



Terapia Familiar Sistêmica

Terapia Familiar Sistêmica

Claudia Cacau Furia Cesar
Juarez Soares Costa

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação e Educação Básica

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Danielly Nunes Andrade Noé

Grasiele Aparecida Lourenço

Isabel Cristina Chagas Barbin

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Ana Paula Basqueira

Editorial

Camila Cardoso Rotella (Diretora)

Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)

Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)

Leticia Bento Pieroni (Coordenadora)

Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Cesar, Claudia Cacau Furia
C421t Terapia familiar sistêmica / Claudia Cacau Furia Cesar,
Juares Soares Costa. – Londrina : Editora e Distribuidora
Educacional S.A., 2018.
280 p.

ISBN 978-85-522-1185-3

1. Terapia familiar. 2. Psicoterapia. 3. Psicologia. I.
Cesar, Claudia Cacau Furia. II. Costa, Juares Soares. III.
Titulo.

CDD 615.85

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018

Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 O pensamento sistêmico: novo paradigma da ciência, teoria e prática	7
Seção 1.1 - Pensamento sistêmico	9
Seção 1.2 - Escolas de terapia familiar: do surgimento às escolas de 1ª e 2ª ordem	28
Seção 1.3 - Terapias narrativas e práticas psicossociais	52
Unidade 2 O estudo das famílias, seus contextos e redes sociais	75
Seção 2.1 - A família em estudo	78
Seção 2.2 - Contextos e eventos que afetam a vida familiar	100
Seção 2.3 - Redes sociais e famílias	122
Unidade 3 Terapia familiar na prática	149
Seção 3.1 - Ferramentas clínicas	152
Seção 3.2 - Compreendendo a família	172
Seção 3.3 - Trabalhando com a família	191
Unidade 4 O profissional como parte do sistema terapêutico	215
Seção 4.1 - Postura profissional	218
Seção 4.2 - Etapas e cuidados	236
Seção 4.3 - Modalidades de terapias sistêmicas	256

Palavras do autor

Bem-vindo ao estudo da terapia familiar sistêmica.

Nossa proposta de trabalho com famílias está baseada no paradigma sistêmico, e esta visão exige que façamos uma mudança no nosso modo de compreender o mundo e a nós mesmos.

Você observará, ao longo do curso, que os temas e exercícios propostos, além de subsidiar a sua futura prática, também proporcionarão algumas reflexões pessoais. Afinal, ao falarmos das famílias que atendemos, como não pensar nas nossas? Esperamos que ao término você possa fazer a articulação de todas estas experiências e conhecimentos com o trabalho da terapia familiar sistêmica.

Na Unidade 1 vamos estudar o “Pensamento sistêmico”. Conheceremos os diferentes paradigmas ao longo da história e suas bases epistemológicas e teóricas e detalharemos o novo paradigma sistêmico, visualizando sua aplicação na vida cotidiana e, em especial, na prática do psicólogo. Para tal, o estudo das diversas escolas sistêmicas será essencial: do surgimento das primeiras terapias familiares até as práticas reflexivas e narrativas, sempre com a preocupação de abordar contextos práticos e a atuação profissional.

Na Unidade 2 nosso foco será o “Estudo das famílias, seus contextos e redes sociais”. Especificamente, estudaremos os contextos que afetam a vida das famílias: fases do ciclo de vida, divórcios, recasamento e questões de gênero, entre outros temas relevantes. Abordaremos o tema das redes sociais dos indivíduos e suas famílias e questões correlatas, como violência, pobreza e contextos culturais.

Em “A terapia familiar na prática”, nossa Unidade 3, teremos a oportunidade de nos dedicarmos ao estudo do genograma, ferramenta clínica essencial dentro de uma abordagem transgeracional. Praticaremos o uso de perguntas como recursos terapêuticos, o trabalho reflexivo e o trabalho em duplas, bem como abordaremos temas da atualidade, como dependência química e vulnerabilidades sociais e mentais.

Por fim, na Unidade 4, “O profissional como parte do sistema terapêutico”, você estará em evidência como profissional, ou seja,

fará reflexões sobre seu trabalho e as várias etapas e cuidados para os atendimentos familiares, incluindo quem cuida de você, que é o cuidador. Pensando em outras modalidades da prática sistêmica, abordaremos o trabalho terapêutico com casais e com famílias com crianças.

A concepção pedagógica baseia-se na problematização: você é sujeito coconstrutor do conhecimento que apreende e transforma sua realidade pessoal e social. Nesta concepção é importante que você observe o mundo à sua volta, identifique o que considera como sendo problema e tente identificar os recursos necessários para a resolução deles. Você será estimulado em todo o processo de ensino-aprendizagem a investigar ativamente seus contextos. O processo didático transcende a noção simplista de transmissão/instrução de conhecimento e se constitui numa reconstrução do saber necessário para instrumentalizar as práticas profissionais nas diversas situações.

Espera-se que ao final do curso você tenha adquirido e ampliado sua capacidade de praticar uma clínica que proporcione que os problemas sejam compreendidos e abordados, levando-se em conta não apenas as questões individuais, mas também as dinâmicas familiares e as relações e conexões entre seus membros e com a rede social de que fazem parte.

O pensamento sistêmico: novo paradigma da ciência, teoria e prática

Convite ao estudo

Vamos começar nossos estudos sobre terapia familiar sistêmica. A Unidade 1 abordará o novo paradigma da ciência, a teoria e a prática, e estudaremos o que é o pensamento sistêmico, seu histórico como um novo paradigma para a ciência atual, as teorias sistêmicas aplicadas às diferentes práticas, o surgimento das terapias familiares, seus principais teóricos e como são aplicados na prática profissional.

Na Seção 1.2 será a vez de estudar o surgimento das primeiras escolas de terapias familiares, destacando: a Escola Estrutural, a Estratégica e a de Milão. E na Seção 1.3 estudaremos a terapia familiar orientada aos processos reflexivos e às práticas narrativas. Finalizaremos esta unidade com a terapia familiar e suas interfaces com o trabalho psicossocial e a sua inserção na estratégia de saúde da família.

Assim, ao final do estudo da Unidade 1, você terá conhecido o histórico do pensamento sistêmico em seus diferentes níveis, as teorias sistêmicas aplicadas às diferentes práticas, bem como o surgimento das terapias familiares e seus principais teóricos.

Acreditamos que o estudo dos paradigmas ao longo da história e suas características contribuirá para a compreensão das demandas de Rodolfo, psicólogo que trabalha em uma organização não governamental (ONG) localizada em um bairro periférico de uma cidade de porte médio, atendendo adolescentes de famílias de baixa renda, no período em que não estão na escola.

A ONG possui uma equipe multiprofissional, composta de psicólogo, pedagogo, terapeuta ocupacional, assistente social e monitores, entre outros. As atividades e atendimentos ocorrem de forma coletiva ou individual, geradas pelas demandas dos usuários e/ou equipe, contando com a participação de um ou mais profissionais da ONG e/ou parceiros, tendo por objetivo a socialização dos adolescentes e de seu grupo familiar.

A ONG cria um espaço para os adolescentes se prepararem para a convivência na instituição e fora dela: podem optar por realizar um curso de iniciação profissional e/ou pela educação formal em paralelo com outras situações de aprendizagem (cursos técnicos, de complementação e outras atividades). Esta proposta oferece aos adolescentes um espaço de referência, com o qual se identifiquem e contribui para a diminuição das dificuldades de aprendizado, da evasão escolar e da vulnerabilidade, risco social e pessoal, o que promove condições para reflexão sobre a realidade em que estão inseridos. Desenvolve oficinas de informática básica e avançada, música, teatro, artes plásticas, mundo do trabalho, esporte, voluntariado jovem, educação socioambiental, identidade, sexualidade, gênero e leituras.

O contexto de trabalho de Rodolfo apresenta problemas que são comuns aos jovens e às famílias há muitos séculos: aprender um ofício, iniciar-se em uma profissão, adquirir novos conhecimentos. Ao mesmo tempo traz temas que ainda são novos para todos nós, para os quais ainda não temos respostas definidas. Nesse sentido, ao buscar solucionar os problemas que serão apresentados ao longo da unidade, presentes no trabalho de Rodolfo, você deverá elaborar um relatório que contemple o surgimento do novo paradigma, das teorias e práticas sistêmicas, das terapias familiares sistêmicas e seus principais teóricos.

Esperamos que o estudo do pensamento sistêmico possa ajudá-lo a encontrar soluções novas para problemas que também são novos.

Bons estudos!

Seção 1.1

Pensamento sistêmico

Diálogo aberto

No século XX passamos por grandes transformações nos estudos da ciência e no entendimento do ser humano enquanto um sujeito em relação. Você deve ter noção destas transformações, em especial quando tem a oportunidade de dialogar com pessoas que viveram na primeira metade daquele século. Mudaram os meios de transporte, dos primeiros carros aos foguetes. Surgiram o rádio, a televisão e o cinema. Das cartas e telegramas chegamos aos e-mails e ao WhatsApp, apenas para citar alguns exemplos tão presentes no nosso cotidiano.

A ONG em que Rodolfo trabalha, a cada semestre, elege um tema para ser desenvolvido com os adolescentes. Neste semestre o tema foi sexualidade e questões de gênero. A abordagem de Rodolfo, partindo de sua formação profissional e sua visão de mundo, levou em conta as demandas dos adolescentes, incentivando a pesquisa sobre estes assuntos emergentes nas mídias e redes sociais. Foram realizadas discussões em grupos, mediadas por Rodolfo, trazendo à tona questões como: preconceitos, homofobia, liberdade de escolhas sexuais e também como estes temas estavam presentes no cotidiano do grupo.

Após dois meses de atividades, um grupo de pais procurou a direção da ONG queixando-se do trabalho que estava sendo desenvolvido. Estes pais tinham em comum o fato de serem religiosos e alegavam que as discussões destoavam de seus valores e modos de educarem os filhos. Em sua opinião, assuntos como sexo antes do casamento, relações entre pessoas do mesmo sexo e sexo sem a finalidade de procriação estavam desvirtuando a formação moral e religiosa dos adolescentes. Exigiam a interrupção das atividades, sob pena de retirarem seus filhos da ONG.

Em um primeiro momento Rodolfo recusou-se a suspender as atividades, pois não concordava com a visão dos pais e entendia que o trabalho estava sendo benéfico para o grupo. Estabeleceu-se um impasse, e a diretoria da ONG não sabia como agir.

1. Descreva as diferenças e semelhanças (se houver) entre o paradigma predominante de Rodolfo e do grupo de pais?
2. Como o novo paradigma sistêmico pode contribuir para a resolução do impasse?

Não pode faltar

Vamos começar nossas reflexões sobre o pensamento sistêmico a partir do conceito de paradigma. Atualmente esta palavra vem sendo muito utilizada e apresenta significados variados. Com certeza você já ouviu alguém comentando: "Nosso hospital mudou de paradigma no que diz respeito à relação cliente-profissional"; "Este é nosso paradigma na área de recursos humanos"; "Hoje em dia, temos que nos adaptar aos novos paradigmas de relacionamento profissional".

Será que todos estão usando a palavra com o mesmo significado? Provavelmente não. Vamos ver por que. A palavra paradigma vem do grego *paradeigma*, e significa padrão, modelo. Nas diferentes esferas do nosso cotidiano, de alguma maneira, podemos reconhecer a presença dos paradigmas, padrões de vida ou nossas visões de como deve ser o mundo e as regras necessárias para que ele funcione. Quando falamos de pessoas e famílias, é fácil identificar o conjunto de paradigmas ou regras presentes, assim como verificar como limitam ou norteiam a forma de pensar e agir.

Kuhn (1998, p. 218) nos ajuda ao propor a ideia de um paradigma científico, definido como "toda a constelação de crenças, valores, técnicas, etc..., partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada". Capra (2000), inspirado por Kuhn, apresenta a noção de paradigma social, ou seja, um conjunto de entendimentos, valores, compreensões e ações compartilhadas por um determinado grupo, formatando assim uma visão singular da realidade que constitui a maneira de organizar uma comunidade.



Assimile

Podemos dizer que em cada comunidade, em cada povo, há um paradigma, uma maneira predominante de ver o mundo, e é por meio dele que as pessoas organizam seu cotidiano, criam explicações para os fenômenos da vida e da morte. Outras visões de mundo sempre coexistiram e coexistem, mas é importante ressaltarmos aqueles paradigmas que predominaram em cada período da história da humanidade.

Neste trabalho, será privilegiado o enfoque dos três períodos mais recentes da história do mundo ocidental: a Idade Média, a Idade Moderna e o período contemporâneo, o qual é muitas vezes chamado de período Pós-Moderno.

O paradigma religioso predominou desde a Antiguidade até meados do século XV, próximo do final da Idade Média. O que isto quer dizer? Os homens e a sociedade valorizavam a divindade, ou seja, na visão de mundo daquela época, predominava a ideia de que a verdade existia em um plano superior. O centro de tudo era o divino, e o acesso ao conhecimento era para poucos, apenas àqueles que seguiam uma vida religiosa e buscavam uma aproximação constante ao divino. Segundo Ferreira (1986), a palavra método vem do grego *methodos*, caminho para chegar a um fim. Assim, no que diz respeito ao método seguido, considera-se a busca do aperfeiçoamento pessoal, uma vida meditativa e de dedicação plena à divindade.

É interessante considerar que o paradigma religioso tinha como princípios e valores a vida em comunidade, lembrando que, na época, as comunidades eram pequenas, unidas e relacionavam os fenômenos materiais com explicações espirituais. As demandas individuais eram consideradas secundárias diante dos interesses comunitários e baseavam-se muito mais na compreensão do mundo do que em seu controle. Na transição da Idade Média para a Idade Moderna, princípios úteis foram descartados, sendo que eram úteis, em especial, aqueles que compreendiam o ser humano como “parte de”, um ser conectado com as pessoas e o mundo.

Os versos de Gilberto Gil (1991), “Antes mundo era pequeno, porque Terra era grande. Hoje mundo é muito grande, porque Terra é pequena. Do tamanho da antena parabólicamará...”, falam de um mundo que muda, se expande. Entramos na era dos descobrimentos, ampliamos o mundo então conhecido. A busca por novos continentes, geraram novas demandas: embarcações, novos instrumentos científicos apontando para novas verdades. A terra é redonda e gira (COSTA, 2000).

Estamos na era dos descobrimentos dos mundos novos, e com eles surge uma nova visão de mundo. Copérnico e Galileu deram início a uma revolução, presente até nossos dias. O telescópio permitiu que nossos olhos pudessem ver muito além do horizonte. A Terra e o homem deixaram de ser o centro do universo, e conseqüentemente

a Divindade perdeu a sua centralidade nas elucidações dos eventos da vida cotidiana. Outras explicações e leis surgiram, trazendo as máquinas, engrenagens e mecanismos perfeitos, que passaram a ser o novo modelo explicativo.

A observação levou a deduções, que geraram leis universais: a verdade está no mundo, ela é exata, e a matemática a explica. O método científico passou a determinar o conhecimento e o controle do mundo, acreditando-se ainda que o conhecimento seria acessível a todos aqueles que compreendessem as leis.



Do conhecimento das partes viria a Verdade. Descartes (1999), um nome que se confunde com o da ciência, em seu Discurso sobre o Método, dividiu o ser humano em duas partes, a mente, res cogitans, a coisa pensante, que não seria objeto da ciência. A mente ficaria com o campo da filosofia, das ciências não exatas, mais tarde da psicologia. O corpo era a res extensa, a coisa extensa, ampla, que podia ser palpada, tocada, estudada, dissecada. Este era o campo da ciência. E esta foi também a base da divisão mente/corpo que tanto limitou e ainda limita nossa compreensão e tratamento do ser humano. (COSTA, 2000, [s.p.]

A simplicidade, a estabilidade e a objetividade são o tripé que define o pensamento científico ou cartesiano. A simplicidade é expressa pelo isolamento e pela redução do objeto (incluindo o ser humano) em partes tão pequenas, como as células, as moléculas, os átomos e engrenagens. A estabilidade considera que as verdades valem para tudo e para todos, independentemente do tempo ou lugar. E a objetividade entende que o observador não altera ou interfere no fenômeno observado, pressupondo uma neutralidade do sujeito observador.

O mundo foi colocado em xeque, as verdades validadas cientificamente eram cotidianamente reanalisadas, a humanidade viveu e vive um progresso constante, como não experimentado anteriormente. Se de um lado, no final do século XIX, o paradigma científico ou moderno se consolidou, passou também a ser questionado. Darwin e a teoria da evolução, Freud e a Psicanálise, como representantes da ciência, também provocaram questionamentos que o paradigma em evidência

não dava conta de responder. Concomitantemente, foi a área da Física que ofereceu uma nova perspectiva, derrubando o tripé da simplicidade, da objetividade e da estabilidade, trazendo mudanças necessárias para explicar os desafios encontrados no estudo das partículas menores que o átomo e com respostas não mais absolutas. Exemplificando, a matéria subatômica apresenta-se com características duais; por vezes tem características de partículas materiais, em outras situações comportam-se como ondas, sem uma precisão aparente. Em tom de chacota, os cientistas diziam que os elétrons poderiam ser partículas às segundas e quartas-feiras e ondas às terças e quintas-feiras. Os físicos, enquanto cientistas, declararam que o princípio de indeterminação, demonstrado pelo próprio processo de mensuração, aponta para o fato de que há o grau de influência do observador nas propriedades dos objetos observados. Ou seja, o princípio da indeterminação, segundo os cientistas, surgiu quando eles se reconheceram como observadores não imparciais e se perceberam fazendo parte do mundo observado. Este novo conceito mostra como os cientistas constataram que o mundo não é um conjunto de objetos distintos, mas atua como uma teia de relações ligando as diversas partes de modo a formar um todo unido, tornando-o complexo, instável e subjetivo (CAPRA,1988; 2006).

As demais áreas das ciências também foram constatando que os fenômenos eram complexos, instáveis e traziam a subjetividade como fatores influenciadores dos estudos científicos. Na Biologia, o estudo dos seres vivos interconectados alterou o olhar sobre o meio ambiente, criando uma nova visão das interações entre indivíduos e sociedade, plantando as sementes do que hoje chamamos de ecologia. Na área das ciências sociais, a antropologia insatisfeita pelos modos operantes vigentes, com os estudos dos relatos dos viajantes, como se os fenômenos fossem estanques e pudessem ser compreendidos fora de contextos, reviram o papel do observador em seus campos de estudo. Novos questionamentos foram apresentados: o que deve ser observado? Há possibilidade de determinar o objeto de observação antecipadamente? A presença do antropólogo no campo altera o fenômeno observado? Como se estabelece a interação entre pesquisador/observador e sujeito observado?



Exemplificando

Na maior parte do tempo vemos o mundo pelos nossos paradigmas. Eles são como filtros, selecionam, distorcem e combinam nossa visão de mundo segundo nossas expectativas. Assista ao trailer do vídeo A questão dos paradigmas, de Joel Barker, e veja nossa visão do que chamamos de realidade é formatada.

BARKER, J. **A questão dos paradigmas.** (Trailer – 6min11seg.). Disponível em: <https://youtu.be/zaOKt9ZB_2Y>. Acesso em: 14 maio 2018.

Em diversos campos, o interesse por temas ligados à comunicação e à retroalimentação aumentou. Conhecimentos e novos conceitos foram agrupados em torno do que veio a ser chamado de Cibernética (ciência do controle e da comunicação nos seres vivos e nas máquinas) e da Teoria Geral dos Sistemas, de Bertalanffy (1977). A Cibernética colocou em xeque um dos princípios básicos da ciência, a causalidade linear, ou seja, se A vem antes de B, então B é uma consequência direta da A, assim A é causa de B – ideias que são identificadas desde o início, com a construção de máquinas autorreguladoras. Segundo Vasconcellos (2002, p. 114):



Pensar o objeto em contexto significa pensar em sistemas complexos, cujas múltiplas interações e retroações não se inscrevem numa causalidade linear – tal causa produz tal efeito – e exigem que se pense em relações causais recursivas... A noção de feedback, ou retroação, ou retroalimentação do sistema... quer dizer que uma parte do efeito (output) ou resultado do comportamento/funcionamento do sistema volta à entrada do sistema como informação (input) e vai influir sobre seu comportamento subsequente.

Bertalanffy (1977) aborda a importância da relação da Teoria Geral dos Sistemas com a Cibernética e coloca que a base do modelo do sistema aberto é a interação dinâmica de seus componentes. Assim, podemos dizer que tanto a Cibernética, uma vertente mecanicista, como a Teoria Geral dos Sistemas, uma vertente organicista, favoreceram na consolidação do novo paradigma (VASCONCELLOS, 2002).



Pesquise mais

Pesquise mais sobre os conceitos de feedback (retroalimentação) positivo e negativo e sobre o conceito de sistema. Você ainda pode assistir ao trailer do vídeo *A nova questão dos paradigmas*, com Barker, que aprofunda a discussão dos paradigmas no século XIX.

BARKER, J. **A nova questão sobre paradigmas**. (Trailer – 5min18seg.). Disponível em: <<https://youtu.be/dH4FrNKbxiQ>>. Acesso em: 14 maio 2018.

A Modernidade atingiu seu apogeu no final do século XIX e início do século XX, mesma época em que começou seu declínio. O efeito da explosão das bombas atômicas em Hiroshima e Nagasaki abalou a crença na ciência moderna, passando a representar o início do declínio de uma era, em que se acreditou que a ciência traria a redenção e o bem-estar para toda a humanidade. Os cientistas que criaram a bomba atômica ignoraram as consequências sistêmicas e ecológicas da radiação. Um século antes das bombas, o chefe indígena de Seattle, Estados Unidos, em sua carta ao presidente americano da época, já anunciava que é impossível ignorar, ou mesmo, negar que “há uma ligação em tudo”.



Pesquise mais

Para saber mais a respeito da história sobre a carta do indígena ao presidente americano e ler o seu conteúdo, acesse: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Carta_do_Chefe_Seattle_1263221069.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

O pensamento sistêmico se situa no marco da Pós-Modernidade. Temos mudanças da simplicidade para a complexidade; da estabilidade para a instabilidade, e da objetividade para a intersubjetividade.

O Modernismo está relacionado a uma tradição filosófica ocidental que entende o conhecimento como objetivo e fixo. Conhecedor e conhecimento são independentes, e a linguagem é a representação da verdade objetiva e da



realidade. Pós-modernismo é um termo amplo que se refere não somente a uma época, mas também a uma perspectiva filosófica, que inclui uma crítica ideológica dos fundamentos do pensamento literário, político e social... ele questiona aquilo que é tido como certo e universal, incluindo os discursos dominantes e as práticas culturais – crenças, verdades, leis, instituições sociais. O Pós-modernismo apoia a ideia de que aquele que conhece participa da criação do mundo em que vive, observa e conhece: de que aquilo que é criado e conhecido é somente uma das várias perspectivas e possibilidades; de que aquilo que é conhecido ou que se crê que seja conhecido muda através de interações comunicativas. (ANDERSON, 1996 apud COSTA, 2000, [s.p.]

Vale lembrar que a ciência moderna e objetiva costuma dizer o que as coisas significam. Este fato nos remete à forma como a teologia utiliza o verbo ser, como um atributo da divindade, ou seja, só o Deus é e está acima do tempo, espaço ou lugar. Não pretendemos aqui discutir teologia, nossa ideia é junto com você pensarmos sobre o fato de que, quando usamos o verbo ser, muitas vezes, mesmo sem querer, acabamos atribuindo ao objeto/sujeito qualidades e características que evocam a algo essencial, que seria inerente ao objeto, independente do contexto e desconsiderando a relação com o sujeito que as refere (COSTA, 2000).

Ao utilizar o referencial do pensamento sistêmico, passamos a não fazer uso do verbo ser e utilizamos o verbo estar. Com isto, nossos pensamentos se centralizam nos contextos, relações e significados que são válidos localmente. Dizer que João é violento com sua mulher é diferente de dizer que João está violento com a mulher. Estamos falando muito mais sobre uma pessoa que se comporta de um modo que alguém chamou de violento. O que estamos querendo destacar é que deixamos de definir uma característica da pessoa e mudamos para uma descrição de um comportamento, inter-relacional, dentro de um contexto cultural que chama tal comportamento de violento. Desta forma, possibilita-se o surgimento de questionamentos tais como: com quem e onde aquela pessoa aprendeu a se comportar deste jeito? Ele sempre se comporta desta maneira em outros contextos? E com todas as pessoas?

CIÊNCIA TRADICIONAL (SER)	PENSAMENTO SISTÊMICO (ESTAR)
Atributo da divindade	Acessível aos seres humanos
Absoluto	Parcial
Surge a partir da essência	Surge a partir da existência
Válido para sempre	Válido por algum tempo
Válido em todos lugares	Tem validade local
Independente do sujeito que conhece	Depende do sujeito que conhece
Independente do contexto	Depende do contexto
Existe previamente	Construído na relação
Obtido a partir da análise das partes	Obtido a partir do estudo das relações

Fonte: Costa (2000, [s.p.]).

A partir dos conceitos de ser e de estar apresentados no Quadro 1.1, quais aspectos estão mais presentes quando você usa um ou outro verbo? Como as ciências possuem suas singularidades, nosso convite é para evitarmos o absolutismo do ser e da ideia de essência, encontrarmos novas possibilidades de compreensão e buscarmos soluções para as questões relacionais humanas.



Faça você mesmo

Cecchin (1997) em seu artigo *Exercícios para manter sua mente sistêmica* nos propõe uma atividade: escolha a história de uma situação profissional (ou pessoal) e, ao relatá-la (procure fazê-la por escrito), não faça uso do verbo ser.

Você verá que ocorrem mudanças. Quais são?

Faça uma comparação sobre suas observações e o conteúdo do Quadro 1.1.

Nem toda transição é fácil de ser vivida e entendida, e isso não tem sido diferente no que diz respeito à passagem do pensamento

científico para o pensamento sistêmico. A ampliação de ideias e posturas que temos nos deslocam de verdades absolutas e certezas para um mundo de incertezas e múltiplos significados. Saímos de um *uni-verso* – a versão única da história – para os multiversos – mais de uma versão da história. Deixamos de fazer afirmações e passamos para as perguntas.

Os critérios de validação para um conhecimento não estão mais embasados apenas nas leis da ciência, mas se apoiam no diálogo, no consenso, e principalmente na Ética. Segundo Boff (1997) Ética vem do grego, *ethos*, que significa comportamento, atitude, e de *óikos*, que se refere à morada, o local habitado pelo homem. Pode ser nossa casa, nossa comunidade, nosso país, nosso planeta. A Ética situa-se acima da moral. Moral vem do latim *mores*, que fala dos costumes. Os costumes são mais locais, temporários, variáveis. A Ética é mais duradoura, permanente, mais abrangente. Por exemplo, mudam os costumes, a moral sexual, mas permanecem valores éticos que falam do respeito à vida humana, ao direito a integridade física de cada pessoa. (COSTA, 2000, [s.p.]



Assim, segundo Boff (1997, p. 95), “a ética nos possibilita a ousadia de assumir, com responsabilidade, novas posturas, de projetar novos valores, não por modismo, mas como serviço a moradia humana”. Neste começo de um novo milênio, vivemos mais um momento de transição, em busca de compreensões e também por ações, em um mundo cada vez mais complexo, no qual surgem novos paradigmas, que também podemos entender como concepções e/ou visões do mundo.

Ao longo do século XX, no campo da ciência e, conseqüentemente, em nossa comunidade de clínicos do campo psicológico, tivemos a predominância de um paradigma que privilegiou o enfoque do ser humano isolado de seu contexto, com ênfase em pesquisas e práticas voltadas para as abordagens individuais.

A mudança para um modelo novo paradigmático, que se baseia na complexidade do mundo e do ser humano, visto em seu contexto e em suas interações sociofamiliares, pode ser observada, por exemplo, nas políticas de saúde coletiva, que passaram a nortear suas ações não mais apenas com foco no indivíduo isolado, mas

em suas relações com o grupo familiar e com a comunidade de que faz parte. Quando observamos a atenção psicológica, de um modo geral, constatamos que uma parcela significativa das práticas ainda é baseada em modelos criados com foco no indivíduo isolado (COSTA, 2011).

Resumimos aqui as características do novo paradigma, que foi e continua sendo construído a partir das descobertas de vários campos – paradigma este que atualmente denominamos de sistêmico:

- Não existe uma verdade absoluta e universal.
- O todo é maior que a soma das partes isoladas.
- O observador influencia no fenômeno observado.
- O conhecimento é construído socialmente e intermediado pela linguagem.
- O conhecimento é acessível a quem se dispuser ao diálogo, à intersubjetividade e à conversação, levando em conta a complexidade do mundo em que vivemos.
- Conhecer é buscar significados que possam ser compartilhados.
- Não é possível uma representação do mundo como espelho da natureza.



Refleta

Pensando nos paradigmas apresentados, qual é o paradigma predominante em sua vida pessoal e em sua vida acadêmica? Sempre foi assim ou, ao longo da sua vida, foi se modificando? Como você explicaria isto?

Existem questões em sua vida que não são respondidas por seu paradigma predominante?

Um paradigma não muda de um dia para o outro, nem é uma ideia que surge para uma pessoa, seja ela um trabalhador braçal ou um cientista. Ninguém acorda um dia e pensa: precisamos de um novo paradigma!

À medida que descobertas surgem nos vários campos da ciência e que os comportamentos das pessoas vão mudando e novos problemas vão surgindo, surgem também novas explicações,

teorias e valores, que ao serem aceitos e compartilhados por comunidades, sejam estas de acadêmicos ou de pessoas comuns, uma nova maneira de ver e entender o mundo vai se configurando.

O paradigma da modernidade, ou paradigma científico, trouxe descobertas e avanços inestimáveis, partindo da descoberta dos mecanismos fisiológicos que mantêm o equilíbrio (homeostase) do funcionamento do corpo humano, passando pelos avanços na medicina e nas engenharias e chegando até as pesquisas das partículas subatômicas. Foi justamente este ápice da ciência que ajudou a colocar em xeque o paradigma científico. A crença de que ela traria um progresso sem precedentes na história da humanidade e a "redenção da espécie humana" começou a entrar em crise quando problemas não previstos começaram a ser observados.

Durante a segunda metade do século XX, convivemos com progressos inimagináveis, do antibiótico às viagens espaciais, ao mesmo tempo em que temas como poluição, aquecimento global, desequilíbrio ecológico e a ameaça da destruição do mundo em uma hecatombe atômica passaram a fazer parte de nosso cotidiano.

Novos problemas exigem novas soluções, e, progressivamente, nos vários campos da Ciência e nos vários níveis das relações humanas, começou a delinear-se um conjunto de ideias, crenças e valores que participam da construção do novo paradigma sistêmico, em que fica evidente que, se pensarmos em termos de partes isoladas, sem interconexões, o que inicialmente pode parecer uma solução, transforma-se em um problema.



Exemplificando

A descoberta dos pesticidas e de outros produtos químicos colaboraram intensamente para o aumento da produção agrícola, fazendo com que, em um primeiro momento, fosse alimentada a ilusão de que a fome mundial poderia ser resolvida. Mas logo os efeitos sistêmicos de ações isoladas contrariaram esta expectativa. O mesmo inseticida que, ao matar pragas, aumentou a oferta de alimentos, trouxe também efeitos colaterais indesejados. Contaminava também o capim comido pelo gado, que produziria leite e carnes contaminadas pelos ingredientes tóxicos dos pesticidas. Cada vez mais ficou impossível ignorar que ações isoladas sempre têm uma repercussão ampla, muito além do previsto. Ficou impossível ignorar os efeitos sistêmicos de uma ação local.

Neste texto, focalizamos três períodos da história do mundo ocidental: a Idade Média, a Idade Moderna e o período contemporâneo ou Pós-Moderno. O Quadro 1.2, Os três paradigmas, possibilita-nos a visão comparativa dos paradigmas predominantes em cada período histórico e que ainda estão presentes em nosso cotidiano.

Quadro 1.2 | Os três paradigmas

PARADIGMA RELIGIOSO	PARADIGMA CIENTÍFICO/ MODERNO	PARADIGMA SISTÊMICO
Da antiguidade até o fim da Idade Média.	Do final da Idade Média até o final da 1ª metade do séc. XX.	Início na 2ª metade do séc. XX, nos anos 1950 até a atualidade.
A verdade existe em um plano superior, divino.	A verdade está no mundo, regido por leis exatas. É possível um conhecimento total.	A verdade absoluta não existe. O observador interfere no fenômeno observado.
O conhecimento é sempre limitado, parcial, acessível a poucos e aos iluminados.	O conhecimento está acessível a quem estudar as leis científicas.	O conhecimento é construído na relação social e intermediado pela linguagem. Está acessível a quem se dispuser ao diálogo, à intersubjetividade, à conversação.
Conhecer é entrar em contato com o plano divino, é aproximar-se deste plano superior.	Conhecer é ter a representação do mundo, um espelho da natureza. Conhecer é ser especialista, saber tudo sobre algo.	Conhecer é buscar compreender como os significados foram construídos. Não é possível um conhecimento que seja uma representação, um espelho da natureza.
O método é o aperfeiçoamento pessoal, a meditação, a dedicação religiosa.	O método é o analítico; deve-se dividir em partes cada vez menores para compreender.	Método é dialógico, conversacional e reflexivo.

Fonte: Costa (2000, [s.p.]).

Ao observarmos o Quadro 1.2, inicialmente gostaríamos de chamar atenção para o fato de que, embora em cada época um paradigma seja predominante, outros podem estar e estão presentes concomitantemente. A ideia de verdade constrói uma relação com o mundo, e a natureza distinta de cada época em algum grau determinará como os indivíduos, incluindo os cientistas e profissionais, adquirirão seus conhecimentos e os utilizarão na comunidade em que vivem. No caso do paradigma sistêmico, o método está correlacionado ao princípio de verdade não absoluta. A incorporação dos paradigmas anteriores, possibilitando diálogos, está presente, permitindo intersecções, ampliando as possibilidades de compreensão de um mesmo fenômeno. O pensamento sistêmico reconhece os antagonismos presentes em cada posição e procura um consenso das partes e a inclusão das diferenças na busca da superação dos dilemas.

Como já vimos, os paradigmas estão presentes em múltiplos aspectos de nossas vidas, assim como ocorre no cotidiano de Rodolfo, seja em sua vida pessoal ou em seu trabalho na ONG. Seguindo a proposta estabelecida pela equipe, Rodolfo iniciou um ciclo de palestras e debates com os adolescentes sobre temas como sexualidade e questões de gênero. Após dois meses de atividades, um grupo de pais queixou-se da forma como o trabalho estava sendo desenvolvido. Inicialmente Rodolfo recusou-se a suspender as atividades, pois não concordava com a visão dos pais e entendia que o trabalho estava sendo benéfico para o grupo. Estabeleceu-se um impasse, e a diretoria da ONG não sabia como agir. Embora possa não estar aparente, esta é uma das múltiplas situações da vida em que está presente a questão dos paradigmas. O grupo de pais, de seu legítimo lugar de responsáveis por seus filhos, questiona um processo educativo que contraria sua visão de mundo. Rodolfo, em seu lugar de especialista, que se apropriou de conhecimentos trazidos pela Ciência, também tem legitimidade em sua posição. Como sair deste impasse? O novo paradigma sistêmico pode ser aplicado nesta crise, em busca de uma solução?

Sem medo de errar

Rodolfo trabalha em uma ONG que neste semestre elegeu o tema da sexualidade e das questões de gênero para trabalhar com os jovens. Como profissional, ele buscou incentivar os adolescentes a pesquisar sobre o assunto nas mídias e redes sociais. Pouco tempo depois de iniciadas as atividades, um grupo de pais sentiu-se incomodado pelos valores discutidos, que contrapunham suas concepções familiares e religiosas sobre o tema. Esta situação gerou um impasse na ONG.

Ao reler a síntese apresentada no Quadro 1.2, encontramos algumas possibilidades de compreensão sobre o ocorrido. De um lado os pais focados em um paradigma religioso como vigente no cotidiano deles, ainda que tenham avançado, permitindo que os filhos estudassem e pudessem ter oportunidades mais promissoras. Do outro, Rodolfo, com uma formação baseada no paradigma científico, mas vivendo mudança para uma postura aberta e de vanguarda, ao promover o protagonismo dos adolescentes nas discussões de grupo, mesmo que desconsiderando ainda o mundo à sua volta e suas relações com os pais e suas visões do mundo.

A escolha do tema não necessariamente deve ser descartada, mas não se ampliaria se todos se reunissem e pudessem falar das múltiplas visões de mundo que ainda permanecem nos dias de hoje.

Se Rodolfo se pautasse por uma das premissas do pensamento sistêmico, a construção do conhecimento na relação social, e mediado pela linguagem, em um processo de conversação dialógica que considera as subjetividades, pais, filhos e sociedade poderiam perceber quais são os desafios e as mudanças necessárias para todos seguirem em frente com menos conflitos.

Nem a suspensão das atividades, tampouco sua continuidade à revelia dos responsáveis são soluções enriquecedoras, pois o diálogo nos ajuda a compreender como os significados são construídos e como são vividas as experiências, sempre diversas e singulares.

O lagarto Teju e o Arquipélago de Fernando de Noronha

Descrição da situação-problema

O que aconteceu e ainda está acontecendo no Arquipélago de Fernando de Noronha traduz a presença de um paradigma predominante.

Durante séculos, este conjunto de ilhas situado a 545 km da costa brasileira, viveu em isolamento, criando um ecossistema isolado e equilibrado. À medida que mais e mais navios aportaram no arquipélago, espécies alienígenas também chegaram às ilhas. Os ratos, por exemplo, viajantes clandestinos dos porões dos navios, encontraram um ambiente novo e farto de alimentos, sem predadores naturais, como cobras, gaviões, lagartos e outros animais, o que contribuiu para que, em Fernando de Noronha (assim como os turistas que hoje frequentam este local), encontrassem um paraíso. Sua população cresceu abundantemente, trazendo um novo problema para o ecossistema.

Cientistas consultados propuseram que fosse introduzida nas ilhas uma espécie de lagarto muito comum em várias regiões do Brasil, o lagarto Teiú, ou Teju, um predador natural dos ratos. Assim foi feito, mas ao invés de se alimentarem dos ratos, os lagartos preferiram uma outra iguaria: ovos de gaivota, abundantes nos ninhos facilmente encontrados em Noronha. Além de saborosos e nutritivos, eram muito mais fáceis de serem “caçados”, ou melhor, coletados, do que os ratos, que exigiam um esforço maior de perseguição e até de luta.

Observou-se que a população de ratos continuou a aumentar, assim como a de lagartos, e as gaivotas começaram a diminuir, chegando a um risco de extinção. E este problema está lá até hoje em Fernando de Noronha, sem que uma solução eficiente tenha sido encontrada.

A repercussão sobre as gaivotas era previsível? Do que fala esta cadeia de eventos? Como pode ser explicada?

Resolução da situação-problema

Alguns especialistas, embasados em seus estudos científicos, “iluminados” pelo paradigma da Ciência tradicional e utilizando

a "lente" da simplicidade, não puderam prever outros possíveis resultados de sua intervenção no meio ambiente.

Volte ao Quadro 1.2 e verifique quais são as atitudes que predominaram na ação destes cientistas.

Este é um bom exemplo do que acontece quando ignoramos as características sistêmicas de nosso mundo, seja em relação ao meio ambiente ou a questões interpessoais, políticas e econômicas.

Faça valer a pena

1. Ao longo da segunda metade do século XX, convivemos com progressos inimagináveis, do antibiótico às viagens espaciais, ao mesmo tempo em que temas como poluição, aquecimento global, desequilíbrio ecológico e a ameaça da destruição do mundo em uma hecatombe atômica passaram a fazer parte de nosso cotidiano. Novos problemas exigem novas soluções, e, progressivamente, nos vários campos da Ciência e nos vários níveis das relações humanas, começou a delinear-se um conjunto de ideias, crenças e valores que participaram da construção do novo paradigma sistêmico. No campo da psicologia clínica, não foi diferente. A prática terapêutica predominante era a Psicanálise, e o estudo do comportamento humano era focado no estudo das estruturas e forças intrapsíquicas da pessoa isolada.

"A Teoria Sistêmica passa a ganhar força trazendo a proposta de mudança no foco das teorias clínicas do indivíduo para os sistemas _____, ou seja, do intrapsíquico para o _____. Dessa forma, nas décadas de 50 e 60, ocorre um movimento de combinação entre abordagens já consolidadas, tais como a psicanalítica, e novos conceitos baseados na Teoria dos Sistemas, na Cibernética e na Teoria da Comunicação. Desta combinação nasce uma 'nova perspectiva sobre a _____ e reciprocidade do comportamento humano e seu desenvolvimento dentro da rede de relações e da cultura da comunicação dentro da família' (Kreppner, 2003, p. 202)" (GOMES et al., 2014, [s.p.]).

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto:

- a) humanos, inter-relacional, complexidade.
- b) fechados, intersubjetivo, colaboração.
- c) simples, objetivo, coautoria.
- d) inter-relacionais, comportamental, simplicidade.
- e) cibernéticos, inter-relacional, simplicidade.

2. Focalizamos três períodos da história do mundo ocidental: a Idade Média, a Idade Moderna e o Período Contemporâneo ou Pós-Moderno. Ao longo da história, em cada período, pode-se destacar a existência de um paradigma predominante, a saber: religioso, científico e sistêmico. Cada paradigma pressupõe uma verdade, baseia-se em um conjunto de conhecimentos e faz uso de um método específico.

Considerando as características apresentadas na síntese que constam no Quadro 1.2, apresentado nesta seção, avalie as afirmações a seguir:

- I. O paradigma científico se contrapõe ao religioso por valorizar o aperfeiçoamento pessoal, a meditação e a dedicação religiosa.
- II. O paradigma científico utiliza o método analítico, que consiste em dividir o objeto ou ser vivo em partes cada vez menores, para compreender o objeto estudado.
- III. Para o paradigma religioso, a verdade existe em um plano superior, enquanto para o paradigma científico, a verdade está no mundo, regido por leis exatas.
- IV. O paradigma religioso leva em conta que o conhecimento está acessível a quem se dispuser à meditação, à intersubjetividade e à conversação.
- V. Para o paradigma sistêmico, o conhecimento é construído na relação social e intermediado pela linguagem, e uma das verdades é que o observador interfere no fenômeno observado.

É correto o que se afirma em:

- a) I e V.
- b) III, IV e V.
- c) II, III e V.
- d) IV e V.
- e) I e IV.

3. Novos problemas exigem novas soluções, e, progressivamente, nos vários campos da Ciência e nos vários níveis das relações humanas, começou a delinear-se um conjunto de ideias, crenças e valores que participam da construção do novo paradigma sistêmico, em que fica evidente que, se pensarmos em termos de partes isoladas, sem interconexões, o que inicialmente pode parecer uma solução, transforma-se em um problema.

Identifique em qual dos eventos relatados a seguir os protagonistas agiram a partir do pensamento sistêmico:

- a) Construção da Rodovia Transamazônica, nos 1970.
- b) Construção da Represa e Hidroelétrica de Itaipu.
- c) Instalação das Usinas Nucleares em Angra dos Reis, RJ.
- d) Construção de parques eólicos para geração de energia no estado do Rio Grande do Sul.
- e) Transposição do Rio São Francisco.

Seção 1.2

Escolas de terapia familiar: do surgimento às escolas de 1ª e 2ª ordem

Diálogo aberto

Nesta Seção 1.2, vamos abordar as escolas de terapia familiar: do surgimento das escolas de 1ª e 2ª ordem às escolas estruturais e estratégicas, visitando ainda a escola de Milão, o construtivismo e finalizando com os processos reflexivos. O conhecimento teórico-clínico das escolas contribuirá para a sua leitura e compreensão da situação-problema.

Lembrando que estamos acompanhando Rodolfo, psicólogo que trabalha em uma organização não governamental (ONG) em um bairro periférico de uma cidade de porte médio no atendimento a adolescentes de famílias de baixa renda, no período em que não estão na escola. Nesta ONG, além das atividades em grupo, ele também atende os adolescentes e suas famílias a respeito das demandas que estes lhe encaminham.

Arlete, mãe de João, de 15 anos, procurou Rodolfo, queixando-se de que seu filho andava muito desobediente e estava saindo com um grupo de rapazes que faziam uso de álcool e drogas. Contou que João estava faltando à escola e não queria mais frequentar a ONG. Quando comparecia, era porque ela o obrigava e o trazia pessoalmente.

Rodolfo agendou um atendimento com Arlete e Luís, pai de João.

O casal compareceu no horário marcado, e Rodolfo percebeu que Luís falava muito pouco e parecia ter vindo contrariado. Ao longo do atendimento, Rodolfo foi conhecendo a dinâmica familiar.

Luís não tinha uma profissão específica e fazia trabalhos esporádicos. Arlete era empregada doméstica há muitos anos e a principal provedora da família.

Enquanto Arlete detalhava as queixas iniciais, Luís tinha uma atitude de oposição, dizendo que havia muito exagero e que João tinha um comportamento normal de adolescente.

Arlete disse que Luís bebia muito e por isso protegia o filho, desautorizando-a inúmeras vezes quando tentava repreender João ou impedi-lo de sair com o grupo de amigos.

Rodolfo teve a impressão de que os conflitos do casal iam além das questões que diziam respeito ao filho. Com isto a posição de João se fortalecia, como se fosse um adulto mais poderoso que os pais, especialmente em relação à mãe.

