segurança social no trabalho, na ausência de creches acessíveis ou nos casos de doença mental dos pais, na ausência de tratamento acessível, podem resultar em casos de suposta negligência

parental que, ao invés disso, poderiam ser explicados mais precisamente pelo acesso desigual aos recursos sociais (ver também Elemento Principal Cultural - Narrativas reflexivas).

Por essa perspectiva, os trabalhadores na saúde mental infantil e as organizações nas quais trabalham podem mobilizar-se para agregar instrumentos políticos às ferramentas diádicas que estão mais acostumados a usar. A prática reflexiva pode ajudar os profissionais a recuar para ver o quadro geral e uma gama mais ampla de fatores (Senge et al., 2015, pp. 28-29). Pode ser usada não apenas para melhorar as habilidades de observação e a qualidade das relações, mas também o funcionamento dos sistemas familiares, organizacionais e comunitários (ver também Elemento Principal Sistêmico - Visão em sistemas).

Prática Reflexiva e Elementos Principais Culturais do Touchpoints: Entendimento Intercultural em Relações e Sistemas

Vieses revelados e suposições que podem estar operando fora da consciência

Muitos profissionais voltados à família tendem a recorrer ao comportamento dos pais para explicar os problemas do bebê e da criança. As crianças são

consideradas telas em branco e os pais os únicos responsáveis pelo que é escrito nelas. As culturas de saúde mental e cuidados de saúde vêm criando uma gama de crenças, atitudes, práticas e modos de comunicação baseados nessa suposição de causalidade descontextualizada e unidirecional.

Isso pode levar a consequências acidentais negativas nas relações interculturais de indivíduos divididos por seus papéis de clínico e de paciente ou cliente.

Por outro lado, a teoria desenvolvimental de sistemas, baseada na pesquisa observacional do comportamento do recém-nascido, revela como as crianças atuam nos seus pais, moldando o comportamento do cuidador a partir do momento em que nascem. Os desafios identificados na criança, nos pais ou em ambos são entendidos como decorrentes de suas interações e dos contextos nos quais evoluem: O funcionamento de cada membro do sistema é compreendido no contexto de suas interações com os outros, bem como das forças que interagem com o sistema. Como resultado, o foco do tratamento é a própria relação situada no contexto. No entanto, o velho modelo de causalidade linear continua a ser transmitido e reforçado nas estruturas e processos das organizações clínicas, bem como nas culturas profissionais.

A culpabilização dos pais e outros vieses das culturas profissionais podem ser reveladas por meio da prática reflexiva. A abordagem Touchpoints propõe habilidades e estratégias específicas com base na autorreflexão para cocriar segurança, confiança e respeito mútuo nas relações que unem as culturas dos provedores de serviços e participantes. Por exemplo, a abordagem Touchpoints utiliza atividades de desenvolvimento profissional baseadas em pesquisas sobre as primeiras interações para sensibilizar os participantes sobre as variações e o poder do comportamento não-verbal, o potencial resultante para suposições negativas e processos reparadores (veja também Elemento Principal Relacional — Processos reparativos).

Autocompreensão cultural: *Atenção às próprias identidades e histórias culturais, e como essas moldam as percepções e interações de uma pessoa com as outras;*

A autocompreensão cultural pode ser pensada como um processo interativo e uma capacidade que pode ser desenvolvida. A prática reflexiva pode promover a autocompreensão cultural ao levantar questões sobre o próprio eu e sobre a(s) cultura(s) individual(is) que levam alguém a envolver-se com pessoas de "outras" culturas autenticamente através de si, em vez de basear-se em suposições e estereótipos sobre o "outro". Tais questões incluem:

- Quem sou eu?
- De onde venho?
- Quem é o meu povo?
- De quais atividades culturais eu participo e como elas mudaram e permaneceram as mesmas ao longo da minha vida?

participo e como elas mudaram e permaneceram as mesmas ao longo da minha vida?

- Quais privilégios e recursos foram a mim conferidos ou negados com base nos grupos culturais e outros grupos com os quais me identifico ou com que outros me identificam?

- Como tudo isso influencia minhas formas de comunicação e compreensão?