1. Considerando as escolas de terapia de família, quais os caminhos que Rodolfo poderia tomar para dar continuidade a este atendimento?
2. Quais são as diferenças entre um terapeuta em uma postura de primeira ordem e um terapeuta em postura de segunda ordem?
3. Em que momento e de que forma João poderia ser incluído no processo terapêutico?

Esperamos que a partir da resolução da situação-problema apresentada por Rodolfo, você elucide o uso das diferentes escolas de terapia familiar e que possa usar as teorias e as ferramentas na sua prática clínica com famílias e redes sociais.

Não pode faltar

O surgimento das terapias familiares e suas interfaces com o pensamento sistêmico

A primeira metade do século XX foi plena de descobertas em vários campos. Na psiquiatria vimos o surgimento da teoria psicanalítica da mente, que foi além dos modelos neurológicos organicistas, trazendo a noção de níveis de consciência e de conflitos de forças intrapsíquicas como causadores dos chamados distúrbios mentais. Na Física, tivemos o início da revolução da teoria quântica, que abalou o conceito de estabilidade da matéria, um dos pilares da ciência tradicional. Na biologia, ainda no século XIX, os estudos pioneiros de Claude Bernard começaram a revelar os mecanismos responsáveis pelo equilíbrio dos organismos vivos, incluindo o ser humano, cunhando o conceito de homeostase. Segundo Avila-Pires (1976), sua contribuição mais importante para o campo da chamada ecologia médica foi o conceito de "meio interior", contribuindo para a compreensão dos mecanismos fisiológicos que permitem a estabilidade dos organismos vivos, introduzindo o estudo das relações entre o ser humano e seu meio ambiente interno. Nesta mesma época,

cientistas como Pasteur e Koch estudavam e identificavam os componentes biológicos deste microecossistema interno.

A Cibernética, que estudava os mecanismos de controle e comunicação, inicialmente nas máquinas e posteriormente entre os seres vivos, surgiu neste contexto. Desenvolvida no final da década de 1940 e considerada como a ciência do controle e da comunicação nos seres vivos e nas máquinas, utilizava conceitos como feedback, homeostase e autorregulação e, assim como a Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy, forneceram as bases teóricas para a terapia de família, um novo campo terapêutico (COSTA, 2011).

Assim o arcabouço conceitual da cibernética foi construído em uma série de encontros denominados “Conferências Macy”, colaborando para que a ciência avançasse para a inter e transdisciplinaridade, reunindo cientistas de diversas áreas e países: como Wiener (matemático), Bateson (antropólogo), McCulloch (neurofisiólogo), Von Foerster (físico), Rosenblueth (biólogo), Piaget (epistemólogo), Lorenz (etólogo), Margareth Mead (antropóloga), entre outros. Logo de início, Bateson e Mead enfatizaram a necessidade do estudo e incorporação das noções da Cibernética pelas ciências humanas, trazendo temas como a comunicação no sistema social e os processos de feedback (VOGEL, 2011).

Vale destacar que a Cibernética, em seu início, embora tenha trazido avanços inquestionáveis como os conceitos de causalidade circular, mecanismos de retroalimentação e homeostase, continuava seguindo os preceitos da ciência tradicional ao não incluir em seus estudos os efeitos da presença do observador sobre o fenômeno observado, como já haviam feito os pioneiros da física quântica na primeira metade do século XX. Por isto, quando mais tarde os estudos da Cibernética avançaram ao incluir o observador no sistema estudado, esta primeira fase passou a ser conhecida como Cibernética de 1ª Ordem, assim definida em relação a novas visões da Cibernética (que incluía os efeitos da presença do observador), chamada de Cibernética dos Sistemas Observantes ou Cibernética de 2ª Ordem.

Segundo Garcia e Wittezaele (1994), Bateson e sua equipe, em 1952, desenvolveram uma pesquisa sobre a comunicação entre

seres vivos, inicialmente trabalhando inicialmente com animais. Estudaram o comportamento de lontras em suas interações em grupo. Observaram que muitas vezes os animais pareciam “brincar de brigar”. Mordiam-se levemente, sem provocar ferimentos, em uma espécie de jogo. Os pesquisadores se perguntaram: como será que as lontras distinguem uma “mordidinha” de uma mordida de verdade? Quais seriam os sinais que diferenciavam uma da outra? Mais tarde foram encontrar explicações nos estudos sobre a Pragmática da Comunicação Humana de Watzlawick e outros, em 1967, que estudaram os efeitos comportamentais das comunicações verbais e não verbais, das contradições (paradoxos) entre os diferentes níveis de comunicação e também a importância do contexto para a compreensão do que foi comunicado. A base teórica para a compreensão dos paradoxos da comunicação foi encontrada na Teoria dos Tipos Lógicos de Russel e Whitehead, criada em 1910. Segundo estes autores, não podemos confundir um membro de uma classe ou de conjunto com sua totalidade.



Assimile

O paradoxo de Epimênides, da Grécia Antiga, discorre sobre essa questão. Do famoso exemplo “todos os cretenses são mentirosos, disse Epimênides de Creta”, é impossível definir a verdade da frase. Por quê?

Se “todos os cretenses são mentirosos” e a frase foi dita por Epimênides de Creta, então Epimênides é necessariamente mentiroso, e, por conseguinte, a frase é mentirosa. Assim, já que a frase é falsa, Epimênides, que é de Creta, pode não ser mentiroso, caso em que a frase pode ser verdadeira. Daí, então, se a frase é verdadeira... e recomeça o circuito (BALIEIRO JUNIOR, 2005).

No projeto de pesquisa de Bateson e equipe, estes se perguntavam: será que um animal “enlouquecido” poderia confundir uma “mordidinha” com uma “mordida” e transformar a brincadeira em uma luta? Não chegaram a uma resposta conclusiva, pois, como é comum até hoje, acabou a verba da pesquisa. Ainda segundo Garcia e Wittezae (1994), Bateson foi convidado a juntar-se a outro grupo que estudava a comunicação e as interações entre pacientes com diagnóstico de esquizofrenia

e suas famílias, em um hospital na cidade de Palo Alto, no estado da Califórnia, EUA. Faziam parte do grupo, entre outros, Jay Haley, John Weakland e mais tarde juntou-se a eles o psiquiatra Don Jackson. Um episódio foi marcante para o resultado da pesquisa, quando um paciente esquizofrênico, que já estava em remissão do surto que causara sua internação, recebeu a visita de sua mãe. Esta falava com o filho em um tom infantilizado e o abraçou. Em uma comunicação verbal, a mãe dizia "filho, eu te amo". Mas o paciente também leu a comunicação não verbal, corporal, de sua mãe, que o abraçava com o corpo rígido, como se em um nível lógico afirmasse algo e em outro nível negasse a afirmação anterior. O filho ficou estático, não abraçou a mãe, que teria dito: "meu filho, por que me rejeitas?". O paciente voltou para a enfermaria e agrediu um enfermeiro.

Este paciente ficou prisioneiro de um paradoxo, assim como Epimênides: a linguagem verbal situa-se em um determinado nível lógico, comunicando "eu te amo, meu filho". Mas a linguagem corporal, não-verbal, situa-se em um outro nível lógico, comunicando uma rejeição expressada pela mãe, percebida pelo filho, mas que não podia denunciar a contradição, ficando preso no paradoxo. Como sua dependência em relação à mãe era muito grande, desde talvez seu nascimento, ele se viu preso em um impasse. Se acreditasse em si mesmo, denunciando a contradição da mãe, ele a negaria, gerando em si mesmo uma grande insegurança. Se ele acreditasse na mãe, negaria a si mesmo. A saída encontrada foi o que poderíamos chamar de "comportamento psicótico", algo sem sentido aparente, como agredir um enfermeiro.

Um jogo perverso instala-se entre os dois. O filho ficou preso em uma armadilha – uma situação contraditória, supostamente sem saída, que nos remete à cantiga infantil americana que inspirou o título original do filme *One flew over the cuckoo's nest* (Um estranho no ninho).



Pesquise mais

Assista os filmes *A vida é bela* e/ou *Um estranho do ninho*. Ainda que sejam filmes comerciais, você conseguirá identificar os paradoxos, o duplo vínculo, o que o ajudará a ilustrar e a compreender os conceitos

trabalhados até o momento. No caso de *Um estranho do ninho*, você ainda poderá analisar qual é o modelo de atendimento apresentado e correlacioná-lo com a teoria estudada.

A VIDA é bela. Direção de Roberto Benigni. Itália: Imagem Filmes, 1997, 1h56min.

UM ESTRANHO no ninho. Direção de Milos Forman. EUA: Fantasy Films, 1976, 2h09min.

É bom lembrar que esta pesquisa de Bateson, com pacientes esquizofrênicos, contava com um novo recurso, a possibilidade de filmagem das situações, que depois eram revistas em busca de padrões de comunicação e/ou interações que pudessem dar alguma pista sobre a causa dos comportamentos classificados como psicóticos. A pesquisa desenvolveu a primeira gênese da esquizofrenia não genética ou intrapsíquica. Trata-se da Teoria do Duplo Vínculo, da relação do padrão familiar de comunicação repetitivo com as doenças mentais, que apresentam ordens paradoxais (contraditórias) “em diferentes níveis lógicos e que, juntamente com a dificuldade do assim chamado paciente-identificado em abandonar o campo relacional com a família, seria uma das causas dos sintomas psicóticos” (COSTA, 2011, p. 26).

Estes estudos pioneiros levaram ao surgimento das primeiras escolas de terapia familiar, que se inspiraram nas teorias da Cibernética, nos estudos sobre a comunicação e na Teoria Geral dos Sistemas para criar modelos e técnicas de atendimento não apenas do paciente isolado (que passou a ser denominado como paciente identificado), mas de atendimento de toda a família. A patologia deixou de ser vista como sendo um atributo de um membro isolado da família, passando para a ideia de uma família patogênica ou, como no caso relatado, esquizofrenogênica.

Quando se constrói uma teoria, entendendo teoria não como sinônimo de verdade, mas apenas um princípio explicativo que busca a solução de um problema, o próximo passo é buscar sua aplicação para a resolução do problema. Antes dos primeiros trabalhos com famílias baseados na teoria que mais tarde foi denominada de sistêmica, outros profissionais trabalharam com famílias a partir das teorias psicanalíticas. Jacob Moreno, criador do

psicodrama, trabalhou com sociodrama familiar na década de 1930. Mas estas teorias, que continuam presentes em nossa atualidade, não se mostraram tão efetivas na resolução dos conflitos e tensões familiares. Segundo Calil (1987, p. 30), “pode-se dizer que Bateson, antropólogo, e Jackson, psiquiatra, foram os primeiros a desenvolver conceitos sistêmicos em relação ao comportamento humano, com a assistência e colaboração de Haley e Weakland”.

Esses trabalhos pioneiros, entre as décadas de 1950 de 1970, traziam raízes teóricas em comum, assim como a visão sobre o papel do terapeuta. O terapeuta era entendido como um observador externo ao sistema, e sua tarefa principal era detectar padrões disfuncionais na família para poder prescrever modificações nas sequências interacionais e/ou nos padrões de hierarquia e organizacionais das famílias. Os conceitos-chave para as terapias, naquela época, mudaram dos modelos causais lineares e deterministas para um modelo circular, e a família era vista como se fosse um sistema cibernético, ou seja, o sintoma fazendo parte dos mecanismos de equilíbrio (homeostase), além de o entendimento da patologia não ser do indivíduo, mas da família (COSTA, 2011).

Terapia familiar sistêmica e a Cibernética de 1ª ordem

Gregory Bateson separou-se do grupo de pesquisa no final dos anos 1960, e Jackson fundou o *Mental Research Institute* (MRI), na mesma cidade de Palo Alto, que se tornaria internacionalmente famoso por seus trabalhos com famílias. Ao mesmo tempo, em outros lugares dos EUA, diferentes profissionais, às vezes desconhecendo o trabalho de seus colegas, também começaram a atender famílias dentro dos referenciais que hoje chamamos de sistêmicos. Vamos destacar inicialmente duas importantes escolas: a Escola Estratégica do MRI e a Escola Estrutural de Salvador Minuchin (CALIL, 1987).

A Escola de Terapia Familiar Estratégica

Segundo Rapizo (1998), o nome “estratégico” foi criado por Haley em 1963, referindo-se às modalidades de terapia em que o terapeuta tem um papel ativo no planejamento de suas ações,

uma vez que parte do princípio de que os problemas apresentados são consequência de comportamentos e interações de um grupo familiar em que o estilo de comunicação é baseado em contradições, paradoxos, falta de clareza, enfim, um padrão como o descrito por Bateson e colaboradores em sua pesquisa como Duplo Vínculo. Aquilo que é vivido como problema pela família e visto como sintoma pelo terapeuta seria o resultado de comportamentos que fariam parte de uma sequência de ações entrelaçadas entre os componentes da família.

Calil (1987) elencou um conjunto de norteadores teóricos e práticos para o trabalho da equipe terapêutica estratégica. Em geral havia uma dupla de terapeutas na sala, com a família e outros membros da equipe acompanhando a sessão atrás de um espelho unidirecional, às vezes com filmagem em película (era final dos anos 1950, e o videotape ainda não havia sido inventado) com o conhecimento e autorização da família.

Os princípios gerais da Terapia Estratégica são: 1) Terapia focada no sintoma que é trazido como problema pela família (mesmo que observe outros comportamentos que poderiam ser traduzidos como problema pela equipe, estes não serão, a princípio, objetos de abordagem); e 2) Tradução do sintoma em termos de comportamentos (se uma família diz que o filho é hiperativo, os terapeutas procuram descobrir quais ações deste filho levaram à tal definição: "ele não para quieto", "conversa com os colegas o tempo todo", "não presta atenção em nada", "não deixa espaço para os demais").

Ainda segundo Calil (1987, p. 50-51), em sua visão, "os sintomas, conflitos e problemas, ou seja, condutas de natureza repetitiva [...] são danosos e disfuncionais para as pessoas e se encontram retidos e ancorados em padrões de relações interpessoais ou em laços recorrentes mais amplos", também conhecidos como regras familiares.

É importante ressaltar que em nenhum momento estão sendo negadas as possibilidades de haver fatores orgânicos e/ou psicológicos individuais que colaboraram para o comportamento da criança e/ou adolescente. O papel do terapeuta é identificar estes padrões e tentar modificá-los.

É bom lembrar de que se tratava de uma terapia breve (cinco

a seis sessões, semanais ou quinzenais), nem sempre com todo o grupo familiar; muitas vezes atendiam-se subsistemas (pai e mãe; pai e/ou mãe e filhos; apenas os filhos) e o principal, tratando-se de um trabalho de equipe. Quando a família ia embora, a dupla de campo reunia-se com a equipe atrás do espelho e discutiam, às vezes usando a gravação em vídeo, quais seriam as novas condutas dos pais que poderiam ajudar a resolver o problema.



Exemplificando

Guilherme tem 10 anos e chega em casa com um bilhete de advertência escrito por um professor (conduta A). Os pais logo o proibem de acessar a internet naquele dia (conduta B), acreditando que a conduta B vai restaurar o equilíbrio (homeostase) da vida familiar. Não percebem que A os levou a uma ação que, em vez de restaurar o equilíbrio, aumentou a tensão e ampliou o desvio em relação ao ponto de equilíbrio (feedback positivo). Positivo não significa aqui algo bom, como estamos acostumados a entender em nossa linguagem coloquial cotidiana, mas refere-se à matemática (soma). Ao desvio trazido pelo filho, eles respondem com uma ação que aumenta o desvio: $A + B =$ AUMENTO DO CONFLITO, DIMINUIÇÃO DA HOMEOSTASE FAMILIAR.

Uma vez identificado o padrão que mantém o problema, o terapeuta busca ao longo das sessões prescrever novos padrões ou regras familiares que em sua visão podem trazer um feedback negativo (novamente, referindo-se ao conceito matemático, de subtração) que ajude a diminuir o desvio e a recuperar a homeostase. Em vez de castigá-lo, proibindo que use seu computador, sugere uma ação paradoxal, que "consiste em prescrever comportamentos que aparentemente estão em oposição aos objetivos estabelecidos, mas visam a mudança em direção a eles" (CALIL, 1987, p. 53).

Na situação de Guilherme, como a equipe atuaria? A equipe teria percebido que quem sempre tomava a iniciativa de punir a criança era a mãe, sendo que o pai não se manifestava ou, muitas vezes, aumentava o castigo. Neste momento a mãe intervinha, achando a punição exagerada, diminuindo-a e desqualificando, sem perceber, a interação pai-filho. Uma possível prescrição paradoxal seria sugerir que o pai devesse conversar antes com a mãe, para que construíssem um acordo. E apresentavam a seguinte prescrição: na próxima vez em que algo semelhante acontecesse e se os professores mandassem um novo bilhete para os pais, a mãe não deveria se manifestar, e o pai convidaria o filho para sair,

tomar um lanche e ter uma conversa sobre assuntos em comum ou de preferências do filho (futebol, games, paqueras), desde que os temas não envolvessem o que está acontecendo na escola. Poderia ser que o filho, em algum momento, relatasse que achava a escola desinteressante, muito fácil – ele resolvia logo as tarefas, não tinha o que fazer e ficava conversando. O pai continuaria abordando outros assuntos.

Por sua vez, seria solicitado aos professores que, quando percebessem que o garoto estava conversando, ao invés de repreendê-lo, convidassem-no para ser um “monitor da turma”, ajudando os colegas com mais dificuldade, o que era uma tarefa mais difícil e desafiadora. O filho, acostumado a ser repreendido pelos professores, castigado em casa e a ver os pais se desentenderem por sua causa, aos poucos poderia mudar seu comportamento.

Como em todo exemplo didático, pode parecer “fácil demais” e/ou “artificial”. Mas lembramos que a Escola Estratégica trouxe uma grande revolução, abrindo novas possibilidades de atuação terapêutica e também trazendo perguntas e insatisfações. Em que medida um terapeuta tem direito de intervir em um sistema familiar, trazendo um enfoque predeterminado a partir de seus conceitos (ou pré-conceitos) a respeito de como deveria ser uma família? O que seria uma família normal? Vamos retomar estes questionamentos quando estudarmos as escolas de terapia familiar que se estabeleceram a partir dos anos 1980/90 (COSTA, 2011).

O importante é termos em mente que a ideia básica era de que se tratava de uma família que tinha um modo paradoxal de funcionar (duplo vínculo) e que, ao evidenciar e alterar este padrão, muitas vezes os sintomas/problemas desapareciam. A causa da suposta patologia não estava mais centrada em apenas um membro da família, o “paciente identificado”, mas nas interações e comunicações contraditórias que não podiam ser denunciadas.

Segundo Sluzki (1983), encontraremos modalidades terapêuticas baseadas em relações interpessoais, em fenômenos estruturais e em teorias da construção da realidade. Todas estas vertentes, básicas no estudo da terapia familiar, são visões não excludentes do paradigma sistêmico aplicado à prática clínica.

A Escola de Terapia Familiar Estrutural

O principal nome desta escola foi Salvador Minuchin (1921-2017), argentino radicado nos EUA. De origem judaica, formou-se em medicina e especializou-se em psiquiatria da infância. Após um período em Israel, em 1948, quando trabalhou com crianças que perderam seus pais durante a Segunda Guerra Mundial, emigrou para os EUA em 1954, onde completou sua formação e começou a trabalhar com crianças e adolescentes com problemas de condutas, o que foi a base para seu primeiro livro, *Families of the Slums* (Famílias dos cortiços), publicado em 1967. Fez formação psicanalítica, sempre enfatizando o trabalho com crianças. Em 1962, foi para Palo Alto, Califórnia, onde estudou com Haley, um dos principais nomes da Escola Estratégica, orientada para a observação e mudança dos processos de interação entre os membros da família (RAPIZO, 1998).

Minuchin e Fishman (1990), sem desconsiderar a importância dos processos, tinham um olhar especial para as questões da hierarquia e da estrutura de organização das famílias. A própria história familiar de Minuchin além das experiências profissionais com famílias pobres e marginalizadas, em que frequentemente o pai ou outro membro importante estava ausente (em geral encarcerado), levaram-no a elaborar um modelo de compreensão e trabalho com famílias orientado para a estrutura.

Segundo Sluzki (1983, p. 4, tradução nossa), "o processo está para a estrutura assim como o verbo está para o substantivo. Do mesmo modo que os verbos depositam temporariamente o nome da substância na ação [correr/corrida], os processos se refletem temporariamente nas estruturas". Um comportamento inadequado ou ilegal (roubar ou usar drogas ilícitas) pode estar refletindo a falta de uma figura de autoridade, o que enfraquece a estrutura familiar. O desrespeito aos limites familiares e/ou sociais podem ser mapeados em termos estruturais, visíveis nas regras de funcionamento e de poder, ou melhor, na ausência destas.

Um terapeuta orientado para um trabalho estrutural busca mapear a organização da família, os papéis de cada membro da família, sua hierarquia, seus subsistemas, fronteiras e interações.

Para Minuchin e Fishman, a família é:



[...] um grupo natural que através dos tempos tem desenvolvido padrões de interação. Estes padrões constituem a estrutura familiar, que por sua vez governa o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação. [...] As famílias são sistemas multi-individuais de extrema complexidade, porém, são por sua vez, subsistemas de unidades mais amplas – a família extensa, a vizinhança, a sociedade como um todo. A interação com estes holons [partes de um todo] mais amplos produz uma parte significativa dos problemas e tarefas da família, assim como de seus sistemas de apoio. (1990, p. 21 e 25)



Exemplificando

A família Duarte foi encaminhada para atendimento de famílias, devido a reiteradas queixas feitas pela escola sobre o comportamento agressivo de Gerson. A família é composta pelo casal Virgílio e Augusta e pelos filhos: Gilda (18 anos), Gerson (13 anos) e Virgílio Júnior (10 anos). São atendidos pela dupla psicossocial, Meire, psicóloga, e Márcio, assistente social. Logo de início, chama a atenção dos profissionais a disposição espacial dos membros da família. A sra. Augusta senta-se entre Gerson e Gilda, e o sr. Virgílio, na cadeira mais distante, tendo Júnior entre ele e Gilda. Observam também que Júnior puxou sua cadeira para bem próximo de Gilda. Perguntados sobre o que os trouxe ao atendimento, a sra. Augusta toma a palavra e diz que Gerson é um “bom rapaz”, mas tem andado com “más companhias” e por isto não está se comportando bem, mas que, em sua opinião, “há um certo exagero nas reclamações da escola”.

Meire dirige-se à sra. Augusta, perguntando sobre a vida da família, sobre os outros filhos, e propositadamente não conversa com o sr. Virgílio, que permanece calado. Em determinado momento, Márcio pergunta ao pai o que pensa dos problemas de Gerson. Sr. Virgílio responde que trabalha muito, até mesmo aos fins de semana, e que deixa os assuntos dos filhos aos cuidados da esposa.

Antes de continuarmos, esboce o croqui do mapa estrutural. Arrisque-se!

Vamos refletir sobre as diferenças que encontramos entre seu mapa e o da dupla psicossocial? O que fizeram os profissionais até agora?

Desenharam em suas mentes um “mapa da estrutura da família”,

que lhes parece inadequado: a) pai e mãe distantes, b) o filho do meio ocupando um papel parental e c) a filha mais velha em um papel maternal em relação ao caçula. Além disto, ficou a impressão inicial de que as regras de comportamento e de poder dentro da família estão pouco claras. Meire fez uma “aliança” com a sra. Augusta, e Marcio buscou o mesmo com o pai.

O próximo passo, ainda durante a sessão, foi pedir que os familiares trocassem de lugar. Pedem que o casal se sente um ao lado do outro e que os filhos se sentem um pouco afastados do casal, por ordem de idade. Observam um certo desconforto entre os clientes e continuam a explorar o funcionamento familiar. Concluem que o sr. Virgílio é pouco respeitado pelos filhos, especialmente por Gerson, e que a função de autoridade parental é exercida pela sra. Augusta, em aliança com Gerson. Para Calil (1987, p. 42), “adeptos de terapia estrutural acreditam que esse tipo de intervenção pode produzir mudanças significativas, quando os membros da família são capazes de experimentar alternativas nos contextos interpessoais”.

Os terapeutas continuam o trabalho, que se estende ao longo de cinco a seis sessões (como na Escola Estratégica, é também uma terapia breve), sempre explorando a dificuldade do casal em aliar-se como pais para estabelecer fronteiras nítidas, mas permeáveis, entre o subsistema parental e filial, limites e regras claras de funcionamento dentro e fora de casa. Sugerem que o casal reserve um tempo, fora de casa, sem os filhos, para discutir as regras e os limites, não apenas para Gerson, mas para todos os filhos. E, principalmente, buscam que conversem sobre sua relação enquanto casal, não apenas como pais.

Sluzki (1983) afirma que o trabalho focado na estrutura pode ser o mais adequado quando lidamos com sistemas que apresentam sintomas que evocam falta de limites e regras, característicos de famílias rígidas, com poucas variações em suas dinâmicas.

Em resumo, o terapeuta orientado para a estrutura busca:

1. Identificar e tipificar as fronteiras entre os subsistemas: existentes; inexistentes; existentes e definidas; permeáveis ou impermeáveis.
2. Reorganizar a localização espacial da família durante as sessões, proporcionando uma experiência que “perturba” a estruturação com que estão acostumados, buscando um rearranjo que continue após a terapia.

3. Redefinição das regras de funcionamento e poder dentro do sistema familiar.
4. Fortalecimento do subsistema conjugal e parental.

Escola Terapêutica de Milão

Palazzoli é considerada a principal representante deste grupo e fundou, em 1967, juntamente com Boscolo, Cecchin e Prata, o Centro para o Estudo da Família. Partindo dos mesmos pressupostos teóricos da Escola Estratégica, Boscolo et al. (1987; 1993) consideravam que os problemas emergiam em uma família quando os padrões de interações familiares não eram mais adequados, ou seja, os padrões de comportamento desenvolvidos não eram mais úteis nas situações atuais. Dada a tendência à homeostase, os problemas surgem quando as regras que governam o sistema são tão rígidas que possibilitam modelos de interação repetitivos e vistos como "pontos nodais" do sistema. A conotação positiva dos comportamentos apresentados pela família é considerada, pelo grupo de Milão, um princípio terapêutico fundamental. Por conotação positiva entendiam que os sintomas não eram sinais de loucura ou patologias, mas uma resposta lógica que tentava proteger o sistema familiar de mudanças que poderiam ser indesejadas e/ou ameaçadoras.

Os rituais familiares eram outro tipo de intervenção utilizada pelo grupo de Milão, isto é, uma ação ou um conjunto de ações das quais todos os membros da família eram levados a participar. A prescrição de um ritual visava inibir comentários sobre as normas que perpetuam o jogo em ação. No ritual familiar novas regras substituíam as regras precedentes. Para elaborar um ritual, o terapeuta deveria ser observador e criativo. O ritual era exclusivo a uma determinada família.

O grupo de Milão entendia que a patologia – por exemplo, a esquizofrenia – não era atributo isolado de um membro, mas o resultado de um "jogo" interacional, em que todos os que fazem parte da família relutam em admitir que seu comportamento seja definido e delimitado por outro familiar. Este tipo de família seria regulado por um padrão de simetria (igualdade de comportamentos), a tal ponto que ninguém se sentia autorizado a comentar ou denunciar as incoerências que eventualmente observasse.

Outra importante contribuição do grupo de Milão foi a ampliação da visão do jogo familiar para mais de uma geração. Assumiram que seriam necessárias pelo menos três gerações para o surgimento de um esquizofrênico. E isso não serve apenas para esquizofrenia, como sabemos hoje, mas para muitos outros transtornos mentais, como a anorexia, conforme veremos no caso que relataremos em seguida, aproveitando o caso clínico para mostrar as técnicas de trabalho do grupo.



Exemplificando

A história da família Casanti, descrita por Palazolli et al. (1998, p. 97), inicia-se na segunda década do século XX. Eram camponeses, e, naqueles tempos, viver todos juntos era uma necessidade para a sobrevivência de uma família que vivia no campo, em uma região isolada no sul da Itália. A primeira geração era chefiada pelo pai, que comandava tudo e a todos com mãos de ferro, e pela mãe, uma mulher convencida de que seu papel (e de todas as mulheres) era trabalhar, servir, dar à luz e criar os filhos sem questionar a superioridade dos homens e a submissão das mulheres. Viveram assim até os anos 1930, e esta era considerada a maneira correta e segura. Os filhos cresciam e se casavam com moças das vizinhanças, trazendo-as para morar na casa familiar, que ia sendo ampliada conforme as necessidades. No entanto o filho caçula, Siro, foi convocado para o serviço militar e conheceu um novo estilo de vida, aprendeu a dirigir e conheceu uma "moça da cidade", com quem acabou se casando, e voltaram juntos para a casa da grande família. O nome de sua esposa era Pia, que antes havia sido noiva, tendo sido abandonada pelo noivo, e que já estava passando da idade em que as moças daquela época e lugar deviam se casar. Contra a opinião de seus pais e das amigas, aceitou viver no campo. Inicialmente foi vista como uma "estrangeira". Mas, para ser aceita, "resolveu ser mais realista que o rei", ou seja, tornou-se um exemplo de mulher trabalhadora, servil, sempre disponível para tudo e para todos. Teve com seu marido um casal de filhos.

Após a Segunda Guerra, a vida no campo ficou cada vez mais difícil, e, quando o patriarca morreu, resolveram vender as terras e mudar-se para a cidade, onde montaram uma loja de material de construções, tendo muito sucesso naquele período de reconstrução de um país destruído pela guerra.

Com essa mudança, as regras e os padrões estabelecidos ao longo de anos – e que tiveram, em um certo momento, um significado de objetivo, união e proteção –, perderam sentido, passando a vigorar

como uma espécie de mito familiar. O mito, segundo os autores, é um produto coletivo, um fenômeno sistêmico, um alicerce para a manutenção da homeostase familiar.

E continuaram a manter na cidade o mesmo tipo de vida, morando todos em um mesmo prédio, cada família em seu apartamento, mas preservando o estilo de portas abertas que sempre vigorou entre eles.

Com o crescimento da terceira geração, aquilo que sempre fora o modelo de vida familiar começou a ser questionado. As mulheres jovens, muitas crescidas e educadas na cidade, já não aceitavam com tanta facilidade as regras e os padrões familiares. Logo surgiram conflitos entre a tradição e os novos costumes. Pia, como de hábito, era uma das mães mais rígidas e controlava ao máximo sua filha, Nora, para que seguisse seu exemplo. Esta foi se transformando em uma bela jovem, admirada e cobiçada por muitos rapazes. Quando tentava ter um pouco de liberdade, era severamente reprimida, especialmente pela mãe. Aos poucos foi se retraindo, ficando isolada das amigas, e passou a comer cada vez menos, até ficar quase um esqueleto.

Após inúmeras consultas a médicos, clínicos e especialistas, foram encaminhados para tratamento no centro de Milão.

Seguindo o modelo estabelecido, a partir do exemplo apresentado sobre o caso da família Casanti, a primeira entrevista foi feita por telefone, em hora combinada, e os terapeutas buscaram obter o máximo possível de informações, para que a equipe já “entrasse em campo” com uma hipótese formulada, que foi a seguinte: estavam todos prisioneiros do mito, avós, pais e filhos. Durante as sessões, usaram a estratégia da “conotação positiva”. Nora não estava contra a família. Na verdade, inconscientemente, ela se sacrificava para manter todos unidos. Ou seja, conotaram positivamente seu comportamento em vez de criticá-lo. E prescreveram, diante da situação paradoxal em que vivia a família, um “contraparadoxo”: como a família ainda não estava preparada para tantas mudanças, Nora deveria ainda continuar com seu “sacrifício” até que a família estivesse apta a aceitar as mudanças.

Após o final da sessão, a dupla de terapeutas que estava “em campo” com a família reunia-se com o restante da equipe, que assistia a sessão atrás de um espelho unidirecional (com conhecimento e autorização da família), e juntos discutiam o que se passara no atendimento,

planejando novas intervenções para as sessões seguintes. Em geral, havia um intervalo de 15 a 30 dias entre as terapias, para que a família pudesse absorver e refletir sobre o ocorrido no atendimento.

Em resumo, estes foram os principais pontos do trabalho da **Equipe de Milão**: 1) Atendendo famílias com pacientes esquizofrênicos, descobriram um padrão de interação que denominaram de paradoxo, inspirados da Teoria do Duplo Vínculo de Bateson (essas famílias buscavam tratamento, mas queriam manter a sua homeostase, que por sua vez fazia parte da gênese do problema); 2) Tratava-se uma terapia breve, em média 10 sessões quinzenais ou mensais; 3) O trabalho era em grupo (time): o terapeuta – ou uma dupla, de preferência mista, um homem e uma mulher – atendiam a família, e o resto do grupo observava atrás do espelho unidirecional; 4) Depois de um tempo, o(s) terapeuta(s) saíam da sala e iam discutir o caso com o restante da equipe, criavam hipóteses sobre a família e estabeleciam as diretrizes a serem passadas para a família. Então retornavam à sala de terapia e comunicavam à família as ideias do grupo e prescrições a serem seguidas; e 5) Os sintomas não eram vistos como patologias isoladas, mas como algo importante para que a família mantivesse sua homeostase.

O grupo de Milão foi o primeiro a denominar seu trabalho como sistêmico, a partir do resgate das ideias de Bateson, especialmente suas ideias sobre a causalidade circular dos problemas e a Teoria do Duplo Vínculo. O importante é ressaltar que a grande diferença é a inclusão do observador no sistema. De sistemas observados, por um pesquisador ou terapeuta supostamente neutro e que não interfeririam no fenômeno observado, passamos para os sistemas observantes, que incluem o observador.



Refleta

Vamos fazer uma parada e pensar nos conceitos básicos e suas aplicações práticas em cada uma destas escolas. Pense e anote (faça um quadro) comparando as características relativas ao agente terapêutico, à forma de comunicação, às mudanças desejadas e ao olhar para o sistema familiar. Como cada escola se apresenta?

Em relação à prática, o que ficou para você no que diz respeito ao intervalo de tempo entre as sessões, à estrutura das sessões e à forma

de acessar os dados familiares, bem como à postura do terapeuta e como ele promove as mudanças no sistema familiar?

Feito isto, compare as suas anotações com os resultados dos seus colegas e também consulte a autora Calil (1987, p.72-74), que apresenta um esquema bem didático sobre o tema.

É interessante acompanhar as modificações das escolas de terapia de famílias e correlacioná-las com a continuidade de mudanças de paradigmas nas ciências, causadas pela crise da modernidade e suas transformações. Se o mundo já não era mais o mesmo, como acompanhar as ideias chamadas de pós-modernas? As repercussões das guerras, a destruição pós-bomba atômica, o desequilíbrio ecológico e a pobreza colocaram em xeque o poder ilimitado da ciência e da tecnologia como esperanças de solução dos problemas da humanidade.

Os terapeutas passaram a se questionar se era correto intervir nos sistemas familiares, a partir de conceitos (ou pré-conceitos) de como as famílias deveriam ser e/ou se comportar, se cabia defini-las como "normais", "funcionais", como se fossem um sistema preestabelecido e imutável. O desafio neste período dos anos 1980-90 foi avançar, mas sem abandonar por completo as conquistas terapêuticas anteriores. Nas novas abordagens, a escuta dos diferentes membros do sistema familiar passou a ser valorizada, outras narrativas e descrições dos problemas surgiram, assim como o reconhecimento dos recursos da própria família para o seu funcionamento, tornando relevante, cada vez mais, a leitura dos contextos socioculturais. O papel do terapeuta passou a ser de um articulador, um coconstrutor das conversações, mais preocupado em saber como se organizam e funcionam estas famílias do que ser um observador externo e detector de problemas. Passou a ficar atento aos significados construídos e partilhados entre todos os componentes do sistema, incluindo a pessoa do terapeuta.

Novas teorias passaram a fundamentar as práticas terapêuticas e foram fundamentadas para um posicionamento mais hermenêutico e interpretativo. Segundo Anderson e Goolishian (1998, p.36), "na busca por esta nova base teórica, desenvolvemos um conjunto de ideias que conduzem nosso entendimento e explicações à arena dos sistemas em movimento, que existem somente nos caprichos do discurso,

da linguagem e da conversação”. Trata-se de um posicionamento semântico e narrativo que compreende a ação humana inserida em uma realidade de entendimentos, em um dado contexto social e conversacional. Em outras palavras, “as pessoas vivem e compreendem seu viver por meio de realidades narrativas construídas socialmente que conferem sentidos e organização à sua experiência” (ANDERSON E GOOLISHIAN, 1998, p. 36).

Em síntese, a partir dos anos 1980-90, a prática clínica com famílias se fundamentou nos seguintes aspectos:

- A conversação como ponto central da terapia.
- A família compreendida como um sistema social flexível compartilhando seus significados.
- A terapia coconstruindo um contexto colaborativo de significados, permitindo ao sistema familiar repensar as versões de história de vidas carregadas de problemas e déficits.
- O foco estava em gerar e recuperar narrativas outras que pudessem ser vivenciadas como transformadoras e libertadoras.
- Os papéis dos clientes e do terapeuta se modificaram, e estes passaram a ser coautores de um processo de trabalho, sem se iludir com uma única verdade conhecida apenas pelo terapeuta.

Há um deslocamento significativo de posição. A visão de trabalho sai da metáfora dos sistemas cibernéticos, que definem papéis e estruturas, para uma maneira de trabalho a partir do conceito ampliado de sistemas contextuais, imersos na comunicação social. Em outras palavras, o sistema terapêutico não abrangia só os membros de uma família, definidos pela consanguinidade, mas passou a considerar como sistema familiar o conjunto, aquele formado por indivíduos em relação entre si, mediados pela linguagem, de forma colaborativa, produtiva e partilhando os seus significados.

Qualquer sistema em terapia é formado dialogicamente em torno de algum ‘problema. Este sistema vai operar na evolução de uma linguagem e de um sentido específicos para si mesmo, para suas organizações e para sua dissolução em torno do “problema”. [...] O sistema terapêutico é um sistema de organização e dissolução de problemas. (MCNAMEE & GERGEN, 1998, p. 37)



A proposta de trabalho consistia em ampliar e flexibilizar o sistema familiar, considerando não mais buscar problemas de comunicação, interação ou de estruturas e fronteiras, mas sim ouvir todos os membros envolvidos que acreditam que há uma questão ou evento que representa um problema e que possuem interesse e desejo de resolvê-lo.

Segundo Grandesso (2000, p.56), a pós-modernidade abriga um conjunto de práticas terapêuticas apoiadas pelos enfoques construtivistas e construcionistas sociais, e, "em linhas bem gerais, a oposição dá-se entre uma visão de construção do conhecimento centrada no indivíduo, no caso do construtivismo, e uma centrada na construção social, no caso do construcionismo". O construcionismo social dá ênfase às questões culturais e históricas, segundo nossa visão do mundo; à valorização dos relacionamentos na produção e estruturação do conhecimento; à interligação entre ação e conhecimento; assim como à manutenção de uma postura reflexiva e crítica (GRANDESSO, 2000; RASERA e JAPUR, 2004).

Outros aspectos importantes a serem considerados neste enfoque são: a possibilidade de flexibilização dos pontos de vista versus o fundamentalismo; a noção de que os mundos são construídos versus o essencialismo; uma postura colaborativa versus a postura de um saber superior do especialista; o privilégio à postura de neutralidade versus a ideia de uma única verdade. Consideramos, neste contexto, como neutralidade o conceito proposto por Cecchin (1998), que diz não se tratar de uma "neutralidade suíça", mas de uma postura que valoriza todas as vozes igualmente, assim como a curiosidade em saber como os padrões e as conexões do sistema se formaram.

Não podemos desconsiderar a forte influência em nossa prática profissional das escolas ligadas aos processos reflexivos de Tom Andersen e à terapia narrativa de Michael White e David Epston, assuntos que serão discutidos posteriormente.

Sem medo de errar

Rodolfo foi chamado para atender uma família composta por Arlete (mãe), Luís (pai) e João (filho), de 15 anos. A queixa era que João não obedecia aos pais e andava com um grupo de rapazes usuários de álcool e drogas, além de faltar frequentemente à escola

e não querer comparecer à ONG.

1. Considerando as escolas de terapia de família, quais os caminhos que Rodolfo poderia tomar para dar continuidade a este atendimento?

Considerando as escolas de terapia de família apresentadas nesta seção, Rodolfo tem mais de um caminho terapêutico a seguir. À luz da Terapia Estrutural, Rodolfo deve trabalhar com os subsistemas - casal e filho - e reorganizar sua disposição na sala de atendimento, colocando Arlete e Luís mais próximos e distanciando João, deixando clara a hierarquia. Poderia também, como contraponto, colocar João em um lugar de destaque, hipervalorizando a posição em que os pais já o colocam, enfatizando a desestruturação dos subsistemas.

Se Rodolfo seguir a Escola Estratégica, terá em mente que as regras familiares, se não são a causa única, colaboram para a manutenção e/ou ampliação do problema. Seu papel seria identificar estes padrões e tentar modificá-los. Uma das recomendações poderia ser que João controlaria por 15 dias o uso de bebida de Luís, o pai, e Arlete não poderia se manifestar sobre este arranjo.

Por fim, se Rodolfo fosse um psicólogo seguindo a Escola de Milão, observaria o jogo paradoxal presente na família e sua possível origem em gerações anteriores, ou seja, se a relação de brigas e da perda de autoridade dos pais perante João seria um padrão transgeracional. Mantendo a diretriz da conotação positiva, diria para Arlete o quanto é importante sua preocupação com o filho, assim como validaria a posição de Luís em considerar estes episódios como passageiros.

De uma forma simplificada, Rodolfo, no papel de um profissional de 1ª ordem, fica pautado nos conceitos básicos da Cibernetica, ou seja, a causalidade circular, os mecanismos de retroalimentação e a homeostase. Esta postura não considera os efeitos da presença do observador (terapeuta/profissional) no fenômeno observado (no caso o atendimento familiar). Já o profissional de 2ª ordem se reconhece como um observador que é parte do sistema e que afeta e é afetado pelo processo.

Se Rodolfo utilizar as práticas dos processos reflexivos, terá uma escuta privilegiada de todos os membros do sistema familiar, incentivando-os a ter uma atitude colaborativa e reflexiva, que pode

abrir outras possibilidades que até o momento não foram vistas ou validadas. O convite para que os pais ouçam a conversa de João com Rodolfo, sem intervir, como se fossem uma equipe reflexiva, pode ser enriquecedor para todos.

Faça valer a pena

1. A partir da apresentação das Escolas de Terapia de Família Estratégica e Estrutural e do Grupo de Milão, cada grupo com características próprias, e partindo do esquema comparativo entre os conceitos básicos, estabeleça a relação entre cada escola (na coluna da esquerda) e seus conceitos básicos (na coluna da direita):

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Escola Estrutural | A. Considera mais o comportamento mantenedor do problema e suas tentativas de redução do que o sistema per si. Pode intervir em um membro da família, em um subsistema, na família toda ou em sistemas extrafamiliares. |
| 2. Escola Estratégica | B. O sistema é visto como uma unidade total, mas leva também em consideração os grupos sociais com os quais a família interage. Promove minimização do conceito de organização dos subsistemas e hierarquia na família e dá ênfase nas interações paradoxais entre os membros da família e uso de rituais, contraparádoxos e trabalho com os mitos familiares |
| 3. Escola de Milão | C. Considera a família como um sistema complexo, formado por subsistemas com diferentes funções. Destaca a interação entre os subsistemas nos diferentes níveis hierárquicos de desenvolvimento. |

Fonte: adaptada de Calil (1987, p.72-74).

Assinale a alternativa com a associação correta.

a) 1-C; 2-B; 3-A.

- b) 1-B; 2-C; 3-A.
- c) 1-A; 2-C; 3-B.
- d) 1-C; 2-A; 3-B.
- e) 1-A; 2-B; 3-C.

2. “[...] Esse grupo [A Escola de Milão] preocupou-se com apresentação de recursos e ações que envolvessem todos os membros da família. A elaboração de hipótese inclui a ideia de que o terapeuta e os membros da família estão construindo e “testando” explicações sobre o que se passa com a família. [...] A neutralidade é a posição de que o sistema deve ser visto em todas as suas partes, e todas têm a mesma importância na sua expressão. Na prática é fazer aliança com todos os membros da família. Além do valor da equipe como um importante recurso no atendimento, a Escola de Milão trouxe questionamento sobre intervalo entre as sessões, como um outro recurso terapêutico (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1993). Nichols & Schwartz (2006/2007) consideram que a Escola de Milão pode ser vista como estratégica (na origem de seus conceitos e prescrições) e com ênfase na adoção de rituais, que são ações prescritas para dramatização da conotação positiva”. (COSTA, 2010, p. 95-104)

Atribua V para verdadeiro e F para falso às afirmações a seguir, a respeito da concepção prática da clínica com famílias segundo a Escola de Milão:

- A busca dos desvios é o ponto central da terapia.
- A família é compreendida como um sistema social flexível compartilhando seus significados estratégicos.
- A terapia coconstrói um contexto colaborativo de significados, permitindo ao sistema familiar repensar as versões de história de vidas carregadas de problemas e déficits.
- O foco estava em gerar e recuperar narrativas outras que pudessem ser vivenciadas como transformadoras e libertadoras.
- Os papéis dos clientes e do terapeuta são claros, e o lugar de especialista do terapeuta o qualifica como um bom profissional.

Assinale a alternativa com a **sequência correta**:

- a) V – F – F – V – F.
- b) V – V – F – V – F.
- c) F – V – V – V – F.
- d) V – V – F – V – V.
- e) V – F – V – V – F.