- Como me ajuda ou me impede de imaginar e tomar consciência de outros caminhos, seres e potenciais?

Humildade cultural: *A busca e o reconhecimento de sua própria contribuição para mal-entendidos e ruídos na comunicação, de suas suposições sobre a universalidade de sua cultura e de sua ignorância sobre outras culturas, bem como quando e como elas podem influenciar os desdobramentos das relações.*

O termo humildade cultural refere-se à consciência da dificuldade de conhecer o que não se sabe, de enxergar o que não se vê. Sugere uma postura particular que começa com a reflexão sobre as próprias culturas — pessoais, familiares, locais, tribais, étnicas, nacionais, profissionais e espirituais — e da influência dessas tanto nas próprias percepções quanto nas expectativas dos outros. A humildade cultural exige disposição para identificar os erros e os mal-entendidos, bem como estar pronto para aceitar a responsabilidade por eles e pedir desculpas (veja também Elementos Principais Sistêmicos

Postura de aprendizagem e prontidão para mudar). É um ponto de partida para aprender e buscar orientação, reconhecendo que tal orientação pode não ser merecida. Outros podem sentir-se desconfortáveis em fornecê-la ou achar que é pedir demais.

Narrativas reflexivas: *Consciência da necessidade humana de organizar a experiência em narrativas culturalmente enraizadas, passíveis de incluir atribuições causais conflituosas e modelos explicativos que influenciam o fluxo de informação e energia afetiva nas interações relacionais.*

Quando a humildade cultural não está atuando, os participantes de um grupo cultural, incluindo grupos culturais profissionais, podem gerar narrativas que servem para legitimar seus próprios valores e práticas, mas que se baseiam em mal-entendidos e julgamentos sobre outros grupos culturais, incluindo beneficiários de Serviços clínicos. Isso geralmente ocorre quando os profissionais se encontram impossibilitados de organizar gigantescas quantidades de dados clínicos de maneira a preservar seu senso de conclusão de tarefas e sugerir alternativas de progresso. Embora as narrativas resultantes, tipicamente focadas em déficit, possam destinar-se apenas à comunicação dentro do grupo, as atitudes e crenças são inevitavelmente expressas, às vezes naquilo que pode constituir microagressões em relação ao “outro” grupo.

Abordagem baseada nos pontos fortes que pode ser usada para entender práticas culturais, situando-as no contexto dos objetivos e propósitos de uma cultura, em oposição a abordagens baseadas em déficits que propõem julgamentos de outras culturas dentro de seu próprio contexto cultural. (Rogoff, 2003, pp. 16-19). *Processos semelhantes que pressupõem intenções, propósitos e objetivos positivos também se aplicam à compreensão das ações de indivíduos, famílias, organizações e comunidades.*

As abordagens baseadas nos pontos fortes tomam como base a humildade cultural. Em vez de

julgar uma crença ou comportamento que não se compreende ou que parece ser prejudicial, a humildade cultural permite considerar a possibilidade de que esses representem uma força que ainda não se consegue enxergar. A prática reflexiva é usada para considerar a quais propósitos e objetivos eles podem servir, em quais contextos desconhecidos eles podem ter surgido, e para sentir empaticamente as atitudes de alguém em favor da intenção positiva e motivação construtiva por trás dos comportamentos observados.

Isso não significa, é claro, que todas as práticas culturalmente enraizadas sejam, apenas por essa razão, inerentemente positivas ou construtivas.

A reflexão sobre as inevitáveis limitações do próprio conhecimento, perspectivas e experiências pode

ajudar alguém a buscar pontos fortes nos outros, buscando colocar-se no lugar do outro. Também é essencial para a capacidade de conter a tensão entre estar sozinho em suas diferenças e caminhar ao lado de outro em direção ao consenso do entendimento mútuo.

Prática Reflexiva e Elementos Principais da Teoria de Sistemas

Touchpoints: Sistemas

O desenvolvimento humano molda e é moldado por contextos, culturas, interações de sistemas familiares e comunitários, e os ambientes mais amplos nos quais estão inseridos (Bronfenbrenner, 1979).