3. A terapia familiar, um novo campo terapêutico, utiliza-se da Cibernética e da Teoria Geral dos Sistemas. A Cibernética estudava os mecanismos de controle e comunicação, inicialmente nas máquinas e posteriormente entre os seres vivos. Foi criada no final dos anos 1940 e utilizava conceitos como feedback, homeostase e autorregulação. A Cibernética é dividida em dois momentos distintos: a cibernética de 1ª ordem e a cibernética de 2ª ordem.

Escolha a **alternativa correta**, que caracterize as escolas de terapia familiar pautadas na Cibernética de 1ª ordem:

- a) A patologia é vista como sendo um atributo de um membro isolado da família.
- b) A família passa a ser considerada como patogênica; por exemplo, em um caso de esquizofrenia, passa a ser nominada de família esquizofrenogênica.
- c) A tarefa do profissional é detectar padrões disfuncionais de cada membro da família isoladamente.
- d) O terapeuta deve evitar prescrever modificações nas sequências interacionais e/ou nos padrões de hierarquia e organizacionais das famílias.
- e) Os problemas apresentados pelas famílias são entendidos como tendo uma causa linear e determinada.

Seção 1.3

Terapias narrativas e práticas psicossociais

Diálogo aberto

Estamos terminando a nossa Unidade 1, *O pensamento sistêmico: novo paradigma da Ciência, teoria e prática*, e nesta Seção 1.3 trabalharemos os processos reflexivos, as terapias narrativas e o profissional sistêmico e conheceremos as escolas de terapia de família, aproximando-nos das práticas psicossociais e do trabalho sistêmico com famílias e redes sociais.

O trabalho em equipe e em duplas favorece as práticas com famílias, permitindo a escuta das diversas narrativas, sobre os eventos, de todos os membros envolvidos no problema.

Lembremos do nosso colega Rodolfo, psicólogo que atua em uma organização não governamental (ONG), atendendo adolescentes de famílias de baixa renda. Já colaboramos com o trabalho de Rodolfo ao discutirmos os impasses gerados quando a equipe trabalhou sexualidade e questões de gênero com o grupo de adolescentes (Seção 1.1). Também contribuimos para a atuação de Rodolfo no atendimento a João e sua família (Seção 1.2).

Agora, Rodolfo está diante de Henrique, de 12 anos, aluno do ensino fundamental de uma escola pública que foi encaminhado para uma avaliação psiquiátrica na Unidade Básica de Saúde (UBS), devido a “problemas de aprendizagem e possível déficit de atenção (DDA)”, conforme relatório elaborado pelos professores.

A avaliação psiquiátrica confirmou o diagnóstico de DDA, sendo recomendado o uso de medicamentos e atividades de reforço escolar. Sua família procurou a ONG em que Rodolfo trabalha, por ser próxima à sua casa.

Rodolfo atendeu Henrique e sua mãe, e ela relatou uma história de dificuldades desde o início da vida escolar, de muita agitação e desobediência no contexto familiar. Neste primeiro atendimento, Henrique permaneceu calado.

O segundo atendimento de Henrique foi individual. Pensando no silêncio inicial, Rodolfo propôs algo diferente. Perguntou a Henrique qual era sua maior habilidade e se havia alguma situação em que se sentia competente. Sua resposta foi que gostava de tirar fotos com seu celular, preferencialmente de plantas e árvores, e mostrou algumas. De fato, eram boas.

Rodolfo conversou com a terapeuta ocupacional (TO), e tiveram a ideia de organizar uma oficina de fotografia para adolescentes. Henrique foi incluído e demonstrou interesse e concentração, a ponto de tornar-se monitor na segunda turma. Passou a estudar o trabalho de fotógrafos profissionais e, após seis meses, propôs que fosse organizada uma exposição dos trabalhos.

No atendimento de final de ano com a família de Henrique, foi relatado pela mãe uma melhora de seu comportamento tanto na escola como em casa. Desta vez, Henrique participou da conversa e contou que estava pensando em fazer um curso técnico de fotografia.

1. Identifique nesta situação-problema os relatos dominantes e seu papel na construção dos problemas de Henrique.
2. O que foi diferente na ação de Rodolfo e quais são as bases teóricas para tal atitude?

Lembre-se de que, ao longo do texto, você encontrará algumas alternativas que ajudarão a compreender os caminhos que Rodolfo seguiu. Mãos à obra e aproveite a leitura!

Não pode faltar

Na Seção 1.3 daremos continuidade às Escolas de Terapia de Família de 2ª ordem, especificamente aos processos reflexivos e às práticas narrativas. Vale lembrar que estas escolas prezam pela flexibilização dos olhares ou dos pontos de vista, consideram que o mundo é coconstruído pelas pessoas que o constituem e têm como essencial a postura de cooperação e colaboração, mantendo uma atitude de curiosidade legítima ou de “não saber” nas interações e conexões com os sistemas familiares e redes sociais.

Processos reflexivos

O processo reflexivo leva em consideração que “não percebemos as coisas em si mesmas, mas sempre como algo que se destaca

de um fundo, de um contexto. São infinitas as possibilidades de imagens a partir de um fundo, o que quer dizer que sempre existe mais do que enxergamos” (COSTA, 2011, p. 32). Além disso considera que duas pessoas podem descrever de forma diferente a mesma imagem, e isto pode levá-las a diferentes construções sobre aquele aspecto do mundo.

A partir das ideias do neurocientista chileno Maturana (1997), entendemos que o conhecimento é construído pelo sujeito que conhece, a partir da sua estrutura social, cultural e biológica, através do seu intercâmbio com o meio, intermediado pela linguagem, a qual é compreendida como uma forma de estar no mundo, como uma “coordenação de coordenações de comportamentos”, e não como uma representação especular do mundo. Os significados são coconstruídos nesta interação consensual, considerando-se que eles não existem a priori, mas são estabelecidos nesta interação linguística. Trata-se de uma característica básica do ser humano.



Assimile

Maturana e Varela (1994) criaram o conceito de autopoiese, que significa gênese de si mesmo. Os autores estavam interessados em estabelecer uma teoria que definisse o que é um ser vivo e no estudo sobre a cognição e descobriram a relação inerente entre o conhecimento e a vida: viver é conhecer, é estabelecer vínculos de colaboração, é relacionar-se.



Os dois cientistas afirmam que é a organização autopoietica que diferencia os seres vivos dos “não-vivos”, ou seja, a competência de participar de sua própria criação. Segundo eles, é impossível que o meio ambiente ou um ser vivo, de forma unilateral, possa definir o que acontecerá dentro do organismo de outro ser em função da estrutura e da organização de cada um, reafirmando que é impossível qualquer tipo de interação do tipo instrutiva. Somos todos, da bactéria ao homo sapiens, seres determinados estruturalmente. Só são possíveis relações que possibilitem um encaixe, um acoplamento estrutural. Existe uma determinação estrutural, mas não um determinismo estrutural. Esta estrutura não é fixa ou estática; o ser vivo muda ao longo

de sua vida, em consequência das interações recursivas que mantém com outros seres vivos e com o meio ambiente. Portanto, a estrutura, que não é apenas orgânica, muda, mas permanece a organização autopoietica.” (COSTA, 2011, p. 33)

Maturana e Varela (1994), ao retomarem a teoria da evolução (Darwin), reafirmam os dizeres de Bateson, de que na evolução não é o mais forte que sobrevive, mas sim o ser vivo em interação com o meio ambiente que esteja mais adaptado, o mais encaixado. Vale destacar que, quando estas características estruturais se modificam e permanecem ao longo de gerações de uma linhagem, surge uma herança. Não estamos falando meramente de características genético-cromossômicas, passadas de uma geração para outra, mas sim das formas de relacionamento, que fazem parte da organização e estrutura dos seres vivos.

Neste sentido, Andersen (2002, p. 43), diz:

Compreendemos isso, tendo em mente que, em determinado momento, uma pessoa só pode ser o que ela é. Significa que só poderá reagir a uma determinada situação com uma das formas que tem em seu repertório. No entanto, com o passar do tempo, esse repertório pode ser mudado devido a algumas velhas formas que estão desaparecendo aos poucos e outras que estão surgindo.

Estas ideias modificaram de forma significativa os processos terapêuticos, ao reafirmar que não é possível uma forma de interação que seja instrutiva. Andersen (1996) nos chama atenção para a importância de que as interações se deem de uma forma que não seja demasiadamente incomum, mas adequadamente incomum. Ele explica que, se na conversação terapêutica, as partes envolvidas, com suas estruturas e organizações, tiverem um diálogo comum demais, pode não fazer diferença; uma conversação incomum demais pode retrair ou fechar a conversa. Não há como prever como será o resultado da conversa e das interações. Assim ele recomenda a manutenção de um ritmo lento,

atento, observando as reações dos envolvidos e favorecendo uma interação adequadamente incomum.

As primeiras escolas de terapia de família na década de 1960 traziam o modelo de equipe de observação atrás de um espelho unidirecional, com profissionais e estudantes observando o atendimento de famílias. Anos depois, a Equipe de Milão incluiu no processo de atendimento um momento em que o terapeuta sai e conversa com os demais membros da equipe observadora, com o objetivo de planejar as intervenções junto às famílias. A grande contribuição de Andersen (1996; 2002) foi possibilitar que a família escutasse a conversação da equipe. Tal modificação exigiu uma mudança de postura dos profissionais e estudantes envolvidos.

As terapias de família inspiradas nos processos reflexivos tendem a ser breves, e o número de sessões pode variar; diferentemente das terapias individuais, que são medidas em anos, as terapias familiares são medidas mais frequentemente em meses. A frequência das sessões pode ser semanal, quinzenal ou até mesmo mensal. Vale a pena assinalar alguns pontos sugeridos por Andersen (1996, p. 70): o entrevistador busca desconstruir as várias queixas (entender como cada um chegou àquele significado) e construir um problema comum, consensual para o grupo atendido. E este será o foco inicial da conversação terapêutica. Sugere-se que as reflexões sejam em forma de um diálogo e que nelas sejam incluídas mais perguntas do que afirmações. Embora haja poucas regras a serem seguidas, busca-se não refletir sobre algo que pertença a outro contexto que não o da conversa do sistema entrevistado e que não se façam reflexões sobre a linguagem não verbal e as conotações negativas (críticas). A equipe reflexiva deve falar durante cinco a dez minutos. Ao terminar sua fala, volta para a postura de observadores reflexivos. O entrevistador habitualmente retoma a sessão com uma pergunta direta, como: gostariam de comentar, falar mais, etc., sobre alguma coisa que ouviram? E após todos terem se colocado e discutido suas ideias (se houver), o entrevistador pode apresentar suas reflexões para discussão.

Segundo Costa (2011), Andersen (2002) relata que, à medida que os processos reflexivos foram ocorrendo “em contextos e circunstâncias diferentes e mais amplas que a terapia, preferiu referir-se ao seu trabalho como ‘Processos Reflexivos Abertos’, ampliando

sua aplicação” (2011, p. 37). Outras formas de organização dos processos surgiram. Quando não havia uma sala de espelho, a equipe poderia ficar em um canto da sala, fora do ângulo de visão da família e operando similarmente ao modelo anterior. Também passou a ser possível (especialmente se o profissional estivesse sozinho, sem apoio de uma equipe) que ele convidasse um dos membros da família para se manter em uma postura mais reflexiva, podendo até se colocar momentaneamente fora do campo de visão da família, como fazia a equipe reflexiva. Estas mudanças favoreceram a aplicação dos processos reflexivos em contextos diversos, como supervisões, ou mesmo em reuniões de trabalho, que eram enriquecidas ao saírem do formato de debate para o formato de um processo reflexivo.



Pesquise mais

Leia o artigo de Fiorini, Guisso e Crepaldi (2017) que apresenta uma revisão bibliográfica interessante para percebermos a trajetória das equipes reflexivas desde a década de 1990, com dados relevantes como os temas centrais dos artigos (Tabela 1, p. 88) que mostram a diversidade do uso das equipes reflexivas. Este artigo complementa nossa discussão sobre os processos reflexivos.

FIORINI, M. C.; GUISSO, L.; CREPALDI, M. A. O trabalho com equipes reflexivas: revisão de literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 26, n. 57, 2017. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/279/271>>. Acesso em: 16 maio 2018.

A terapia narrativa

Em seu livro *A interpretação das culturas* (1978), o antropólogo Clifford Geertz traz o conceito de que o humano está atado a uma rede de significados construída por ele mesmo e pelas pessoas que fazem parte de seu contexto, passado e presente. O que seria de nós se não escutássemos desde o nascimento histórias a nosso respeito, daqueles que nos cercam e dos que já não estão mais entre nós? As histórias narradas e aquelas que passaremos a narrar dão sentido à nossa vida.

White e Epston (1992; 1993; 1995), considerados os criadores da terapia narrativa, afirmam que as pessoas vivem experiências que

são organizadas e conectadas de acordo com o tempo e os temas. São estas histórias que dão sentido às nossas vidas. Quando estamos com um paciente em um atendimento, ouvimos as narrativas que compõem sua vida e procuramos compreender seus significados, buscando não apenas o que estaria oculto nas “profundezas da mente”, mas a construção de novos sentidos para sua vida, ajudando-o resolver o que está sendo vivido como problema. Muitas metáforas já foram utilizadas na busca do entendimento da mente humana, pois “[...] para entender nossas vidas e nos expressarmos, a experiência deve ser relatada e [...] é precisamente o fato de relatá-la o que determina o significado que será atribuído a experiência vivida” (WHITE; EPSTON, 1993, p. 27).

A psicologia usou ao longo do tempo muitas analogias ou metáforas para explicar a mente humana. Um dos modelos mais frequentes usa o contraste entre a noção de superfície e de profundidade. De tanto usarmos metáforas, acabamos esquecendo que metáfora “consiste na transferência de uma palavra para um âmbito semântico que não é o do objeto que ela designa” (FERREIRA, 1986, p. 1126). Passamos a pensar e a agir como se:



as ações das pessoas fossem manifestações do que vem dessas profundezas ou distorções de uma essência. A ideia de que as pessoas possuem forças ou recursos, assim como déficits e fraquezas também são formas de expressão desse entendimento. O problema é que as analogias ou metáforas com o tempo são reificadas e as pessoas as tomam como se fossem fatos reais. (COSTA, 2011, p. 41)

A terapia narrativa (MORGAN, 2007) ultrapassou os limites da terapia de família, e seus conceitos e práticas passaram a ser usados também em práticas grupais e comunitárias. Muitas vezes encontraremos a expressão abordagens narrativas, sempre enfatizando o destaque dado aos relatos em primeira pessoa daquele que viveu a experiência. Situando-se dentro do marco epistemológico da pós-modernidade, a terapia narrativa (ou abordagens ou práticas narrativas) assume que é impossível um conhecimento pleno e universal das pessoas e do mundo em que vivemos. Só podemos ter acesso ao que experimentamos e às histórias ou narrativas que contamos ou que nos são contadas

a respeito do vivido. O conhecimento de uma pessoa, seja ela um especialista ou alguém com poderes sobre o narrador, é questionado, não sendo assumido como objetivo, verdadeiro, superior e universal.

A ciência conhecida como moderna, tradicional ou positivista considera as pessoas como sendo depressivas, obsessivas, esquizofrênicas, membros de famílias desestruturadas ou disfuncionais, enfim, busca classificá-las segundo critérios supostamente universais e apriorísticos. O pós-modernismo, sem desqualificar o conhecimento do especialista, destaca o conhecimento individual, contextual, apresentado pelas histórias e narrativas pessoais.

Geertz (1978) apresenta modalidades de narrativas ou descrições: as descrições superficiais, às vezes chamadas de "descrições estreitas" (MORGAN, 2007, p. 24), que são relatadas pelo cliente e em geral interpretadas a partir do ponto de vista do especialista. O especialista que segue o paradigma moderno se interessa sobre o que as pessoas são (agressivas, depressivas, bipolares, etc.) e pouco espaço deixa para as narrativas mais amplas, ricas e, em geral, não dominantes e que buscam compreender os significados do que está sendo contado a partir do ponto de vista de quem vive (ou viveu) a experiência, uma narrativa em primeira pessoa, que pode revelar não o que "as pessoas têm", mas quem elas são.

A partir destes marcos epistemológicos, White e Epston criaram uma modalidade de trabalho terapêutico que busca separar as pessoas dos problemas, não mais vistos como expressão de algum déficit ou disfunção interna (da pessoa ou do grupo familiar), mas como expressão de uma história de vida baseada em histórias "saturadas de problemas"; uma expressão "dos relatos dominantes" sobre a vida pessoal e/ou familiar. (COSTA, 2011, p. 43)



Ressaltaremos alguns aspectos práticos do trabalho narrativo, sendo a desconstrução um de seus pilares. Esta palavra tem sido alvo de múltiplas (e às vezes equivocadas) compreensões. Desconstruir não é o oposto de construir. É um termo derivado da crítica literária.



Assimile

Desconstruir a filosofia é trabalhar através da genealogia estruturada de seus conceitos, da maneira mais escrupulosa e imanente, mas ao mesmo tempo determinar, de uma certa perspectiva externa que não pode descrever ou nomear, o que esta história pode ter ocultado ou excluído, constituindo-se como história através dessa repressão em que tem interesse. (DERRIDA, 1972, p. 15)

White e Epston (1992) adotaram uma definição flexível de desconstrução, entendendo que se relaciona com os procedimentos que subvertem as noções de realidade tomadas como preexistentes e também as práticas que derivam desta visão. Questionam os conceitos de verdade que estão separados dos contextos sociais que os produziram, assim como as formas de expressão que trazem embutidas em si preconceitos e visões parciais em relação às pessoas. As práticas de desconstrução nos ajudam a desenvolver um sentimento de estranheza em relação a essas práticas cotidianas, tornando exótico aquilo que assumimos como algo familiar (COSTA, 2011).

Outro ponto importante no trabalho narrativo é a busca pela separação entre o que é trazido como problema e a pessoa que está sendo atendida. Vamos tomar o caso hipotético de Ricardo, que se apresenta como obsessivo compulsivo:



Exemplificando

- Doutor, eu vim procurá-lo por que eu sou obsessivo compulsivo, tenho TOC.
- O acontece em sua vida que o levou a esta conclusão?
- Eu tenho mania de organização, tudo tem que estar nos mesmos lugares, fico angustiado se algo é mudado.
- Como chegou ao termo TOC?
- Várias pessoas no meu trabalho e em minha família usam este termo há muito tempo quando se referem a mim. Consultei o Google e me encaixei perfeitamente nas descrições que li.
- Estou pensando se haveria uma outra palavra que se aplicasse a esses

comportamentos que são chamados de TOC. Será que você é uma pessoa “excessivamente organizada”?

– Certamente, a organização sempre foi muito importante para mim. Minha mãe, que estuda Astrologia, diz que é típico de meu signo, Virgem.

- Organização excessiva seria um bom nome para o que o incomoda?

- Sim, pode ser.

O que fez o terapeuta até agora? Usou duas técnicas. Em primeiro lugar, buscou desconstruir o relato de Ricardo, uma narrativa dominante, oficializada por ele e seu contexto, mas que ao mesmo tempo é uma narrativa “estreita (no original em inglês *thin*, que significa fino em português). Em seguida buscou uma separação entre a pessoa e o problema, uma externalização. Uma coisa é uma pessoa sofrer de TOC, um conceito médico, que entende que algo intrínseco a faria comportar-se de um modo inadequado, “patológico”. É importante enfatizar que o terapeuta não impõe ao cliente o nome para o problema externalizado, mas apenas o sugere. Se o paciente não concordar, parte em busca de outros termos, até chegarem a um consenso.

No caso, a narrativa estreita e dominante é corroborada por pessoas significativas para Ricardo, como os colegas de trabalho, seus familiares e a narrativa da Astrologia. Ao chamar o problema de organização excessiva, o terapeuta procura separar a pessoa do problema, como se este fosse uma terceira pessoa. Faz muita diferença enfrentar um problema que supostamente faria parte da essência do cliente ou um problema que surge de um contexto mais amplo, que inclui também seus grupos familiares, sociais e econômicos. Segundo Morgan (2007, p. 35), “as pessoas, frequentemente, acham isso um grande alívio, pois abre espaço para começar a enfrentar o problema e abre espaço para elas trabalharem cooperativamente para rever sua relação com o problema”. Após ter se dedicado à **desconstrução do problema** e à sua **externalização**, o terapeuta narrativo pode continuar a conversação, pesquisando habilidades, capacidades e recursos da pessoa, em geral pouco utilizados, mas que podem ser usados no enfrentamento do problema externalizado.



– Você diz que na maioria das vezes a organização excessiva sai vitoriosa, tira sua tranquilidade, faz com que você volte inúmeras vezes para verificar se sua mesa está perfeitamente arrumada. Você consegue se lembrar de alguma situação em que, apesar da força da organização excessiva, você tenha conseguido resistir?

– Foram poucas situações, mas me lembro de uma vez em que era sexta-feira, mais de 19 horas, ainda estava no escritório, verificando pela enésima vez se estava tudo em ordem, quando minha namorada ligou perguntando se eu havia esquecido de nosso encontro, pois ela estava há meia hora no local combinado.

– O que você fez?

– No início fiquei muito ansioso, mas depois resolvi deixar tudo como estava e ir ao seu encontro.

– Como foi que você encontrou forças para se opor à organização excessiva?

– Nem sei direito. Mas Neusa, minha namorada, tem me ajudado muito.

– Como ela o ajuda?

– Ela é uma pessoa bem diferente de minha mãe e também das pessoas da empresa em que trabalho há anos. Minha mãe e minha empresa são parecidos. Não tinha pensado nisto antes, mas talvez seja por isto que trabalho lá há tanto tempo. Eles gostam do meu trabalho, mas são muito rígidos e exigentes, como minha mãe.

– E como é Neusa?

- É uma profissional bem-sucedida, trabalha com design gráfico, mas sempre diz que trabalha para viver, e não vive para trabalhar. Com ela tenho aprendido que é possível ser um profissional responsável e ao mesmo tempo poder me divertir, passear ou mesmo não fazer nada.

– Isto é novidade em sua vida?

– Na verdade não. Sempre gostei de sair com os amigos, de ter momentos de descontração e até de não fazer nada. Mas à medida que fui crescendo, especialmente quando chegou o vestibular, todos diziam que, se eu não me organizasse e concentrasse, não teria sucesso na

vida. No primeiro ano de cursinho, “peguei leve” nos estudos e não fui aprovado. Minha família ficou muito chateada, e prometi a mim mesmo que iria mudar e dar 120% de meu esforço para ter sucesso. Passei na melhor faculdade e nunca mais deixei de agir assim.

– Quer dizer que é possível fazer um bom trabalho, sem ficar escravo da organização excessiva. Aparentemente Neusa o ajudou a recuperar suas capacidades e habilidades para ter sucesso e ao mesmo tempo poder ter uma vida mais leve e alegre, sem que isto signifique fracasso.

Nesta parte da sessão, o terapeuta narrativo buscou explorar situações chamadas de, no original em inglês, *unique outcomes* – em tradução livre, **eventos singulares** ou exceções. Nesses eventos, as narrativas dominantes perdem força, e surgem outras possibilidades, chamadas de narrativas alternativas, que ampliam as possibilidades de ações e comportamentos, sem desorganizar a vida do paciente (WHITE e EPSTON,1993).

Morgan (2007, p. 360) sintetiza os pontos importantes do trabalho do terapeuta: pesquisar os truques que o problema usa para dominar a vida da pessoa – suas táticas, suas regras, seu modo de operar, suas intenções e seus planos, seus gostos e seus desejos; e buscar os motivos, as técnicas e os sonhos do problema para a dominação da vida da pessoa, quem o apoia e sustenta e os enganos e as mentiras do problema.

Após esta etapa, ainda segundo a autora, o terapeuta busca outros pontos de entrada a partir de algumas perguntas: como você faz para que o problema não piore? O problema é sempre forte e autoritário? Ele não esmorece em nenhum momento? O que colabora para que ele enfraqueça? Que recursos você encontrou em si mesmo para se opor ao problema? Existe alguma história em que você foi bem-sucedido no enfrentamento do problema?

As abordagens narrativas são mais do que técnicas; são uma maneira diferente de ver as pessoas e o mundo que as cerca. De uma noção de um problema interno, individual, passamos para um conceito em que os problemas estão nas histórias que dominam nossas vidas. Se pararmos para pensar, veremos que são incontáveis as histórias dominantes em que estamos inseridos: o que é ser homem ou mulher, qual é o caminho para o sucesso, o que é

moral ou imoral, e por aí afora. White e Epston (1993) enfatizam a importância da revisão das narrativas dominantes, usando principalmente a **desconstrução dos problemas**, a **externalização** e a busca de **eventos singulares** para que consigamos que uma pessoa em sofrimento emocional, oprimida pelas histórias dominantes, possa recuperar suas capacidades e habilidades para o sucesso, reassumindo a autoria de sua vida, transformando as histórias periféricas, em geral marginalizadas, em novas possibilidades para uma vida satisfatória.



Pesquise mais

Leia o artigo de Lion (2017), *Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas*. A autora apresenta conceitos básicos das práticas colaborativas, narrativas e narrativas coletivas e convida você a compartilhar suas experiências profissionais, tendo como foco as práticas pós-modernas, em busca da construção de narrativas ricas e de possibilidades de ser um profissional sistêmico. Este é um convite para você reescrever a sua trajetória acadêmica e profissional.

LION, C. M. Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 26, n. 57, 2017. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/275/267>>. Acesso em: 16 maio 2018.

O profissional sistêmico e as práticas psicossociais

Após uma breve viagem pelas trajetórias das escolas de terapia de família, em que pudemos conhecer suas características e formas de entender e atender as famílias, também vimos alguns aspectos relevantes da postura terapêutica dos profissionais.

Quando estamos no lugar de um profissional que segue o paradigma tradicional, tendemos a manter o controle sobre as mudanças necessárias para o sistema familiar, definindo o que é certo e funcional versus o que é errado e disfuncional, planejando, prescrevendo e executando intervenções a partir de diagnósticos fechados.

Primeiramente é importante ressaltar que o psicólogo sistêmico de família abre mão do seu paradigma tradicional, do papel de

especialista, rejeitando o convite do cliente/usuário, cuja expectativa é encontrar um bom profissional, com poderes e conhecimentos para resolver conflitos. Já o psicólogo sistêmico, mesmo nos atendimentos individuais, assume uma postura de não ser o expert em resoluções de problemas, mantendo-se na posição de “não saber”, de curiosidade legítima, e buscando ser o expert em contextos ou relações. Procura validar, de forma cooperativa e colaborativa, os contextos de autonomia dos envolvidos, ou seja, facilita que os envolvidos definam as situações-problemas, valoriza as experiências conversacionais e busca conjuntamente os caminhos para dissoluções das situações-problemas (VASCONCELLOS, 2015; AUN, [s.d.]).



Refleta

Segundo Aun (2007, p. 6),

Autonomia não é um atributo interno às pessoas, não é algo que uns têm mais e outros menos. Autonomia refere-se a um contexto que permite que as pessoas definam o que é real para elas próprias e que, na condição de seres humanos sociais, possam agir de acordo com estas definições e assumir responsabilidade por essas ações, através de acordos consensuais.

Descreva uma situação em sua vida acadêmica em que você identifique sua autonomia segundo o descrito por Aun. Como você analisaria este fato a partir da leitura do texto? Compartilhe com seus colegas.

Uma das mudanças esperadas na ação sistêmica está em reconhecer a singularidade de cada profissional e a abertura para o trabalho em duplas, equipes e com as redes do sistema ligado ao problema, permitindo que todos “os atores sociais envolvidos na situação problema abordada participem de todas as fases do processo de mudança do sistema” (AUN, 2010, p. 92).

Aqui trataremos tanto do psicólogo terapeuta de família, como do profissional psicólogo sistêmico de famílias e redes sociais, podendo ser nominado de profissional psicossocial aquele que atuará em campos como a saúde (no Sistema Único de Saúde/SUS), a assistência social (Sistema Único da Assistência Social/SUAS), o jurídico, escolas,

empresas e outros. Falaremos de forma mais genérica, destacando aspectos relativos à postura e à atuação do profissional.

Há duas concepções práticas de intervenções profissionais: interação instrutiva e relação colaborativa. Os profissionais que atuam com interação instrutiva mantêm-se na relação de poder e na posição de saber, enquanto os profissionais que atuam na relação colaborativa colocam-se na posição da “objetividade entre parênteses” e se reconhecem como membros participantes do sistema, atuando como coordenadores das conversações (AUN, 2010).

No entanto, os profissionais colaborativos, em algum grau, deparam-se com o seguinte paradoxo, no que diz respeito ao posicionamento evocado pelo próprio cliente/usuário: como é possível conseguir que o outro seja responsável e autônomo sem que a ação parta de um terceiro, no caso o profissional? Na experiência relatada por Aun (2010, p. 97), foi necessária a mudança de referências: da identidade profissional, da definição do sistema a ser abordado, da prática social e principalmente do reconhecimento do outro (todos os membros envolvidos no sistema com o qual se trabalha) como legítimos outros em contexto, buscou-se a construção do contexto de autonomia e o processo de coconstrução do que ali emerge. Uma das possibilidades é modificar a pergunta inicial para “como trabalhar com o sistema para que ele se torne autônomo e responsável pela sua mudança?”.

No contexto de autonomia como um contexto conversacional, “quando as pessoas em interação conversam sobre algo que elas próprias definem que não está como deveria estar, distinguimos um sistema linguístico que se constitui em torno de uma situação-problema” (VASCONCELLOS, 2015, p. 14). Este contexto favorece que todos os envolvidos tenham voz, assumam a autoria de suas escolhas e ações, conversem entre si sobre as opiniões, definições e decisões dos diferentes membros, coordenados pelos experts de contextos, que se mantêm na posição de “não saber” e deixam clara a posição de articulador, e não de alguém que detém o conhecimento e/ou o poder.

Estamos frente ao sistema constituído pela situação-problema (SP), em busca de um contexto de autonomia, ativando a postura colaborativa do grupo. A horizontalidade deve estar presente, constituindo assim uma organização grupal sem hierarquia, denominada de organização em rede. São exemplos de redes: a assembleia de família, uma determinada família, sua rede social, rede

de serviços que a assistem e demais envolvidos que se consideram preocupados com a SP; grupos de multifamílias envoltas em um problema comum (violência doméstica, uso de substâncias psicoativas por um dos membros); grupos com interesses e/ou conflitos mútuos que podem se organizar para a elaboração de um modelo de gestão compartilhada; a implementação de uma CRAS, UBS, CAPS; a implementação do Programa de Prestação de Serviços à Comunidade; a elaboração de propostas de medidas de preservação ambiental para um plano diretor; a inclusão de crianças com necessidades especiais em escolas.

Segundo Aun (2010), seguem algumas diretrizes para a atuação do terapeuta sistêmico e do profissional em atendimento sistêmico frente a situações-problemas: o terapeuta sistêmico, ao dirigir uma conversação, deve: apresentar a SP, respeitando os vários pontos de vista apresentados pelos participantes, buscando validar cada uma das posições (antagônicas, valores e pressuposições diferentes, relações de causa e efeito); com uma linguagem cooperativa, buscar conexões nos pontos de vista levantados, apoiando-se na credibilidade recíproca, valorizando a perspectiva dialógica do sistema; buscar manter-se próximo da linguagem dos participantes; utilizar tipos de perguntas cujo objetivo não seja obter respostas, descobrir informações, mas sim gerar novas perguntas e criar novas narrativas e incluir o que não foi pensado ou dito anteriormente.

O profissional sistêmico, ao coordenar uma conversação no contexto de autonomia, inicialmente se vê como alguém que já se interessou pela SP; busca uma definição positiva sobre a SP; realiza os contatos e os convida, construindo a rede da SP; e automaticamente ativa os 'acoplamentos estruturais' de forma positiva, ficando pronto para iniciar o encontro com aqueles que aceitaram o convite para compartilhar suas visões, opiniões e entendimentos sobre a SP. De maneira colaborativa, como coordenador de contexto, prontifica-se a: lembrar que nas SP sabe-se previamente que há um conjunto antagônico de participantes (institucionais, entre outros), sendo necessário dar garantias para que não haja retaliações futuras, assegurando um espaço ético e de coesão; convidar todos a assumirem posições ativas, ao se envolverem nas decisões, no planejamento e nas execuções que surjam, evitando a monopolização da fala de alguns e de ações de outros; utilizar perguntas reflexivas e até mesmo inusitadas que favoreçam o questionamento do sistema

de significados paralisado e cristalizado, abrindo espaços para outras alternativas; e manter-se no controle e na manutenção do contexto conversacional de autonomia e na ênfase da relação colaborativa.

Processos reflexivos e terapias narrativas podem ser consideradas como posturas e abordagens complementares, que farão parte da bagagem do profissional sistêmico. Também são utilizadas as técnicas das escolas de 1ª ordem, com a diferença de que o terapeuta assume que faz parte do sistema, e não é dono de um saber especializado e/ou superior. O terapeuta sistêmico tem o papel de articular conversações, de mediar conflitos e de estimular que as pessoas envolvidas com o problema encontrem novos significados e novas narrativas não deficitárias.

Sem medo de errar

Após a nossa discussão teórica, vamos nos lembrar do caso do adolescente Henrique, que foi atendido por Rodolfo na ONG. Os relatos dominantes sobre Henrique enfatizam suas dificuldades e foram proferidos por especialistas (professores, psiquiatras) que se basearam em teorias científicas que acreditam ser absolutamente verdadeiras e universais. Em suas visões, os problemas de Henrique seriam manifestações de alterações neurológicas com possível origem genética.

Sem desqualificar as teorias científicas (relatos dominantes), Rodolfo buscou encontrar “eventos singulares” ou exceções ao problema. Pesquisou capacidades e conhecimentos de Henrique que não tinham espaço para se manifestarem no contexto escolar e familiar.

Em outras palavras, Rodolfo procurou conhecer as histórias periféricas de Henrique, as quais mostravam habilidades ainda não expressadas e reconhecidas como positivas.

Enquanto profissional abandonou “seu lugar de saber” e adotou uma postura colaborativa e de valorização dos conhecimentos trazidos por Henrique. A inclusão de outros profissionais no atendimento também colaborou para a redução das histórias dominantes, saturada de problemas, destacando e amplificando os saberes do cliente.

Henrique pode mostrar suas expertises e capacidades de atenção, organização e liderança eclipsadas pelas histórias dominantes.

Faça valer a pena

1. "Conversações de Externalização:

White (2012) menciona que, frequentemente, quando as pessoas se deparam com problemas em suas vidas, estas costumam _____ que eles representam sua própria identidade ou a de outras pessoas com que se relaciona. Culpabilizando sempre algo em si ou alguém como sendo o responsável pelo problema. Essa forma de enxergar costuma potencializar ainda mais os _____ dos problemas em nossa vida, influenciando nossas atitudes cotidianas. Diante desse contexto, o intuito principal das conversas de externalização é convidar o indivíduo para se ver _____ do problema e assim poder ampliar as possibilidades de resolução do mesmo". (LION, 2017, p. 26)

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto:

- a) acreditar, efeitos, separado.
- b) discordar, efeitos, incluído.
- c) concordar, causadores, contido.
- d) divergir, responsáveis, como parte.
- e) discordar, sintomas, excluído.

2. "Conversações

A abordagem colaborativa enfatiza o caráter criativo da linguagem na busca de atenção aos processos de produção de sentido. Para Anderson (1997), o sistema terapêutico é um sistema linguístico que se desenvolve nas conversações associadas ao problema que gerou determinado quadro. Quem participa do sistema são aqueles que estão no contexto linguístico do problema, aqueles que conversam, descrevem, narram e produzem o problema. A responsabilidade do terapeuta é gerar um novo contexto comunicacional, que seja coerente para estabelecer um processo de redefinição do problema. Dessa forma, é no contexto de conversação dialógica que acontece o processo de mudança, por meio de uma relação colaborativa. (FIORINI; GUISSO; CREPALDI, 2017, [s.p.]

Atribua V para verdadeiro ou F para falso às afirmações a seguir, de acordo com a concepção de Anderson sobre a postura da equipe reflexiva durante a sessão terapêutica:

[] O(s) entrevistador(es) conduz(em) a conversa com total autonomia em relação aos demais membros da equipe. Isso significa que a equipe reflexiva jamais interrompe a conversação terapêutica para fazer perguntas ou sugestões.

[] Depois de um tempo, o(s) terapeuta(s) saem da sala e discutem o caso com o restante da equipe. Criam hipóteses e estabelecem as diretrizes a serem passadas para a família. O(s) terapeuta(s) retorna(m) à sala de terapia e comunicam à família as ideias do grupo e as prescrições a serem seguidas;

[] O(s) entrevistador(es) busca(m) desconstruir (entender como cada um chegou àquele entendimento) as várias queixas e construir um problema comum, consensual para o grupo atendido. E este será o foco inicial da conversação terapêutica.

[] Busca-se não refletir sobre algo que pertença a outro contexto que não o da conversação com o sistema entrevistado e que não se façam conotações negativas (críticas). Também deve-se evitar afirmações categóricas e apresentar suas reflexões como perguntas, possibilidades.

[] Reorganiza a localização espacial da família durante as sessões, proporcionando-lhe uma experiência que "perturba" a estruturação com que estão acostumados, buscando um rearranjo que continue após a terapia, redefinindo as regras de funcionamento e poder dentro do sistema familiar.

É correto o que se afirma em:

- a) V – F – F – V – F.
- b) V – V – F – V – F.
- c) F – F – V – V – F.
- d) V – V – F – V – V.
- e) V – F – V – V – F.

3. Estamos frente ao sistema constituído pela situação-problema (SP), em busca de um contexto de autonomia, ativando a postura colaborativa do grupo. A horizontalidade deve estar presente, constituindo assim uma organização grupal sem hierarquia, denominada de organização em rede. São exemplos de redes: a assembleia de família, uma determinada família, sua rede social, rede de serviços que a assistem e demais envolvidos que se consideram preocupados pela SP; grupos de multifamílias envolvidas em um problema comum (violência doméstica, uso de substâncias psicoativas por um dos membros); grupos com interesses e/ou conflitos mútuos que podem se organizar para a elaboração de um modelo de gestão compartilhada; a implementação de uma CRAS, UBS, CAPS; a implementação do programa de prestação de serviços à comunidade; a elaboração de propostas de medidas de preservação ambiental para um

plano diretor; a inclusão de crianças com necessidades especiais em escolas (AUN, 2010).

Segundo Aun (2010), quais são as diretrizes para a atuação do terapeuta sistêmico frente a situações-problemas?

1. Com uma linguagem cooperativa, buscar conexões nos pontos de vista levantados, apoiando-se na credibilidade recíproca, valorizando a perspectiva dialógica do sistema.
2. Buscar manter-se distante da linguagem dos participantes.
3. Utilizar tipos de perguntas objetivas cujas respostas tragam para a superfície da mente das participantes informações inconscientes.
4. O terapeuta é um ouvinte que não apreende ou compreende com pressa, pois interessa pouco o seu saber, mas sim como os membros do sistema se escutam, apreendem e compreendem uns aos outros.
5. Considerando que o diálogo interno do terapeuta é especializado, deve-se manter coerente com os significados que estabeleceu em sua análise prévia da situação-problema.

Escolha a **alternativa correta**, que caracterize as diretrizes para a atuação do terapeuta e profissional sistêmico:

- a) 1, 2 e 3.
- b) 1 e 4.
- c) 2, 4 e 5.
- d) 4 e 5.
- e) 2 e 4.

Referências

- ANDERSEN, T. **Processos reflexivos**. Rio de Janeiro: NOOS/ITF, 1996.
- _____. **Processos reflexivos**. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: NOOS/ITF, 2002.
- ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. A. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- AUN, J. G. Uma nova identidade para o profissional que lida com as relações humanas: o especialista em atendimento sistêmico. In: _____; VASCONCELOS, M. J. E.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2007. v.2. t.1.
- _____. O processo de coconstrução em um contexto de autonomia. In: _____; VASCONCELOS, M. J. E.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais**. v. 3. Desenvolvendo práticas com a metodologia de atendimento sistêmico. Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa. Forma resumida publicada anteriormente in O indivíduo, a família e as redes sociais na virada do século (24-28). Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Familiar. Associação Brasileira de Terapia Familiar e Associação de Terapia Familiar do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2010 (original 1998).
- _____. **Trabalhando com sistemas amplos**: sistemas determinados por um problema: ampliando o uso da metodologia de atendimento sistêmico novo-paradigmático. [s.d.]. Disponível em: <http://issbrasil.usp.br/artigos/tcms_10.pdf>. Acesso em: 16 maio 2018.
- AVILA-PIRES, F. D. A contribuição de Claude Bernard à ecologia médica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 10, n. 4, p. 225-230, ago. 1976. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821976000400007>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- BALIEIRO JUNIOR, A. P. Psicodiagnóstico e psicoterapia dimensões e paradoxos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 212-227, jun. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n2/v25n2a05.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BOSCOLO, L. et al. **Terapia Familiar Sistêmica de Milán**: diálogos sobre teoria y práctica. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
- _____. **A Terapia Familiar Sistêmica de Milão**: diálogos sobre a teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CALIL, V. L. L. **Terapia familiar e de casal**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1987.
- CAPRA, F. **Sabedoria incomum**: conversas com pessoas notáveis. São Paulo: Cultrix, 1988.
- _____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2000.

_____. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCHIN, G. Exercícios para manter sua mente sistêmica. *Nova Perspectiva Sistêmica*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 10, 1997. ISSN: 0104-7841.

_____. Construindo possibilidades terapêuticas. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. (Org.) **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 6, pp.106-116.

COSTA, J. S. **Introdução ao pensamento sistêmico**. 2000. Disponível em: <<http://www.familia.med.br/imagens/file/Introducao%20ao%20Pensamento%20Sistêmico.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

_____. **Terapia de família e seus significados**: narrativas sobre as experiências dos clientes. 2011. 115f. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/439/1/Juares%20Soares%20Costa.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2018.

COSTA, L. F. A perspectiva sistêmica para a clínica da família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2010, v. 26, n. especial, p. 95-104. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspes/a08v26ns.pdf>>. Acesso em: 20 abr.de 2018.

DERRIDA, J. **Positions**. Paris: Minuit, 1972.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIORINI, M. C.; GUISSO, L.; CREPALDI, M. A. O trabalho com equipes reflexivas: revisão de literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 26, n. 57, 2017. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/279/271>>. Acesso em: 16 maio 2018.

GARCIA, T.; WITTEZAELE, J. J. **La Escuela de Palo Alto**: historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Editorial Heder, 1994.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

GIL, G. Parabolicamará. In: _____. **Parabolicamará**. São Paulo: WEA, 1991, CD, Faixa 2 (4min31seg).

GOMES, L. B. et al. As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2018.

GRANDESSO, M. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1998.

LION, C. M. Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 26, n. 57, 2017. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/275/267>>. Acesso em: 16 maio 2018.

MATURANA, H. R. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo

Horizonte: Editora UFMG. 1997.

_____.; VARELA, F. **El árbol del conocimiento**: las bases biológicas del entendimiento humano. Santiago de Chile: Editorial Universitaria San Francisco, 1994.

MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. (Orgs.). **A terapia como construção social**. Tradução de C. O. Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MORGAN, A. **O que é a terapia narrativa?** Uma introdução de fácil leitura. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas, 2007.

PALAZZOLI, M. S. et al. **Paradoja y contraparadoja**: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Barcelona: Paidós, 1998.

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família**: da introdução à construção. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 1998.

RASERA, F.; JAPUR, M. Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 431-439, set./dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\\$1413-294X2004000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=$1413-294X2004000300005)>. Acesso em: 16 maio 2018.

RISCO. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira 1986.

SLUZKI, C. Procesos, estructura y visiones del mundo: hacia una perspectiva integrada de los modelos sistémicos en terapia familiar. Tradução de Emilio Gutiérrez. **Family Process**, v. 22, p. 469-476, 1983.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 10. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

_____. Desenvolvendo práticas colaborativas no contexto das políticas públicas, com a aplicação da metodologia de atendimento sistêmico. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 7-24, abr. 2015. Acesso em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/171/146%20Acessado%20em%2016/04/2018>>. Acesso em: 16 maio 2018.

VOGEL, A. Um breve histórico da terapia familiar sistêmica. **Revista IGT na Rede**, v. 8, n. 14, p. 118, 2011. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=14>>. Acesso em: 16 maio 2018.

WHITE, M.; EPSTON, D. **Experience contradiction narrative & imagination**: select papers of David Epston & Micheal White (1989-1991). South Australia: Dulwich Centre Publications, 1992.

_____. **Médios narrativos para fines terapêuticos**. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1993.

_____. **Re-authoring lives**: interviews & essays. South Australia: Dulwich Centre Publications, 1995.

O estudo das famílias, seus contextos e redes sociais

Convite ao estudo

Olá, vamos iniciar a nossa segunda unidade, O estudo das famílias, seus contextos e redes sociais. Como o título já diz, nosso foco serão as famílias e utilizamos propositalmente o plural, pois nessa unidade será possível compreender a diversidade do trabalho com famílias.

A Seção 1, A família em estudo, é uma seção prática, em que teremos oportunidade de conhecer um pouco mais a história das famílias ao longo do tempo e incluir o estudo das fases do ciclo vital da família. Você, possivelmente, se sentirá mais conectado com sua própria história e o nosso convite é que evoque suas memórias para transformá-las em instrumentos na prática profissional.

Já na Seção 2, Contextos e eventos que afetam a vida familiar, não poderíamos deixar de falar de temas atuais, presentes em nossa realidade, como a violência intrafamiliar, as repercussões de doenças e morte, e as crises dos papéis dos diversos contextos sociais.

Por fim, na Seção 3, O estudo das redes sociais e famílias, trabalharemos com um recurso bastante útil na prática com famílias: as redes sociais, sem deixar de incluir as redes virtuais, procuraremos enfatizar os recursos presentes nos territórios dos cotidianos das famílias.

Ao final desta unidade esperamos que você tenha adquirido conhecimentos dos conceitos de família ao longo da história e refletido sobre os diferentes contextos familiares contemporâneos e as interfaces da terapia familiar com a atualidade.

Acreditamos, ainda, que esta unidade o colocará bem perto das realidades vividas por profissionais como Clara, psicóloga, e Mariana, assistente social, que fazem parte de uma das duplas psicossociais que trabalham no Centro de Apoio às Famílias (CAF).

O CAF promove a saúde relacional da mulher, família e indivíduos com sofrimentos ocorridos em situações variadas, sejam decorrentes de fatores de vulnerabilidade socioeconômica ou de eventos internos à própria família. Conta com uma rede de apoio integrada de serviços ligados à área jurídica, assistência e saúde no território onde atua.

Financeiramente, traz como inovação o compartilhamento da responsabilidade social pelo atendimento entre os clientes/usuários, profissionais, empresas e instituições, ou seja, tem como proposta que as famílias e casais que possam contribuir economicamente possibilitem o atendimento de outros com menos recursos.

Sua equipe é composta por um grupo multiprofissional e oferece um conjunto de ações técnicas especializadas por meio de atendimento psicossocial e articulação intersetorial e em rede, de caráter continuado, com centralidade na família para atendimento a crianças, adolescentes, adultos, casais e idosos. No caso das duplas psicossociais, oferece terapias breves para situações como: dificuldades na relação entre pais e filhos, conflitos conjugais, problemas nas relações da família com a escola e o trabalho, transtornos do desenvolvimento da criança e do adolescente e situações de vulnerabilidade social, como doenças crônicas precoces, desemprego, migração, morte, violência, entre outros.

O CAF realiza, desde a entrevista inicial, um trabalho envolvendo toda a família, pois considera que o problema vivido por uma pessoa afeta também os demais membros do sistema familiar e social. Assim, é importante entender a situação a partir do ponto de vista de todos os familiares,

favorecendo o envolvimento dos diversos membros da família frente ao problema apresentado. Além disso, o projeto busca de forma colaborativa encontrar outras formas de se relacionar, assim utiliza a história da família, as diferentes fases do ciclo de vida familiar e a rede pessoal significativa como recursos nos atendimentos. O trabalho dos profissionais no CAF pode ser desenvolvido por um profissional ou pelas duplas psicossociais, permite aos terapeutas de famílias que desenvolvam atendimentos junto aos casais, famílias e de redes sociais, promovendo a compreensão das dinâmicas familiares ao longo do tempo, bem como valorizando as ações que auxiliam o sistema familiar para olhar para si próprios e reverem suas posições.

Uma a uma, as situações problemas apresentadas por Clara e Mariana proporcionarão uma oportunidade de conectar prática e teoria, permitindo o seu desenvolvimento como profissional. Você deverá elaborar um relatório que contemple a atuação do terapeuta familiar, considerando a família em estudo, seus contextos e eventos que afetam a dinâmica familiar e a importante inclusão das redes sociais na busca das soluções dos problemas.

Boa leitura!

Seção 2.1

A família em estudo

Diálogo aberto

Olá aluno!

Vamos dar início a mais uma seção denominada *A família em estudo*. Abordaremos as diferentes configurações familiares ao longo da história, as fases do ciclo de vida das famílias, as questões de gênero, o divórcio, o recasamento e suas repercussões na vida familiar, bem como exercícios das fases do ciclo de vida familiar.

Você se lembra da Clara e Mariana, a dupla psicossocial que atua no Centro de Apoio às Famílias (CAF)? Elas acabaram de receber um casal para atendimento no centro. Flavio e Lucia chegam ao CAF e contam à Clara como coisas simples do cotidiano acabam se tornando estressores, como ir ao supermercado juntos ou deixar de comprar uma roupa nova, ou ainda ter que escolher entre ir a uma festa de família ou sair com os amigos para o happy hour.

Lucia foi a uma consulta de rotina com sua ginecologista e relatou a crise do casal. Sua médica sugeriu que procurassem ajuda especializada e fez uma carta de encaminhamento para o CAF. Inicialmente Flavio foi contra, mas aceitou ir ao CAF e ver o tinham que mudar para melhorar o casamento.

Flávio e Lúcia são dois jovens adultos na faixa dos seus 27 anos. Conheceram-se por meio de amigos comuns, namoraram, noivaram e se casaram no prazo de dois anos. Ele é formado em Engenharia Elétrica e está começando sua carreira em uma empresa multinacional, o que exige muita dedicação, carga horária elevada e constantes viagens. Lúcia é formada em Pedagogia e prestou concurso na prefeitura, iniciando a carreira como professora do ensino fundamental. Até antes do casamento os dois viviam na casa dos pais e nunca haviam morado sozinhos ou em repúblicas.

A primeira crise do casal foi relacionada com a organização das tarefas domésticas, administração das finanças e relação com as famílias de origem. Flávio é filho único, veio de uma família em que

a mãe não trabalhava fora de casa, havendo uma nítida divisão de tarefas entre seus pais. A mãe cuidava da casa e do filho, e o pai, embora afetuoso, trabalhava muito e tinha como principal papel ser o provedor material da família. Flávio nunca aprendeu a participar das tarefas domésticas, sendo inteiramente suprido pela mãe. Lucia, por outro lado, vinha de uma família maior, era a segunda filha, tendo uma irmã mais velha e dois irmãos mais novos. Seu pai e sua mãe trabalhavam fora, em profissões distintas e tinham uma divisão definida e harmoniosa em relação às tarefas da casa, finanças e cuidados com os filhos.

Embora o primeiro desafio do novo casal fosse a transição da fase de vida de jovens adultos solteiros para a fase de um casal sem filhos, as brigas e desentendimentos passaram a fazer parte da rotina dos dois, afetando suas relações com as famílias de origem e amigos. Poucas vezes saíam juntos e quando o faziam frequentemente estavam de mau humor.

Clara percebeu que as demandas da Fase do Ciclo de Vida Familiar (FCVF) eram aspectos relevantes e valia a pena explorá-las. Ao valorizar esse aspecto, Clara favoreceu o seu vínculo com o casal, valorizou o olhar para os problemas (as crises) e uma melhor aceitação de Lucia e Flávio pelo processo terapêutico.

Como Clara pode valorizar as experiências prévias nas respectivas famílias de origem que podem ter contribuído para a crise inicial do casal?

Quais as mudanças individuais e relacionais necessárias para que o casal supere a crise e siga adiante com um bom relacionamento, pensando também na próxima fase, famílias com filhos?

Quais outras questões ligadas às famílias de origem de cada membro do casal podem vir a representar um problema?

Para que você alcance o objetivo desta situação-problema é importante atentar-se aos conteúdos abordados no item *Não pode faltar*, incluindo os materiais indicados nos boxes pedagógicos. Lembre-se que esta é a primeira seção da unidade que aborda o estudo das famílias considerando seus contextos e redes sociais. Portanto, dedique-se ao estudo, construindo uma base conceitual que fundamentará sua prática profissional.

Bom estudo!

As famílias ao longo da história: novas configurações e sociedade

Quando nos perguntamos o que é, ou o que são famílias, há uma tendência em buscarmos uma resposta que se enquadra com o que conhecemos, com aquilo que nos é mais familiar. Na maior parte das vezes pensamos em um grupo de pessoas, unidas por laços genéticos, que vivem juntas, composto por adultos de sexos diferentes, seus filhos e eventualmente algum outro membro mais velho, como o avô e a avó. Essa configuração, conhecida como família nuclear, é tão comum em nossa sociedade ocidental que às vezes nos referimos a ela, de forma jocosa, como “família de comercial de margarina”, pois esse era o padrão mostrado nessas peças publicitárias. Mas famílias são organizações sociais complexas que têm apresentado diferentes formas de organização ao longo da história da humanidade, sem que nada nos autorize a dizer que um modelo é superior a outro. O modelo da família nuclear surgiu com a Revolução Industrial e, com a urbanização crescente das cidades, especialmente no início do século XIX, passou a ser mais frequente.

Na Antiguidade, um período histórico que vai de aproximadamente 4000 a.C. até a queda do Império Romano do Ocidente, em 476 d.C., família se referia a um grupo social diferente e muito mais amplo do que encontramos hoje. O chefe da família também podia ser o chefe de Estado, o sacerdote e comandante militar. Faziam parte da família não apenas esposa e filhos, mas os ancestrais, parentes a partir da união do casal (que hoje chamamos muitas vezes de agregados), os descendentes legítimos e os bastardos, as concubinas, os escravos, as propriedades, as terras e os animais (CASEY, 1992; JAEGER, 2003).

Com o início do que hoje chamamos de Modernidade (final do século XV), vieram as descobertas científicas, a industrialização, estimulando a migração do campo para a cidade e trazendo mais mudanças para as famílias.

A família moderna predominou da Revolução Industrial, com seus padrões de excelência que vigoraram da segunda metade do século XIX até o século XX. A família nuclear, formada por pais, mães e filhos que conviviam na mesma casa, correspondia aos padrões de uma sociedade em processo de industrialização e especialização.

Tanto no passado como nos dias atuais há mais de um conceito para família, suas formas de organizar-se são pautadas nos valores predominantes na cultura e na história; assim, as famílias medievais ou as greco-romanas, mesmo as famílias da era industrial, diferem-se das famílias pós-modernas (BRUN, 1999).



Pesquise mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre a família, sugerimos a leitura do artigo:

LEANDRO, M. E. Transformações da Família na História do Ocidente. *Theologica*, v. 41, n. 1, p. 51-74, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/yXjKR2>>. Acesso em: 14 maio 2018.

Falamos em famílias, no plural, por não existir um modelo único. E se pensarmos em nosso país, com sua riqueza e variedade étnica e cultural, a pluralidade faz ainda mais sentido. A família brasileira da época da colônia seguiu o modelo ibérico de família extensa. Encontramos desde essa época questões ligadas ao que hoje chamamos de gênero, ou seja, o papel de cada um na família, independentemente de questões biológicas, especialmente quanto ao papel da mulher, que mudava conforme a cultura e a região do país. Dos estudos históricos, vale destacar o apresentado por Neder (1994) que mostra a diferenciação entre as mulheres da família patriarcal bastante presente no Nordeste, as Sinhazinhas, que tinham um estilo claro de fragilidade e submissão e eram dedicadas às tarefas do cuidado da casa-grande contraponto às mulheres do Sul, as quais tinham um estilo bandeirante de ser, enfatizando o papel de liderança e atuando como administradora das fazendas e dos escravos enquanto os homens agiam como desbravadores.

As influências da família africana na formação das famílias brasileiras só recentemente tem sido objeto de estudos mais acurados. Pouca atenção era dada à diversidade cultural e étnica dos escravizados provenientes de diferentes regiões da África. Outro aspecto importante foi a política de separação das famílias dos escravos negros. (COSTA, 2011, p. 21)



Nos Estados Unidos da América do Norte, a constituição de famílias nucleares foi estimulada com a catequese puritana e moralista atuando fortemente nesse processo. Ao contrário, no Brasil escravocrata, havia descaso e desprezo, exemplificado pelo frequente abandono das crianças e pela clara preferência pelo investimento no escravo adulto. Segundo Neder (1994, p. 41), a criança escrava é isolada e afastada dos pais naturais e passa a participar de “[...] uma família ampliada, a numerosa família de negros no trabalho, os pontos de referência necessários ao seu equilíbrio emocional rompido”, nesse contexto formam-se alianças, vínculos religiosos e de compadrios.

Neste início de um novo século, embora sejam mais frequentes as novas configurações familiares, ainda há uma tendência a tomar a família nuclear, de classe média urbana, como sinônimo de família “normal” ou “estruturada”. A migração da população rural para as cidades, o maior acesso da mulher ao mercado de trabalho e ao estudo, os métodos contraceptivos, os novos costumes e conceitos morais, as técnicas de reprodução humana, o divórcio, novas tecnologias de reprodução, o novo Código Civil, que diminuiu as diferenças entre homens e mulheres do ponto de vista jurídico, são ingredientes que ajudaram e ajudam a criar novos modelos de organização e relacionamento nas e entre as famílias.

Convivemos hoje com alguma estranheza, mas com muito mais naturalidade, com várias organizações familiares novas: famílias uniparentais, surgidas após uma separação; mulheres que criam seus filhos sem nunca terem se casado; famílias compostas a partir de novos casamentos de cônjuges com filhos de casamentos anteriores; filhos de diferentes pais; casamento de pessoas do mesmo sexo e outras configurações.

Neste novo milênio, a família é o retrato da diversidade de paradigmas e nos expõe à complexidade da ausência de uma verdade única que nos oriente. É uma família que cada um de nós cria, vive, constrói, desfruta, e, às vezes, sofre. (BRUN, 1999)

A organização social que denominamos como família tem contornos e limites imprecisos e variáveis, conforme o tempo histórico e o contexto cultural, social e econômico em que vivemos. As famílias são um recorte variável dentro da imensa rede de relações sociais, múltiplas, complexas e em evolução constante da qual fazemos parte e ajudamos a construir, segundo Sluzki (1997,

p. 28) “tratamos a família nuclear, e em certas ocasiões a família extensa, por que somos especialistas em vê-la, e não porque existe assim, como uma forma claramente delineada”.

É impossível ter uma única e abrangente concepção de família. Optamos por uma definição que nos pareceu coerente com o que foi apresentado até aqui: família é quem se define como família. E complementando, podemos também dizer: família é quem cuida de mim (MAFFEI, 2000). Consideramos como sendo uma família um grupo formado por duas ou mais pessoas, sendo pelo menos uma delas um adulto, com vínculo de parentesco ou não, mas que tenham entre si uma relação estável e duradoura de cuidados e afetos.

As Fases do Ciclo de Vida das Famílias

O estudo das Fases do Ciclo de Vida Familiar (FCVF) é uma ferramenta para compreender o sistema familiar, nem tanto focado nos déficits, mas muito mais buscando a compreensão de cada fase na superação dos desafios que elas nos proporcionam. Não há um ponto de partida que possa definir o início ou término do ciclo de vida familiar, “devemos levar em conta que a família é como um sistema movendo-se através do tempo, de forma não linear, mas como uma espiral” (CESAR, 2016, p. 82). E ainda, encontraremos nas famílias várias fases acontecendo simultaneamente.

Carter e McGoldrick (1995) descreveram os vários estágios do ciclo vital familiar, destacando o enfoque transgeracional, mostrando-nos as diferentes tarefas de cada estágio assim como as dificuldades para transpor de uma fase para outra. Criou-se um marco, passamos a conviver e lidar melhor com o modo como as famílias encaram e superam cada fase. É fato que o estudo dessas FCVF, tanto pelos profissionais como também pelo compartilhamento com as famílias com quem trabalhamos, auxilia na compreensão e na busca de ações que contribuam para o seu desenvolvimento.

Ao longo do nosso trabalho, fizemos alguns ajustes e adaptações no modelo proposto por Carter e McGoldrick (1995), buscando traduzir as singularidades para a realidade brasileira, mas mantivemos a divisão didática do desenvolvimento familiar em seis estágios, similar ao trabalho das autoras: 1. Jovem adulto saindo de casa; 2. Família sem filhos; 3. Família com crianças; 4. Família com adolescentes; 5. Família no meio da vida, e 6. Família no estágio tardio.

Ao longo da vida familiar, existe uma alternância de momentos de manutenção ou de construção, potencialmente mais vulneráveis, considerando que são fases que exigem mudanças descontínuas, uma alteração de ações e cuidados, até então diferente do vivido, entremeados por momentos de desenvolvimento ou períodos de transições e mudanças.



Assimile

Há dois tipos de movimento do ciclo de vida da família com relação à família de origem: o movimento centrípeto ou períodos de aproximação e o movimento centrífugo ou períodos de afastamento. Esses conceitos ajudam a compreender o desenvolvimento do indivíduo, da família e eventos estressores. No movimento centrípeto, a vida interna familiar é enfatizada, ou seja, as famílias, em relação ao mundo externo estão mais fechadas. Já nos períodos de movimento centrífugo, as fronteiras da família estão alargadas, permitindo troca com o contexto externo, e automaticamente criam uma distância em relação à família de origem.



A predominância dos movimentos centrípetos e centrífugos varia ao longo das fases do ciclo de vida familiar. Quanto mais abertura a família tiver para realizar as mudanças necessárias para a passagem de uma fase a outra, maior a qualidade de vida do sistema familiar. (CESAR, 2016, p. 83)

Lembrando, a família é composta por diversos membros em fases diferentes do seu desenvolvimento individual e as fases não são vividas isoladamente, ou seja, existe uma sobreposição de etapas que pode intensificar as demandas de transição de uma fase para outra.

Essa sobreposição de fases pode gerar um **estressor horizontal** previsível, embora indesejável. Quando se trata das transições das FCVF, o estressor é denominado de desenvolvimental; quando os acontecimentos não esperados trazem desestabilização (como separações, doenças crônicas e/ou mortes prematuras, acidentes, desemprego, uso de substâncias psicoativas, migração) são denominados de impredizíveis. Já os **estressores verticais** são os conhecidos “padrões familiares”, a história de cada família, seus rituais, crenças, mitos, medos

e padrões de comportamento; aqueles acontecimentos pautados na transgeracionalidade, as atitudes e expectativas, repletas de tabus, questões opressivas e rótulos familiares com as quais crescemos e reproduzimos muitas vezes sem nos dar conta (CARTER e MCGOLDRICK, 1995). A qualidade de vida de uma família está correlacionada com suas habilidades e aberturas em realizar as mudanças necessárias de uma fase para outra e considerar a presença dos estressores, buscando administrá-los, reduzindo os seus impactos.



Exemplificando

Um evento natural, como o nascimento do primeiro filho, pode se tornar um ponto de tensão familiar, trazendo um conjunto de reflexões para todos os membros do sistema familiar. Este evento promove uma reorganização do casal e de suas famílias de origem, enquanto filhos passam a ser pais e seus pais passam a assumir um novo papel, o de avós. Cria-se automaticamente uma redefinição de maneiras de viver as relações entre as várias gerações. A forma como cada membro vivenciará este momento pode gerar ou não um stress. Histórias relatadas ao longo da vida, sobre como deve ser recebido este novo membro, estarão presentes nas ações dos pais. Questões culturais e religiosas podem criar conflitos entre os próprios pais e suas famílias de origem, na medida em que façam escolhas reafirmando ou distanciando-se das heranças e valores comuns que constroem o senso de identidade familiar. (CESAR, 2016, p. 84-85)



Em qual FCVF começa uma nova família? Poderíamos definir o início a partir do nosso nascimento, mas aqui escolhemos estabelecer o começo a partir do momento que um jovem adulto sai de casa, inspirados pela canção Eduardo e Mônica de Renato Russo (1986) que conta, de forma linear, a história de dois jovens muito diferentes entre si, narrando suas fases e características individuais e, ao mesmo tempo, mostrando a evolução da relação. Trata-se de um recorte aleatório e independentemente da saída de um jovem da casa da família de origem. Ele deverá desenvolver as tarefas esperadas nessa fase e seguir em frente com sua história.



[...] Ela gostava do Bandeira e do Bauhaus
Van Gogh e dos Mutantes, de Caetano e de Rimbaud
E o Eduardo gostava de novela
E jogava futebol de botão com seu avô

[...] Ele aprendeu a beber, deixou o cabelo crescer
E decidiu trabalhar.
E ela se formou no mesmo mês
Que ele passou no vestibular.
(RUSSO, 1986)

O que eles nos apresentam? Em um primeiro momento é possível ver que estão em fases diferentes. Eduardo ainda está ligado à sua origem, começando a fazer o movimento centrífugo, descobrindo novas questões a seu respeito e de outros adultos fora da esfera familiar, somando as primeiras experiências de vida a dois, busca pelo trabalho e a independência financeira. Mônica já estabeleceu fronteiras com a família de origem e criou seu novo contexto, uma jovem adulta saindo de casa e vivendo suas experiências para além da família.



[...] E os dois comemoraram juntos
E também brigaram juntos muitas vezes depois
E todo mundo diz que ele completa ela
E vice-versa, que nem feijão com arroz

Construíram uma casa há uns dois anos atrás,
Mais ou menos quando os gêmeos vieram.
Batalharam grana, seguraram legal
A barra mais pesada que tiveram.
(RUSSO, 1986)

Eduardo e Mônica passam para a fase seguinte, a da família sem filhos. O casal se formando, apesar de serem como “feijão e arroz”, ainda precisa dosar muito até se comprometer com este novo arranjo: o sistema conjugal, que não envolve só realinhar as relações com as famílias ampliadas, mas também com os amigos, buscando incluir um ao outro em suas redes sociais, mudando para um movimento centrípeto.

Quando “os gêmeos vieram” a nova fase se instala, a fase da **família com crianças**. O casal, além de ter que se dedicar à manutenção do espaço conjugal, terá que incluir os papéis de pais, realinhar as tarefas cotidianas da casa, incluindo as novas demandas financeiras. Em um movimento centrípeto do novo sistema familiar, terão ainda que reestabelecer outras relações com as famílias de origem, para incluir novos papéis como de avôs e tios. Vale lembrar que essas tarefas estão presentes independentemente do arranjo familiar.



Refleta

Mônica endossa a literatura no que diz respeito às mudanças sociais no papel da mulher e suas repercussões no sistema familiar. Há, hoje em dia, uma expectativa de que uma jovem se prepare para o mundo do trabalho e que não seja dependente do companheiro. No entanto, na fase seguinte, ela poderá ser questionada pelos pais, pelo companheiro e muitas vezes por si mesma, sobre retardar o momento de ter filhos ou optar por deixá-los em uma creche, em vez de parar de trabalhar para cuidar deles ou da casa (CESAR, 2016, 2010).

Como você explicaria essa contradição? A convivência de diferentes gerações, com suas experiências de nascer, viver e fazer escolhas é suficiente para justificar esse fato? Que outros aspectos podem e devem ser levados em conta?

Os gêmeos crescem e chegam à adolescência. Mônica e Eduardo entram na fase famílias com adolescentes, em que a flexibilidade das fronteiras e o investimento familiares estão na ordem do dia: precisam permitir os movimentos dos filhos para dentro e fora do sistema familiar e incluir a presença e influência de outros modelos familiares. Negociações de limites e fronteiras se fazem necessárias, e não é incomum que os estressores fiquem presentes e dificultem o processo natural de mudanças.

Concomitante, pode surgir a fragilidade dos pais, tornando mais evidente a necessidade de demandas a serem cuidados pelos filhos. Essa é a fase conhecida como família na meia-idade ou geração sanduíche: uma parte do tempo cuidando dos filhos e outra dos pais envelhecendo. E como fica o casal? Qual o espaço para as necessidades tanto individuais como conjugais? Sabe-se que a manutenção do espaço do casal é um fator que beneficia “a

superação das crises de transição de uma fase para outra, mantendo a qualidade de vida e do relacionamento familiar” (CESAR, 2010, p. 9).

As famílias no estágio tardio da vida possuem entre as várias tarefas, a de manter o casal em foco, reconhecendo as mudanças físicas e emocionais da idade, garantindo o funcionamento e o interesse em si mesmo e no casal. Terão que, no cotidiano, esforçar-se em lidar com a realidade das incapacidades e/ou morte dos membros mais idosos. A finitude ou sua proximidade traz um impacto não só para o casal, mas para todos os membros do sistema familiar e rede social envolvida.

O estudo das Fases do Ciclo de Vida Familiar é um dos recursos para a compreensão do sistema familiar. Ele faz parte da trama junto com a história da própria família e de sua rede social. Utilizar as FCVF é mais do que distinguir as dificuldades e/ou déficits, mas sim buscar uma compreensão do sistema familiar permitindo que ele se reorganize e descubra outras soluções para seus desafios.

Na prática profissional é fundamental desenvolver junto aos clientes/usuários um olhar sobre qual FCVF eles se encontram, conferir como estão solucionando as adversidades, permitindo a eles próprios e ao profissional novos olhares sobre as potências e possibilidades para a resolução dos dilemas.

Para finalizar, apresentamos no Quadro 1.1 as fases do ciclo de vida familiar (FCVF). Destacamos três aspectos: o tipo de movimento com relação à família de origem, o processo emocional a ser desenvolvido e, por último, a série de ações (tarefas) a serem vividas de forma a gerar os progressos necessários no nosso desenvolvimento pessoal, familiar e social. Nosso objetivo não é enquadrá-las ou encontrar um padrão de ‘normalidade’ em que o diferente é compreendido como um desvio. “Cada tarefa, a ser desenvolvida, traz ao mesmo tempo um desafio, um obstáculo a ser superado e a conquista de novas possibilidades de relações e ações” (CESAR, 2016, p. 87).

Quadro 2.1 | As Fases do Ciclo de Vida Familiar (FCVF)

Fase do ciclo de vida familiar - Movimento	<i>Processo emocional básico de transição</i>	<i>Mudanças qualitativas no status familiar necessárias para se seguir o desenvolvimento</i>
---	--	---

<p>1. Adulto jovem - saindo de Casa</p> <p>Centrífugo</p>	<p>Desenvolver a responsabilidade emocional e financeira por si mesmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Diferenciação da identidade em relação à família de origem. b) Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais. c) Estabelecimento de uma identidade com relação ao trabalho e independência financeira.
<p>2. Famílias sem filhos - A união de Famílias no casamento</p> <p>Centrípeto</p>	<p>Comprometimento com um novo sistema familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Formação do sistema marital. b) Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e amigos, para incluir o cônjuge.
<p>3. Famílias com crianças</p> <p>Centrípeto</p>	<p>Aceitação de novos membros no sistema familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s). b) Unir-se nas tarefas de educação dos filhos, nas tarefas financeiras e domésticas. c) Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada, para incluir os papéis de pais e avós.
<p>4. Famílias com adolescentes</p> <p>Centrífugo</p>	<p>Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Modificar o relacionamento progenitor-filho, para permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema familiar. b) Novo foco nas questões conjugais e profissionais dos pais (meia-idade). c) Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha.

<p>5. Famílias na meia idade – Lançando os filhos e seguindo em frente</p> <p>Centrípeto</p>	<p>Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Reorganizar o sistema conjugal como dupla. b) Desenvolvimento de relacionamentos de adulto-para-adulto entre os filhos crescidos e seus pais. c) Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos. d) Lidar com incapacidade e morte dos pais (avós).
<p>6. Famílias no estágio tardio de vida</p> <p>Centrípeto</p>	<p>Aceitar as mudanças de papéis geracionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Manter o funcionamento e os interesses em si mesmo(a) e no casal, diante das mudanças físicas e emocionais da idade. b) Abrir espaço para um papel mais central para a geração dos filhos. c) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida.

Fonte: adaptado de Carter e McGoldrick (1995, p.17 apud CESAR, 2010, p. 7).

Famílias e questão de gênero

Em 2001, data simbólica, início de um novo século, Costa publicou o texto intitulado O trabalho com famílias e as questões de gênero, que tem como uma de suas marcas o questionamento de muitos aspectos tidos como absolutos e universais até o início da segunda metade do século XX. Mas antes de nos aprofundarmos nos aspectos abordados pelo autor, vamos discutir o que entendemos por gênero.



Vocabulário

GÊNERO: Substantivo masculino, conceito generalista que agrega em si todas as particularidades e características que um grupo, classe, seres e coisas têm em comum. Para a Biologia gênero refere-se a grupos das classificações dos seres vivos que reúnem espécies vizinhas,

aparentadas, afins, por apresentarem entre si semelhanças constantes; família, raça: o lobo é uma espécie do gênero canis.

Maneira de ser ou de fazer; estilo, tipo: é esse o seu gênero de se vestir?

Diferença entre homens e mulheres que, construída socialmente, pode variar segundo a cultura, determinando o papel social atribuído ao homem e à mulher e às suas identidades sexuais.

Categoria gramatical que se baseia na diferenciação entre masculino, feminino e neutro. Gênero literário, variedade da obra literária, classificada de acordo com o assunto, o modo de o tratar, o estilo, a estrutura e as características formais da composição: gênero lírico, gênero épico, gênero dramático.

Gênero humano. Designação da espécie humana, do homem. Gênero de vida. Modo de viver, de proceder; tipo de vida.

Etimologia (origem da palavra gênero). Do latim generu, genere, "nascimento, origem" (DICIÓ, [on-line]).

De todos os significados citados, interessa-nos aquele destacado em negrito. É impossível negar que existem diferenças entre os seres humanos que são determinadas pela herança ou alterações congênitas de nossos cromossomos. Mas hoje, em 2018, 17 anos após a escrita do texto, as questões de gênero estão na ordem do dia, levando as discussões e reflexões muito além da dicotomia masculino/feminino.

Segundo Haraway (2004, p. 211) "[...] gênero é um conceito desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual em múltiplas arenas de luta" e um dos mais importantes princípios organizadores da nossa sociedade.

O trabalho pioneiro das feministas trouxe à tona a centralidade desse princípio na vida de homens e mulheres. A antropologia feminista vem examinando também a masculinidade através das culturas, enfatizando as variações de comportamento e atributos associados ao que é ser homem [...] significados dos atos corporais, sexuais e reprodutivos vistos como construções sociais, e não pertencentes à esfera da biologia. Os estudos que argumentam a partir dessa visão, se colocam dentro de uma perspectiva histórica e comparativa, permitindo

examinar as maneiras pelas quais os significados de gênero variam de cultura para cultura, e como se modificam dentro de uma determinada cultura através do tempo. (GARCIA, 1998, p. 36-37)

Muitas conclusões podem ser tiradas das reflexões iniciais. Uma delas é que além de trazermos uma bagagem genética, aprendemos a nos comportar como homens ou mulheres. Simone de Beauvoir, em seu livro *O Segundo Sexo*, de 1949, fez uma observação, que se tornou a raiz de todos os significados modernos de gênero, ao dizer que “não se nasce mulher, torna-se mulher” (HANCONK, 2014, [s. p.]).

Segundo Costa (2001) cada um de nós pode se questionar a respeito do que significa ser homem, a partir do sexo, raça, cultura e classe social. Como essa questão seria respondida pelos meus pais e pelos meus avós? Certamente vamos notar que muitas mudanças aconteceram e, ao mesmo tempo, muitas questões se mantêm. E quer seja para o bem ou para o mal, os ensinamentos sobre “ser homem” e “ser mulher” recebidos na família de origem nos acompanham ao longo da vida. Mas, além daquilo que aprendemos em nossa família, também aprendemos a partir das interações que estabelecemos com as pessoas significativas que compõem nossa rede social.

Construímos e reconstruímos nossa identidade de gênero ao longo da vida; essa identidade nos acompanha como um roteiro de como devemos ser e o que podemos esperar dos outros. Por exemplo, se refletirmos sobre a concepção de família que cada pessoa tem e relacionarmos essa concepção com as questões de gênero, podemos alterar uma concepção naturalista e pré-estabelecida para uma que apresente um modelo de família para cada indivíduo (COSTA, 2001).

Ainda segundo o autor, quando um casal se relaciona, cada pessoa traz uma bagagem que contempla um conjunto de modelos referentes aos papéis feminino e masculino. Por exemplo, o que é ser pai ou mãe e marido ou esposa. Para Costa (2001, p. 4) “todos os conflitos que existem na vida de um casal, ou de uma família, podem e devem ser analisados sob a lente das questões de gênero”.

Para Carter e McGoldrick (1995), as fases do ciclo de vida de uma família e as alterações qualitativas necessárias para as mudanças

de uma fase para outra são repletas de exemplos de conflitos que podem ser resultado dos diferentes significados que os indivíduos atribuem a uma mesma situação. Nesse sentido, Costa (2001) questiona qual seria o valor atribuído por cada membro do casal à separação da família de origem, ou então, qual seria o significado – para o homem e para a mulher – da união para realizar tarefas, sejam elas relacionadas às atividades domésticas, à educação dos filhos ou, até mesmo, às questões financeiras.

A expressão das emoções é outra área em que as questões de gênero são consideradas importantes. Por exemplo, a violência intrafamiliar é um fenômeno que apresenta causas variadas e sua compreensão deve considerar as questões de gênero, segundo Acosta (2003, p. 5) “a violência de homens contra mulheres está profundamente associada ao modo com os homens são socializados”.

Devemos acrescentar a ideia de que no processo de socialização alguns homens não aprendem a desenvolver suas habilidades interpessoais de comunicação, acabam sendo educados de tal forma que acreditam ter o direito sobre os comportamentos das mulheres, ou seja, podem utilizar de abuso verbal e/ou físico caso elas não correspondam ao que eles consideram suas obrigações na casa ou na vida conjugal (ACOSTA, 2003).

Os aspectos abordados aqui não abarcaram várias outras questões relativas a essa temática tão complexa. O que poderia ser dito a respeito de gênero que não se limite à polarização feminino-masculino e à inclusão das relações homoafetivas? Nesse caso, como ficam as relações familiares e de casal? Essas são reflexões que convidamos você a fazer.

A inclusão do tema de gênero em nossa atuação profissional e em nossa vida pessoal possibilita a ampliação de perspectivas e mudanças nas relações sociais, de casais e familiares, ajudando vermos a nós e aos outros como legítimas partes de uma relação.

Divórcio e recasamento: repercussões na vida familiar

Utilizando uma pergunta pouco original, porque trabalhar com casais em crise, separações e novos arranjos familiares?

Alguns autores, terapeutas de famílias, possuem em suas bagagens um sem fim de histórias, nem todas bem-sucedidas, se

olharmos apenas pelo ângulo da manutenção do casamento, afinal, há muitas boas histórias de separação e recasamento que permitiram que os diversos membros destas famílias pudessem seguir em frente e construir suas vidas com menos conflitos e assegurando, no caso daqueles que possuem filhos, uma qualidade de convivência tida como "saudável". Nossa proposta será focar no recasamento de casais com filhos. Não vamos aqui nos deter a multiplicidade de arranjos conjugais, como: casais, namorados, amantes, casais com vida sexual, casais sem vida sexual e as já comentadas questões de gêneros (BRUN, 1999; COLOMBO, 2006).

No passado não muito distante, muitas separações não eram legalizadas, ficavam formalizadas só entre o casal. Depois da legalização do divórcio, os novos casamentos passaram por transformações. O desafio desses processos é não deixar que os adultos envolvidos em seu desejo amoroso acabem envolvendo os filhos em um projeto que não é deles (BRUN, 1999). Insegurança, medos, raiva, frustrações são sentimentos presentes tanto na separação como no recasamento. Mesmo que paire no ar um clima amoroso entre os adultos, este nem sempre é compartilhado pelos filhos, os quais divididos podem, sem perceber, fazer uma aliança com aquele/a "ex" que não está necessariamente seguindo em frente.

Passados mais de 40 anos da lei do divórcio, convivemos com famílias compostas por padrastos, enteados, madrastas, meios-irmãos e tios e avós "postiços", mas reconhecidos como legítimos. Além das tarefas previstas da FCVF, este novo casal, vivendo o novo arranjo "os meus, os seus e eventualmente os nossos", terá que superar obstáculos financeiros, expectativas de amar e ser amado, os rituais, o relacionamento com os filhos das uniões anteriores, conviver com os fantasmas do "ex" e com as disputas, nem sempre visíveis, dos avós e outros membros da família que até então tinham um papel significativo no cuidado das crianças e adolescentes.

Podemos dizer que o recasamento é uma estrutura extremamente complexa. Envolve um maior número de pessoas, que de repente passam a conviver em uma nova família. Novos ajustes com as famílias de origem devem ser equacionados. As fases de transição, que muitas vezes já eram acumuladas, agora surgem com mais estressores. Essa experiência não ocorre sem sofrimento, mas não é preciso manter as feridas eternamente abertas, sangrando. É importante respeitar o

tempo do luto, elaborar as mudanças, dar tempo ao tempo para que os sentimentos da nova família possam fluir.

A maior aceitação do divórcio e dos recasamentos ao longo das últimas décadas tem permitido que mais rapidamente os diversos membros dessa rede social possam se reconhecer mutuamente e construir um contexto afetivo e de boa convivência. É importante que os adultos acolham as demandas dos filhos, que favoreçam as conversações e disponibilizem um espaço para falar de sentimentos, nem sempre bons. Vencer os preconceitos de ser madrasta ou padrasto tem sido um desafio, pois durante séculos esses personagens nunca tiveram fama de bons. Deixar clara a fronteira entre os subsistemas favorece as negociações ao longo do processo de formação do novo grupo familiar.

Finalizando esta seção, você pode perceber que os temas são entrelaçados. Família não é um mero conceito que buscamos no dicionário e por si só se define. Além da história das famílias ao longo do tempo, as histórias singulares de cada família, com as diversidades que apresentam, são importantes para o acolhimento e atendimento em nossas práticas profissionais.

Sem medo de errar

Clara e Mariana compõem uma dupla psicossocial do Centro de Apoio as Famílias (CAF), que atende mulheres e famílias com sofrimentos e vulnerabilidade socioeconômica e tem parceria com alguns serviços no território onde atua.

O casal Lucia e Flavio procuram o CAF em função de uma série de brigas e desentendimentos desde o início do casamento. Clara, ao realizar o primeiro atendimento, buscou manter uma postura colaborativa e garantiu uma escuta qualificada das queixas do casal, observando que ambos apresentam questões de adaptação à fase do ciclo familiar em que vivem (reveja o Quadro 1.1 e as tarefas a serem enfrentadas em cada fase).

Clara utilizou perguntas focadas nas famílias de origem de ambos, de forma que cada um pudesse perceber as semelhanças e diferenças, em especial na forma como os pais se relacionam entre si, como casais, similar à fase do ciclo de vida que estão passando.

Claro destacou que não há um modelo melhor que o outro, mas os aprendizados relacionais observados nas famílias de origem tendem a estar presentes nos novos arranjos, e isso pode ser um gerador de desavenças. Fica evidente que ambos, embora adultos jovens em início de carreira, já tendo claro suas demandas e com algum grau de autonomia em relação às famílias de origem, além de suas próprias independências financeiras, ainda não haviam enfrentado o cotidiano a dois e a divisão de tarefas.

Ao valorizar as histórias das famílias de origem, as fases do ciclo de vida familiar e utilizar as perguntas, Clara evita favorecer este ou aquele membro do casal, permitindo que Flavio e Lucia pudessem se escutar e rever suas expectativas, a partir de suas histórias. Além de compreenderem a diferenciação entre suas famílias de origem e a nova família que constituíram, é necessário que fortaleçam o sistema marital e simultaneamente possam manter de forma alinhada a convivência com as respectivas famílias de origem. Também devem incluir um ao outro nas suas rodas de amizade. Eles possuem muitos desafios e precisam utilizar suas competências para se desenvolverem e seguir em frente. Questões de gênero, hierarquia, filiação, assim como os movimentos com relação à família de origem devem ser abordados promovendo o desenvolvimento pessoal, familiar e social. Padrões e valores familiares costumam se repetir e aparecer de forma mais acentuada dependendo da FCVF, nem sempre as experiências são complementares, muitas vezes são antagônicas, mas não necessariamente precisam se tornar conflituosas.

Faça valer a pena

1. Carter e McGoldrick (1995) propõem estágios de vida familiar, sendo que cada fase do ciclo de vida familiar possui características próprias. Considerando as mudanças qualitativas no status familiar necessárias para o desenvolvimento, estabeleça a relação entre cada fase (na coluna da esquerda) e mudanças esperadas (na coluna da direita):

- | | |
|---|--|
| 1. Adulto jovem -
Saindo de casa | A. Diferenciação da identidade em relação à família de origem; e estabelecimento de uma identidade com relação ao trabalho e independência financeira. |
|---|--|

2. Famílias com crianças

3. Famílias com adolescentes

4. Famílias no estágio tardio de vida

- B. Modificar o relacionamento progenitor-filho, para permitir o movimentar-se para dentro e para fora do sistema familiar; e novo foco nas questões conjugais e profissionais dos pais (meia-idade).
- C. Manter o funcionamento e os interesses em si mesmo (a) e no casal, diante das mudanças físicas e emocionais da idade; e lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida.
- D. Unir-se nas tarefas de educação dos filhos, nas tarefas financeiras e domésticas; e realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada, para incluir os papéis de pais e avós.

Fonte: Carter e McGoldrick (1995).

Assinale a alternativa que apresenta a associação correta:

- a) 1.C; 2.D; 3.A e 4.B
- b) 1.A; 2.C; 3.D e 4.B
- c) 1.A; 2.D; 3.B; e 4.C
- d) 1.D; 2.A; 3.C e 4.D
- e) 1.B; 2.D; 3.C e 4.A

2. Pedro e Lucia estão em terapia e chegam para a sessão contando que o tratamento de infertilidade que vinham fazendo não foi bem-sucedido. Lucia chorava muito e Pedro mostrava-se mais sereno, tentando consolá-la. Lucia disse que Pedro era insensível, frio, que não se importava com ela. Pedro argumentou que estava triste, mas que achava que não adiantava nada ficar chorando, que poderia ajudar mais se ficasse mais calmo. Ele conta que em sua família de origem os rapazes sempre foram incentivados pelo pai, que tinha formação militar, a "serem fortes e não se abalarem diante de desgraças, como um soldado na frente de batalha". A discussão continuou, com ataques e defesas.

Considerando a situação-problema exposta, as questões de gênero e a história de vida familiar do casal, qual das condutas a seguir seria esperada para um terapeuta sistêmico?

- I. O terapeuta pergunta a Pedro: "Como costuma reagir quando recebe uma notícia triste?"
- II. O terapeuta enfatiza a postura serena de Pedro, tentando consolar a esposa, como uma forma adequada para o casal.
- III. O terapeuta aborda os prós e contras do tratamento de fertilização, tirando a ênfase do casal e focando nas dificuldades já esperadas do tratamento.
- IV. As conversações terapêuticas se mantêm com o foco dirigido ao modo como cada um deles tinham aprendido a lidar com as emoções, possibilitando a construção de um novo significado para a postura de Pedro e Lucia.
- V. O terapeuta deve levar em conta que as questões de gênero, como tornar-se mulher ou tornar-se homem, são questões biológicas e que não dependem das famílias de origem e da cultura da sociedade.

É correto o que se afirmar em:

- a) I, II e IV.
- b) II e IV.
- c) II e V.
- d) I e III
- e) I e IV

3. Martins, McNamee e Guanaes-Lorenzi (2015, p. 21) em sua conclusão nos dizem:

As contribuições do movimento construcionista social nos ajudam a _____ a ideia de família como uma entidade ontogênica inevitável, necessária e autocontida no mundo. Entender família como _____ social tem implicações importantes para o campo da psicologia ao considerar que, se há muitas versões possíveis do que constitui uma família, ao invés de uma única família, podemos considerar se _____ uma dessas versões é útil para certas pessoas e certos propósitos em certos momentos.

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto.

- a) Racionalizar; concretizar, cada.
- b) Desnaturalizar; construção, cada.

- c) Naturalizar; alicerce, apenas.
- d) Racionalizar; construção, qualquer.
- e) Concretizar, base, apenas.

Seção 2.2

Contextos e eventos que afetam a vida familiar

Diálogo aberto

Olá, aluno!

Vamos dar início a mais uma seção sobre o estudo das famílias, seus contextos e redes sociais. Especificamente, iremos abordar os contextos e eventos que afetam a vida familiar, como a violência, as doenças crônicas e a morte. Para discutirmos o tema, vamos começar falando a respeito da atuação da psicóloga Clara no atendimento a mais uma família.

Clara, a psicóloga que atua no Centro de Apoio às Famílias (CAF) e que você conheceu no início da Unidade 2, recebeu outra família para atendimento. Como já mencionado, a proposta do CAF é atender a família desde a primeira entrevista.

Michele chegou ao CAF por meio da indicação de uma amiga. Ela relatou a Clara e Mariana que as procurou porque está com problemas de saúde e percebeu que sua doença está afetando o marido e o filho, que se preocupam com a forma como ela está se cuidando, ao mesmo tempo que estão com dificuldades para assumirem as atividades domésticas.

Michele tem 31 anos e é casada com Mario, de 33 anos. Mario trabalha como pedreiro e atualmente tem apenas trabalhos esporádicos. Michele e Mario são pais de Guilherme, 14 anos, que estuda no ensino médio.

Ela trabalha em uma fábrica de alimentos e para complementar a renda familiar vende roupas no trabalho e no bairro. Há cinco anos sofre de Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Doenças Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), em ambos os braços. Nos dois últimos anos tem sido atendida de forma ampliada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que ajudou no diagnóstico de um quadro de artrite reumatoide.

Sua história familiar não é marcada por doenças, mas o atendimento clínico ampliado que recebe no SUS, que inclui

trabalhos com grupos de portadores de doenças semelhantes, tem ajudado muito a Michele a acreditar na força da solidariedade. Apesar suas dores físicas e emocionais, ela deseja manter o caminho de lutas e conquistas, tem sonhos de acabar a construção de sua casa, ter um negócio próprio e ser mãe de mais um filho.

Michele contou para Clara que sua mãe é batalhadora e que aprendeu com ela o sentido do trabalho duro. A paciente tem noção de que sua doença é consequência dessa maneira de operar. Ao se conscientizar mais sobre os efeitos da doença em sua vida, conseguiu uma mudança em seu trabalho, buscando atividades menos prejudiciais para sua saúde. Isso foi possível a partir do que aprendeu nas consultas médicas e nas reuniões de grupo.