Postura de aprendizagem e prontidão para mudança: *Os membros do sistema mudam a si próprios e uns aos outros ao mesmo tempo em que aprendem (Garvin, 2003; Rogoff, 2003).*

Crianças, famílias, organizações e comunidades estão continuamente interagindo e trocando mutuamente, assim como seus ambientes.

A abordagem Touchpoints surgiu como uma teoria de sistemas de desenvolvimento, em parte, a partir da observação de que os recém-nascidos moldam o comportamento do cuidador, ao menos tanto quanto os cuidadores moldam o comportamento do recém-nascido. O comportamento do recém-nascido, por sua vez, é moldado por genes e epigenética, bem como pela experiência intrauterina. Por meio dessas interações multidirecionais, os bebês adaptam-se antes do nascimento aos contextos nos quais nascerão, não simplesmente para responder a eles, mas também para agir sobre eles. Família, comunidade e outros sistemas sociais contêm e moldam os processos de desenvolvimento da desorganização e reorganização em que a aprendizagem e a mudança ocorrem.

A prática reflexiva pode ajudar os prestadores de serviços de saúde a reconhecerem instâncias paralelas de processos que influenciam mutuamente os encontros clínicos. Por exemplo, à medida que os profissionais influenciam a aprendizagem e o crescimento dos filhos e dos pais, os profissionais também aprendem e crescem à medida que entram nos sistemas familiares e organizacionais. A prática reflexiva pode ajudar os profissionais a atentarem aos sinais previsíveis de sua própria desorganização, que precedem sua própria aprendizagem e mudança, bem como a prestarem atenção ao surgimento de novas capacidades e habilidades profissionais moldadas pelas interações com bebês, pais e colegas.

Instâncias paralelas também podem ser identificados dentro de organizações e comunidades nas quais os participantes da aprendizagem mudam a si mesmos e uns aos outros.

Um exemplo especial desse tipo ocorre no trabalho transcultural, seja através de culturas organizacionais ou através das diferentes culturas de funcionários individuais, membros da comunidade, prestadores e famílias. No trabalho transcultural, o processo de compreensão mútua implica uma reflexão sobre a (s) própria (s) cultura (s) e esforços empáticos para entender a perspectiva de outras culturas, dos propósitos, objetivos, contextos e motivações que moldam crenças e comportamentos.

O uso da prática reflexiva nesse trabalho também permite a determinação de quando e quanta autoexposição e intimidade são necessárias para entender e engajar positivamente a experiência e a personalidade de cada um. Esse tipo de trabalho transcultural pode ser auto-transformador (Rogoff, 2003, pp. 8-13). Isso muda aqueles que se envolvem profundamente no trabalho, não no sentido de algum dia tornarem-se “o outro” ou de rejeitarem a(s) própria(s) cultura(s), mas de abandonar a própria alteridade e a dos outros, de reconfigurar as relações de similaridade e diferença (Sparrow, 2010).

Objetivos compartilhados: *Identificação e busca de objetivos compartilhados.* A consulta colaborativa é uma aplicação da abordagem Touchpoints utilizada tanto dentro das organizações quanto entre elas em diversas comunidades nos Estados Unidos. Sua finalidade é construir conjuntamente uma linguagem comum e uma estrutura de valores e objetivos compartilhados que possam ser usados para alinhar os recursos, funções e estruturas da comunidade em apoio à otimização do desenvolvimento da criança e da família (Sparrow, 2014; Sparrow, in press; Sparrow et al., 2011). Um exemplo é o processo pelo qual o FIRST 5 Santa Clara County [iniciativa do Condado de Santa Clara nos EUA para promover o desenvolvimento de crianças de até 5 anos de idade] e outras agências municipais reuniram-se para combater a epidemia de metanfetamina do início dos anos 2000.

Um número alarmante de bebês havia sofrido exposição intrauterina a drogas e, no meio dessa década, a epidemia continuou implacável.

Mais de 60 entidades diferentes estavam atendendo às famílias deste município com uma população de aproximadamente 1,5 milhões e uma infinidade de diferentes culturas e idiomas. Poderia ocorrer de cada família interagir com 8 a 12 instituições diferentes: UTI neonatais, serviços de proteção à criança, tribunais e o sistema correcional, serviços de saúde mental e combate ao uso indevido de drogas em adultos, intervenção precoce e serviços de visitas domiciliares, creches, abrigos e bancos de alimentos, entre outros. Essas instituições variavam muito em suas próprias culturas e idiomas profissionais, com uma gama de crenças, expectativas e exigências, às vezes conflitantes entre si.