Sua família de origem não compreende como alguém tão jovem pode ter uma doença de “velho”. Ao mesmo tempo em que se preocupam, acham que há muito exagero de sua parte.

Michele e sua família atual vivem simultaneamente a fase do jovem saindo de casa, da união de famílias pelo casamento e a fase da família com filho adolescente.

Considerando o trabalho de Clara com a família, que aspectos da história de Michele são relevantes para superação e/ou redução dos efeitos da doença crônica em sua vida?

De que forma o adoecer de Michele afeta sua rede familiar e como a sua rede afeta o seu adoecer?

Esperamos que ao final desta seção você seja capaz de responder aos questionamentos propostos, auxiliando Clara a atuar com Michele e sua família. Para isso, leia o item *Não pode faltar* e explore os conteúdos apresentados nos boxes pedagógicos! Será fascinante entender os contextos e eventos que afetam a vida familiar!

Vamos juntos?

Não pode faltar

Estamos iniciando a Seção 2, Contextos e eventos que afetam a vida familiar. Não é incomum que contextos e eventos funcionem como estressores, como já visto na seção anterior, dependendo da forma como a família os elabora e administra nas suas diferentes Fases do Ciclo de Vida Familiar (FCVF). Abordaremos temas específicos

ligados às questões familiares: violência, doença crônica, morte e novos papéis nas relações familiares. A seguir serão discutidos cada um dos tópicos.

Violência intrafamiliar

O tema é abrangente e extenso e não pretendemos aqui esgotá-lo. Nosso propósito é levantar questões que possam dialogar com o seu cotidiano profissional, em busca de caminhos que não atribuam um sentido único à violência, mas nos permitam pensar interdisciplinarmente e intersetorialmente (MINAYO e SOUZA, 1998).

Destacamos e consideramos que a violência não deve ser tratada de forma linear, como na visão cartesiana que busca uma causa única e seu efeito. Se o fizermos estaremos incorrendo no risco de valorizar as partes isoladas, em uma escuta fragmentada e automática. É importante que o profissional cuide do problema de forma a valorizar as inter-relações e compreenda a violência intrafamiliar inserida em seus contextos históricos e sociais (SCANTAMBURLO; MORÉ e CREPALDI, 2012).

Afinal, o que é violência? São muitas as situações em que ela ocorre, dos espaços intrafamiliares ao mundo externo. Trata-se de uma realidade plural, distinta, cujas especificidades precisam ser conhecidas. A violência versa sobre ações humanas envolvendo indivíduos, famílias, grupos e a sociedade, afetando a integridade física (incluindo a sexual), ética, psicológica ou espiritual dos envolvidos (MINAYO e SOUZA, 1998).

A violência, segundo Pakman (1993), se relaciona com a questão do poder, mas não em sua definição tradicional, como se fosse uma substância, "algo" concreto, que possa ser conquistado. Para esse autor, a violência surge quando alguém, unilateralmente, a partir de uma posição privilegiada de poder, define para todos os demais o que é realidade. Assim, podemos pensar em um governo militar que define quem é patriota e quem é subversivo. Ou ainda, em uma empresa que defina, a partir de seus critérios particulares, o que seria um bom resultado a ser alcançado pelos empregados.

A violência intrafamiliar tem um efeito devastador e de longo alcance nas vítimas, pois se trata de violência física, psicológica e eventualmente também sexual realizada por quem deveria proteger (SLUZKI, 1994).



Pense em uma situação em que você se viu **como vítima** de uma violência. Anote qual foi a ocasião e os componentes que o levaram a se sentir vitimizado. Em seguida, pense em uma circunstância em que você se viu **como autor** de uma violência, novamente anotando os aspectos que o levaram a se definir como tal. Compare as situações de vítima e de autor. Quais as semelhanças e diferenças entre os componentes de cada situação? Anote suas conclusões, que poderão ou não ser compartilhadas em sala de aula.

Vamos focar um pouco nas suas reflexões. Releia suas anotações. É provável que tenha uma surpresa ao perceber que muitos ingredientes são os mesmos nas posições de vítima e de autor. É mais comum pensarmos a respeito dos autores de violência intrafamiliar, especialmente quando inclui o abuso sexual de crianças, como pessoas degeneradas, portadores de alguma anomalia, como monstros, não humanos. O mais difícil é pensarmos nos autores de violência como seres iguais a nós, com a diferença de que foram gerados e criados em uma cultura de violência, em que aprenderam a se comportar dessa forma.

De onde vem a tendência para a violência? Somos seres biologicamente programados para a violência? Tanto a agressão como a violência em si não são fundamentalmente biológicas, mas resultados de um contexto cultural patriarcal que colabora para um modo que aceita a agressão e violência (MATURANA, 1999).

Segundo Maturana (1999) consideramos o patriarcado como um modo de viver ligado à dominação, à submissão, à desconfiança e ao controle. É uma cultura geradora de violência, porque cria um espaço relacional, inconsciente, de negação do outro.

Há um consenso de que a grande maioria dos autores de violência de hoje, foram as vítimas de ontem. É uma explicação, mas não uma justificativa. Mas essa perspectiva nos abre uma porta para buscarmos uma interrupção do ciclo de violência, que tende a se perpetuar geração após geração.

Ao evitar uma visão linear e fragmentada do fenômeno, o profissional pode ajudar os envolvidos a construir uma postura colaborativa, estimulando as potências do sistema familiar e

social, ativando possibilidades de mudanças e de construção de novas interações e narrativas, promovendo reflexões sobre a forma como cada um contribui para a perpetuação da violência (SCANTAMBURLO; MORÉ e CREPALDI, 2012).

A postura do profissional deve ser a de um mediador do processo terapêutico, compreendendo e abordando o evento em sua complexidade e acolhendo os momentos em que os membros do sistema familiar negam ou minimizam a presença e os efeitos da violência. O profissional deve deixar clara a importância do reconhecimento da violência intrafamiliar, compreendendo-a como um evento socioculturalmente construído, acolhendo o outro em sua experiência, história pessoal e familiar, colaborando para quebrar o silêncio e interromper o círculo vicioso da violência.



Pesquise mais

Leia o artigo indicado a seguir. Procure responder por escrito: qual informação nova o artigo trouxe? Compare os conceitos de violência abordados por seus autores com os desta seção. Destaque um ou dois trechos significativos e faça um comentário à luz do que foi estudado até o momento, incluindo a Unidade 1. O que faltou no artigo? Por que recomendaria ou não este artigo a um colega?

WALDOW, D.; DUQUE, D. F. Da montanha russa ao vento! A terapia como reconstrução de uma vida marcada pela violência. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-67, agosto 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/M5nf6Q>>. Acesso em: 8 maio 2018.

Sem pretender construir um modelo único, apresentamos alguns **norteadores para a prática sistêmica** no atendimento de pessoas e famílias em situação de violência intrafamiliar: levar em conta a dinâmica relacional que retroalimenta as relações de violência familiar; ficar atento se profissionais e instituições também envolvidos com o problema, ao tentarem resolver os conflitos, não o fazem com uso de métodos de força e poder; observar outros estressores, como desemprego, migração, abuso de substâncias psicoativas, relações extrafamiliares de opressão e dominância, como fatores de agravamento da violência; refletir com a família sobre suas verdades e valores estabelecidos, convidando-os para a construção

do novo, utilizando modelos relacionais horizontais, valorizando o respeito pelo outro; considerar a violência como um fenômeno singular, expressado de forma diferente nos subsistemas sociais, do microsistema (a família) ao macro (a sociedade) (MOREIRA, 2001).

Ainda segundo a autora é importante destacar que a intervenção terapêutica poderá ser considerada bem-sucedida quando considerar a complexidade do fenômeno, buscar alternativas multidisciplinares e intersetoriais e quando construir um círculo virtuoso de diálogos, escutas e novas narrativas sobre a violência intrafamiliar.

Para finalizar, é necessário reconhecer que para os profissionais há também o desafio de intervir nas políticas públicas, e que esse é um processo lento, sendo necessário suportar as morosidades, os desgastes e as limitações das redes de serviços. Além disso, deve-se buscar as competências e as diferenças dos membros, criando assim uma rede que favoreça a criação de um contexto menos propício à proliferação da violência (MOREIRA, 2001).

Repercussões das doenças crônicas na vida familiar

Ao longo da história da humanidade, com as visões de mundo predominantes em cada época, a experiência humana do adoecimento teve e tem diferentes significados. Desde a Antiguidade até hoje, as explicações das causas das doenças variaram e ainda variam, de punição por pecados individuais e/ou coletivos à fúria de deuses. Com o advento da Modernidade, foram descobertos e desvendados os aspectos micro e macro biológicos ligados às enfermidades, possibilitando progressos sem precedentes na compreensão de seus mecanismos e possibilitando prevenções e tratamentos inéditos. Os aspectos emocionais individuais ligados ao surgimento das doenças também despertaram os interesses da medicina e da psicologia moderna.

A visão sistêmica contribuiu para o estudo das doenças e do adoecer ao focar o papel da intersubjetividade e das relações familiares e sociais neste processo. Pensamos na doença como algo que ocorre em um indivíduo que tem uma família e faz parte de uma rede social mais ampla. A importância da rede social significativa do indivíduo, segundo Sluzki (1997, p. 67) deve-se ao fato de que "uma rede estável, sensível, ativa e confiável protege as pessoas contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a

pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde” e contribui para os processos de cura, aumentando a sobrevivência dos indivíduos.

Na perspectiva sistêmica buscamos entender a doença como se esta fosse um novo membro da família, com uma “personalidade” e uma vida que tem seu surgimento, suas fases, seu curso ao longo de sua vida e suas demandas para seu sistema. Como se fosse uma pessoa, é possível pensarmos na rede social significativa da doença e, segundo o que foi proposto por Rolland (1995) e adaptado de acordo com nossos entendimentos, estudaremos sua tipologia psicossocial, as fases de seu ciclo de vida (início e curso), as consequências e graus de incapacitação causados pelas enfermidades.

Para compreendermos melhor essa abordagem das doenças, pensemos em um rio. Este pode nascer com um grande volume de água (**início agudo**) ou brotar em uma pequena nascente (**início gradual**) que aos poucos ganha volume, recebe afluentes e cresce, podendo ocupar todo o espaço ao seu redor. O **início** de uma doença pode ser gradual ou agudo. Como exemplos de início agudo temos os acidentes vasculares cerebrais, infartos do miocárdio e acidentes de trabalho ou de trânsito, com suas sequelas, que obrigam o sistema a fazer alterações em seu funcionamento e estrutura em um curto período de tempo, além de elaborar a insegurança e o medo da morte. Doenças com um início gradual e progressivo, como o diabetes, as doenças neurodegenerativas e as demências, tem uma instalação lenta e gradual. Não exigem tanto do sistema no começo, mas ao mesmo tempo este pode demorar muito para perceber sua presença, perdendo tempo precioso na mobilização contra seu novo membro.

Depois de surgir, a doença segue seu **curso** que, assim como um rio, pode ser **progressivo, constante ou recorrente/episódico**. As doenças de curso progressivo, como a maioria dos cânceres, a doença de Alzheimer, o diabetes juvenil, a artrite reumatoide e enfisema pulmonar, costumam ter uma evolução que cresce em sua severidade. Esse novo membro obriga o sistema a conviver dia a dia com sintomas, incapacidades e dependências crescentes, exigindo alterações nos papéis e comportamentos por parte dos seus componentes.

Assim como há rios que diminuem de volume, desaparecem debaixo da terra para depois surgirem como uma grande cachoeira,

há doenças cujo curso muda de características, podendo ser chamadas de recorrentes ou episódicas. Nesses casos há uma alternância de períodos de estabilidade, em que há poucos ou nenhum sintoma, com períodos de agravamento, como ocorre na colite ulcerativa, na úlcera péptica e nas enxaquecas. Essas doenças demandam do sistema familiar menos cuidados constantes e também poucas mudanças de papéis. Porém há uma tensão constante causada pela ameaça contínua e pela incerteza sobre quando ocorrerá a próxima crise.

As doenças crônicas, durante e ao final de seu curso, podem encurtar a vida de seu portador e causar sua morte, com profundo impacto psicossocial. O portador de uma doença que ameaça sua vida tem medo que esta termine antes de ter tempo para fazer tudo o que planejara. Tem medo da morte, do sofrimento que pode ter antes do fim, teme pelo futuro de seus entes queridos. Os membros da família temem por seu futuro, em aspectos emocionais e materiais. Todos se sentem tristes e vivem antecipadamente a temida separação. Esse processo pode causar tanto um apego exagerado ao familiar doente, como provocar um movimento defensivo de afastamento, como se acreditassem no dito popular: "o que os olhos não veem, o coração não sente". É um processo ambivalente que traz angústias e ansiedades a todos. No caso das doenças que podem encurtar a vida ou provocar morte súbita, o fato de serem imprevisíveis pode criar uma superproteção por parte da família e grandes ganhos secundários para o membro doente. Além do medo do processo de morrer e da morte em si, a possibilidade de incapacitação é outro fantasma a assombrar a vida do sistema. A **incapacitação** pode causar **prejuízos cognitivos, déficits motores, limitações e perdas, além de estigmas sociais**. Os diferentes tipos de incapacitação implicam em diferentes ajustes em uma família, que vão depender das relações prévias entre os seus membros e das histórias individuais e familiares a respeito de como lidar com o adoecer e com a morte. As histórias de como essas questões foram vividas e enfrentadas nas gerações passadas tem um papel importante na gênese das reações do sistema.

Assim como as pessoas têm suas **fases** ao longo da vida, a doença pode estar em uma **fase de crise, crônica estável, crônica com recidências ou terminal**.

Na **crise**, a família precisa aprender a lidar com a dor, incapacitação ou outros sintomas ligados à doença; com o ambiente hospitalar e com os atos terapêuticos, bem como estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe cuidadora. Além disso, a família precisa lutar para dar um significado à doença, elaborar sua tristeza e medo da perda do ente querido, enquanto se esforça para dar continuidade a sua própria vida.

A **fase crônica** tem duração variável e imprevisível, mas é o período entre o diagnóstico inicial e a adaptação à perspectiva do final. Como já foi dito, essa fase pode ter períodos de estabilidade, progressão ou de reagudização. A família será testada em sua capacidade de manter uma vida cotidiana funcional e de manutenção de autonomia para todos, lutando contra a tendência de comportamentos de dependência e surgimento de demandas de cuidados por outras partes do sistema.

Na **fase terminal**, a inexorabilidade da morte se torna concreta e pode dominar a vida familiar. E depois da morte, temos os períodos de luto e resolução da perda. O sistema tem que lidar com a tristeza, com as diferentes formas de elaboração do luto e com a necessidade de reorganização individual e grupal.

Vale lembrar que quando a doença surge, o indivíduo e sua família estão em alguma FCVF e a chegada desse “novo membro” adicionará novos elementos ao cotidiano de todos. Em cada fase, os membros estão em movimentos individuais de aproximação ou de afastamento em relação ao sistema familiar. A doença pode interferir nesses processos.



Exemplificando

Rui e Bia, com 64 e 61 anos, respectivamente, são os pais de Leo, de 25 anos, que está iniciando a sua vida profissional e com casamento marcado para os próximos meses, e de Rita, de 17 anos, solteira, estudante. Rui, o principal provedor, sofre um Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico e sobrevive, com sequelas que o incapacitam para o trabalho. Leo, que estava em um movimento de afastamento em relação a sua família de origem (FO), rumo à formação de seu próprio núcleo familiar, é obrigado a interromper seu processo de individuação para retornar a sua FO, adiando seu casamento e assumindo o papel de cuidador e provedor.

Essa mudança abrupta pode repercutir sobre todos os membros do sistema e ser a causa de problemas, nem sempre associados à introdução de um novo participante no sistema, neste caso, a doença.

Repercussões da morte na vida familiar

Por que é tão difícil falar das nossas experiências sobre a morte? Como trabalhar os tabus, receios e medos de um tema que afeta de forma tão significativa as vidas de nossos clientes/usuários e dos profissionais psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores e outros?

A morte, assim como as doenças, sempre esteve e estará presente em nossas vidas. Observamos que muitas queixas e problemas trazidos por indivíduos e suas famílias podem estar relacionados com algum evento de morte, não necessariamente recente e/ou com lutos em elaboração. Entendemos que a perda de um membro da família pode afetar várias gerações. Assim como as doenças crônicas, a morte pode afetar as tarefas a serem cumpridas em cada FCVF. É importante explorar e validar as experiências atuais e passadas de cada membro em relação a esse tipo de evento: como era a relação de cada indivíduo com a pessoa que morreu? Era uma morte esperada ou abrupta? Qual a idade da pessoa que morreu? Como era o vínculo de cada um com o falecido? Quais as crenças e significados individuais e coletivos em relação à morte?

O aumento da esperança de vida, adia cada vez mais a vivência de perda de um ente querido, tornando o processo de elaboração da morte uma experiência mais tardia. A vida atual deixou de valorizar os rituais ligados à morte e a elaboração do luto, dificultando sua compreensão como uma passagem a ser experimentada por todos em algum momento.

Para o profissional que atende famílias, enfatizamos a importância e relevância de considerar que a morte é uma das experiências que mais exige um conjunto de ações e desafios adaptativos para a família, enquanto sistema e individualmente (WALSH e MCGOLDRICK, 1998).

Devemos também levar em conta a bagagem sobre mortes da família e do profissional (ou profissionais), e como essas vivências podem atrapalhar ou se tornar produtivas no trabalho (CESAR e CAMPOS, 2010).



Refleta

Walsh e McGoldrick (1998), em seu livro *Morte na Família: sobrevivendo às perdas*, relatam suas experiências pessoais. Nossa proposta é que você relembre uma experiência **bem elaborada**, pessoal ou profissional de vivência de uma morte. Faça uma breve narrativa a respeito. Esse material não será compartilhado, use-o como referência ao longo da leitura do nosso texto.

Podemos ainda aceitar o convite de Walsh e McGoldrick (1998, p. XXIII) e valorizar nossas experiências, procurarmos em nossas fantasias e receios a respeito de nossas próprias mortes e pensarmos sobre as seguintes questões: “quanto tempo você pretende viver? Como você imagina sua morte? Que ritos funerários você gostaria que fossem realizados quando você morrer? Que heranças você deixaria?”

Segundo as autoras, “ao confrontarmos as questões universais da mortalidade e da perda, a hierarquia e as fronteiras comumente construídas entre o “especialista” e o “cliente/paciente/família” se apagam” (WALSH e MCGOLDRIK, 1998, p. XXIII). Nesse sentido, somos tocados pelos nossos legados de perdas familiares, bem como podemos valorizar os aspectos culturais e as diferentes questões da nossa FCVF.



Exemplificando

Parte 1 – Apresentaremos a seguir um relato pessoal da experiência de morte e luto.

Como terapeuta de família, quando me lembro, a primeira vez que tive contato com a morte, foi aos meus 5 anos. Meu irmão Zeca, de 2 anos, adoentado como eu, teve uma complicação cardíaca e partiu, como “um anjo”, como diziam os mais velhos sobre crianças que morriam dormindo. Mas, não foram estas as memórias que ficaram daquele dia. Cena 1: um tio-médico olhando minha “garganta e língua” e dizendo que as coisas não iam bem, inspirava cuidados! Cena 2:



uma quantidade de pessoas circulando no quarto em que estava, alguém entra e pega uma caixa de sapato, dizendo é para o Zeca. Esta imagem me fez crer durante anos que meu irmão havia sido enterrado naquela caixa... até que eu pudesse perceber que isto não seria possível, esta deve ter sido a minha elaboração de seu enterro, uma vez que não participei do ritual. Cena 3: poucos meses depois minha avó materna faleceu, uma morte trágica, em um acidente de carro. Desta morte nem tive notícias na época, os relatos que sei foram contados superficialmente, ao longo de minha vida, por minha mãe, e sempre me pareceu um grande segredo, algo doloroso e proibido de se falar. (CESAR e CAMPOS, 2010, [s. p.]

○ que podemos dizer sobre as repercussões dessas duas mortes para os pais dessa família? Será que houve ressonâncias em outros eventos na vida deles próprios e da filha (e/ou filhos) ao longo dos anos que se seguiram e que hoje é possível correlacioná-los a esses fatos?

É bom lembrar que cada um vive as repercussões da morte de forma singular, quando compartilhamos nossas experiências permitimo-nos refletir sobre essas diferenças, compreendê-las e reconstruí-las.



Exemplificando

Parte 2 – Foi, anos depois, quando a mãe do terapeuta morreu que ele encontrou um significado para aquelas mortes e assim foi possível torná-las compreensíveis e passíveis de serem vividas, mas principalmente poder falar delas. Cena 4: o fato de sua mãe adoecer repentinamente e gravemente, em um período curto, ensinou a essa família o quanto a presença uns dos outros e dos amigos é importante nesse momento. Também foi possível se despedir – não de forma menos dolorosa, mas com mais acolhimento: cada um (filhos, marido, irmãos, netos, cunhados, sobrinhos e amigos) a sua maneira –, seguir em frente e rever a solidão do silêncio.

No enterro da mãe do terapeuta, suas filhas, com 7 e 12 anos, compareceram, era a primeira experiência de ambas nesse contexto. Cena 5: a filha mais nova pergunta se podia fazer um desenho para deixar para a avó, ideia compartilhada pela irmã e pela prima de 13 anos. Pouco antes do enterro, ela perguntou o que seria feito com as flores. Ao saber que seriam descartadas no final, em uma atitude singular, foi desmanchando algumas coroas e oferecendo às pessoas presentes. Alguns denominaram esse ato como "raio de sol" (CESAR e CAMPOS, 2010).

A inclusão de suas filhas no processo fez com que o terapeuta do relato repensasse a própria história, e o convite delas colaborou para que ele reelaborasse seus entendimentos. O desenho e distribuição das flores aos participantes foi lido como um gesto, um ritual de despedida, mostrando como é possível elaborar a morte e que as crianças podem nos ensinar a criar algo vivo nesse momento difícil. Essas experiências podem dar novos contornos à forma de lidar com a morte.

Sabemos que o tipo de morte influencia no processo de elaboração do luto a ser vivido. Há vários tipos de mortes, como as ligadas ao morrer dormindo, que para muitos pode significar o sono dos merecidos, principalmente quando a idade daquele que parte é avançada. Geralmente esse tipo de morte é melhor aceita, há um conceito de que não houve sofrimento e isso é um alento. Diferentemente, quando se trata de jovens ou adultos jovens surge a dúvida: será que era a hora?

Já na morte relacionada à doença crônica, em especial quando vem acompanhada por um período terminal longo, o impacto sobre a família e a rede social do membro que morre é diferente. O luto torna-se estendido, começa tempos antes da morte, não raro, ele se repete muitas vezes, como se a cada piora o velório e o enterro já comessem a acontecer. A morte é vivida inúmeras vezes, até que um dia, efetivamente ela ocorre.

As mortes por acidentes ou por violência geram um impacto muito grande. Segundo Cesar e Campos (2010, p. 5), "muitas vezes dilaceram os corações. O susto da 'tragédia' ecoa como um inconformismo; é como se o tempo parasse, estagnasse e todos se

sentissem paralisados”, invadidos pela perplexidade e revolta ante tal fatalidade. Diante do rompimento brusco da vida, fica o eco do que não foi feito, o vazio que pode deixar o luto em aberto, por um tempo diferente para cada tipo de morte. Daí a importância do estudo das fases do luto.



Assimile

Quadro 2.2 | Fases do luto e suas características

Entorpecimento	Duração de poucas horas ou dias, descrença, negação, às vezes permeada por crises de raiva.
Anseio e protesto	Desenvolvimento da consciência da perda, anseio por reencontrar a pessoa morta, sensação da presença da pessoa que morreu, crises de raiva contra si mesmo, culpa e crises de raiva contra outras pessoas ou contra o morto.
Desespero	Após a passagem do primeiro ano de luto, reconhecimento da perda imutável, nada vale a pena na vida, apatia, às vezes depressão e afastamento social.
Recuperação e restituição	Depressão e desespero misturados com sentimentos positivos, aceitação de mudanças na vida, e novos relacionamentos sociais, ainda instáveis.

Fonte: Bromberg (1994, p. 32 - 34).

Não é incomum o cliente/usuário nos relatar que as fases não acontecem necessariamente na sequência apresentada, pelo contrário, nos contam que às vezes elas ocorrem diariamente, indo e vindo, da resignação para a raiva, da raiva para negação, sem uma ordem e intensidade iguais, a cada vez que se apresentam.

O contexto sociocultural da morte na família deve levar em conta: as crenças étnicas, a religiosidade, o contexto sociopolítico

e histórico da perda e os papéis de gênero. Não é incomum esperar que as mulheres fiquem ao encargo das demandas sociais e emocionais do luto, enquanto os homens se ocupam dos aspectos práticos.

Espera-se que o profissional preste atenção em alguns aspectos da morte e do contexto familiar: tipo de morte, modo como a rede familiar e social opera, em qual FCVF aquele que morreu estava e em que fase os demais membros estão e o contexto sociocultural.



Assimile

Aspectos a serem considerados e abordados com a família frente ao impacto da morte e do luto

1. Morte repentina ou prolongada; perda prematura; perda ambígua.
2. Morte violenta, especialmente suicídio.
3. Padrões familiares indiferenciados ou desunidos, falta de tolerância a diferentes respostas ou de coesão para o apoio mútuo.
4. Falta de flexibilidade do sistema; comunicação bloqueada e segredos, mitos e tabus em torno da morte.
5. Recursos socioeconômicos dos familiares; importância do papel do membro perdido para o funcionamento, com substituições precipitadas ou incapacidade de reinvestimento.
6. Relações conflituosas ou rompidas na época da morte; perdas múltiplas ou outros estressores familiares coincidentes com a perda.
7. Legado familiar multigeracional de perdas não resolvidas, particularmente replicações de aniversários transgeracionais.
8. Sistema de crenças da família evocando culpa ou vergonha em torno da morte.
9. Contexto sociopolítico e histórico da morte, estimulando a negação, o estigma ou temores catastróficos. (WALSH e MCGOLDRICK, 1998, p. 51)

Como já comentado, a família tem alguns ajustes adaptativos para executar, buscando reduzir a vulnerabilidade que o momento proporciona. O compartilhamento da experiência comum de perda, com as informações claras e a comunicação aberta sobre os fatos e circunstâncias da morte. A dificuldade de aceitação da morte pode levar um ou mais membros da família a evitarem os contatos uns com os outros. O tempo e a forma do luto são diferentes entre os diversos membros da família e da rede social. A manutenção de uma comunicação entre os familiares é de crucial importância, favorecendo a elaboração da perda para poder seguir em frente nas demais tarefas da FCVF.

É necessário a reorganização do sistema familiar e um reinvestimento em outras relações e planos de vida. O realinhamento das relações e a revisão dos papéis contribuem de forma significativa e são necessários para compensar a perda e seguir em frente.

Como já vimos na seção anterior, a morte mantém a maioria dos membros em um processo mais introspectivo, centrípeto. E dependendo da FCVF de cada membro, pode haver uma sobrecarga de forças. Não são incomuns relatos sobre o impacto da morte e a paralisação de sonhos e planos, como estudos, casamentos, viagens, mudanças e celebrações da família. Pode gerar “pactos” e cobranças, como se fosse falta de respeito a quem morreu, o fato de alguns seguirem normalmente as suas vidas. A incapacidade em dialogar sobre a morte ou lidar com o luto pode afastar e até mesmo isolar alguns membros da família. Essas repercussões devem ser consideradas pelo profissional, contribuindo para o esclarecimento dos eventos e as formas de agir, buscando encontrar um caminho de trabalho singular com cada família.

Famílias e escolas: as crises dos papéis, das visões de mundo e das relações sociais

No início dos anos 1970, um jovem de 18 anos, estudante do curso de Medicina, na Universidade de São Paulo, no belo prédio da Avenida Dr. Arnaldo, na cidade de São Paulo, ao entrar naquele edifício suntuoso onde estudava sentia como se estivesse em uma igreja, onde até a disposição física das carteiras dos alunos e o tablado com a mesa do professor evocava uma cerimônia religiosa, em que uma

pessoa detentora de um saber instruiria nossas mentes, ainda em formação, com seus conhecimentos. Era uma clássica reprodução do modelo que remonta à Grécia Antiga, onde o conhecimento, propriedade de alguns poucos sábios, seria transmitido àqueles que poderiam ser comparados com um caderno em branco. Era um modelo baseado na crença da possibilidade de instrução dos aprendizes. Por milênios e, ainda hoje, encontramos a reprodução desse modelo, da pré-escola aos cursos de pós-graduação.

Nossa proposta não é nos aprofundarmos nos estudos das mudanças pedagógicas que ocorreram ao longo do tempo. Mas, especialmente ao longo do século XX, com os estudos de Piaget, Vygotsky, Luria, Paulo Freire e outros, a noção de saber e de aprendizagem mudou, como parte do movimento de mudanças de visões de mundo que levaram ao que hoje chamamos de Novo Paradigma Sistêmico. Este não ficou isolado no campo das ciências, mas influenciou as pessoas nas mais variadas áreas, especialmente a educação. Bartholo (2003) nos lembra que o paradigma científico tem como características a linearidade, a verdade e a objetividade; a realidade se constitui de certezas e ordem, a explicação do universo é única e coerente e não sobra lugar para a dúvida. Na educação, essa realidade é determinada pelo saber e saber é poder.

O professor, assim como o cientista, era visto como um ser diferente, que por meio de um método, tinha acesso a um saber superior que, em condições específicas, seria transmitido ou instruído aos jovens aprendizes. A semelhança com o que já estudamos sobre o paradigma religioso não é mera coincidência.

A década de 60 e também a primeira metade dos anos 70 foi um período de progressos científicos que, entre outras proezas, levou o homem à Lua, mas também um tempo conturbado, em que o poder, em todas suas dimensões, foi questionado. Coincidentemente, há 50 anos vivíamos o “maio de 68”, o ano que não terminou. De Paris ao sertão pernambucano, o poder tradicional foi questionado e a educação, com seu clássico modelo verticalizado de ensinamento/aprendizagem não foi exceção. Além de ser uma pichação nas paredes da Universidade de Suborne, em Paris - é proibido proibir -, transformou-se em uma canção de Caetano Veloso e também em um manifesto contra o paradigma científico, que ainda reproduzia o modelo platônico. Cabe dizer que ao longo da década de 60

surgiram importantes revoluções pedagógicas e em nosso país uma das mais importantes foi a experiência das Escolas Vocacionais, que já inovavam com metodologias como a problematização, aprendizado em contexto, construção do saber versus instrução e no processo de ensinagem/aprendizagem.

A grande mudança paradigmática que ainda estamos vivendo tem como base o questionamento (mas não a negação pura e simples) do suposto saber hegemônico possuído por alguns poucos sábios privilegiados e a abertura para um outro saber: o saber local, não sistematizado pela Academia, mas presente na vida das pessoas com os seus variados níveis de instrução. O saber do homem simples e analfabeto do campo, o saber das famílias e comunidades. Segundo Maturana e Varela (2002), conhecer esse saber não formal nos possibilita a validação de novas visões do mundo, que passam a ser compreendidas e valorizadas, às vezes questionando, mas também se somando ao conhecimento científico, em um relacionamento de cooperação, com criação de vínculos entre as diversas formas e instâncias de conhecimento.

Nessa nova perspectiva trazida pelo Pensamento Sistemico à Educação, as psicologias, as terapias, as relações de trabalho nas empresas, as questões ambientais e as práticas de saúde deixam de ser objeto de estudo e propriedade exclusiva de experts, para incluir um saber que leva em conta todas as formas de conhecimento. O principal norteador da educação não é o resultado local e supostamente eficiente, mas uma postura ética que permita aos seres humanos se reencontrarem consigo e entre si.

Pode parecer utópico, mas como escreveu e cantou Raul Seixas (1974): "Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade".

Ao longo desta seção conhecemos alguns eventos, como os estressores horizontais, que afetam a vida das famílias. Procuramos oferecer subsídios para uma prática sistêmica do psicólogo, abordando temas nem sempre explicitados nos processos de atendimento. O conhecimento desses temas e suas interfaces com as relações familiares, mesmo em atendimentos individuais, fornecem informações sobre suas repercussões sobre os sistemas e são também ferramentas para evitar ou reduzir o impacto desses eventos na vida dos indivíduos e suas famílias.

Sem medo de errar

A partir do relato de Michele, Clara buscou compreender como a doença se manifestou, relacionando sua tipologia psicossocial (início e curso e as fases do ciclo de vida da doença) com as consequências e graus de incapacidades. Verificou com Michele e sua família, como a doença tornou-se um membro do sistema, analisando sua personalidade, características, formas de atuar e interferir na dinâmica familiar. Foi possível dar voz ao marido e ao filho, que mesmo diante de uma doença que se apresentou de forma gradual, progressiva, não fatal e incapacitante, não compreendiam como uma mulher tão trabalhadora ficou tão debilitada. Essa compreensão da doença possibilitou um vínculo entre o mundo biológico e o psicossocial, esclarecendo o relacionamento entre a doença crônica e o ciclo de vida familiar.

Nos atendimentos, Clara, levando em conta o papel de Michele como uma das principais provedoras da família, conversou com ela sobre como a doença afetou esse papel em sua vida, sua adesão ao tratamento e a compreensão e superação das fases da doença. Sua resiliência e o apoio da família de origem foram ingredientes favoráveis para a superação de cada momento vivido. O suporte familiar e a compreensão das interfaces entre a FCVF e a Fase do Ciclo de Vida da Doença colaboraram para que ela pudesse seguir em frente, alimentando seus sonhos e ressignificando sua própria experiência com o adoecimento.

Clara considerou a importância da rede social significativa de Michele, que era estável, sensível, ativa, confiável e protetora contra o avanço da doença. Sua rede também a ajudou a buscar tratamento nos serviços de saúde e a buscar apoio na igreja, família e trabalho, contribuindo para o processo de melhoria e aumentando as perspectivas da sua sobrevivência.

Por último, Clara levou em conta que Michele se encontrava na fase da família com filho adolescente. Procurou dar voz a Guilherme e a suas demandas ligadas a seu processo de aproximações e afastamentos em relação ao sistema familiar, evitando uma paralização e/ou quebra do seu desenvolvimento pessoal. Refletiu com o casal sobre o seu momento de realinhamento e reaproximação em relação às famílias de origem.

Faça valer a pena

1.

A partir do ponto de vista teórico escolhido, a visão sistêmica de mundo, acredita-se que a forma que escolhemos para lidar com determinado fenômeno é uma consequência da descrição que fazemos do próprio fenômeno, ou seja, as práticas sociais que podemos detectar como possíveis para lidar com a violência intrafamiliar dependem de como escolhemos descrever e explicar a violência intrafamiliar. A própria visão sistêmica ajuda a escolher e descrever esta categoria de violência como sendo um fenômeno complexo que está relacionada a fatores causais de diferentes níveis, como o individual, o relacional, o comunitário, o cultural, etc. (ZUMA, 2004, p. 27)



A partir do texto anterior, apresentamos algumas afirmações.

- I. Levando em conta a noção de que a realidade que vivemos é construída por cada um de nós, devemos estar atentos à maneira que ajudamos ou não a conservar a violência como forma de solucionar conflitos no acervo de comportamentos da nossa cultura.
- II. Considerando a impossibilidade de interações instrutivas (ou seja, a constatação de que não se muda ninguém a não ser a nós mesmos), o máximo que podemos fazer é criar condições que possam propiciar mudanças que ajudem o (s) autor (es) de violência (s) a encontrar (em) alternativas não-violentas para a resolução de conflitos.
- III. Encontramos uma forma para lidar com a situação quando valorizamos um ângulo específico da situação, garantindo que todos tenham o mesmo entendimento sobre o problema que está sendo relatado.
- IV. Utilizar o trabalho em rede é prejudicial, pois atrapalha a boa condução do trabalho terapêutico, uma vez que as pessoas pensam de formas diferentes.

É correto o que se afirma em:

- a) I, II e IV.
- b) II e III.
- c) II, III e IV.
- d) III e IV.
- e) I e II.

2.



A perspectiva intergeracional e de ciclo de vida focaliza as transições previsíveis (casamento, nascimento, saída dos filhos de casa) e as imprevisíveis do ciclo de vida (morte, doença crônica e divórcio), bem como os ciclos desenvolvimentais da família, que ocorrem aproximadamente a partir de cinco estágios: o casamento; a paternidade; famílias com filhos adolescentes; famílias no meio da vida e famílias no estágio tardio da vida. Tais ciclos são definidos sob alguns critérios – idade dos pais, dos filhos, tempo de união do casal etc., – desde o início de sua constituição até a morte de um dos indivíduos (Cervený & Berthoud, 2002). Essa perspectiva da família considera que a experiência da perda transforma os padrões de interação dentro do ciclo vital, exigindo uma reorganização familiar dos papéis e funções de cada membro no sistema familiar. (LUNA e MORÉ, 2013, p. 28-29)

Assinale como Verdadeiro (V) a (s) afirmação (ões) que está (ão) de acordo com a concepção sistêmica sobre as repercussões da morte na família e como Falso (F) a (s) que não está (ão) de acordo.

[] As teorias contemporâneas sobre a experiência da perda destacam uma concepção ampliada, concebendo-a como um processo interativo e contextual, abrangendo tanto o âmbito intrapsíquico quanto o cognitivo, familiar e social.

[] O luto está relacionado tanto como sujeito que sofre uma perda, quanto com a família e a rede de relações sociais, na medida em que esses relacionamentos promovem o intercâmbio social, ou seja, conversações produtoras de narrativas e significados.

[] A experiência de perda é um processo transacional que envolve o morto e os sobreviventes, num ciclo comum de rupturas e continuidade da vida familiar, sendo este o desafio mais difícil para uma família.

[] O profissional considera irrelevante quem morreu, bem como as circunstâncias da morte, pois quem está enlutado é o indivíduo que está sendo atendido.

Assinale a alternativa com a sequência correta

- a) V, V, F, V.
- b) F, F, F, V.
- c) V, V, V, F.

- d) V, F, V, F.
e) V, F, V, V.

3. Na perspectiva sistêmica buscamos entender a doença como se esta fosse um novo membro da família, que possui um surgimento, uma “personalidade”, um curso e diferentes fases. Estudamos também as consequências e graus de incapacitação causados pelas enfermidades. Relacione a coluna A (aspectos psicossociais das doenças) com a B (descrição dos aspectos):

COLUNA A	COLUNA B
A. Início	1. Progressiva, constante ou recorrente.
B. Consequência	2. Ausente, intermitente, moderada ou grave.
C. Incapacidade	3. De crise, crônica estável, crônica com recorrências ou terminal.
D. Curso	4. Agudo ou gradual.

Assinale a alternativa com a associação correta:

- a) A-2; B-3; C-4; D-1.
b) A-4; B-3; C-2; D-1.
c) A-3; B-1; C-2; D-4.
d) A-4; B-3; C-1; D-2.
e) A-1; B-2; C-3; D-4.

Seção 2.3

Redes sociais e famílias

Diálogo aberto

Vamos lembrar o trabalho da psicóloga Clara e da assistente social Mariana, que atuam juntas no Centro de Apoio Familiar (CAF). Clara e Mariana acabam de receber uma nova família que foi encaminhada ao CAF pelo médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela escola de Fábio, uma das crianças.

Fábio e Pedro Campos são gêmeos e têm 13 anos. Há dois anos sofreram um acidente envolvendo mais dois amigos, quando foram atrás de uma pipa presa em uma árvore. Os irmãos e João, um ano mais velho, subiram na árvore quando naquele momento um raio a atingiu. João morreu na hora e ficou preso à árvore, Pedro desmaiou e caiu na calçada. Fábio semicordado pediu à Júlio, outro amigo que estava na calçada, que chamasse ajuda. Os irmãos ficaram internados por semanas na Unidade de Tratamento Intensiva (UTI), em hospitais diferentes. Não presenciaram o velório e enterro de João e não sabiam exatamente o que havia acontecido, nem os desdobramentos para todos, além deles e seus familiares. A família é composta de Maria, a mãe, seu Joaquim, o pai, e duas irmãs mais velhas, Cida (16 anos) e Bia (14 anos). Moram com eles D. Joana, a avó materna dos meninos.

Fábio, após esses dois anos, começou a apresentar medos noturnos e dificuldade de ficar na rua brincando com as demais crianças e adolescentes, como fazia anteriormente. E Pedro aparentemente não apresentava nenhuma alteração, a não ser ficar mais calado.

Foram atendidos pela dupla psicossocial, Clara e Mariana. Nos primeiros atendimentos todos compareceram e as conversas se focaram nos sintomas de Fábio e na mudança de comportamento de Pedro. Relataram os ecos do acidente, em especial como as pessoas da rua onde moram ainda estavam abaladas pelo ocorrido. Maria contou que mora na rua desde quando era criança. Seus pais, junto dos avós dos demais meninos, foram os primeiros moradores da rua e todos se conhecem há muitos anos. A tristeza estava muito

presente nas conversas e os irmãos se sentiam responsáveis pela morte de João e pelo estado do Júlio.

Clara e Mariana optaram, juntamente com a família, por convidar os envolvidos no acidente para participar dos encontros terapêuticos.

Comparecem, além da família Campos, Júlio e sua mãe Francisca, D. Joana, Clotilde e Luciana, vizinhas de porta da Matilde, mãe de João, que se recusou a comparecer.

As profissionais construíram, a partir da rede significativa pessoal de Fabio e Pedro, uma rede significativa ampliada, em que todos pudessem se colocar e falar de seus afetos. Assim, construíram a rua onde moravam e como percebiam as relações e o efeito do acidente na vida deles.

O que as profissionais levaram em conta ao optarem por incluir os demais vizinhos da família Campos e ao construírem a rede significativa da rua?

Que aspectos do contexto cultural da família Campos contribuem para o processo terapêutico e devem ser valorizados?

Para que você obtenha o resultado esperado desta situação-problema faça um estudo apurado dos conteúdos apresentados no item Não pode faltar. Você encontrará nos boxes pedagógicos algumas oportunidades de rever e aprofundar o conteúdo. Esta é a última seção da Unidade 2 que aborda o estudo das famílias, considerando seus contextos e redes sociais. Vale a pena se debruçar sobre o estudo, que o ajudará a construir uma base conceitual a qual será fundamental para sua prática profissional e o auxiliará na confecção da sua tarefa no final da seção.

Bom estudo!

Não pode faltar

Rede social pessoal significativa e a vida familiar

Nesta seção vamos conhecer e entender um pouco mais das famílias e como incluem os membros da sua rede social. Ainda, trabalharemos questões sobre os contextos culturais, de pobreza e os seus impactos nas famílias e profissionais. Você verificará que, mais uma vez, vamos convidá-lo a algumas reflexões pessoais, pois é impossível falar de famílias e não visualizarmos as nossas.

Ao término da seção, proporemos um exercício que o ajudará a elucidar um pouco mais este amplo conceito de rede social.

O estudo das redes é importante para o trabalho da dupla psicossocial e permite aos profissionais trabalharem com outras pessoas envolvidas com a situação-problema apresentada pelo sistema familiar.

Já compartilhamos com você o conceito de família nuclear e de família extensa e lembramos que esse é apenas um recorte feito por nós especialistas, pois as famílias podem se apresentar de muitas maneiras. “Estudamos a família porque a vemos, e a vemos porque a evocamos com nossos modelos e nosso interrogatório” (SLUZKI, 1997, p. 28).

Nos diferentes momentos da história da humanidade somos seres imersos em uma rede múltipla, complexa e conectada de relacionamentos. Aqui, vamos nos dedicar às redes com que interagimos frequentemente, conversamos, trocamos ideias, afetos, vivências e que nos constroem como seres humanos (SLUZKI, 1997).

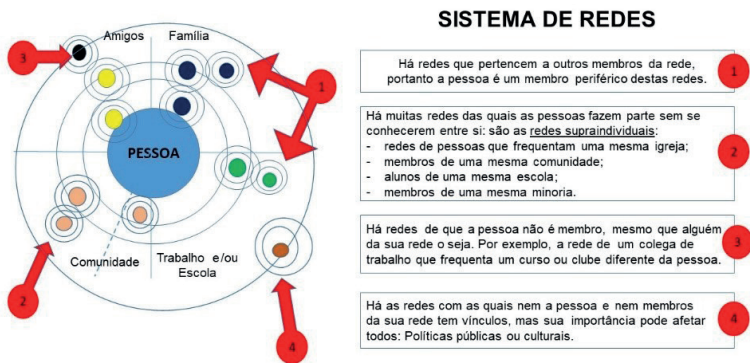
Para começar, vamos convidá-lo a responder algumas perguntas. Procure fazê-lo por escrito, isso ajudará nos seus estudos: Quem faz parte da sua família? Quem faz parte da sua rede social? Utilizaremos a letra da canção A Lista (2001), de Oswaldo Montenegro, para continuar nossa reflexão: “faça uma lista de grandes amigos, quem você mais via há dez anos atrás, quantos você ainda vê todo dia, quantos você já não encontra mais”. Enumere-os, sem se preocupar com uma ordem. Voltaremos a essa lista ao final desta seção.

Em nossa experiência, essas perguntas evocam em nós questões emocionais, culturais e até mesmo legais. E habitualmente geram novas perguntas: Quem é significativo para mim? Como defino o que é significativo? É possível delinear o limite do sistema familiar? E como trato as pessoas que não são familiares? (CESAR, 2005).

Essas e outras perguntas nos estimulam a pensar como é amplo o sistema social significativo de uma pessoa. Envolve pessoas da família, amigos, colegas de estudo ou trabalho e pessoas ligadas a serviços na comunidade. Gostaríamos ainda de pensar sobre dois outros aspectos: um é que essa rede se modifica segundo a fase do ciclo familiar que se está vivendo e o outro é que cada membro da rede possui uma rede própria, podendo ou não estar presente na sua; são intersecções que compõem um sistema de redes. Ou seja, “as fronteiras significativas do indivíduo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo um conjunto de vínculos interpessoais do sujeito” (SLUZKI, 1997, p. 37).



Figura 2.1 | Sistema de redes



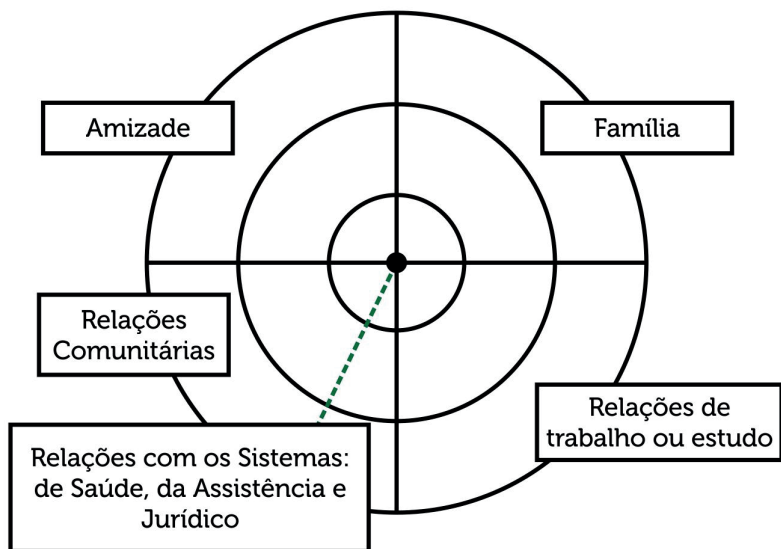
Fonte: adaptada de Sluzki (1997, p. 39).

Assim como Vasconcellos (2010), nós nos deteremos no trabalho desenvolvido por Sluzki ao dizer que estamos imersos em contextos culturais, históricos, econômicos e religiosos, assim como em uma conjuntura de existência ou não de serviços públicos de saúde e/ou da assistência, todos fazendo parte da vida de uma pessoa. Podemos considerar que a rede social de uma pessoa é a trama de relações significativas desse indivíduo, diferenciando-o da sociedade como um todo. Essa rede de relações interpessoais reafirma quem é esse indivíduo e constitui um dos aspectos central da sua experiência, favorecendo a construção de sua identidade, competência de bem-estar e autoria, incluindo o autocuidado da saúde e a sua capacidade de solucionar situações de crise (SLUZKI, 1997).

Ainda segundo o autor, a rede social significativa pode ser desenhada utilizando o mapa da rede, uma maneira de sistematização e um recurso útil na prática profissional. Ela possui quatro quadrantes e cada um representa um grupo de relações interpessoais, como a família, amigos, colegas de trabalho e/ou estudos e a comunidade, incluindo serviços de saúde, assistência, jurídicos, entre outros (Figura 2.1). Em sua composição há três círculos e no centro um ponto, que representa o próprio indivíduo. Esses círculos indicam o grau de proximidade ou

intimidade que o indivíduo tem com os membros que compõem a sua rede. Cada círculo pode ser descrito como: círculo mais interno – relações íntimas ou próximas, círculo intermediário – relações com menor grau de compromisso e o círculo externo – relações ocasionais (SLUZKI, 1997).

Figura 2.2 | Mapa de rede social significativa pessoal



Fonte: adaptado de Sluzki (1997, p. 43).

Gostaríamos de enfatizar que o uso do mapa da rede tem por objetivo clarear as relações da pessoa e assim ativar, segundo suas necessidades, as potencialidades da sua própria rede. O profissional colabora na construção do mapa da rede com o indivíduo, fazendo uso de perguntas e direcionamentos que ajudarão a emergir um conjunto de membros da rede que pode ser diferente em cada momento e/ou quando realizado por outro profissional. O trabalho em dupla ou até mesmo em equipe pode proporcionar inúmeros olhares para o mapa da mesma pessoa. O mapa da rede é como uma fotografia do momento da pessoa e pode variar, gerando mapas de rede diferentes, conforme o momento e o problema abordado.



João, um rapaz de 18 anos, cursa o último ano do Ensino Médio, trabalha na oficina mecânica de seu tio e é o terceiro filho de seis, sendo o primeiro a concluir essa etapa de estudos. O jovem busca ajuda em um serviço de assistência, com um dilema sobre qual carreira seguir. O profissional que atendê-lo pode seguir uma lógica de perguntas a respeito de estudos e trabalho. Se João estivesse vivendo um dilema sobre um namoro cheio de conflitos e uma suspeita de gravidez, as perguntas possivelmente seriam outras. Consequentemente, em cada uma das situações, o conjunto de pessoas elencadas por João pode ser diferente.

Além de permitir que a pessoa conheça a sua própria rede social nos diferentes momentos e situações da vida, podemos dizer que a rede social tem um conjunto de características e funções. Conhecê-lo nos ajuda a refletir, com aquele que é o 'dono do mapa da rede', as possibilidades de enfrentar o conflito ou crise. Lembrando que se trata de uma sistematização e não um modelo único a ser seguido, portanto a criatividade e o lúdico podem e devem estar presentes nessas conversações sobre a rede social significativa.

Dependendo da faixa etária do indivíduo, o número médio de membros da sua rede pode variar de 40 a 50 pessoas, potencialmente disponíveis para compreender e buscar soluções para o problema apresentado por ele. É bastante interessante como a construção do mapa da rede reativa relações aparentemente distantes e pouco utilizadas, nesse sentido o mapa permite ver a mobilidade da rede.

Podemos utilizar um conjunto de perguntas que favorecem o diálogo e permitem olhar além do problema. Em que direção você acha que a sua relação com essa pessoa está indo, para um aumento de intimidade, para uma redução de intimidade ou sem mudanças previsíveis? Ao término da confecção da rede, podemos indagar: como foi olhar para a sua rede? Em sua opinião, o que falta em sua rede? Você observou se há recursos em sua rede que não estão sendo utilizados? Você já pensou que diferença faz na prática, centrar seu olhar no que falta ou nos recursos não utilizados? (CESAR, 2005).

Buscando compreender e analisar alguns aspectos da rede social, Sluzki (1997) ressalta que as redes possuem características estruturais (Quadro 2.3) e funções específicas, devendo ser utilizadas como ampliação e reflexão do desenho do mapa.

Tamanho	São ideais as de tamanho médio, pois se tornam mais efetivas em situações de sobrecarga ou tensão, quando se trata de um problema de longa duração. As redes muito numerosas se desarticulam, pois, os membros da rede podem pensar que alguém já deve estar se preocupando com a situação. E as redes muito pequenas, obviamente podem entrar em exaustão muito rapidamente.
Densidade	Os membros da rede do informante possuem ligação entre si; quanto mais membros possuem relações entre si, além do informante, maiores as chances de enfrentar o problema.
Composição ou distribuição	A proporção do total de membros da rede nos diferentes quadrantes e círculo. Quando há muita concentração em um dos quadrantes ou círculo, essas redes podem ser menos flexíveis e efetivas, diferentemente das redes com maior distribuição.
Dispersão ou acessibilidade	Relaciona-se com as questões geográficas e a distância física entre os seus membros, influenciando a facilidade ou dificuldade de acesso ao informante e uma pronta ação frente ao problema.
Homogênicas	Idade, sexo, cultura e nível socioeconômico, semelhantes dos membros de uma rede, podem ser vantagens ou não na resolutividade do problema, fazendo com que demorem mais a reconhecer o estresse.
Heterogênicas	Pode apresentar um grau maior de conflitos, posicionamentos e tensões, necessitando de mediadores dos subgrupos.
Atributos de vínculos na relação	Grau de intimidade (intensidade e/ou compromisso); existência de mais de uma função (versatilidade); funções equivalentes ou de reciprocidade; necessidade de manutenção; número de encontros e a presença de histórias em comum.

Fonte: adaptado de Sluzki (1997, p. 45-48).

As funções da rede evidenciam a forma como foram construídos e mantidos os vínculos entre o informante e seus membros. Podem ser consideradas funções da rede: a realização de atividades ou o fato de estarem juntos (companhia social); trocas afetivas positivas, desenvolvendo um clima de compreensão, empatia, estímulo e apoio (apoio emocional); relações que compartilham informações pessoais e/ou sociais, elucidando expectativas e valorizando modelos e papéis (guia cognitivo e conselhos); relações que pontuam responsabilidades e colaboram na definição de papéis, levando em conta as atitudes que afastam ou afetam as expectativas coletivas (regulação social); relações que podem colaborar a partir de conhecimentos específicos ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde e de assistência (ajuda material e de serviços); relações que dão acesso a novas conexões de pessoas e outras redes sociais (acesso a novos contatos) (CESAR, 2005).

O que vai determinar o uso do mapa da rede é a percepção do profissional de que, frente a algum dilema, conflito ou crise pela qual o indivíduo esteja passando, quando só o autocuidado não é suficiente, torna-se útil envolver outros membros da própria rede, ampliando a escuta e o entendimento do problema apresentado.

As experiências de perda e dor, de alegria e amor, as transições das fases do ciclo de vida, a criação dos filhos, a vida e sua evolução, ordenam, organizam e dão significados às relações da nossa rede social significativa (CESAR, 2005). Sabemos que eventos como doenças agudas ou crônicas, mudanças geográficas, casamentos, separações, desemprego, violência intrafamiliar e envelhecimento, entre outros, constroem diferentes contornos do mapa da rede de um indivíduo. Outros aspectos que também afetam a rede de uma pessoa, alterando suas características e funções são: mudança das configurações familiares; menor participação em atividades sociais informais e formais (igrejas, clubes, organizações voluntárias, entre outros); famílias sem filhos ou com filhos geograficamente distantes; mudanças de endereços; diferentes estilos de vida; perda do vínculo com o território de origem e redução ou inexistência de atividades ou rituais coletivos, incluindo a família extensa e a comunidade (SLUZKI, 1997).

O uso desse recurso ajuda a tornar visíveis, nomear seus membros e falar sobre eles. Ao ter acesso à rede, tanto o informante como o

profissional podem observar os fins terapêuticos da ação. Uma vez acessado “o seu traçado é possível decidir qual ou quais das muitas redes intersectantes podem ser ativadas, desativadas ou modificadas” (CESAR, 2005, p. 6). Permite ampliar o repertório do profissional, de maneira qualitativa e quantitativa, na medida em que passa a ser possível incluir outros membros no trabalho terapêutico. Dentre os vários desafios do enfoque sistêmico, devemos incluir de forma responsável as diversidades do contexto, considerando as variáveis de rede, as questões socioeconômicas e culturais que “consistem em desenvolver histórias que incorporem esperanças, que gerem um *feed-back* de autoria, que sublinhem as capacidades e a eficiência potencial daqueles que nos consultam” (SLUZKI, 1997, p. 65).

As redes intersetoriais e a vida familiar

A intersectorialidade pode ser compreendida como um recurso que permite a articulação das políticas públicas setoriais por meio da coordenação e cooperação das ações prestadas para a criação de um sistema de redes de cuidados. Tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) como a Sistema Único da Assistência Social (SUAS) possuem entre seus atributos a construção de serviços que visam a integralidade da assistência do indivíduo e sua família. Entendendo ainda que há uma interdependência de atores sociais e organizações e que são necessárias ações conjuntas para o cuidado dos problemas presente nas vidas das pessoas nos seus diferentes ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004; MEDEIROS, 2017; LEBRÃO e DUARTE, [s.d.]).

Evitando as contradições e exclusões que aumentam as desigualdades, é necessário investir em um sistema de informação flexível e ágil o suficiente para compartilhar as responsabilidades nas tomadas de decisão, validando as atribuições de cada setor e otimizando os recursos financeiros. É necessário ir além da regionalização como organizadora da rede, criando uma horizontalidade em que é possível valorizar cada um dos nós gerada pela própria rede (RIGHI, 2005). Trata-se de uma estrutura organizacional que considera a atividades de cada um dos serviços e a “dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos” (HARTZ e

CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S334). Sabemos que o trabalho desenvolvido de forma articulada, em conjunto e integrado favorece a troca de saberes, amplia o olhar sobre o problema e o leque de soluções possíveis, levando em conta a complexidade da realidade social do indivíduo e sua família favorecendo a inclusão social e assim evitamos a fragmentação dos cuidados (PEREIRA et al., 2011; MEDEIROS, 2017).

São inúmeras as possibilidades de constituição de redes, embora as parcerias mais conhecidas sejam as constituídas pelo SUS, SUAS e a área jurídica, especificamente as Varas da Infância e Família, e Conselhos Tutelares. As redes intersetoriais, ao considerarem o cidadão integralmente, reconhecem as demandas individuais e coletivas, buscando ações resolutivas nas diferentes áreas de interesse e necessidade da população. Envolve como protagonistas uma rede extensa de profissionais, oriundos de setores como: saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura, habitação, segurança, esporte e lazer. Pode contar com a participação das universidades por meio de programas e projetos de extensão comunitária, não deixando de estimular a contribuição dos movimentos sociais, garantindo e ampliando a presença e voz da população em busca de melhorias.



Assimile

Desafios do trabalho intersetorial

- Estabelecer uma estrutura administrativa e do controle social que possibilite a articulação intersetorial e criar instrumentos de gestão para monitoramento, avaliação e fluxo de informações das ações integradas.
- Valorizar o atendimento nos serviços no primeiro nível de atenção de cada setor como porta de entrada preferencial da rede; agilizar e permitir acessos fáceis aos diversos procedimentos e profissionais, nos diferentes níveis, da menor para a maior complexidade segundo as demandas.
- Valorizar os atendimentos conjuntos envolvendo os diferentes serviços, produzindo distintos olhares para as histórias apresentadas e agilizando os cuidados; gerar subsídios para discussão das competências do SUS e SUAS e outros sistemas; garantir o apoio domiciliar e o autocuidado na busca da autonomia do usuário.

- Apoiar as Equipes técnicas e gestores capacitando-os para a operacionalização da ação intersetorial na esfera prática e no redirecionamento de ações das políticas públicas locais, na construção de pactos e consensos entre os atores envolvidos (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004; MEDEIROS, 2017).

A intersetorialidade está ligada à concepção de descentralização que tem como consenso a transferência de poder e de funções administrativas para outras esferas de governo, em especial a gestão municipal (MEDEIROS, 2017).

Na prática sistêmica recursos como a assembleia de famílias e assembleia de redes são formas que se utilizam dos princípios da intersetorialidade. Segundo Aun [s.d.] e sua equipe, para desenvolver o trabalho é necessário definir a família de forma ampliada, não apenas a família nuclear e eventualmente a família extensa. É essencial a inclusão da rede social como um todo e, sempre a partir da escolha que a família faz de quem quer participar. O entendimento daquilo que é problema para cada pessoa ajuda a criar um estado de tensão que fará com que o sistema determinado pelo problema se auto organize durante o processo. A crise e sofrimento juntamente com uma dose de esperança se transformam em possibilidade de abertura da intimidade familiar e de busca e aceitação de ajuda. No caso da Assembleia de Família, espera-se reunir uma rede formada por 20 a 50 pessoas. Já a Assembleia de Redes, o sistema do problema, abarca um número maior de participantes, uma vez que há inclusão de mais famílias, com demandas similares e que trarão suas redes sociais. Será necessário envolver setores que afetam ou são afetados pelo sistema do problema.

A coordenação das assembleias deve ser executada por duplas ou até mesmo por equipes de 4 ou 5 membros, dependendo do número de participantes. As assembleias expressam, de uma maneira micro, o trabalho de intersetorialidade, pois permitem a abordagem do sistema criado a partir do problema. Ao validar a rede social significativa dos indivíduos é possível manter suas identidades e cultura, seu lugar de pertencimento e a manutenção das autorias de suas vidas e de integralidade.



Para entender um pouco mais sobre o atendimento sistêmico de famílias no CRAS, sugerimos a leitura do artigo:

MENDONÇA, R. T. A Metodologia de Atendimento Sistêmico de família e redes sociais no centro de referência de assistência social: uma proposta teórica e prática. **Nova perspectiva Sistêmica**, v. 23, n. 50, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/G2TAit>>. Acesso em: 28 maio 2018.

Trabalhando com famílias em situações de pobreza, violência e exclusão sociocultural

No Brasil e em muitos outros países é grande o número de famílias que vivem em situações em que a pobreza, a violência e os efeitos da exclusão sociocultural fazem parte de seu cotidiano. A formação tradicional nas áreas da saúde e psicossocial costuma privilegiar o estudo dos efeitos causados sobre as famílias pela vida em condições em que, frequentemente, a pobreza está associada a diversas formas de violência cotidiana, seja social ou política (PAKMAN, 1993). Mas pouca atenção é dirigida às consequências para o profissional que trabalha nestas circunstâncias.

O trabalho sistêmico com famílias exige do psicólogo atenção para a complexidade das relações interfamiliares e também para os contextos mais amplos. Esse tipo de trabalho exige criatividade e adaptação por parte dos terapeutas e, no caso especial do trabalho com famílias em situação vulnerabilidade física, social e emocional, "a terapia em contextos de pobreza requer tratar a pobreza da terapia." (PAKMAN, 1993, p. 10).

Quais são as dificuldades que o trabalho com essa população traz para o profissional? Estudaremos as mais comuns e apresentaremos algumas sugestões para o trabalho:

1 - Atendimento de famílias que muitas vezes não pediram para ser atendidas

As famílias que vivem nos contextos de pobreza estão mais expostas a ações e relações com os serviços de assistência social, de proteção às crianças e adolescentes e instâncias judiciárias em geral. Com muita frequência, o profissional que trabalha em serviços direta ou indiretamente ligados a esses setores, está na intersecção

de vários sistemas (familiar, rede social ampla, serviços sociais e jurídicos) e se depara com uma situação potencialmente conflituosa, que é o atendimento de quem não pediu para ser atendido, o “cliente involuntário”. Podemos adiantar que a tarefa inicial do terapeuta será diferenciar-se das instituições oficiais e normativas, deixando claro para a família que seu papel não é de juiz, avaliador ou perito. Apresentamos alguns norteadores para a prática: convide os clientes a dizerem como eles veem o problema; evite fazer hipóteses prematuras; verifique se tiveram a oportunidade de dizer o que queriam dizer; use uma linguagem coerente com o vocabulário e a cultura dos clientes; crie e mantenha um espaço para que possam contar seus próprios pontos de vista; lembre-se que suas perguntas influenciam a construção das respostas dos clientes; respeite o passo, o ritmo e o tempo dos clientes; não presuma que tenham compreendido ou concordado com o que você disse; use uma linguagem que seja cooperativa e positiva, convidando-os a participar da conversa e fique atento àqueles que querem conversar.

2 - Relacionamento com instâncias institucionais de assistência social e jurídicas

Estes muitas vezes são vistos pelas famílias como “inimigos”, que os acusam de serem negligentes e/ou violentos, com o que não concordam. Muitas vezes reagem de forma agressiva e/ou inadequada diante das posições destes serviços. É comum que o profissional tome partido, assumindo uma posição de aliança com a família: nós contra eles! Sugerimos que faça contato com estes setores, buscando estabelecer um vínculo com os outros profissionais e separar a instituição das pessoas que nela trabalham. Faça uma abordagem mais pessoal “trate de conhecer, desde o começo...que outras instituições estão envolvidas no caso...Ali onde há uma ‘instituição’, trate de transforma-la em um ‘nome’, e se for possível, em um ‘rosto’ e ‘uma voz’.” (PAKMAN, 1993, p. 14)

3 - Tentativas de soluções que em geral não resolvem os problemas das famílias, trazendo consequências negativas para estas e para os profissionais

Diante das situações complexas, dramáticas e de sofrimento com que se depara, muitas vezes, sem perceber, o profissional se

defende, refugiando-se em seu papel técnico, tentando ser um superprofissional, baseando-se em sua formação acadêmica, frequentemente dissociada do contexto em que trabalha. Essa solução acaba falhando, fazendo com que o técnico se sinta, “como um dentista tratando de fazer o que aprendeu na universidade, enquanto corre atrás de um paciente, em um parque, em meio a uma tempestade” (PAKMAN, 1993, p.12). As formações psicológicas costumam privilegiar o chamado “mundo interno”. Nesses casos, é imprescindível uma ampliação do olhar para as inter-relações, em seus variados níveis, estabelecendo um trabalho em equipe e intersetorial.

4 - Recomendações para evitar a paralisia e burocratização do trabalho e também a frustração e desestímulo para os terapeutas

É preciso evitar o risco de tornar-se um burocrata, que preenche formulários e elabora relatórios que muitas vezes não serão lidos. Aqui também, a atitude de buscar um contato mais pessoal com a rede de serviços formada a partir do problema pode ser útil.

5 - Problemas físicos e mentais causados pelo trabalho em condições de insalubridade emocional e estresse

Ao contrário de alguns que buscam refúgio na técnica ou na burocracia, muitos profissionais sensíveis e bem-intencionados envolvem-se tão profundamente com as famílias que atendem, que acabam se transformando em ativistas políticos, engajando-se tão intensamente nas questões políticas que se esquecem do seu papel terapêutico. Outros assumem, ou pelo menos tentam assumir, o papel de “salvador”, como se estivessem em um navio naufragando e, por não poderem salvar a todos, tivessem que escolher alguns para sobreviverem ao desastre. Esse esforço, muitas vezes sobre-humano, pode levar o profissional a um estado de desgaste físico e emocional, semelhante aos sintomas da depressão clínica e que foi descrito por Herbert Freudenberger, em 1974, como Síndrome do Burn-out. A expressão pode ser traduzida como “queimar todo o combustível”, “esvaziar o tanque”, ficando sem forças para o trabalho e também para sua vida pessoal, além de frequentemente apresentar doenças psicossomáticas. A promoção do autocuidado, a consciência de ser um profissional em condições de risco e o trabalho em equipe são fatores de proteção, que podemos comparar

aos equipamentos de proteção individual utilizados nos inúmeros trabalhos em condições insalubres (PAKMAN, 1993).

Múltiplos contextos culturais brasileiros e o trabalho com famílias

Após a lei do divórcio, promulgada há 41 anos, muitas foram as mudanças ocorridas nas composições familiares. Do mesmo modo que é difícil para a maioria dos jovens imaginar um mundo sem internet e telefones celulares, um mundo sem separações, recasamentos, uniões estáveis, sem rituais legais e/ou religiosos, união de pessoas do mesmo sexo e famílias uniparentais também pode parecer ficção.

No entanto, já quase no final da segunda década do século XXI, convivemos com uma multiplicidade de configurações familiares, em que o antigo e o novo estão presentes e requerem uma atenção especial por parte dos profissionais que atendem famílias.

Como procedermos no que diz respeito às famílias? O que é uma família estruturada? Seria a família nuclear urbana moderna, com pais de sexos diferentes e seus filhos? E o que dizer de uma família de pais divorciados? E uma família uniparental? E as famílias com filhos adotados? E as crianças e adolescentes criadas muitas vezes desde bebês em abrigos? A lista de modelos é extensa e exige por parte dos terapeutas muitas reflexões.

Os termos funcionais e disfuncionais são frequentemente usados no que diz respeito às famílias. Entre os vários significados atribuídos à palavra funcional pelo *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (1986), nenhum se refere à certo ou errado. Curiosamente, a palavra disfuncional é descrita no mesmo dicionário como “função que se efetua de maneira anômala” (FERREIRA, 1986, p. 597). Como definir disfuncional como anômalo se não há uma definição exata do que seria funcional?

Em primeiro lugar, além desses novos formatos, precisamos lembrar que vivemos em um país de dimensões continentais e com múltiplas influências culturais, que vem desde a época colonial, com suas famílias extensas, passando pelas influências dos índios, dos escravos africanos e dos inúmeros imigrantes que ajudaram a criar nosso caldeirão de misturas étnicas e culturais.

A partir dos referenciais sistêmicos teóricos e práticos até agora apresentados, propomos alguns “norteadores” para o trabalho em contextos de diferenças étnicas e culturais. Lembrando sempre que norteadores não são regras, mas pontos de referência, como uma bússola que tem seus pontos cardeais (um deles é o Norte, origem da palavra norteadores), mas não nos obriga a seguir um rumo determinado, pois nós é que o escolheremos, porém, pelo menos saberemos para onde estamos indo. Sendo assim:

- Não parta do princípio que o modelo de família numericamente predominante ou mais familiar para você ou para sociedade é o correto; a função básica de qualquer família, seja qual for seu formato, é de cuidar e proteger seus membros, especialmente as crianças, adolescentes e idosos; se uma família não cuida de seus membros, em especial dos mais vulneráveis, podemos dizer que não cumpre suas funções, mas não necessariamente essa questão está ligada à sua composição.
- Quando atender qualquer família, esteja aberto para ouvir a narrativa do que é problema para eles. Assim como é importante ouvir e considerar a narrativa familiar a respeito do que é ou não problema, não podemos deixar de levar em conta o arcabouço de leis que estabelecem diretrizes e limites em relação ao que é ou não permitido em cada sociedade; as leis não são absolutas, comportam interpretações por parte dos juristas. Devemos estar atentos na maneira que as famílias se relacionam com as instituições jurídicas, que muitas vezes as encaminham para terapia. Converse com a família, a qual muitas vezes discorda das visões legais, que cabe a ela convencer juízes e promotores que estão cumprindo sua função. Muitas vezes a forma da família relacionar-se com essas instâncias pode colaborar para reforçar a ideia de negligência ou violência.



Reflita

Moré (2005) relata a sistematização do trabalho com redes significativas pessoais em torno de um paciente e as ressonâncias sobre os demais membros do processo de intervenção psicológica. A partir da leitura desta seção e do artigo, como você poderá desenvolver uma prática

sistêmica em redes? Que atributos pessoais, profissionais e de sua própria rede devem ser ativados?

MORÉ, C. L. O. O. As Redes Pessoais Significativas como Instrumento de Intervenção Psicológica no Contexto Comunitário. **Paidéia**, v. 15, n. 31, p. 287-297, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/oQp4M6>>. Acesso em: 22 maio 2018.

Exercício de construção do mapa da rede social pessoal significativa

Logo no início da seção, convidamos você a fazer algumas reflexões pessoais como forma de aprender a utilizar os recursos apresentados, bem como identificar sua potência e, simultaneamente, gerar uma oportunidade de se conhecer um pouco mais à luz da terapia familiar sistêmica.

Agora é a hora de pegar um papel, lápis ou caneta e dar uma parada para olhar para si mesmo. Escolha um lugar confortável e pense que você tem todo tempo do mundo para fazer esse exercício. As informações aqui visualizadas não precisam ser apresentadas em sala de aula. Embora o compartilhamento com os colegas de suas descobertas e percepções sejam úteis, a decisão será sua.

Nosso objetivo nesse exercício é construir com você um roteiro que possa ser flexível e criativo. São alguns indicadores para quando utilizar o recurso do mapa da rede social significativa você se sinta curioso de ouvir os outros e fazer algumas as reflexões em conjunto.

Possivelmente inúmeras pessoas surgirão em sua cabeça, pelos mais diversos motivos. Tente se lembrar quem são elas, enumere-as. Procure ouvir novamente a música *A Lista*, após escutá-la, acrescentaria mais alguém? No texto, propusemos duas perguntas iniciais: quem faz parte da sua família? Quem faz parte da sua rede social? Gostaríamos de incluir outras perguntas: com quem você se encontra com mais frequência? Quem está mais próximo? Quem está mais distante? Os que não são da família são o que? Assinale quais são as pessoas importantes na sua vida.

Vamos acrescentar outro passo: escolha um problema real, significativo, atual e ainda não solucionado da sua vida. Ele funcionará como um guia. Anote suas reflexões. O que você costuma fazer quando precisa buscar alguma solução para seus problemas?

Independentemente da sua escolha de problemas, vamos seguir em frente. Reflita sobre estes temas:

- Com quem você conversa quando tem um problema em seu trabalho?
- Com quem você conversa quando tem um problema de relacionamento?
- Quem você procura quando tem um problema de saúde?
- Com quem você conversa quando tem problemas econômicos?
- Quem são seus companheiros de lazer e/ou diversão?
- Com quem você compartilha suas alegrias e sucessos?
- Quem é um ombro amigo para você chorar?
- Com quem você compartilha seus problemas existenciais e/ou religiosos (ou espirituais)?
- Com quem você se aconselha em relação a eventuais mudanças de rumo em sua vida profissional?
- Com quem você se encontrou na última semana, fora de seu trabalho/estudo?

Olhe sua lista e as respostas. O que chama sua atenção? Você consegue identificar quais pessoas estão indo em direção a um aumento de proximidade ou em direção a uma redução de proximidade? O uso do mapa da rede visa clarear as relações das pessoas e permitir ativá-las segundo as necessidades e potencialidades de cada rede.

Agora é hora de colocarmos a sua lista de nomes no seu mapa da rede.

Imprima a Figura 2.2 ou a desenhe em um papel, utilizando-a como modelo. Você é o ponto central do gráfico. Numere ou utilize sinais que representem as pessoas em cada subgrupo/quadrante e localize-as conforme o grau de proximidade: no círculo menor as mais próximas, as mais distantes no círculo maior.

Ao preencher o seu mapa, se surgirem perguntas ou dúvidas sobre como fazer, anote-as, pois podem render uma boa discussão na sala de aula. Escreva uma breve narrativa sobre o mapa da sua rede social significativa e leve-a para o encontro presencial. Poderá ser enriquecedor ler para os colegas o seu relato e aprendizados.

Ao fecharmos esta seção e unidade, esperamos que você tenha feito uma viagem pessoal e profissional no tempo, conhecendo

a história das famílias e as diversas fases do ciclo de vida familiar. Esperamos que tenha tido uma ideia de como os diversos eventos presentes na vida familiar podem ou não se transformar em estressores. E tenha percebido a importância das redes sociais na ampliação dos cuidados.

Sem medo de errar

Nesta seção, a psicóloga Clara e a assistente social Mariana compõem uma das duplas psicossociais do Centro de Apoio Familiar (CAF). Clara e Mariana receberam Fábio, Pedro e sua família, encaminhados por um médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) e pela escola de Fábio. Fábio e Pedro Campos são gêmeos, têm 13 anos e sofreram um acidente envolvendo também dois outros amigos. A morte de um deles e a gravidade do acidente deixou sequelas para todos. A família dos meninos mora na mesma rua há quase três gerações, o que permitiu que Clara e Mariana trabalhassem com a rede social significativa da família de forma ampliada, ou seja, incluindo alguns vizinhos e familiares.

Ao fazerem essa escolha, as profissionais valorizaram cada um dos membros da rede e puderam perceber o quão significativa essa vizinhança era, não só para os meninos, mas para os adultos, que desde a infância se conheciam. Trata-se de uma rede com muitas funções (companhia social, apoio cognitivo e regulação social, apoio emocional e material), mas que não se sentiam sobrecarregados.

A partir do primeiro movimento de construção da rede da família Campos, foi possível detectar que alguns membros estavam vivenciando muitos estressores, dificultando a passagem para a fase seguinte do ciclo de vida familiar (FCVF). Ao incluir outros membros, escolhidos pelos próprios participantes, foi possível que o serviço do CAF passasse a fazer parte da rede dessas pessoas, favorecendo e constituindo um espaço de elaboração das perdas, mudanças da FCVF e reafirmação de um sentido de pertencimento. No caso das crianças e adolescentes que participaram do processo, também foi possível dar voz aos seus medos, inseguranças e tristezas que a vida colocou para eles tão precocemente, como a morte de um amigo e as sequelas físicas e orgânicas que Fábio e Pedro estavam experimentando.

Clara e Mariana propuseram que os adolescentes desenhassem a rua onde moravam, identificando os vários moradores, presentes ou não nas sessões, visualizando como ocorriam as relações e movimentações da rede, antes e após o acidente e como estava sendo a inclusão de novos membros, não só da rede de serviços de cuidados, mas também aqueles trazidos pelas mudanças das FCVF. Esta proposta lúdica dialoga com a criatividade dos vários participantes, possibilitando que outras histórias possam ser incluídas, deslocando o discurso deficitário para os discursos das capacidades e habilidades, até então paralisadas. As profissionais, ao trabalharem com o conceito do sistema mantido pelo problema, puderam reestabelecer, consolidar e expandir a rede social familiar, na medida em que ativaram as redes naturais. Realizaram uma intervenção terapêutica em rede, estimularam as habilidades sociais para desenvolvimento da rede e proporcionaram uma “desintoxicação” do sistema. Reconheceram-se como parte do sistema e juntos puderam buscar caminhos e explicações para redução e/ou dissolução do problema.

Faça valer a pena

1.

O trabalho sistêmico com famílias exige do psicólogo atenção para a _____ das relações interfamiliares e também para os contextos mais amplos. Até agora nosso foco tem sido o sistema familiar, mas coerentemente com cibernética de segunda ordem e com o construtivismo e construcionismo social, consideramos que o profissional também _____ do sistema. Este tipo de trabalho exige _____ e adaptação por parte dos terapeutas e no caso especial do trabalho com famílias em situação vulnerabilidade física, social e emocional, “a terapia em contextos de pobreza requer tratar a pobreza da terapia. (PAKMAN, 1993, p.10)

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto:

- a) Simplicidade, não faz, criatividade.
- b) Objetividade, não faz parte, exatidão.
- c) Complexidade, faz parte, criatividade.
- d) Complexidade, faz parte, técnica.
- e) Simplicidade, não faz parte, objetividade.

2.



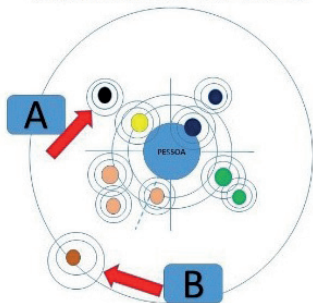
A função de uma rede está estreitamente relacionada à qualidade das relações interpessoais estabelecidas, com a família extensa ou com seu entorno social, de onde surgem atributos importantes, que poderão configurar a construção de uma rede de suporte pessoal significativa. Por sua vez, a qualidade das relações está necessariamente ancorada na história dos vínculos estabelecidos, na intensidade, frequência e mutualidade dos mesmos. (MORÉ, 2005, p. 290)

De acordo com o tipo de interação interpessoal entre os membros de uma rede, é certo afirmar que as suas funções de uma rede são:

- A ajuda material ou de serviços são relações que neutralizam os desvios comportamentais, lembram responsabilidades e definem a resolução dos problemas.
- O acesso a novos contatos é entendido como relações que fornecem informação e esclarecem expectativas, dizendo o que é certo ou errado.
- Guia cognitivo é aquele que realiza atividades em conjunto e gera bem-estar.
- Companhia social, guia cognitivo, apoio emocional, ajuda material, regulação social e acesso a novos contatos.
- Apoio emocional e a ajuda profissional específica, incluindo os serviços de saúde e de assistência social.

3. A figura a seguir apresenta o sistema de redes com os seus vários membros. As flechas em vermelho indicam tipos de redes relacionadas à pessoa que está no centro (em azul). Nesse sentido assinale a alternativa que expressa respectivamente a definição da rede A e da rede B.

SISTEMA DE REDES



Fonte: adaptada de Sluzki (1997, p. 39).

Escolha a alternativa correta.

- a) A – Rede de que a pessoa não é membro, mesmo que alguém da sua rede o seja; B – Rede com as quais nem a pessoa, nem os membros da sua rede tem vínculos.
- b) A – Rede da pessoa entrevistada, que está no centro, com círculos concêntricos representando as relações; B – Rede com as quais nem a pessoa, nem os membros da sua rede tem vínculos.
- c) A – Redes que pertencem a outros membros da rede, sendo a pessoa é um membro periférico dessas redes; B – Redes das quais as pessoas fazem parte sem se conhecerem entre si: redes supraindividuais.
- d) A – Redes das quais as pessoas fazem parte sem se conhecerem entre si: redes supraindividuais; B – Rede com as quais nem a pessoa, nem os membros da sua rede tem vínculos.
- e) A – Rede da qual a pessoa não é membro, mesmo que alguém da sua rede o seja; B – Redes que pertencem a outros membros da rede, sendo a pessoa um membro periférico dessas redes.

Referências

- ACOSTA, F. **Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS. 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/AtuZVN>>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- AUN, J. G. **Trabalhando com Sistemas Amplos – Sistemas Determinados por um Problema: Ampliando o uso da Metodologia de Atendimento Sistêmico Novo-Paradigmático**. [s. d.]. Disponível em: <<https://goo.gl/94zNso>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- BARTHOLO, M. H. **Relatos do fazer psicopedagógico**. Rio de Janeiro: NOOS, 2003.
- BROMBERG, M. H. P. F. **A psicoterapia em situações de perdas e luto**. Campinas: Editora Psy, 1994.
- BRUN, G. **Pais, filhos e cia. ilimitada**. Rio de Janeiro: Editora Record. 1999.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (colab.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CASEY, J. **A História da Família**. São Paulo: Ática, 1992.
- CESAR, C. F. **A vida das famílias e suas fases: desafios, mudanças e ajustes**. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/38g19q>>. Acesso em: 27 abr. 2018.
- _____. **As pessoas que fazem parte da minha família**. Instituto de Terapia de Família e Comunidade de Campinas – textos, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/JNoM4b>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- CESAR, C. F.; CAMPOS, J. **Repercussões da morte na família**. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/rZgis5>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- _____. **Narrativas de mulheres jovens: modo de vida, demanda clínica e cuidados de saúde no SUS**. 2016. f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/Z5uDR6>>. Acesso em: 18 maio 2018.
- COLOMBO, S. F. **Gritos e Sussurros: interseções e ressonâncias, trabalhando com casais**. São Paulo: Vetor Editora, 2006.
- COSTA, J. S. **O Trabalho com famílias e as questões gênero**. 2001. Disponível em: <<https://goo.gl/VUjDUf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- _____. **Terapia de família e seus significados: narrativas sobre as experiências dos clientes**. 2011. 115f. Tese (Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/i8Rom2>>. Acesso em: 4 abr. 2018.
- DICIO. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/genero/>>. Acesso em: 24 abr. 2018.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1986.

- FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, 159-165, 1974.
- GARCIA S. M. Conhecer os Homens a partir do gênero e para além do gênero. IN: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e Masculinidades: outras palavras**. 34. ed. São Paulo: Ecos, 1998.
- HANCONK, J. R. Porque rosa é de menina e azul de menino? **Jornal EL PAIS**. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/pZNQFJ>>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- HARAWAY, D. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual da palavra. **Cadernos Pagu**, v. 22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/vppu6L>>. Acesso em: 2 jul. 2018.
- HARTZ, Z. M. A e CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/RyS5GZ>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- JAEGER, W. **Paidéia: A formação do Homem Grego**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- LEANDRO, M. E. Transformações da família na história do Ocidente. **Theologica**, 2.ª Série, v. 41, n. 1, p. 51-74, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/h535DB>>. Acesso em: 14 maio 2018.
- LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Articulações Intra e Intersetoriais**. Ministério da Saúde. [s. d.]. Disponível em: <<https://goo.gl/NmVVHt>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- LUNA, I. J.; MORÉ, C. L. O. O. O modo de enlutamento na contemporaneidade e o aporte do construcionismo social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 20-35, agosto 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/FXpBjf>>. Acesso em: 15 maio 2018.
- MAFFEI, H. **Papai, mamãe, você... e eu?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- MARTINS, P. P. S.; MCNAMEE, S.; GUANAES-LORENZI, C. Família como realização discursiva: uma explicação relacional. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 24, n. 52, p. 9-24, agosto 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/P9nsJG>>. Acesso em: 9 maio 2015.
- MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora EFMG, 1999.
- MATURANA, H.; VARELA, F. **A Arvore do Conhecimento**. São Paulo: Palas Athena, 2002.
- MEDEIROS, J. **Os desafios da intersectorialidade no âmbito do SUAS**. GESUAS. 27 nov. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/4rAdfs>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- MENDONÇA, R. T. A Metodologia de Atendimento Sistêmico de famílias e redes sociais no centro de referência de assistência social: uma proposta teórica e prática. Rio de Janeiro: **Nova perspectiva Sistêmica** v. 23, n. 50, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/aFK7kH>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997/fev. 1998. Disponível em: <<https://goo.gl/2ZyDP2>>. Acesso em: 15 maio 2018.

MONTENEGRO, O. **A lista**. 2001. A lista. Jam Music, 2001 [cd].

MORÉ, C. L. O. O. As Redes Pessoais Significativas como Instrumento de Intervenção Psicológica no Contexto Comunitário. **Paidéia**, v. 15, n. 31, p. 287-297, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/yZ2bcH>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

MOREIRA, I. T. **Violência Busca e Esperança nos Grupos, nas Instituições e na Sociedade**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICA DE GRUPO, 11., 2001, Águas de Lindóia, SP. Anais... Águas de Lindóia, 2001.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes – um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil, In: KALoustian, S. M. (org). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez. 1994.

PAKMAN, M. Terapia Familiar em contextos de Pobreza, Violência e Dissonância Étnica. Rio de Janeiro: **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 4, p. 8-19, 1993.

PAKMAN, M. **Terapia Familiar em contextos de pobreza, violência e dissonância étnica**. Rio de Janeiro: Nova perspectiva Sistêmica: Ano II, n. 4, 1993.

PEREIRA, J. R. O.; SANTOS, M. J.; INOCENTE, M. J. As redes, seus desafios de implementação e o desenvolvimento sustentado. **Latin American Journal of Business Management**, v. 2, n. 2, p. 54-68, jul./dez., 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/3PHnpx>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

RIGHI, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Editora Unijuí, p. 73-92, 2005.

ROLLAND, J. S. Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RUSSO, R. **Eduardo e Mônica**. By Renato Manfredini Júnior (Renato Russo). Álbum Dois. EMI. CD,1986.

SCANTAMBURLO, N. P.; MORÉ, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A. O processo de transmissão intergeracional e a violência no casal. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 35-48, dez. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/aW6xDW>>. Acesso em: 15 maio 2018.

SEIXAS, R. **Prelúdio**. 1974. Gita. Philips Records, 1974. (LP).

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na Prática Sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

_____. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general. In: SCHNITMAN, D. F. **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad**. Buenos Aires: Paidós, 1994.

VASCONCELLOS, M. J. Redes Sociais: conceitos teóricos fundamentais para a prática. In: AUN, M. J. E. et al. **Atendimento Sistêmico de famílias e redes sociais**. **Belo Horizonte**: Oficina de Arte & Prosa, Vol. III, 2010.

WALDOW, D.; DUQUE, D. F. Da montanha russa ao vento! - a terapia como reconstrução de uma vida marcada pela violência. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-67, agosto 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/s9FPA3>>. Acesso em: 15 maio 2018.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na Família**: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: ArtMed., 1998.

ZUMA, C. E. **A violência no âmbito das famílias identificando práticas sociais de prevenção**. 2004, 42 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais) – LTDS/COPPE/UFRJ e SESI/DN, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/Bv8uVm>>. Acesso em: 15 maio 2018.

Terapia familiar na prática

Convite ao estudo

Olá, na Unidade 3 vamos avançar um pouco mais com a prática da terapia familiar. Serão três seções com vários exercícios e você será protagonista deles, uma oportunidade de conhecer um pouco mais de você mesmo e principalmente de compreender o uso das ferramentas clínicas e vivenciar as repercussões de seu uso. Será uma experiência enriquecedora para sua formação e a participação nos vários momentos de leitura, assim como em sala de aula, trará contribuições que agregarão recursos para a sua prática profissional.

Na primeira seção, sobre as ferramentas clínicas, o Genograma será a estrela, implementada por norteadores práticos; reafirmamos o uso dos processos reflexivos e enfatizamos o papel das duplas e equipes, além do uso de perguntas como uma ferramenta sistêmica. Já na segunda seção, aprofundaremos conceitos sobre a organização familiar, suas queixas e a construção do sistema gerado pelo problema, a presença transgeracional do problema e como todos os envolvidos pelo sistema do problema entendem o que é normalidade e transtornos. Ademais, na terceira seção, além da construção de projetos terapêuticos singulares, recurso utilizados no Sistema Único de Saúde e da Assistência (SUS e SUAS), estudaremos temas específicos e suas repercussões no sistema familiar, como o uso de substância psicoativas (SPA), transtornos mentais e situações de vulnerabilidade e conflitos com a lei.

Por fim teremos a oportunidade de acompanhar a atuação de Joaquim, psicólogo, que está fazendo residência multiprofissional com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma universidade estadual de sua cidade. Atualmente, Joaquim está no segundo ano de residência e faz

estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) Canoas, no bairro de mesmo nome na periferia da cidade. Joaquim já havia passado alguns meses nessa mesma unidade no 1º ano de residência e, ainda na graduação, realizou um estágio de ênfase em Saúde da Família no local.

A UBS Canoas desenvolve seu trabalho há quatro décadas, possui quatro miniequipes de estratégia de saúde da família, com baixa rotatividade profissional, e tem conseguido realizar um trabalho em conjunto com os serviços e Organizações não Governamentais (ONGs) da comunidade. Além da equipe básica (médico generalista, enfermeira, técnicos de enfermagem e agentes de saúde comunitários), a UBS Canoas conta com um suporte semanal de uma equipe de saúde mental (psiquiatra, terapeuta ocupacional e psicólogo). Está localizada na área sul do município, que tem cerca de 800.000 habitantes. A UBS Canoas atende uma população de 50 mil pessoas e está ao lado de áreas de ocupação, representadas por 5 favelas em processo de urbanização. O cenário não é muito diferente de outros bairros com as mesmas características, esgoto a céu aberto, doenças refletindo a falta de saneamento básico, vulnerabilidade, pobreza e violência. O bairro possui uma renda per capita muito baixa por família, mas a UBS Canoas possui um histórico ligado às lutas sociais e, nos últimos anos, a partir de ações da própria comunidade, de organizações não governamentais (ONGs) e da comunidade universitária, por meio de pesquisadores e professores, tem mudado alguns panoramas sociais.