Jolene Smith, diretora executiva da FIRST 5 Santa Clara County, percebeu que sua organização precisaria “estabelecer parcerias com os sistemas de dependência e bem-estar infantil porque queríamos impactar o ciclo intergeracional de crianças nascidas de

pais que sofreram algum trauma e lutam contra o uso indevido de drogas, muitos dos quais são, eles mesmos, oriundos de abrigos para crianças” (M. Daraio, comunicação pessoal, 8 de julho de 2016).

Ao discutir as práticas existentes nos tribunais para o julgamento de dependentes químicos, ela afirmou que “em geral, a maior parte dos tribunais para o julgamento de crimes relacionados às drogas tem focado os adultos. Temos a oportunidade e, mais importante, a responsabilidade de mudar o foco para uma abordagem centrada na criança e focada na família, inserida em um modelo ecológico social” (M. Daraio, comunicação pessoal, 8 de julho de 2016).

Smith rapidamente concluiu que o Condado precisava de uma única filosofia e linguagem comuns para alinhar a ampla gama de culturas organizacionais, estabelecer hábitos eficazes de comunicação e compartilhamento entre as organizações e criar uma experiência coerente para os bebês e as famílias atendidas por todas elas. Seria necessária uma filosofia e linguagem comuns para identificar, criar compromisso e buscar efetivamente metas compartilhadas.

Valorização da diversidade: *A compreensão compartilhada de posições divergentes ou conflitantes como oportunidades de fortalecimento das relações bem como do entendimento mútuo e abrangente de cada*

membro do sistema e das diferentes realidades que cada um vivencia;

A abordagem Touchpoints foi escolhida como o meio de trabalhar em direção a uma filosofia e linguagem comuns no projeto de metanfetamina do Condado de Santa Clara. Inspirado pelo trabalho do Dr. T. Berry Brazelton e pelo impacto potencial da abordagem Touchpoints sobre crianças, famílias e comunidades, o FIRST 5 Santa Clara County implementou os Touchpoints como a base da prática em todo o seu sistema de atendimento em 2009.

Até o momento, o Condado de Santa Clara tem 565 prestadores de serviços (representando 65 instituições que incluem o tribunal do Condado e os sistemas de atendimento infantil) que praticam o Touchpoints (M. Daraio, comunicação pessoal, 9 de julho de 2016).

As atividades longitudinais de desenvolvimento profissional foram fornecidas em todas as funções, tanto dentro das organizações quanto entre elas. Todos — seguranças, funcionários, delegados e juízes — no tribunal que julgou as mães de bebês nascidos com resultado positivo em exames toxicológicos para metanfetamina participaram do treinamento Touchpoints. A intenção das experiências de desenvolvimento profissional não foi impor uma filosofia externa ou permitir que uma cultura organizacional dominasse.

Em vez disso, a prática reflexiva foi usada no decurso do desenvolvimento profissional para acolher vozes divergentes e trabalhar para entender o valor que cada voz trazia.

Como resultado da participação nas oficinas Touchpoints, os prestadores de serviços sentiram que tinham mais conhecimento e habilidades para apoiar as famílias e seus filhos. Mais de 90% dos participantes Touchpoints relataram um aumento na confiança em sua capacidade de envolver-se e construir relacionamentos positivos com as crianças e famílias que atendiam, uma perspectiva ampliada através da qual os pais/cuidadores são vistos como especialistas em seus filhos, e uma maior compreensão da importância do Touchpoints como uma abordagem prática reflexiva para fortalecer as relações com as crianças e as famílias (M. Daraio, personal communication, July 8, 2016).

Inicialmente, muitos membros do sistema judicial foram altamente céticos em relação a uma abordagem baseada nos pontos fortes. Eles temiam que os profissionais fossem enganados por pais cujos vícios em drogas os levariam a mentir sobre suas recaídas. Os participantes aprenderam a envolver-se de maneira cuidadosa e respeitosa com as opiniões dos outros, expandindo suas próprias perspectivas. Gradualmente, os contrários à abordagem baseada nos pontos fortes começaram a perceber que, em vez de encobrir a realidade da vida dessas famílias, essa abordagem poderia realmente ajudar a revelá-las e apontar formas mais eficazes de trabalhar com elas. Uma vez que começaram a vivenciar essa nova abordagem, eles se convenceram. Em uma sessão de treinamento para várias centenas de prestadores de serviços em agosto de 2009, a juíza Erica Yew explicou:

Eu passei a entender que nessas famílias, nesse sistema, existem traumas por todo lado. As mulheres que dão à luz esses bebês sofreram traumas antes, durante e depois da gravidez. Essa é uma grande parte do que interfere na sua recuperação. A última coisa de que precisam é que o tribunal ou qualquer um de nós as traumatize novamente. Então, agora, quando estou julgando a mãe de um bebê exposto a drogas antes do nascimento, eu desço da tribuna para ficar ao lado dela. Vestida na minha toga, eu abro os meus braços e a acolho. Eu quero que ela saiba que não estamos aqui para machucá-la novamente, mas para ajudá-la a encontrar o caminho para o seu potencial, e para ajudá-la a vivenciar a nossa esperança para que ela possa descobrir a sua própria.

Visão em sistemas (Senge et al., 2015, pp. 28-29) *de modo que as contribuições de todos os membros*

do sistema para o desenvolvimento de suas relações possam ser identificadas.

O “Drug Court” [Tribunal para o Julgamento de Dependentes Químicos] mudou seu nome para “Family Wellness Court” [Tribunal do Bem-estar Familiar]. Isso não foi apenas uma mudança de nome, mas uma mudança fundamental no entendimento do uso indevido de drogas e da exposição pré-natal a elas como um desafio multifatorial. Seria necessário uma lente sistêmica para ver a necessidade de uma ampla gama de intervenções cuidadosamente costuradas entre comunidades e sistemas. O Tribunal do Bem-estar Familiar assumiu o papel do gerenciamento abrangente de casos, exigindo a complementação total dos serviços de que cada família precisava.

Além do tratamento ao uso indevido de drogas e a problemas de saúde mental do adulto, bem como serviços de intervenção precoce, tratamentos diádicos, serviços de proteção infantil e serviços de prevenção e resposta à violência doméstica, o tribunal utilizou uma abordagem sistêmica whole child, whole family [criança plena, família plena] para abordar toda a gama de necessidades e pontos fortes de cada família. Trabalhou em parceria com instituições de base comunitária para avaliar e atender às necessidades mais amplas de cada família, como apoio a habitação e alimentação, treinamento profissional, transporte, oportunidades educacionais, conexões sociais e outras necessidades críticas. A coordenação desses recursos ampliou seus efeitos (Golan, Rouspil, Huang & Williamson, 2012; Lucero, 2012). A coordenação dentro das organizações e comunidades, entre os membros do sistema, depende de um tipo específico de reflexão: “visão em sistemas” — a capacidade de levar em consideração indivíduos, díades e famílias, tendo também em mente os sistemas e contextos maiores nos quais eles interagem e evoluem (Senge et al., 2015).

Embora o modelo ecológico de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979) seja amplamente aceito, suas possíveis aplicações para a saúde mental infantil ainda não foram plenamente realizadas. A prática reflexiva também pode desempenhar um papel aqui, se for usada para enxergar sistemas maiores e guiar ações efetivas não apenas entre as díades, mas também dentro das organizações e comunidades. Por exemplo, por meio da prática reflexiva, atributos em nível da comunidade, como a conexão social e a eficácia coletiva (Sampson et al., 1999; Sampson et al., 1997), podem ser fortalecidos. Se a prática reflexiva puder ser usada para fortalecer os processos relacionais nas comunidades, a construção

conjunta resultante do capital social em bairros, escolas e grupos de pais pode reduzir o isolamento e a marginalização dos pais — ambos fatores de risco para a depressão parental, abuso e negligência infantil.