Joaquim e os seus colegas, Jessica (enfermeira), Ricardo (educador físico) e Regina (assistente social), todos alunos da residência, compõem uma das miniequipes da UBS, denominada equipe esmeralda. Eles realizam um trabalho de atendimentos individuais e de famílias, além de ações na comunidade.

Entre as várias atividades desenvolvidas há atendimentos em duplas, grupos terapêuticos sobre temas diversos e atividades corporais, que sempre envolvem os residentes e os Agentes de Saúde Comunitários (ASC). As ações intersetoriais, que englobam os outros serviços e ONGs, são reuniões de

discussão de casos, apoio matricial e trabalho com os Núcleos de Apoio à ESF (NASF). Os residentes também participam das pesquisas da universidade, que são feitas na UBS de Canoas, em treinamentos e capacitações para a equipe.

Acreditamos que, ao término desta unidade, você se sentirá capaz não só de compreender, mas de utilizar ferramentas clínicas no atendimento das famílias em sua prática pública e/ou privada

Seção 3.1

Ferramentas clínicas

Diálogo aberto

Olá, para darmos início, vale lembrar que se trata de uma seção prática e nossa proposta é que você vivencie, mais uma vez, a partir de sua própria história, as ferramentas propostas nesta seção. Proporemos alguns norteadores para a sua prática profissional sistêmica, exercitaremos o Genograma, uma ferramenta potente no trabalho com famílias, retomaremos os processos reflexivos, com foco no trabalho de duplas e equipes e faremos, ainda, algumas reflexões sobre o uso das perguntas, tão presentes na prática dos psicólogos.

Você deve lembrar do grupo de residentes multiprofissionais de uma universidade próxima à Unidade Básica de Saúde (UBS) Canoas, que desenvolve várias atividades em duplas e em equipe.

Jessica, colega de Joaquim, pediu que ele a ajudasse no acolhimento e atendimento de Dona Maria Santos. Dona Maria é viúva, tem 65 anos, aparece esporadicamente na UBS Canoas, geralmente quando a dor de cabeça fica forte e se sente mal. Ela tem hipertensão (HA) há mais de 10 anos, mas diz não ter tempo para se cuidar, pois tem que tomar conta da mãe acamada e do filho José, caçula de 31 anos, que tem epilepsia.

Dona Maria contou a Jessica e ao Joaquim que o marido era caminhoneiro e morreu quando ambos tinham 48 anos, de infarto, logo após ter voltado do trabalho. Desde então ela se preocupa bastante com os filhos, em especial com José. Ela tem uma filha mais velha, de nome Bia, e outros quatro filhos homens, além de José. Todos moram próximos, exceto Ricardo que mora no bairro vizinho. Dona Maria disse que “os meninos seguiram o pai” e são todos caminhoneiros.

José não trabalha mais, pois quando tinha 18 anos, caiu de cima do caminhão, bateu a cabeça e teve uma crise epilética. Desde então, segundo ela, toma medicações fortes e fica em casa. Dona

Maria contou que o filho “é doido para trabalhar”, mas ela não deixa, pois tem medo que algo ruim aconteça.

Além disso, Dona Maria também contou que seu pai morreu com 48 anos, de repente. Primeiro, quando moço, estava carpindo, a enxada bateu em sua cabeça, deixando-o desacordado por algumas horas, quase como ocorreu com o neto José. Passados alguns anos, um dia, o pai de Maria começou a ter uma dor de cabeça forte depois do trabalho, foi para o hospital e morreu do que Maria chamou de um “problema na cabeça”.

Joaquim e Jessica logo perceberam a repetição da história que havia deixado uma marca nos relatos de Dona Maria: dois homens aos 48 anos que morreram quando voltavam do trabalho.

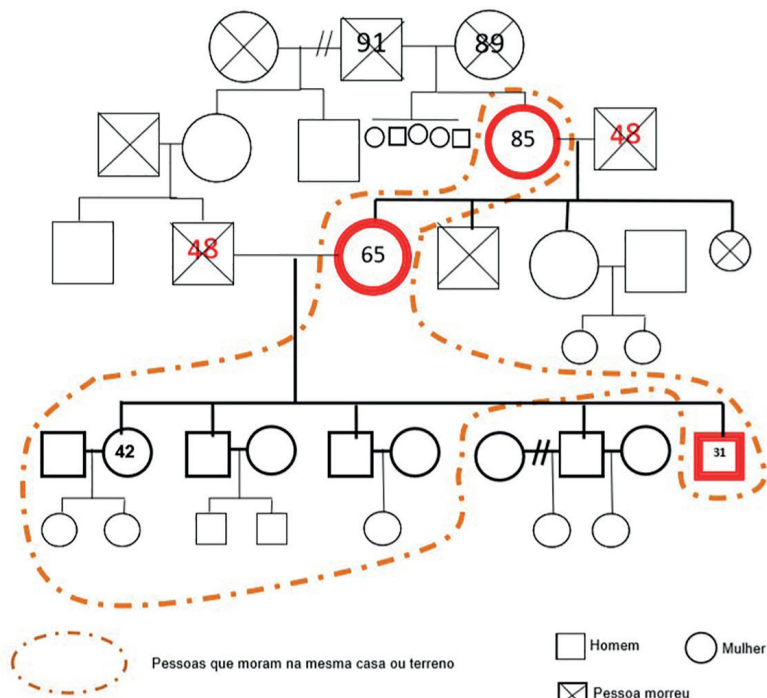
Diante disso, os residentes resolveram fazer o Genograma da família dessa paciente e colheram mais alguns dados: D. Maria foi casada com um primo; seu avô materno teve dois casamentos e faleceu por volta dos 91 anos, um ano depois da avó que tinha 89 anos. Sua mãe tem 85 e já mora com ela há muitos anos. Todos os seus filhos são casados e também têm filhos. Sua filha Bia, de 42 anos, tem um problema de fala que apareceu logo após o nascimento da primeira filha.

A ASC da Equipe Esperança, os residentes e o preceptor da residência optaram por apresentar um esboço do Genograma construído com Dona Maria, em sua casa, para os demais membros da família. Fizeram uma visita domiciliar com o objetivo de se aproximarem um pouco mais da família e checarem algumas dúvidas sobre o Genograma.

Na abordagem domiciliar, Dona Maria se mostrou apreensiva, pois José havia saído para procurar trabalho. “Até me esqueci de tomar meus remédios”, disse. Em casa, na presença da filha, que reforçava a preocupação da mãe, contou ainda que todos os dias os irmãos têm que ligar na hora que chegam, caso contrário ela não dorme.

Entre um esclarecimento e outro, a equipe reconheceu as marcas que ficaram na vida de Dona Maria devido às mortes precoces destes homens tão importantes em sua vida. Depois ela relatou outra coincidência. Quando seu pai morreu ela tinha acabado de ter a filha, Bia. E quando o seu marido morreu, Bia tinha acabado de ter a sua primeira filha.

Figura 3.1 | Genograma da Família Santos



Fonte: elaborada pela autora.

Como Joaquim e Jessica, junto dos profissionais da equipe esmeralda, podem conduzir o tratamento de Dona Maria a partir do Genograma? Que informações imediatas o Genograma ofereceu? O que chama atenção no Genograma em relação ao problema apresentado? Que temas complementares podem ser abordados e como o Genograma pode contribuir no entendimento das demandas de Dona Maria?

Para que você alcance o objetivo desta situação-problema é importante se debruçar sobre os conteúdos abordados no item *Não pode faltar*. Não deixe de ler e praticar os materiais propostos nos boxes pedagógicos. Lembre-se que esta é a primeira seção da unidade que aborda a terapia familiar na prática. Dedique-se ao estudo, construindo uma base conceitual que fundamentará sua prática profissional. Bom estudo!

Norteadores para a prática profissional sistêmica

Quando falamos em norteadores, é importante pensarmos na origem da palavra, que vem de Norte, um dos pontos cardeais. As bússolas servem para nos dar uma referência, sabermos para onde estamos indo. Não nos obrigam a seguir este ou aquele caminho, mas nos ajudam a ter consciência do rumo que tomamos.

Segundo Cecchin (2004), se pensarmos sistemicamente, não mais buscaremos uma realidade oculta, mas sim padrões de interações e relações entre as pessoas, como elas se conectam e quais são suas visões de mundo. O autor também nos fala da **postura de neutralidade**, enfatizando que não se trata de "neutralidade suíça", da ideia de não tomar partido, mas de tomar o partido de todos os membros do sistema, no sentido de ouvir todas as vozes, possibilitando que se expressem, independentemente de concordarmos ou não. Outro norteador é a **postura de curiosidade**, que significa nos interessarmos legitimamente pelo modo como cada membro do sistema construiu suas verdades. E também estarmos atentos às **nossas verdades enquanto terapeutas**, refletindo a respeito de nós mesmos e sobre os efeitos que elas têm sobre a família.

Além disso é preciso **evitar o uso do verbo ser**, que fala de características que seriam essenciais, imutáveis. Faz muita diferença dizermos que uma pessoa "é" violenta ou dizermos que ela se comporta de uma forma violenta ou que "está violenta". Essa mudança, aparentemente trivial, faz toda a diferença, pois abre portas para entendermos como a pessoa e o sistema de que faz parte colaboram para tais atitudes (CECCHIN, 1997).

Andersen (2002) sugere que nos conservemos em um **estado reflexivo**, definindo reflexão não como a reprodução especular de uma imagem, como ocorre em um espelho. É um processo interno que se passa durante e depois de vermos e ouvirmos o outro, depois de pensarmos e antes de falarmos. Apresentaremos uma série de norteadores, tanto para a prática individual como para duplas ou equipes. Nossas falas não devem ser demasiadamente incomuns, pois podem trazer desconforto para os ouvintes, nem comuns demais, pois não farão diferença.

Devemos prestar atenção à história da busca por ajuda. Quem teve a ideia de procurar a terapia? Quem concordou? Quem discordou? O que é problema para pessoa? Quem concorda, quem discorda?

É importante estarmos atentos aos **padrões relacionais** da família e avaliarmos os processos de mudança. Quando dirigirmos a palavra aos clientes, devemos começar, de preferência, a partir de alguma de suas falas que tenha nos tocado. É o que denominamos de "abertura". É importante falarmos de modo especulativo, sem afirmações categóricas e sempre tomando o cuidado para não criticarmos ou desqualificarmos nenhum dos participantes.

Outro aspecto importante para o processo terapêutico são as **diferenças culturais** entre terapeuta e cliente. Garcia (2003, p. 46) afirma que "trabalhar com pessoas que vem de uma cultura e classe social diferente nos demanda uma reflexão sobre nossa visão de mundo e nosso sistema de significados". Para Freire (1979), o diálogo só é possível em uma posição de humildade:



Como posso estar em diálogo se projeto sempre a ignorância nas outras pessoas e nunca a vejo em mim mesmo?

Como posso estar em diálogo se me considero uma pessoa diferente, cheia de virtudes desde o nascimento, se eu considero as outras pessoas como um simples "aquilo" Ao invés de outro "eu"?

Como posso estar em diálogo se faço parte de um gueto de mestres perfeitos da verdade e do conhecimento, para quem os de fora são "aquela gente" ou "os sem berço"? (FREIRE, 1979, p. 95)

Um terapeuta sistêmico precisa estar aberto para o outro, aceitando-o como "legítimo outro". Todas as vozes precisam ser ouvidas, até mesmo a nossa voz, com a diferença de que não seremos a voz do arauto da verdade, mas a de facilitadores de diálogos, arquitetos de conversações sobre o que foi aceito como sendo problema por todo o sistema. Não apenas o sistema familiar ou o sistema terapeutas/família, mas o sistema formado a partir do problema e que pode incluir amigos, professores, trabalhadores da Assistência Social e Jurídica, entre outros. Garcia (2003) também nos traz alguns norteadores para as práticas em

contextos de diferenças culturais e sociais: adotar uma postura de curiosidade; reconhecer as diferenças e considerá-las como um outro sistema de valores e de visões do mundo e buscar conhecer seu significado; refletir mais sobre nossa "ignorância" do que sobre nosso "conhecimento"; tomar cuidado para não se colocar em uma posição de poder em vez de uma posição colaborativa; ter sempre em mente que só saberemos o que eles precisam se ouvirmos suas vozes.

Genograma e o modelo transgeracional

Nosso enfoque considera a família como uma unidade central no processo de socialização, cujas relações ocorrem envolvendo mais de uma geração, em constante movimento e em contextos em que a dimensão temporal estará sempre presente (CESAR, 2005a).

A composição familiar inclui diferentes gerações e esses grupos possuem suas histórias, regras, valores e legados que são passados para as próximas gerações de várias maneiras. Alguns deles não necessariamente serão entendidos e praticados como em tempos anteriores, ou seja, devem ser adaptados às mudanças de contextos. É essencial que se construam novas narrativas, como forma das novas gerações repassarem os legados familiares.

Em cada geração predomina um conjunto de legados a serem transmitidos. No caso das gerações mais velhas podemos citar aqueles ligados à ordem, que dizem respeito às ações de organização, responsabilidade e educação; os de solidariedade são os que mencionam valores de amor, justiça, amizade, respeito e colaboração; e os legados de fé ou espiritualidade (VITALE, 1995).

Pensando em três gerações, quando olhamos para a geração intermediária, observamos um comportamento que pode estar ligado à "libertação" de valores da geração anterior, quando estes são muito rígidos, ou até mesmo um endurecimento daqueles valores que consideram afrouxados. O fato é que podem se sentir como aqueles que farão a mudança, a reinterpretção dos legados para próxima geração.

E a geração mais nova, ainda que mais próxima da geração intermediária, pode ou não se identificar com os valores recebidos e pode procurar nas gerações anteriores sentidos que sejam mais significativos para serem preservados.



Exemplificando

Jonas tem 16 anos, é o mais velho de três filhos. Seus irmãos têm 11 e 10 anos, com a diferença de 10 meses entre os dois. Segundo ele, sua mãe sempre deu mais atenção aos irmãos menores. Sua família frequenta uma igreja cujos valores ligados aos relacionamentos à dois são claros e rígidos, ou seja, a aproximação física em um namoro deve ser bem restrita, devendo o jovem casal manter-se 'virgem' até o casamento, preferencialmente namorando alguém da própria comunidade religiosa. O uso de bebida alcoólica é bem pouco tolerado. Jonas, mesmo participando das atividades religiosas com a família, também busca outros espaços, ligados ao esporte, música e alguns eventos culturais, na maioria das vezes com amigos da escola do bairro que frequenta. Vez ou outra, chega em casa tendo bebido um ou dois copos de cerveja, tarde da noite. Essas situações geraram uma discussão com os pais, que parecem não compreender o filho e sua dificuldade de seguir as regras estabelecidas. Não é incomum Jonas relatar para avó materna seus descontentamentos com os pais e a atenção só com os irmãos. A avó, que possui outros entendimentos sobre a fé e a atualidade, escuta-o, evitando ampliar os conflitos familiares entre sua filha e o neto, mas de alguma maneira transmite a ideia de acolhimento e empatia com as descobertas do neto.

Em atendimentos, o profissional deve questionar a família e a si mesmo sobre questões como: quais são as regras e legados vigentes nas diversas gerações da família? De que forma a família lida ou lidou com as mudanças dos legados ao longo das gerações? Os conflitos ou confrontos apresentados podem ser explicados pela visão transgeracional? (CESAR, 2005a)

O Genograma muitas vezes é conhecido como a árvore familiar. Seu uso tem diversos objetivos e sua execução fácil pode ser variável e criativa; vale dizer que não há um jeito único de fazê-lo. O importante é reconhecer que se trata de uma representação gráfica, um desenho, que apresenta a organização multigeracional de forma rápida e sintética, mostrando as complexas dinâmicas familiares. O Genograma contribui para o entendimento das "normas" familiares, colabora na compreensão dos conflitos e/ou problemas, mostrando sua evolução ao longo do tempo e auxilia no levantamento de hipóteses, assim como explicita o modo de operar da família.

Há na literatura várias indicações de símbolos para representar um Genograma, desde os mais conhecidos pela genética até os introduzidos pelas terapias familiares. O importante é trabalhar de forma criativa e lúdica, incluir fotografias, desenhos, figuras, em especial com famílias que possuem crianças e adolescentes, permitindo a reconstrução simbólica da constituição familiar e possibilitando o resgate de histórias desconhecidas e/ou perdidas. E, não deixe de construir uma legenda que facilite a compreensão do Genograma pelos demais profissionais ou até mesmo pelos membros da família que não presenciaram a sua confecção.



Pesquise mais

A partir da leitura do artigo de Muniz e Eisenstein (2009), conheça como o genograma permite a identificação de padrões transgeracionais de doenças que afetam as redes de apoio psicossocial.

MUNIZ, J.R; EISENSTEIN, E.: Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79, mar. 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/Gj9A1Q>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

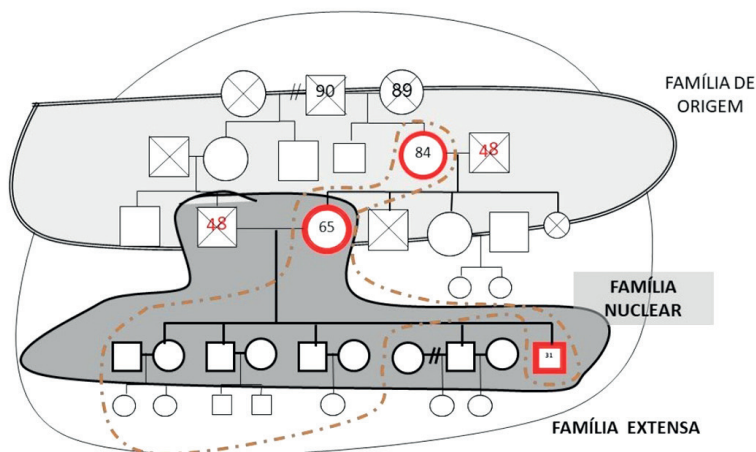
O Genograma, assim como a rede social significativa pessoal, deve ser construído junto da família, podendo ser iniciado com um ou mais membros. A ideia é fazer o deslocamento da atenção para o “desenho”, o que facilita que o usuário e/ou família entre em contato com um conteúdo de grande intensidade emocional.

Podemos identificar no Genograma a presença da família nuclear, a de origem e a família extensa (Figura 3.2). Diferentemente da rede social significativa, o Genograma demonstrará a presença de muitos membros que as vezes são desconhecidos, embora tenham existido e façam parte da história não contada de uma família, e essa pode ser uma boa oportunidade de conhecê-los.

Ao construir um Genograma é comum que algumas dúvidas surjam relacionadas ao que se deve e o que se pode incluir.

Normalmente o sexo e as idades são dados preliminares e devem estar presentes. Doenças, causas de morte, datas de nascimento, óbito, separações podem e devem ser incluídos se forem foco da conversação do sistema familiar. São úteis informações como: de onde vieram os pais e/ou avós, tipo de migrações (rural/urbana; cidade/pais), o nível de escolaridade e perfil profissional e os acontecimentos marcantes.

Figura 3. 2 | Famílias: de origem, nuclear e extensa



Fonte: Cesar (2010).

É necessário discriminar e visualizar os tipos de relação entre os familiares, a presença de hierarquia, proximidade/distância afetiva, conflitos, dependências afetivas e/ou materiais. Traços de ligação entre os membros, finos, grossos, interrompidos, curvos. O uso de canetas de cores diferentes ajudam a identificar as tensões relacionais. Normalmente começamos pelo informante perguntando qual dos lados da família é mais numeroso, o que ajuda a centralizar o desenho. Não é incomum os membros da família não terem ideia do tamanho do seu Genograma.

O Genograma é dinâmico, fazê-lo aos 15 anos será diferente de fazê-lo aos 25 ou 45, pois as famílias estão em movimento, entradas e saídas estão presentes. Ele ajuda a revelar estressores

na passagem de uma fase para outra. Assim, quando vemos perdas ou eventos traumáticos coincidentes, podemos avaliar seus impactos no processo familiar. É possível visualizar a repetição de situações, como doenças, mortes, mudanças, separações, relações conflituosas entre pais e filhos, entre casais, como um padrão que se repete. Mesmo que não seja uma novidade para a família, tais fatos, ao ficarem visíveis no desenho, a distância e a visão panorâmica da família como um todo traz novos sentidos. É possível buscar as exceções, a minoria, os membros marginalizados, periféricos, que contam outras versões e histórias sobre os eventos familiares.

Nem sempre o padrão de repetição é linear, há padrões cruzados, repetição de um modelo mais ligado a um tio ou avô, uma tia-avó, e menos ligados diretamente à mãe ou avó. É comum encontrar famílias com presenças mais importantes do lado materno ou do paterno por muitas gerações. Observar esse aspecto com um casal jovem, recém-casado, pode elucidar e contribuir para reflexões e mudanças até então não pensadas.

Exercício da construção do genograma

Mais uma vez é hora de colocar a mão na massa para conhecer e perceber os efeitos do uso do Genograma como um recurso útil para o trabalho com famílias. Vamos mergulhar um pouco mais no universo do terapeuta: você!

O Genograma em si é algo simples. Se olharmos apenas um aspecto, podemos dizer que ele é uma forma de representar graficamente a composição de uma família, ao longo de duas ou mais gerações, ou seja, algo como a árvore genealógica. O Genograma não é uma foto, pois o objetivo de sua realização é possibilitar uma (re) conexão com a família de origem de cada um, revendo ou resgatando histórias perdidas ao longo do tempo, assim como visualizar padrões que podem ou não ser mantidos e ressignificar a narrativa da história de cada um. O Genograma também inclui os aspectos relacionais, as linhas de tensões, conflitos, de aproximação entre os diferentes membros da família. Incluímos eventos significativos que muitas vezes reverberam por mais de uma geração. Como os segredos, tabus

e pactos não revelados. No entanto, é o processo de realização do Genograma que permite descobertas e olhares até então não percebidos.

Ele pode ser feito com desenhos, com figuras recortadas de revistas, com fotos, pode incluir as mais variadas informações, como lugares de origem, profissões, características pessoais, gostos, comidas familiares e outros temas, assuntos e eventos. A ideia aqui é que você para um momento e faça o seu Genograma, contemplando pelo menos três gerações (a sua, dos seus pais e seus avôs). Aproveite para perguntar a seus familiares sobre sua própria história.

Também seria interessante incluir uma foto como representação de uma das pessoas do seu Genograma; escolha outra pessoa e utilize uma imagem de um objeto que possa expressar a sua percepção sobre ela. Vamos pensar em mais uma pessoa e uma imagem, agora de comida ou paisagem. Dê preferência a fotos de objetos, animais, paisagens, alimentos, desenhos, enfim, algo que você considere que expresse seu entendimento daquela pessoa e a sua relação com ela. Esse Genograma pessoal poderá ser compartilhado na aula, de forma que você só revelará aquilo que deseja e entenda que possa ser útil e ser compartilhado.

É necessário que você faça um diário de "bordo" do processo da confecção do seu Genograma. Dificuldades, descobertas, como lidou com as informações já conhecidas e com as desconhecidas. Quem procurou ou pensou em procurar para equacionar alguma parte do Genograma? Anote suas perguntas, mais do que as respostas, elas podem ser interessantes para serem usadas quando você for confeccionar o Genograma de uma família. Crie o seu conjunto de norteadores. Esperamos que cada um possa fazer uma boa viagem por meio de sua história familiar.

Ao término, acrescente estas perguntas: que pergunta sua **avó materna** faria à sua mãe? Que pergunta sua **avó paterna** faria à sua mãe? E seu **avô materno**? Teria alguma pergunta para o seu pai? E o **pai do seu pai**? Teria alguma pergunta para o filho? Mais uma vez, anote suas reflexões, elas o ajudarão a pensar um pouco mais sobre a situação-problema proposta nesta seção e nas conversas em aula.

As perguntas como ferramentas clínicas

Possivelmente o uso de perguntas não seja uma novidade para maioria dos profissionais das áreas psicossociais. A inovação proposta neste texto é o uso de perguntas cujas respostas gerem reflexões e novas perguntas. Partimos da ideia que relatamos nossas histórias, fatos e eventos da vida segundo nossa visão de mundo. Para manter-se coerente e organizado, o ser humano “seleciona e edita aspectos da realidade que se encaixem com suas explicações prévias” (BRUN e RAPIZO, 1991, p. 10). Ou seja, o indivíduo faz recortes dos relatos a partir da sua subjetividade e escolhe aqueles que dão sentido para seu modo de viver. É o que chamamos de “realidade entre parênteses”.

Para manter a coesão do seu passado, presente e futuro, o sistema familiar valida os relatos de forma coletiva, construindo histórias oficiais que podem permanecer ao longo de muitas gerações. As informações que não se encaixam ou se modificam, ficam periféricas em relação ao relato oficial construído pelos sujeitos. (CESAR, 2005a)

Nos atendimentos as famílias trazem suas histórias oficiais e as informações periféricas e são desconsideradas. O trabalho consiste em compreender o sistema familiar como uma organização que está com dificuldades de realizar as mudanças necessárias. São as histórias periféricas que permitirão mobilizar os mecanismos de permeabilidade em busca do novo. Essa possibilidade pode gerar um novo significado, favorecendo uma outra maneira de organizar o sistema familiar. Nessa lógica, buscamos informações que até então não eram consideradas por todos, não existia um consenso. Segundo Brun e Rapizo (1991, p. 12), “o trabalho terapêutico torna-se, então, dirigido a criar perguntas que facilitem estas novas articulações. O terapeuta pode ter algumas coisas para dizer, mas tem muito mais a perguntar”.

As escolas reflexivas e narrativas contribuíram para mudança de postura do terapeuta na medida em que se utilizam perguntas que o ajudam a manter uma postura reflexiva e de curiosidade. Há um legítimo interesse de ouvir cada um, sem privilegiar este ou aquele membro da família, assim como não se tenta enquadrar previamente a família em alguma hipótese. As perguntas permitem uma abertura para que todos possam se ouvir, buscar outros consensos grupais,

discriminar as visões de mundo de cada um, desestabilizar a história oficial, abrindo espaço para as periféricas, convidando a família a se tornar mais curiosa sobre si mesma (BRUN e RAPIZO, 1991).

Quando focalizamos as informações periféricas dos relatos familiares, mudamos a relevância das informações e propiciamos a mudança da história familiar. Uma vez afetada a coerência, deslocamos a referência do sistema, com um aumento de exposição das contradições e conflitos. Essa desestabilização motiva uma nova forma de organização. Ao trabalhar nessa perspectiva, o profissional entende como a família construiu e constrói sua história e como é a lógica do processo de incorporação e exclusão das informações.

O uso das perguntas permite avaliar os contextos e as inter-relações, mesmo quando nos parece que as perguntas não estejam sendo "terapêuticas". A ideia é valorizar como o grupo lida com as perguntas e seus efeitos, como consegue construir diálogos de formas diferentes, articulando suas necessidades futuras de mudanças, flexibilizando o sistema paralisado.

A utilização de perguntas abertas, reflexivas e participativas ajuda os diversos membros da família a aceitar o convite de participar da terapia, de descobrir que possuem conhecimentos importantes para o outro, em um diálogo que proporcione uma condição de horizontalidade e igualdade de poder nas relações. O terapeuta participa a partir de uma escuta privilegiada, aprofundando temas relevantes e apontado possíveis contradições (CESAR, 2016).

Ao utilizar perguntas, o terapeuta convida o sistema familiar a compartilhar seus problemas e expectativas, colaborando para que ele consiga se aproximar da linguagem e da cultura da família, para que ele entenda como as experiências familiares foram vividas e para que sejam geradas as explicações que possam ajudá-los.

Ao usar novas perguntas, cria-se a possibilidade de superar caminhos. É útil na condução da terapia incluirmos, nas perguntas, expressões e palavras utilizadas pelos participantes, buscando esclarecer e compreender o que foi dito. A família pode construir uma nova narrativa a partir da escuta da narrativa do terapeuta. Trata-se de deixar presente e dar voz às impressões vividas pelo terapeuta ao ouvir os membros da família. Ao usar novas perguntas, cria-se a possibilidade de superar caminhos já percorridos e esgotados, podendo surgir outros entendimentos que ampliam o processo terapêutico.

Afinal, o que faz com que uma pergunta seja terapêutica? Mais do que o tipo de pergunta em si, o que pode permitir que uma pergunta se transforme em terapêutica é a postura a partir da qual ela é feita, a forma pela qual o terapeuta convida o cliente a refletir sobre suas expectativas e problemas.

Quando nossas perguntas utilizam afirmações, temas pré-determinados, posições e visões de mundo que pressupõem um conhecimento prévio, um saber a priori, uma objetividade, um universo, corremos o risco de não sermos bem-sucedidos. As perguntas que abordam temas novos, incluem posições e visões ainda não consideradas, pressupondo o não saber, a neutralidade, a curiosidade legítima, hipóteses e os multiversos, tendem a contribuir para reflexões e busca de novas narrativas.



Assimile

Alguns norteadores sobre o uso de perguntas

Manter-se em uma postura reflexiva e facilitadora como terapeuta; criar um espaço dialógico, um contexto organizador e de incorporação das informações periféricas à história oficial; focar mais o modo como o cliente lida com as perguntas e os efeitos que elas provocam, do que as respostas em si.; ampliar a permeabilidade ao novo, as competências e recursos para mudança; mobilizar a reflexão e a construção de novas narrativas; pressupor que não existe uma boa pergunta "a priori"; levar em conta que uma pergunta por si mesma não a transforma em uma pergunta reflexiva; contextualizar a terapia enquanto espaço colaborativo e criativo, norteado pela curiosidade, ética, estética, incluindo a legitimidade do outro, sem posições privilegiadas (CESAR, 2005b).

Mais uma vez, não pretendemos aqui esgotar o conteúdo proposto. Para finalizar, segue algumas considerações para pensarmos: como as perguntas provocam mudanças?

Quando garantimos uma conversa centrada no cliente; quando nos dirigimos de modo a valorizar contextos e as inter-relações; quando as teorias e intenções do terapeuta podem gerar perguntas de valor terapêutico e ter diferentes efeitos; quando há alguma intenção, são perguntas que orientam o profissional sobre a situação e experiência do cliente; existem perguntas de orientação as quais

ajudam a levantar respostas que alteram as percepções e compreensão do terapeuta; perguntas de influência podem ser utilizadas para deflagrar respostas que alterem as percepções e compreensões da família; as perguntas sempre possuem uma teoria, podem ser lineares (causa e efeito) ou circulares e reflexivas (CESAR, 2005b).

Os processos reflexivos e o trabalho com duplas e equipes transdisciplinares

Os processos reflexivos enfatizam a desconstrução das queixas e a construção conjunta de um consenso sobre qual será o problema enfocado e a inclusão da rede social significativa dos participantes do trabalho terapêutico. A reflexão é o que se passa quando algo ouvido é internalizado e pensado, antes de uma resposta ser dada.

Reflexão: pensar depois de ouvir, antes de falar. Por desconstrução entendemos as práticas que buscam o desenvolvimento de um sentimento de estranheza e de curiosidade em relação ao que parece comum e cotidiano, buscando compreender, por meio de perguntas, como foi construída a situação-problema, em busca de um pedido consensual (o problema que será focado). O trabalho inspirado nos processos ou conversações reflexivas pode ser individual, em duplas ou equipes. Enfocaremos algumas características e norteadores para o trabalho.

Como todo modelo de trabalho, há vantagens e desvantagens, ampliação de possibilidades terapêuticas e riscos para a eficácia. Entre as vantagens podemos listar:

- Ampliar a compreensão dos significados do que é dito pelos clientes e flexibilizar as maneiras de lidar com os conflitos.
- Utilizar as diferenças existentes entre os membros da dupla/equipe de forma complementar, a pluralidade de focos e vozes, possibilitando a divisão de angústias e responsabilidades.
- Compartilhar as emoções entre os membros da dupla/equipe e as famílias e mostrar o diálogo da dupla/equipe, incluindo suas diferenças, como modelo para conversas da família.

Como em tudo na vida também há riscos, o trabalho de duplas/equipes não seria exceção. Existe a possibilidade de um ou mais membros ficarem em papéis enrijecidos, um como líder, o outro como auxiliar. É importante que haja flexibilidade, como em uma

dupla/equipe de voleibol, em que ora um está no ataque e o outro na defesa e logo depois os papéis se alternam.

A dupla/equipe precisa cuidar de sua relação, mas não pode esquecer que os protagonistas são os membros do sistema que está sendo atendido e que competição e pensamentos divergentes fazem parte de toda relação humana e precisam ser verbalizados e elaborados.

Por tudo isso, é importante que a dupla/equipe tenha momentos de reflexão/conversa o sobre seu trabalho. Se não puderem contar com um supervisor externo para seu trabalho, existe a possibilidade de usarem os princípios das conversacoes reflexivas para realizarem um trabalho horizontalizado de reflexão sobre sua prática.



Refleta

No que diz respeito a psicologia do ato criativo em si, mencionei os seguintes aspectos que estão inter-relacionados: o deslocamento da atenao para algo que não havia sido percebido anteriormente, que no contexto antigo era irrelevante, mas que no novo contexto  relevante; o descobrimento de analogias ocultas, como consequência do processo anterior; a tomada de consciência de premissas tácitas e modos de pensar que estavam implícitos nos códigos e que tomávamos como algo dado e a revelao que tudo isto sempre esteve presente sem que percebêssemos. Isto leva ao paradoxo que quanto mais original pareça uma descoberta, mais óbvia pode parecer depois. O ato criativo não  um ato de criao, no sentido do Velho Testamento. Não se cria algo do nada: retiramos o véu, selecionamos, reorganizamos, combinamos, sintetizamos fatos, ideias, capacidades e destrezas preexistentes. Quanto mais comuns parecerem as partes, mais surpreendente será a totalidade. (KOESTLER, 1964, p. 119-120, traduo nossa)



O que este texto escrito há quase meio século, tem a ver com o trabalho sistêmico e com os processos reflexivos? Como se relaciona com o conceito de Desconstruo?

Sem medo de errar

Na UBS de Canoas os residentes multiprofissionais realizam atendimentos à população. Os residentes Joaquim e Jessica atenderam Dona Maria, 65 anos, viúva. Ela aparece geralmente quando tem dor de cabeça forte e se sente mal. Essa paciente faz tratamento de hipertensão (HA) há mais de 10 anos, mas comenta da sua dificuldade de se cuidar, pois “cuida da mãe acamada e do filho José, caçula de 31 anos, que tem epilepsia”.

Vocês devem lembrar que a dupla de residentes, a partir do relato de Dona Maria, construíram o Genograma da família e tiveram a oportunidade de aprofundarem os dados em uma visita domiciliar. Na casa de Dona Maria, puderam contar com a presença da filha e da mãe, que contribuíram com reflexões sobre as histórias apresentadas no Genograma. Inicialmente, ficou claro para Joaquim e Jessica que as mortes prematuras e com a mesma idade, aos 48 anos, do pai e do marido de Dona Maria criaram um contexto de paralização na vida familiar, principalmente para Dona Maria. Outro fato, foi que ambos passaram mal logo após voltar do trabalho, construindo uma história oficial de riscos e fatalidade para a família. Dona Maria passou a se preocupar com todos os filhos, criando uma rotina de controle de suas chegadas após o trabalho, buscando garantir que estavam todos bens e vivos. Seu filho caçula, José, que havia sofrido um episódio de queda seguido de uma crise epilética, reproduzia, para Dona Maria, a mesma história do avô materno. Ao visualizar no Genograma todos esses dados, foi possível buscar as exceções. No caso, Joaquim e Jessica identificaram que os avôs maternos, assim como a própria mãe de Dona Maria, com 85 anos, eram longevos, ou seja, mostravam que naquela família era possível viver bastante, diferentemente daquilo que Dona Maria acreditava. E no caso do avô do marido, a genética poderia ser pensada como um fator a favor. O uso de perguntas reflexivas, de futuro e a validação do impacto dessas mortes na história familiar permitiram em um dado momento que Dona Maria comentasse que tanto ela como a filha perderam seus respectivos pais, logo após o nascimento do primeiro filho. Essa revelação, mostrou para a família e aos residentes como um evento pode contribuir para a história oficial e estagnar os movimentos do sistema familiar. Em um momento de transição de fase do ciclo de vida, como a do nascimento de um filho,

cujas tarefas exigem mudanças significativas, um estressor como a morte é suficiente para abalar os movimentos naturais do fluxo familiar, e não foi diferente na história de Dona Maria, nascimento e mortes mostraram-se potentes e paralisantes. Foi possível, após as reflexões ampliadas com os demais familiares, permitir que o sistema familiar olhasse além do risco de morte aos 48 anos, já que havia a possibilidade deles viverem muito como outros membros da família. Ao se desincumbir da tarefa de proteção familiar, regida pelo medo, receio e fatos reais, ela pode pensar em cuidar de si mesma. Dona Maria não precisava mais controlar as chegadas dos filhos, sobrando tempo interno e externo para autocuidados, sem deixar de ser a mãe zelosa que sempre foi. Esse movimento se estendeu para outros membros: José passou a trabalhar, Bia retomou também os cuidados de si mesma a exemplo da mãe.

Faça valer a pena

1.

O genograma de cada família é único, pois cada um tem a sua história, suas crenças, seus padrões. Ele auxilia o profissional a conhecer as particularidades de cada família, e as informações coletadas também vão se diferenciar de acordo com o que for relevante no atendimento. É um recurso que pode ser utilizado por psicólogos nas diferentes modalidades de atendimento psicoterapêutico, ou seja, individual, casal, família; e também por profissionais de saúde em geral em diversos contextos: clínico/ambulatorial, SUS, SUAS, hospitais e de diversas formas: desenhado junto com a família e/ou pessoa atendida, na própria consulta, feito apenas pelo profissional após o atendimento. Porém, essa última forma limita as conexões que podem acontecer in loco com a família/casal/indivíduo a partir da investigação da história familiar. (BARRETO, CREPALDI, 2017, p. 81)

Segundo o trecho apresentado por Barreto e Crepaldi (2017) e levando em conta alguns usos específicos do Genograma, podemos considerar as afirmativas:

- I. O Genograma atrai e compromete a família no processo, permitindo o acesso a um conteúdo familiar complexo e com cargas emocionais.

II. É importante trabalhar com um único modelo de símbolos para ficar claro para todos como a família está organizada.

III. O Genograma destrava o sistema ao reconhecer informações sobre alguns fatos (enfermidade, morte) e ajuda a família a entrar em contato com questões emocionais paralisantes.

IV. O Genograma pode ser realizado em diferentes contextos, no SUS, SUAS e consultórios particulares e deve ser realizado, exclusivamente, pelo profissional que é o especialista no tema.

É correto apenas o que se afirma em:

- a) I, II e IV.
- b) II, III e IV.
- c) I e III.
- d) I, II e III.
- e) II e IV .

2. Um das vantagens do uso das perguntas na terapia sistêmica é que ao inclui-las na condução da terapia, usando expressões e palavras utilizadas pelos participantes, podemos esclarecer e compreender o que foi dito. A família pode construir uma nova narrativa a partir da escuta da narrativa do terapeuta. Trata-se de deixar presentes e dar voz às impressões vividas pelo terapeuta ao ouvir os membros da família.

Considerando essa afirmação, o uso de perguntas na terapia sistêmica proporciona:

- a) A criação um espaço dialógico, um contexto organizador e de incorporação das informações periféricas à história oficial.
- b) Um foco maior no modo como o cliente lida com as respostas e o que elas provocam, do que nas perguntas em si.
- c) Deve-se evitar que competências e recursos de mudança mobilizem reflexões e construções de narrativas prejudiciais ao bom desenvolvimento terapêutico.
- d) Deve-se pressupor que existe uma boa pergunta e levar em conta que uma pergunta por si mesma instala o processo reflexivo.
- e) A compreensão da terapia como espaço colaborativo e criativo com foco nos conhecimentos e expertise do terapeuta.

3.

Acreditamos que qualquer sugestão que ofereçamos carrega consigo o risco de uma _____ à forma do outro fazer no mundo. Procuramos sugerir apenas quando pedido, objetivamente, pelo cliente e, sempre, como forma de alimentar a _____, não de receitar o que a pessoa precisa fazer para obter sucesso. O novo, a ideia, surge no diálogo, através de novas compreensões da história vivida, fruto da relação com a _____ e exploração entre cliente e terapeuta. (LENZI, 2015, p. 16)



Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto.

- a) Censura, inventividade, cautela.
- b) Análise, vinculação, prudência.
- c) Aceitação, dependência, cuidado.
- d) Concordância, dependência, prudência.
- e) Crítica, criatividade, curiosidade.

Seção 3.2

Compreendendo a família

Diálogo aberto

Olá, aluno!

Vamos dar início a mais uma seção sobre terapia familiar na prática. Ao longo da Seção 2 revisitaremos alguns conceitos sobre a organização familiar e a transgeracionalidade, só que agora ligados ao "sistema do problema" que é apresentado pelas famílias no processo terapêutico. O "problema" será o foco principal. Há muitas informações que podem ser novas e é importante que você faça uma leitura minuciosa, pois as práticas reflexivas e narrativas em atendimento familiar utilizam os recursos aqui apresentados.

Vamos nos lembrar do Joaquim, psicólogo que faz residência multiprofissional e atua na Unidade Básica de Saúde de Canoas. A UBS Canoas fica em um bairro periférico e atende as famílias, em sua maioria, com um grau importante de pobreza, violência e vulnerabilidade. Dessa vez, Joaquim fará o primeiro atendimento da família de Dinho.

Armando e Jurema são os pais de João, de 20 anos, que possui ensino médio completo e trabalha como ajudante geral. O casal também tem uma filha de 18 anos, Gabriela, estudante do 2º ano do ensino médio no período noturno e caixa de supermercado durante o dia. Armandinho, ou Dinho, como é chamado por todos, é o mais novo e por não gostar muito de estudar já foi reprovado duas vezes no ensino fundamental. O caçula adora jogar futebol e com frequência falta às aulas para jogar com os amigos em um campo de seu bairro, Canoas. Seu sonho é passar pela "peneira" de um dos times da cidade e um dia tornar-se um grande craque, quem sabe até jogar na seleção.

Armando trabalha como pedreiro e Jurema, além de trabalhar em casa, atua como diarista. Ambos não aprovam o caminho que Armandinho quer seguir e fazem de tudo para que ele estude e tenha

uma vida melhor que eles. “Futebol é ilusão”, repete seu Armando. “Acha que vai ser um novo Neymar? A maioria dos jogadores ganha uma miséria, a carreira termina logo e acaba caindo nas drogas ou na bandidagem. Não quero isso para meu filho”. As discussões eram frequentes e mais de uma vez Dinho apanhou do pai por não querer estudar. Quando a escola os avisou que o filho não comparecia às aulas há mais de uma semana, Armando perdeu a paciência e deu uma surra “pra valer” em Dinho, “pra ver se ele tirava logo essas ideias da cabeça! ”

Quando Dinho voltou à escola com marcas roxas por todo o corpo, uma das professoras ficou chocada e entrou em contato com o Conselho Tutelar. Os pais foram notificados e compareceram para uma reunião com dois conselheiros. Seu Armando estava revoltado. “O que vocês estão pensando? Querem me ensinar como educar o meu filho? Pois foi assim que eu fui educado, meu pai usava a vara de marmelo e colocou todo mundo na linha. Meus filhos mais velhos também apanharam e isso só os ajudou a seguirem um bom caminho. ”

A reunião foi tensa, Dona Jurema tentava acalmar o marido, que só ficava mais irritado, ameaçando ir embora. Os conselheiros tentaram orientá-lo, dizendo que bater em crianças e adolescentes era proibido por lei, falaram do Estatuto da Criança e do Adolescente, mas não adiantou. Diante do impasse, os pais foram praticamente intimidados a passar por uma consulta com um psicólogo na UBS. Os conselheiros avisaram que se eles não comparecessem, o caso seria encaminhado para a Vara da Infância e pai teria que se entender com o juiz. O atendimento foi marcado e, no dia, compareceram Armando, Dona Jurema e Dinho. Joaquim os atendeu. Como a história e organização da família de Dinho podem ter colaborado para o surgimento do problema? Como Joaquim pode utilizar as diferenças entre os vários membros do sistema formado a partir do problema em busca de uma solução? Como os padrões transgeracionais podem ter contribuído para a formação do problema?

Esperamos que a partir da resolução da situação-problema, apresentada por Joaquim, você possa usar as teorias e as ferramentas ligadas ao sistema do problema na sua prática clínica com famílias e redes sociais.

Compreensão da estrutura e organização familiar

Coerentemente com o conceito de normalidade, que veremos mais a frente nesta seção, não pretendemos apresentar critérios de avaliação das famílias, o que seria uma espécie de “psicopatologia familiar”. Nosso objetivo é convidar cada aluno e/ou terapeuta a refletir sobre essas questões, lembrando sempre que aquilo que está sendo considerado e vivido pelo sistema familiar como problema, pode ter inúmeras causas, inclusive, mas não obrigatoriamente, sua estruturação. Brun (1999) afirma que vários aspectos da vida de uma família são regulados por critérios e valores da moral vigente na sociedade da qual faz parte. Foram muitas as mudanças ocorridas, como o divórcio, recasamentos, famílias uniparentais e famílias chefiadas por dois homens ou duas mulheres que tenham uma relação homoafetiva.