CONCLUSÃO: PRÁTICA REFLEXIVA E AÇÃO

Os efeitos positivos dos tratamentos focados em díades podem ser protegidos e aprimorados quando a prática reflexiva é usada em organizações e comunidades para fortalecer processos relacionais fomentadores de:

- confiança e segurança;
- valorização dos erros como oportunidades de reparação e novas percepções;
- autocompreensão cultural;
- saída de si mesmo para ver as perspectivas dos outros, e
- pensamento em sistemas.

Os pontos comuns a todos são os esforços para melhorar a qualidade do fluxo de informação e energia

afetiva entre os membros dos sistemas, para expandir e aprofundar a compreensão mútua, e para aumentar a capacidade de adaptação das pessoas aos outros e às limitações e oportunidades dos contextos e ambientes compartilhados. No entanto, nada disso é suficiente para promover a saúde mental dos bebês e dos pais.

O rumo que os sistemas humanos tomam depende não apenas das interações dos membros do sistema, mas também de forças sociais, econômicas e políticas maiores (Bronfenbrenner, 1979). Por exemplo, cuidados infantis e de saúde disponíveis, acessíveis e de alta qualidade, licenças maternidade e paternidade remuneradas, e salários mínimos que cubram as necessidades básicas da família, tudo isso tem impacto positivo significativo no bem-estar e no desenvolvimento ideal das crianças. Esses exemplos dependem de intervenções e políticas em nível comunitário, estadual e nacional. Uma prática reflexiva que ajude os líderes e outros participantes do sistema a “enxergar em sistemas” pode mobilizá-los a atuar nessas forças maiores, de modo que possam avançar em direção aos objetivos compartilhados.

REFERÊNCIAS

Ahmann E. (1994). Family-centered care: Shifting orientation. *Pediatric Nursing*, 20(2), 1113-1117.

Alberstein, M., & Davidovitch, N. (2011). Apologies in the healthcare system: From clinical medicine to public health. *Law & Contemporary Problems*, 74, 151.

Barnard, K.E., & Morisset, C.E. (1995). Preventive health and developmental care for children: Relationship as a primary factor in Service delivery with at risk populations. In H. Fitzgerald, B. Lester, & B. Zuckerman (Eds.), *Children of poverty: Research, health and policy issues* (pp. 167-195). New York: Garland.

Brazelton, T.B. (1962). Observations of the neonate. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1, 38-58.

Brazelton, T.B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (1st ed.). Londres Spastics International Medical.

Brazelton, T.B. (1992). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development* (1st ed.). Reading, MA: Addison-Wesley.

Brazelton, T.B., Koslowski, B., Main, M., Lewis, M., & Rosenblum, L.A. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In (Ed.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 49-76). New York: Wiley.

Brazelton, T.B., & Sparrow, J.D. (2001). *Touchpoints three to six: Your child's emotional and behavioral development*. Cambridge, MA: Perseus Books.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*.

Cambridge, MA: Harvard University [Universidade de Harvard], EUA Press.

Bryck, A.S., Sebring, P.B., Allensworth, E., Luppescu, S., & Easton, J.Q. (2010). *Organizing schools for improvement: Lessons from Chicago*.

Chicago: University of Chicago Press.

Douglass, A. (2011). Improving family engagement: The organizational context and its influence on partnering with parents in formal child care settings. *Early Childhood Research and Practice*, 13(2), 1-20.

Dunst, C.J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.

Fogel, A., King, B.J., & Shanker, S.G. (Eds.). (2008). *Human development in the twenty-first century: Visionary ideas from systems scientists*.

Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Garvin, D. (2003). *Learning in action: A guide to putting the learning organization to work*. Cambridge, MA: Harvard Business Review Press.

Golan, S., Rouspil, K., Huang, T., & Williamson, C. (2012). *Evaluation of the Family Wellness Court for Infants and Toddlers. Final Report, Year 5*. Menlo Park, CA: SRI International.

Glisson, C. (2007). Assessing and Changing Organizational Culture and Climate for Effective Services. *Research on Social Work Practice*, 17, 736.

Heimann, M. (2010). Patterns of instability and change: Observations on regression periods in typically developing infants. In B.M. Lester &

J.D. Sparrow (Eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton*. Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.

- Hemmelgarn, A., Glisson, C., & James, L.R. (2006). Organizational culture and climate: Implications for services and interventions research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 73-89.
- Hrды, S.B. (2009). *Mothers and others: The evolutionary origins of mutual understanding*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper Boston: Institute for Healthcare Improvement. Langley, G., Moen, R., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., & Provost, L. (2009). *The Improvement Guide*, 2nd Edition. (p. 24). San Francisco: Jossey-Bass.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J. et al. (2009). Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 424-428.
- Lester, B.M., & Sparrow, J.D. (Eds.). (2010). *J.D. Sparrow (Eds.), Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton*. Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.
- LeVine, R.A. (2010). Protective environments in Africa and elsewhere. In B.M. Lester & J.D. Sparrow (Eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 132-139). Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.
- Lucero, K. (2012). *Family drug courts: An innovation of transformation*. Bloomington, IN: Balboa Press.
- Osofsky, J.D. (2016). Infant Mental Health. In J.C. Norcross, G.R. Vanden-Bos, & D.K. Freedheim (Eds.-in-Chief), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 1. Roots and branches* (p. 44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Plooij, F.X. (2010). The 4 WHY'S of age-linked regression periods in infancy. In B.M. Lester & J.D. Sparrow (Eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 107-119). Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.
- Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. New York: Oxford University Press.
- Sameroff, A.J. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18(1-2), 65-79.
- Sampson, R.J., Morenoff, J.D., & Earls, F. (1999). Beyond social capital: Spatial dynamics of collective efficacy for children. *American Sociological Review*, 64(October), 633-660.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Senge, P., Hamilton, H., & Kania, J. (2015). *The dawn of system leadership*. Stanford Social Innovation Review, Winter, 25-33.
- Sparrow, J.D. (2010). Aligning systems of care with the relational imperative of development: Building community through collaborative consultation. In B. Lester & J.D. Sparrow (Eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 15-27). Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.
- Sparrow, J.D. (2013). Newborn behavior, parent-infant interaction, and developmental change processes: Research roots of developmental, relational and systems-theory based practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(3), 180-185.
- Sparrow, J.D. (2014). Touchpoints: Linking families, professionals, institutions and communities for children's health, education and wellbeing. In Gomes Pedro (Ed.), *Towards a Science of happiness International Conference Proceedings* Lisbon, Portugal: Calouste Gulbenkian Foundation.
- Sparrow, J.D. (in press). Communities raising children together: Collaborative consultation with a place-based initiative in Harlem. In J. Delafield-Butt, A.W. Dunlop, & C. Trevarthen (Eds.), *The child's curriculum: Working with the natural values of young children so the child may lead the way*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Sparrow, J., Armstrong, M.I., Bird, C., Grant, E., Hilleboe, S., Olson-Bird, B., . . . , & Beardslee, W. (2011). Community-based interventions for depression in parents and other caregivers on a northern plains native American reservation. *American Indian and Alaska native children and mental health: development, context, prevention, and treatment*. (pp. 205-233). Praeger: Denver, CO.
- Stadtler, A.C., Novak, J.C., & Sparrow, J.D. (2010). Improving healthcare Service delivery systems and outcomes with relationship-based nursing practices.

In B. Lester & J.D. Sparrow (Eds.), *Nurturing young children and their families: Building on the legacy of T.B. Brazelton* (pp. 321-331). Oxford, England: Wiley-Blackwell Scientific.

Stadtler, A., O'Brien, M., & Hornstein, J. (1995). The Touchpoints Model: Building supportive alliances between parents and professionals.

Zero to Three, 16(1), 24—28.

Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., & Ereeman, T.R. (1995). *Patient-centered medicine*. Thousand

Oaks, CA: Sage. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, United States Department of Health and Human

Services (2008). Retrieved October 6, 2016, from <http://www.samhsa.gov/newsroom/press-announcements/200809150300>

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321-347). New York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C., & Aitken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: Theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.

Tronick, E.Z., Cohn, J., & Shea, E. (1986). The transfer of affect between mothers and infants. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 11-25). Norwood, NJ: Ablex.

Wilson, E.O. (2012). *The social conquest of Earth*. New York: W.W. Norton.