Esses novos modelos não despertam mais tanta rejeição, vergonha e/ou hostilidade como há poucas décadas, mas ainda podem causar estranheza dependendo do contexto no qual estão inseridos. De qualquer modo, são novos tempos, novas formas de educar os filhos e organizar a família. Cabe a cada terapeuta propiciar um espaço conversacional para cada família, onde o que é problema será definido não apenas pelo especialista, mas pelo sistema que o inclui e também a família, em um espaço de reflexão e de busca de soluções construídas a partir do que foi definido consensualmente como problema.

O problema do sistema versus o sistema do problema

O conceito de sistema veio das ciências da computação e, segundo Vasconcellos (2002, p. 200), “é um todo integrado cujas propriedades não podem ser reduzidas às partes e as propriedades sistêmicas são destruídas quando o sistema é dissecado”. Os pioneiros das terapias familiares viam a família como um sistema com seus membros em interação, com regras, estruturas e várias gerações. Eles desenvolveram, como já estudamos, técnicas e abordagens para resolver os problemas que surgiam, em suas visões, a partir de problemas nas interações entre as partes. As terapias sistêmicas colaborativas caminharam para um outro

rumo, ao considerar que os sistemas humanos são organizados pela linguagem e deixaram de lado a ideia de organizados por estruturas e/ou papéis. Pensaram os sistemas como um conjunto de pessoas em interação, independentemente de terem laços de parentesco entre si, mas que se unem por períodos de tempo variáveis a partir de algum evento que os une, como se esse evento/problema fosse um tipo de ímã que exerceria uma “força magnética”, juntando todos aqueles que se importassem com a questão em jogo. Saíram do conceito de que uma família/sistema teria um problema para a visão de que o problema formaria um sistema a seu redor.

Um dos pontos principais da terapia colaborativa é considerar o cliente como um especialista em seu problema. O papel do terapeuta é de um facilitador conversacional, ou seja, aquele que cria um contexto de conversação dialógica sobre os significados em comum e trocas colaborativas. Busca desenvolver novas habilidades em um trabalho conjunto em que clientes e terapeutas se envolvem na resolução dos problemas, buscando mudanças pessoais e sociais.

O desafio está em transformar a visão que a família tem do problema e de sua solução. Mais do que mudar, o terapeuta busca compreender como o problema e a família operam e se propõe a apresentar alternativas e gerar espaços para a construção de novas histórias, que desloquem o problema do sistema para o sistema do problema (ANDERSON e GOOLISHIAN, 1998).

Quando as famílias procuram ajuda, habitualmente o problema vem à frente e são relatadas as narrativas dos diversos membros do sistema familiar. Podemos dizer que o problema cria um protagonismo próprio, além da identidade familiar. O problema passa a determinar a forma como a família deve se comportar, agir e falar, altera as relações, os papéis entre os membros e suas histórias (SEQUEIRA e ALARCAO, 2013).

O terapeuta colaborativo se mantém em uma posição mais horizontal e se considera parte do sistema do problema. A partir do uso de perguntas, promove uma conversação interativa, abre espaço para o inesperado e incertezas. Preocupa-se em considerar cada membro do sistema como singular e suas histórias e narrativas como especiais e ouvidas como únicas.

Valoriza o modo como as pessoas vivem seus dilemas a partir da sua própria experiência e seu relato.

A terapia colaborativa é de uma atitude de vida, “[...] ‘uma forma de estar’ em relacionamento e conversação: uma forma de pensar com, de experimentar com, de estar em relação com, agir com e responder para com as pessoas, que encontramos em terapia” (ANDERSON, 2017, p. 43).

Desconstrução das queixas e construção do problema consensual

Já utilizamos o termo desconstrução e explicitamos que se trata de práticas que, além da estranheza e curiosidade em relação ao já conhecido, buscam compreender como as pessoas explicam o que ocorre em suas vidas, a partir de sua cultura e visão de mundo.

O convite aos terapeutas é que ajudem a desconstruir o saber prévio, tornando-se coautores de outros conceitos e práticas mais flexíveis, estabelecendo um contexto no qual as pessoas sejam as autoras das mudanças. Desse modo, o terapeuta também precisa sair do seu lugar de orientador, de portador de um saber privilegiado, para caminhar nesse processo de reconstrução junto com a família, numa relação de transparência do processo terapêutico.



Assimile

Quadro 3.1 | Aspectos a serem considerados na desconstrução do relato na terapia

Desconstrução do relato na terapia	
Linguagem	Dar voz ao problema, deixar que suas vivências e modo de operar fiquem visíveis.
Perguntas para mobilizar a ação	Ajudar as pessoas a identificarem as narrativas contraditórias da narrativa oficial, de modo a localizarem atitudes de sucesso que obtiveram em outros aspectos ou áreas e que não estão percebendo ou acessando.
Perguntas referentes a experiência de experiências	Exercitar a capacidade da pessoa de imaginar o que uma outra pessoa pensaria sobre a sua própria experiência relatada (falar da sua experiência do lugar de outro).

<p>Aberturas e histórias alternativas</p>	<p>Buscar brechas no relato da experiência da pessoa que contradizem o relato dominante. São portas de entrada para territórios alternativos da vida da pessoa, que podem se transformar em lugares atrativos e gerar mudanças de narrativas.</p> <p>Facilitar a generalização desses relatos contraditórios, em relação a história dominante, para outros pontos da vida da pessoa.</p>
<p>Perguntas para mobilizar a consciência</p>	<p>Ajudar as pessoas a refletir sobre outras narrativas, além da história oficial e dominante, sobre aquelas que se referem aos sucessos já conquistados em outros momentos da sua vida.</p> <p>Convidar a pessoa a responder tais perguntas, a reviver as experiências, recontá-las, perceber novos aspectos que podem ser experimentados, refazendo a sua própria narrativa.</p>

Fonte: elaborado pela autora.

Na prática profissional, a externalização do problema nos permite buscar, junto do sujeito e de sua família, o reconhecimento das habilidades e os subterfúgios e armadilhas que o problema provoca na vida das pessoas, a partir das conversações externalizadoras.

O profissional, similarmente a um repórter investigativo, procura utilizar algumas perguntas norteadoras, para compreender o campo de ação do problema incluindo:

- A **influência do problema** nas diferentes áreas da vida do sujeito (seus efeitos nas relações com outras pessoas, seu impacto nos sentimentos e sua interferência nos pensamentos do sujeito, seus efeitos nas histórias do indivíduo, sobre quem ele é como pessoa e como o problema tem interferido no modo como ele trata sua própria vida, etc.).
- As **estratégias, as técnicas, os truques** a que o problema recorre em seu esforço para controlar a vida do sujeito.
- As **qualidades especiais** que o problema possui, e das quais depende, para diminuir e desqualificar os conhecimentos e habilidades do sujeito. Pode incluir um inquérito a respeito dos modos poderosos como o problema fala, em seu esforço para impor sua autoridade sobre a vida do sujeito.

- Os **objetivos que guiam** as tentativas do problema de dominar a vida do sujeito, e os sonhos e esperanças que o problema tem para a vida do sujeito.
- **Quem se alinha com o** problema, e uma investigação sobre as várias forças que estão ligadas a ele.
- Os **planos que** o problema já tem prontos para pôr em ação caso sua dominação seja ameaçada.

Apesar das aparências indicarem o contrário, os problemas nunca são totalmente bem-sucedidos em suas ambições em relação à vida e aos relacionamentos das pessoas. Entretanto, eles geralmente relutam em admitir e falar abertamente sobre suas falhas em realizar essas ambições e, em geral, fazem o máximo para encobrir seus fracassos. Portanto, quando começar a entrevistar o problema sobre suas falhas, é importante que o repórter investigativo esteja familiarizado com um conhecimento prévio a respeito dessas falhas. Esses fatos não podem simplesmente serem negados. Por isso, após uma amostra de bravatas, os problemas acanhadamente começam a confessar essas falhas.

Os profissionais/repórteres investigativos podem e devem ficar atentos em desenvolver uma linha de exposição das **falhas dos problemas**. Eles podem utilizar perguntas ligadas aos **territórios da vida** sobre os quais o sujeito ainda tem influência, apesar das tentativas do problema para tomar posse total dele, assim como aquelas que reconhecem **as contra técnicas, contra estratégias** e truques que foram desenvolvidos pelo indivíduo e que às vezes foram eficientes em "sabotar" os esforços do problema em obter controle sobre a vida do sujeito. Ainda deve ser considerado usar perguntas valorizando as **qualidades específicas, conhecimentos e habilidades que o sujeito** possui e que o problema não consegue diminuir ou desqualificar. Isso pode incluir um inquérito a respeito da natureza das autonarrativas que a pessoa desenvolveu para desafiar as tentativas do problema em impor sua autoridade sobre a vida do sujeito.

O investigador/terapeuta deve considerar os **objetivos e compromissos que guiaram o sujeito** em seus esforços para desafiar as tentativas do problema para dominar sua vida e que frustraram os sonhos e esperanças do problema. Investigar **quem fica do lado do** sujeito (parentes, amigos, conhecidos, professores, terapeutas,

etc.), e que papel eles desempenharam na negação dos desejos e aspirações do problema. Por fim, reconhecer as **opções disponíveis** para que o sujeito tire vantagem das vulnerabilidades do problema e para que possa recuperar os territórios de sua própria vida. Essas sequências de perguntas e abordagens acabam desmoralizando o problema que sai um tanto desanimado.

Em algumas situações você, enquanto terapeuta, pode escolher um membro da família ou da equipe, para fazer o papel do problema, aquele que será entrevistado. Ao final, é necessário que essa pessoa saia do papel. Uma das maneiras para se libertar da persona do problema é abrir um espaço para que ela conte como foi a experiência de ter sido entrevistado. Depois, é importante dar voz para os demais participantes terem a oportunidade de comentar se o retrato do problema foi fiel, em especial àquele que a princípio seria o dono do problema.

O terapeuta, já acostumado a uma postura mais colaborativa, articuladora e mediadora, não precisa sair do papel, pois o exercício favorece a condução terapêutica, abre novas frentes de trabalho, menos onerosas e mais leves. Em uma reflexão final, todos os participantes são convidados a compartilhar seus pensamentos sobre propostas de ação que poderiam diminuir a influência do problema na vida de cada um deles.



Pesquise mais

No artigo, as autoras relatam como foi a experiência do trabalho junto a uma família, utilizando a externalização do problema, de maneira lúdica e como buscaram a reautoria com as pessoas envolvidas e até então reféns do problema.

NOVIS, A. L.; ABDALLA, L. H. A. A despesa da vida. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 25-33, abr. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/ucXK5p>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

Padrões transgeracionais como parte do sistema do problema

Os terapeutas de família que adotam uma visão transgeracional valorizam a visão do sistema familiar enquanto espaço de relacionamento interpessoal e, suas relações terapêuticas

pressupõem o processo de interação familiar. Ainda que em algumas situações o atendimento seja realizado individualmente, é necessário reconhecer a presença do contexto familiar e social, sem perder a singularidade de cada membro do sistema. Segundo Vasconcellos (2007, p. 243), “buscam entender como as experiências intrapsíquicas e os conflitos interpessoais se interligam e como os vínculos afetam os distúrbios psíquicos nos membros da família”. O sistema relacional familiar mantém e correlaciona os pensamentos, comportamentos e sentimentos dos membros da família e ainda reconhece uma ligação no funcionamento transgeracional, na busca do equilíbrio entre integração e autonomia, ou seja, entre a interdependência (estar junto) e a independência (diferenciar-se).

Desde a década de 1930 autores como Ackerman, Framo, Boszormenyi-Nagy e Bowen tecem teorias e práticas orientadas para a transgeracionalidade familiar, considerando a singularidade das pessoas envolvidas e buscando compreender como os vínculos são afetados pelos conflitos interpessoais e as experiências intrapsíquicas. Consideram ainda que os padrões de interação, as crenças e legados familiares, ao passarem de uma geração a outra, ajudam a explicar o modo de operar da família, não só no momento atual, e também colaboram na reinterpretação dos eventos passados, na busca de recursos de mudanças das relações familiares para seguir em frente (AUN et al, 2007).

Buscamos compreender o funcionamento do sistema familiar levando em conta a personalidade singular de cada participante, a dinâmica das adaptações dos diferentes papéis, os valores e crenças familiares, e o comportamento familiar como unidade social. O “sintoma” descreveria um conflito intrapsíquico individual em interação com um padrão familiar recorrente, alterando a homeostase do sistema familiar. Dentro dessa perspectiva, o modo de visualizar o problema modifica-se. Inicialmente, os profissionais e mesmo as famílias, tem que se deslocar da ideia que há um “paciente a ser tratado”, um diagnóstico a ser dado, e pensar em um sistema a ser cuidado. O desafio está em substituir o olhar do indivíduo para as relações familiares e a rede social.

O Genograma é um dos recursos mais utilizados para visualizar a transgeracionalidade familiar, é uma ferramenta prática e visual, que rapidamente nos mostra os padrões de repetição e dos contextos

familiares, é uma ferramenta subjetiva e interpretativa que auxilia nas reflexões e ações terapêuticas.

É possível abordar o problema visualizando como ele se comportou transgeracionalmente e os efeitos nas relações atuais. O fato de poder incluir aspectos culturais e demográficos permite verificar os nós e pontos críticos da história familiar, como mudanças (migrações), mortes, adoecimentos significativos, padrões de susceptibilidade a doenças psicossomáticas, as diferentes fases do ciclo de vida e suas eventuais dificuldades de passar de uma fase para outra.

Alguns pontos, apresentados detalhadamente no Quadro 3.2, são relevantes na confecção do Genograma em busca de informações e ampliação da compreensão sobre o sistema do problema: que motivo trouxe o sistema familiar ao atendimento; o contexto mais amplo do problema; a visualização da família nuclear e ampliada e os sistemas sociais mais amplos; a situação familiar atual e a cronologia de fatos históricos familiares; as perguntas mais simples e outras perguntas difíceis que podem gerar angústias; os fatos óbvios e opiniões acerca do funcionamento e das relações para identificar padrões familiares.

Quadro 3.2 | Informações e cuidados na confecção do Genograma do sistema do problema

Ampliando o contexto	Uso das perguntas de apresentação de dados pessoais (nome, idade, gênero, ocupação no sistema familiar) e perguntas de entendimento sobre o problema que os trouxe ao atendimento e o seu impacto para cada membro da família. Buscar conhecer quais caminhos já foram percorridos para solução do problema. Inicialmente, procurar compreender a atuação e os efeitos do problema na atualidade familiar.
Manejo familiar evitando a resistência	Convidar os membros da família primeiramente a falarem de si, da constituição familiar presente. Na medida que vai localizando um a um, a tendência é que o próprio grupo traga os demais membros, como pais, irmãos, tios e avós. Nem sempre a família deseja falar dos demais membros. Há sempre um lado da família que possui mais informações e relatos de convivências. Perguntas de como as pessoas se conheceram, se casaram e onde viveram favorecem os diálogos.
História cultural e étnica	Informações socioculturais e econômicas dizem muito sobre como a família opera e lida com problemas. Conhecer de onde vieram os avós e as mudanças geográficas que ocorreram permite ampliar as informações sobre as diferenças das famílias de origem e suas formas de superação ao longo da vida.

Perguntas difíceis	Não é incomum que temas, relações e eventos sejam incômodos para alguns participantes; aproximar-se deles exige cautela e delicadeza, o convite sobre o que querem conversar permite que objeções possam surgir e gerar uma abertura. Algumas vezes, essa abertura só ocorrerá depois de duas ou três sessões, mas já fica sinalizada como algo a ser conversado.
Estabelecer prioridades	Nas conversas, muitas são as pistas oferecidas pela família relativas ao problema, mas não é possível seguir todas. Algumas dicas ajudam: sintomas e a relação com padrões repetitivos dentro da família e nas gerações; datas que se relacionam (morte, separação ou mudança de membros da família e o aparecimento dos sintomas); eventos precoces concomitantes com as mudanças de FCVF.
Contextos múltiplos	Famílias com separações e recasamentos, com novos filhos e agregados, migração de parte da família constituem situações que podem gerar mais estressores, dado a conjuntura transitória e uma eventual instabilidade de pertencimento. Quanto mais claro o Genograma fica, mais fácil é de identificar o quanto tais eventos colaboram para melhora ou piora do problema.
Uso do lúdico	Em especial em famílias com crianças e adolescentes, o uso de fotos, imagens, miniaturas e bonecos favorece as conversações terapêuticas, dando voz àqueles que não necessariamente conhecem as informações, mas vivenciam seus efeitos. Fotografar o resultado e mostrar à família pode ser um excelente recurso para ampliar as informações com os membros da família ampliada.

Fonte: adaptado de Petri e Mcgoldrick (2006, p. 127-132).

Normalidade e transtorno na visão da família, do terapeuta e da sociedade

A rigor, normalidade é um conceito estatístico, que significa apenas que uma maioria de sujeitos de uma amostra apresenta uma determinada característica. Aos poucos, a palavra normal se desconectou de suas origens e passou a ser usada como sinônimo de bom, saudável, adequado às normas vigentes.



Exemplificando

Vamos pensar em um exemplo bem trivial: a altura da população brasileira. O estatístico selecionará um número significativo de pessoas segundo seus critérios, levando em conta regiões do país, idade, condições socioeconômicas, etc. Depois de avaliar seus dados,

chegará a um resultado que poderia ser hipoteticamente o seguinte: 70% da população tem altura entre 1,55 m e 1,70 m. 15% tem altura acima de 1,70 m e 15% abaixo de 1,70 m. Pode ainda descobrir que 10% tem altura menor que 1,55 m e 5% acima de 1,90 m. Se colocados em um gráfico, esses dados formarão um desenho com a forma de um sino, conhecido como curva de Gauss ou curva Normal.

É interessante que uma consulta aos dicionários não mostra esse significado popular, fala apenas que “normal” é o mais frequente. Se você tem um 1,95 m de altura, certamente isso o favorece em um jogo de basquete ou voleibol. Mas, vai ser bem desfavorável para uma viagem internacional de avião na classe econômica, com seus reduzidos espaços. Nessas circunstâncias, é melhor ter 1,55 m de altura. Aos poucos vamos associando o que é mais frequente ao conceito de normalidade, de saúde e adequação. Hoje em dia é muito frequente a gravidez de adolescentes. Podemos dizer que é “normal” (do ponto de vista estatístico), mas na verdade, na maior parte dos casos, é um problema sério, que precisa ser prevenido. O uso de álcool por adolescentes é cada vez mais frequente. Então é normal. Mas isso quer dizer que não há problemas em uso de álcool por adolescentes? Claro que não! Quanto mais cedo começa o uso de etílicos, maior a chance de no futuro esta pessoa vir a desenvolver uma síndrome de dependência do álcool, com todos os seus problemas. Muitas vezes os poetas dizem mais do que os especialistas e Caetano Veloso, nos versos da canção *Vaca Profana* (1984), sabiamente afirma que “de perto ninguém é normal”.

Já estudamos a história das famílias e suas variadas configurações, dinâmicas e organizações ao longo do tempo e concluímos que nada nos autoriza, a priori, a dizer que uma família é funcional, que tenha transtornos ou não, baseados apenas no fato de seu modelo não ser “normal”, no sentido estatístico da palavra. As formações na área da saúde (e em muitas outras) ainda são embasadas no paradigma científico, estabelecendo critérios de saúde e doença, das “normalidades”

e patologias. Um estudo superficial da história da Medicina e da Psicologia nos mostra como esses conceitos variaram e ainda variam de acordo com o momento histórico, cultural e socioeconômico. As primeiras edições do Código Internacional de Doenças Mentais da Organização Mundial da Saúde, hoje em sua 10ª edição, e previsão de apresentação oficial da 11ª edição para maio de 2019, trazia a homossexualidade como doença mental. Felizmente esse conceito foi revisto e retirado da lista de doenças.

As pessoas, independentemente de suas opções sexuais, podem ter problemas e sofrimentos psíquicos, mas não necessariamente ligados à sexualidade. Da mesma forma, as famílias podem ter (e de fato têm) problemas, conflitos, dificuldades de funcionamento e de elaboração de suas tarefas, mas o que menos importa, em muitos casos, é sua configuração.

Todos os períodos históricos tiveram grandes mudanças sociais e políticas em seus contextos macro e micro, incluindo, neste último, as mudanças individuais, grupais e familiares.

É vital que o terapeuta em primeiro lugar conheça a si mesmo, sua personalidade, valores e comportamentos, assim como sua história como parte de uma família que se entende tanto no presente, em um nível horizontal, quanto ao longo das gerações passadas, em uma visão vertical.

E que nunca perca de vista que vivemos em sociedade que convive, nem sempre de forma harmônica, com valores e visões de mundo que remetem aos diferentes paradigmas que predominaram ao longo da história. Que paradigma (ou paradigmas) predominam em sua vida individual, grupal, amorosa, familiar, comunitária, religiosa, etc.?

Como a sociedade em que você vive avalia seu estilo de vida? O que é normal ou não para você? Seus valores estão em sintonia com a sociedade em que vive?

E as famílias que você atende ou atenderá? Como eles pensam? O que é certo ou errado para eles? Qual paradigma é predominante na vida de cada família?



Às vezes empresas operam como famílias e redes sociais. No artigo indicado a seguir, a autora descreve o seguinte pedido dos sócios de uma empresa:

A demanda incluía uma intervenção para redução de conflitos e melhor integração entre os diferentes setores da cadeia de produção, que mais pareciam pequenos feudos, distintos uns dos outros e até competitivos entre si. Ouvimos também, em nossas escutas atentas, algumas dificuldades de relacionamento e posicionamento dos próprios sócios que poderiam estar contribuindo para as situações descritas. (VILLAÇA, 2017, p. 102)



Considerando o trecho destacado e as práticas apresentadas nesta seção, quais recursos você utilizaria como um terapeuta sistêmico reflexivo e narrativo para realizar uma consultoria na empresa apresentada por Villaça?

VILLAÇA, C. Relações Colaborativas – práticas colaborativas no trabalho. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 59, p. 100-110, dez. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/27rGQo>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

Compreendendo a família é um tema amplo e não esgotamos todas as suas possibilidades. Esperamos que você tenha adquirido conhecimentos teóricos e práticos, não só para resolver a situação-problema apresentada por Joaquim, mas também recursos que o auxiliem a elaborar os mapas de trabalhos possíveis com famílias e redes sociais.

Sem medo de errar

Nas mais variadas culturas, desde tempos imemoriais, o ato de bater ou surrar os filhos não era visto como uma violência, mas como uma forma de educar, de colocar os filhos no caminho considerado melhor pela família e pela comunidade da qual faz parte. O Provérbio 23:13-14, da Bíblia Cristã, diz: "Não hesites em

disciplinar a criança; ainda que precise corrigi-la com a vara, ela não morrerá". O pai de Dinho, ao surrá-lo, não se considerava um "autor de violência doméstica", como muitos podem considerá-lo, mas apenas um "bom pai" fazendo seu papel de corrigir e educar o filho. Mas, os tempos são outros, os valores e as culturas mudaram e bater em um filho como forma de educá-lo não é considerado adequado para nossos dias, como descreve a Lei 13.010/2014, conhecida como lei da palmada (BRASIL, 2014). Por outro lado, o que Armando poderia fazer, uma vez que esse é o aprendizado que teve sobre como ser pai?

Joaquim e os outros terapeutas poderiam pesquisar na história de Armando, como foi sua relação com seu pai, avô de Dinho. Ele só educava batendo? Quais outros métodos seu pai eventualmente pode ter utilizado? Armando só aprendeu apanhando? Será que ele se lembra de alguma situação em que, apesar de ter transgredido alguma regra familiar, tenha sido corrigido e ensinado sem uso da "vara"? Como Dona Jurema age quando um dos filhos "sai da linha"? Ela concorda com os métodos de Armando? Na sua história familiar como o seu pai tratava os irmãos e a ela própria? E sua mãe? Teria alguma sugestão de ação diferente? O que os irmãos pensam das soluções que os pais tinham para eventos conflituosos, quando eles eram adolescentes? Como pais e filhos conversam sobre os sentimentos gerados ao "apanhar"? Como seu Armando se sentiria ao se colocar no lugar dos filhos?

Assim como a violência intrafamiliar é hoje considerada um problema que surge a partir do que uma geração ensina para a seguinte, soluções para a educação dos filhos, estabelecimento de limites também podem ser encontrados nas histórias das famílias, mesmo que sejam exceções, exemplos menores e periféricos, mas que podem ser valorizados e trazidos como modelos para os dias de hoje. Outro conjunto de perguntas envolvendo ações bem-sucedidas podem ser incluídas, como: quais ofícios Armando aprendeu com o pai? Como era essa relação de aprendizado? Será que Armando se lembra de alguma situação em que tenha educado Dinho sem bater? Que histórias com relação aos demais filhos podem ser contadas em que eles considerem o pai cuidadoso? Que conselhos o avô poderia dar ao neto? Como Armando acha que é a visão dos filhos sobre ele enquanto pai?

Em um mundo em que tudo muda tão rapidamente, não é absurdo Dinho sonhar em ser um craque do futebol sem se preocupar em estudar. Joaquim poderia sugerir a Dinho e família que visitassem um clube de futebol da cidade para saber como funciona a aceitação de atletas adolescentes. Talvez ficassem surpresos ao saber que, na maioria dos clubes, o estudo é uma condição para que um jovem seja aceito. E que muitos clubes, além da exigência do estudo formal, oferecem aos jovens atletas cursos de capacitação em gestão financeira e investimentos, preparando-os para o futuro.

De uma posição em que prevaleceria a posição “rebelde” de Dinho ou a atuação enérgica e até violenta de Armando, a família poderia ser ajudada a encontrar um caminho em que ambos fossem reconhecidos e validados. Dinho pode seguir com seu sonho de ser um grande astro do futebol, mas para isso também precisa estudar. O problema deixaria de ser negligência com os estudos ou os castigos físicos do pai e passaria a ser: qual o melhor caminho para um jovem tentar realizar seu sonho de ser um grande jogador de futebol?

Joaquim deixou de lado o seu lugar de suposto especialista em resolução de conflitos familiares para se tornar um facilitador de uma conversa reflexiva, que ajudou a família a mobilizar seus próprios recursos, experiências do passado e conhecimentos para a resolução/dissolução do problema. Pode incluir na conversa padrões transgeracionais sobre educação e relações pais e filhos.

Faça valer a pena

1.

Uma das práticas mais utilizadas é a externalização do problema, que consiste em ajudar o cliente a ver-se como separado do seu problema. Distinguir o “problema” como algo que não é parte inerente da pessoa permite ao cliente enfrentá-lo com mais eficiência: ‘A prática das conversações externalizadoras é compreendida, dentro desse contexto ideológico, como uma forma de ajudar as pessoas a identificarem os conhecimentos

”



unitários e os discursos de 'verdade' a que se submeteram ao construir estreitas visões de suas identidades e ralas histórias da experiência vivida. Em relação às práticas culturais que objetivam as identidades das pessoas, as conversações externalizadoras podem ser consideradas uma contra prática: em vez de objetivarem as pessoas definindo-as e classificando-as como problemáticas, objetivam os problemas (White, 2007). Os problemas são os problemas, não as pessoas. (Grandesso, 2008, p. 6 e 7) (BRITO e GERMANO, 2013, p. 65)

Segundo as autoras e considerando a proposta de entrevista ao "problema" pelo terapeuta como um repórter investigador, uma das ações a seguir é esperada.

Assinale a alternativa correta:

- a) Não é necessário entrevistar o problema sobre suas falhas, pois o repórter investigativo está familiarizado com um conhecimento prévio a respeito dessas falhas.
- b) As conversações externalizadoras ajudam a reconhecer as habilidades, os subterfúgios e armadilhas que o problema provoca na vida das pessoas.
- c) Devemos dar voz somente ao sujeito que é o dono do problema, pois só ele sabe como é a vida com o problema.
- d) É importante saber quem fica do lado do sujeito (parentes e amigos), pois eles desempenham um papel importante nos desejos do problema.
- e) Precisamos reconhecer as qualidades especiais que o sujeito possui e das quais depende, para diminuir e desqualificar os conhecimentos e habilidades da família.

2. O uso do genograma pode e deve ser feito para visualizar transgeracionalmente o "problema", sua maneira de se comportar e os efeitos nas relações atuais do sistema familiar.

No quadro a seguir apresentamos alguns pontos relevantes a serem considerados na confecção do genograma, em busca de informações e ampliação da compreensão sobre o sistema do problema.

Relacione a coluna A (pontos relevantes) com a coluna B (ações de cuidados):

A - Ampliando o contexto	1 - Em especial em famílias com crianças e adolescentes, o uso de fotos, imagens, miniaturas e bonecos favorece as conversações terapêuticas, dando voz àqueles que não necessariamente conhecem as informações, mas vivenciam seus efeitos.
B - História cultural	2 - Uso das perguntas de apresentação de dados pessoais (nome, idade, gênero, ocupação no sistema familiar) e perguntas de entendimento sobre o problema que os trouxe ao atendimento e o seu impacto para cada membro da família.
C - Contextos múltiplos	3 - Famílias com separações, recasamentos, novos filhos e agregados e migração da família são situações que geram mais estressores, dado a conjuntura transitória e uma eventual instabilidade de pertencimento.
D - Uso do lúdico	4 - Conhecer de onde vieram os avós e as mudanças geográficas que ocorreram permite ampliar as informações sobre as diferenças das famílias de origem e suas formas de superação ao longo da vida.

Fonte: elaborado pela autora.

Assinale a alternativa com a associação correta:

- a) A-2; B-3; C-4; D-1.
- b) A-4; B-1; C-2; D-3.
- c) A-3; B-2; C-1; D-4.
- d) A-2; B-4; C-3; D-1.
- e) A-1; B-2; C-3; D-4.

3.

O uso da metáfora da “visita inesperada”, que em muitas situações se transforma em um “hóspede permanente”, tem se mostrado, via de regra, muito positiva. Ela auxilia a introdução das conversas de externalização de forma leve e espontânea, não gerando nenhum tipo de estranheza para a pessoa assistida. Após esse momento, quando as pessoas desenham e caracterizam a “visita inesperada” em suas vidas, a percepção de como elas se relacionam com o problema se apresenta de forma mais clara para elas, construindo até falas muito engraçadas. Aprender a falar dos problemas com uma dose de humor é fundamental para a qualidade das reflexões nos momentos posteriores. (NOVIS e ABDALA, 2013, p. 32)



Levando em conta o trecho apresentado sobre o sistema do problema e as concepções da Terapia Colaborativa, avalie quais das afirmativas a seguir são verdadeiras (V) ou falsas (F):

() A terapia colaborativa entende que os problemas vividos pelas pessoas decorrem dos sentidos que elas atribuem aos fatos da vida e da maneira pela qual organizam suas vidas em torno deles.

() A utilização de metáforas, como a “despensa da vida” e a nomeação dos problemas potencializa a manifestação de sentimentos da família em relação a si mesma, colaborando na percepção da relação com “o problema” em vez de “ser o problema”.

() A aceitação de que o conhecimento é sempre de quem vive o problema e a validação das famílias em suas adversidades, como especialistas de si mesmo, permite reconhecer suas histórias, seus recursos e suas competências para enfrentarem as adversidades.

() A construção de novas histórias pelo terapeuta é importante para abrir caminhos a fim de que as famílias possam mudar e assim pararem de ter problemas, pois as famílias são sempre deficitárias.

() Em uma única conversa é possível construir uma linha da vida onde a história da chegada da visita inesperada, no tempo e no espaço, fique visível e seja possível avaliar como as pessoas mantêm a situação sob controle.

Assinale a alternativa com a sequência correta

- a) V-V-F-F-V
- b) V-V-V-F-F.
- c) V-F-V-F-V.
- d) F-V-V-F-F.
- e) V-V-F-V-V.

Seção 3.3

Trabalhando com a família

Diálogo aberto

Olá, mais uma seção se inicia e nela iremos abordar conteúdos ligados ao trabalho com as famílias. Você conhecerá as linhas gerais para construção de um Projeto Terapêutico (PTS), em especial no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único da Assistência Social (SUAS). As crises previsíveis e imprevisíveis voltam ao cenário e as repercussões sobre as famílias ficarão mais visíveis quando estudarmos as dependências químicas, os transtornos mentais e as vulnerabilidades e conflitos com a lei.

Na nova situação-problema, Joaquim, psicólogo, e Jessica, sua colega de Enfermagem, residentes multiprofissionais, em estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) Canoas, seguem as orientações discutidas com os profissionais da equipe esmeralda e eventualmente com a rede intersetorial.

Carlos Ramos, 42 anos, e a esposa Joana, 31 anos, procuraram a UBS Canoas em busca de orientações com relação à filha Rafaela, que tentou cometer suicídio com uso excessivo de medicação. Joaquim e Jessica fizeram o acolhimento do casal e agendaram um encontro com objetivo de entender um pouco mais sobre a história familiar, verificar suas demandas e confeccionar o Genograma.

Compareceram ao primeiro atendimento Carlos, Joana e as filhas Rafaela e Rosana. Carlos foi casado anteriormente com Sara e se separou dela quando as filhas Rosana e Pietra tinham 6 e 5 anos de idade. Há 12 anos, devido a problemas de saúde da mãe, (depressão e uso de substância psicoativa), as filhas vieram morar como o pai, mudando também de cidade. Dois anos depois, Carlos conheceu Joana e os dois passaram a morar juntos. Rosana (24) e Pietra (23), já na universidade, foram estudar fora. Rosana retornou há um ano e meio para casa, após apresentar um problema renal. Pietra estuda, trabalha e continua morando fora.

Rafaela têm 16 anos, diz ser uma garota perspicaz, com humor provocativo e não apresenta dificuldades escolares, se acha muito

diferente dos amigos e das irmãs. Os pais relatam que ela tem se apresentado apática, silenciosa e não tem participado das atividades familiares e tarefas do cotidiano, ou as faz com muita insistência e sacrifício. Costuma explodir com os pais, bem como questionar a diferença de tratamento entre ela e as irmãs. Há um ano, o grau de estresse familiar aumentou, provocando discussões e desavenças cotidianas.

Rafaela é filha única do primeiro casamento de Sara, que se deu com Roberto – na época, já pai de um garoto, fruto de um relacionamento anterior. O casal permaneceu apenas um ano juntos. Além disso, após separar-se de Roberto, Sara teve outro filho, Gabriel, hoje com 11 anos, de um relacionamento casual. Rafaela comenta que demorou alguns anos para se dar conta que Carlos não era seu pai, uma vez que ela só tinha 4 anos quando se mudaram. Ela sempre o tratou como pai, mesmo tendo conhecido o pai biológico.

As filhas têm saudades da cidade em que moravam com a mãe, dos primos e avós maternos e paternos, que agora só encontram raramente. Rafaela reclama bastante dos namorados das irmãs e dos momentos em que os pais não estão disponíveis, uma vez que ambos, como artistas, possuem uma agenda intensa às noites e finais de semana. Joana tem uma presença ativa na casa e na educação das filhas de Carlos. Cuida principalmente de Rafaela.

Carlos é o caçula, tem duas irmãs, hoje casadas e com filhos. Uma delas, após divorciar-se, voltou a morar com os pais e a outra mora em uma cidade na região central do país. Quando Carlos tinha 10 anos sua mãe teve câncer, foi curada, mas ele só soube desse evento quando tinha 16 anos. Esse tema quase nunca é abordado na família.

Joana, esposa de Carlos, é a filha mais velha e possui vínculo estreito com a mãe. Apresenta certa dificuldade no relacionamento com o pai. Tem uma irmã, Cristina, solteira e dois anos mais nova, com quem tem bom relacionamento.

Contam que foi duro experimentar a tentativa do suicídio de Rafaela e que passaram a monitorar todos seus passos, o que tem deixado todos muito cansados.

Rosana tem posições claras com relação a Rafaela, diz que é mimada e se coloca como vítima, embora se preocupe com seu estado. Possui diferenças com a irmã que trata muito mal seu namorado, mesmo ele sendo cordial e atencioso. Pietra por sua vez, se mantém distante da

crise familiar, vindo alguns fins de semana e participando pouco das conversas. Não se dispôs a vir para o atendimento, alegando que já faz sua terapia individual e cuida do assunto lá.

Elabore o Genograma que foi construído pela equipe esmeralda nos atendimentos e, em seguida, explique e as Fases do Ciclo de Vida Familiar (FCVF) na construção do PTS e no entendimento dos problemas de Rafaela. Qual a relação entre os transtornos mentais de Rafaela, a dependência química e a depressão de Sara? Como esses problemas afetam o sistema formado pelo problema?

A leitura proposta no item *Não pode faltar* proporciona não só reflexão e solução da situação apresentada por Joaquim e Jessica, mas traz oportunidade de aprofundar os temas ligados ao trabalho com famílias. Boa leitura e ótimo aprendizado!

Não pode faltar

Construção do projeto terapêutico com a família

O conceito de Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem sido utilizado principalmente na área da Saúde (SUS) e da Assistência Social (SUAS), como uma forma interdisciplinar e intersetorial de criar um contexto colaborativo com os vários atores envolvidos no processo de cuidado do sistema familiar. O PTS é construído após uma discussão do grupo de pessoas ligadas “a equipe interdisciplinar, pressupondo a formação de vínculo com o usuário, bem como a participação deste na formação e andamento do tratamento e na responsabilização profissional” (CAMPOS, 1999, p. 172).

O principal objetivo do Projeto Terapêutico é pensar e articular coletivamente as ações necessárias frente a uma situação de vulnerabilidade apresentada pelo sistema familiar. É uma forma de ativar os recursos disponíveis dos profissionais, rede de serviços e principalmente da família e sua rede social, levando em conta as necessidades, crenças, expectativas e contexto sociocultural. Essa articulação habitualmente ocorre em espaços como: reuniões de equipe ou de discussão de casos clínicos, atendimento e/ou visita domiciliar conjunta, reuniões intersetoriais, assembleias de famílias, entre outras. Lembrando que a gestão do PTS ocorre cotidianamente e deve estar flexível às inúmeras mudanças necessárias diante dos contextos dos envolvidos.

A recomendação é realizar a construção do PTS a partir da seguinte sistematização: definição de hipóteses diagnósticas (avaliação biopsicossocial do sistema familiar, identificando os riscos e vulnerabilidades); definição de metas (planejamento das ações a curto, médio e longo prazo); divisão de responsabilidades (diz respeito à forma como cada membro do sistema irá atuar, evitando duplicidade de ações, ampliando a parceria e o processo colaborativo, sendo recomendável indicar um profissional como coordenador do PTS); avaliação e reavaliação (de forma constante e pontualmente rever os avanços e ajustes necessários para continuidade do PTS) (BRASIL, 2008).

Nos consultórios privados, a construção do PTS pode e deve ser realizada com a família, coordenada pelo terapeuta familiar. Embora possa ser mais difícil de articular os diversos profissionais envolvidos no cuidado, não é impossível. Muitas vezes, o que ocorre é uma articulação por telefone ou e-mail, um a um, construindo uma dinâmica de troca, buscando valorizar a autonomia e potenciais dos diversos membros da família. A inclusão de outras pessoas da rede social também é desejável. O importante é que essa articulação ocorra o tempo todo com a anuência e participação da família.

Nos espaços ligados ao SUS, SUAS, escolas e outros, é importante que os profissionais levem em conta alguns aspectos na escolha dos casos: aqueles de maior risco e vulnerabilidade (a extensão e/ou intensidade de problemas apresentados e/ou como suas diversas dimensões – biopsicossocial – estão afetadas); aqueles que utilizam um conjunto maior de serviços (evitando reprodução de ações e/ou eventuais condutas antagônicas); outros cuja ampliação da rede social pessoal e de serviços seja necessária (inclusão de recursos comunitários ainda não envolvidos). Não é necessário que todos os membros de cada equipe estejam envolvidos, evitando a sobrecarga, mas é útil realizar encontros para a atualização, acompanhamento e compartilhamento dos casos, criando uma constante diversificação e clarificação do seguimento do PTS (BRASIL, 2008).

Ao construir o PTS emergem as contradições, ambiguidades e conflitos os quais, uma vez explicitados e negociados, permitem que as divergências sejam diluídas e os consensos ocorram. Um bom contrato é aquele em que todos saem um pouco insatisfeitos, mas que também tenham cedido alguma ideia e/ou posição em prol do coletivo.

No encontro terapêutico ampliado sempre é útil checar algumas posições: quais são as expectativas para aquele encontro; o que é preciso acontecer para que, ao término, cada um sinta que valeu a pena estar ali; que possam conversar sobre como cada um gostaria de ser cuidado ou como gostaria de cuidar de si e do outro, e quais são as condições básicas para que cada participante possa se conectar com os demais, em busca de um bom diálogo.



Pesquise mais

Figueiredo (2012), em sua tese, propõe algumas dicas e lembretes para construção do PTS. Leia, avalie e inclua os lembretes e sugestões para resolução da situação-problema. Esperamos que posteriormente eles possam orientar a sua prática na clínica ampliada e compartilhada.

FIGUEIREDO, M. D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação. 2012. 341 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/DQyMEo>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

Devemos nos atentar o tempo todo ao que é possível, considerando o ideal, mas sem perder de vista a “realidade” trazida pelo sistema familiar. O uso do Genograma, do mapa da rede social significativa pessoal, dos itinerários terapêuticos, da rede de serviços e da linha do tempo são alguns dos instrumentos que auxiliam na leitura do problema apresentado, permitindo que o PTS possa ter uma “memória” a ser acionada em outros momentos e por outros atores, em especial pelos profissionais dos serviços, considerando que há algum grau de rotatividade no desenvolvimento das atividades.

Crises previsíveis e não previsíveis na vida familiar

A família é o lugar que dá origem à história de cada um de nós, e nela ocorrem as relações mais espontâneas. Reconhecidamente não podemos definir antecipadamente qual lugar ocuparemos como membro da família, talvez somente no casamento. É quase impossível pensar ou acreditar que podemos não fazer parte de uma família. Romper os laços com a família de origem não é garantia,

normalmente acabamos nos envolvendo na constituição de outra e sempre corremos o risco de reproduzir padrões relacionais. E mesmo se optamos por uma vida mais isolada, o que fazer com as lembranças e memórias de um convívio familiar? Como ficam as marcas em nossas histórias que podem ser acessadas a qualquer momento? O que fazer com as ideias do “não vivido”, nas situações presentes, principalmente, no caso de crianças que acabam tendo uma vida em abrigos (apresentando pensamentos como: “como poderia ter sido se minha mãe ou meu pai não tivessem me deixado aqui”)? Afinal, há quem diga que a família é a unidade operacional que dura do momento que nascemos à morte (CESAR, 2016).

Já trabalhamos vários aspectos das Fases do Ciclo de Vida Familiar (FCVF), inclusive a questão dos estressores horizontais e verticais. Nossa ideia é retomar esses conceitos, pensando-os como elementos importantes, geradores do desequilíbrio, desarmonia e, conseqüentemente, aumentando os riscos e as vulnerabilidades familiares.

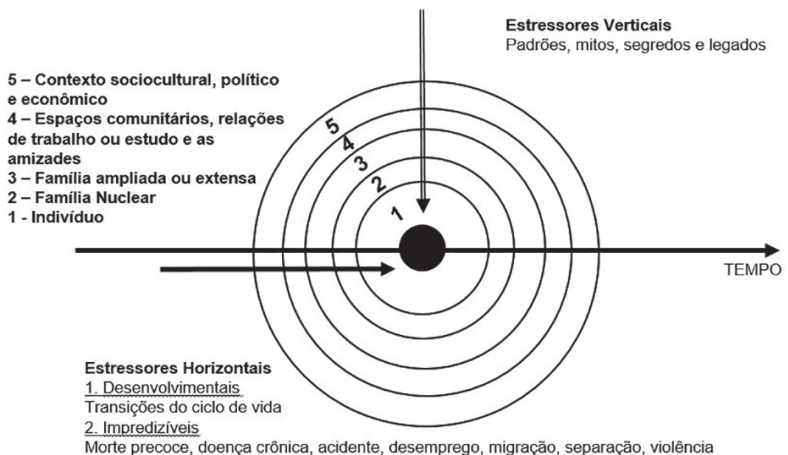
Segundo Nahas (1995) quando focamos nas transições, visualizamos como as mudanças descontínuas são necessárias para vivenciarmos novas situações de vida. As famílias entendem que podem ficar imóveis, estacionadas em determinado momento da vida, correndo o risco de sentir dor, gerar sintomas em uma pessoa ou pessoas, afetando a família toda. Mas é possível optar por viver as mudanças como eventos previsíveis, ainda que não desejáveis, e aceitar as novas condições, tranquilizar-se e seguir em frente. Recapitulando, a espiral da vida é caracterizada pela alternância de momentos de construção ou de manutenção, alternados por momentos de mudanças e transições (ligados ao processo de desenvolvimento). Nas FCVF, essas mudanças e transições são mais momentos de vulnerabilidade, uma vez que os padrões familiares consolidados necessitam ser reavaliados, em face das novas tarefas a serem desenvolvidas, demandando mudanças descontínuas em vez das pequenas alterações (CESAR, 2016).

Apresentamos na Figura 3.3 a ilustração dos estressores na vida familiar. Os **estressores verticais** são aqueles ligados às histórias transgeracionais, nem sempre explicitadas, mas presentes nos rituais, mitos, lemas, atitudes e expectativas. São modos de operar, não necessariamente aceitos por todos, mas com que crescemos,

reproduzindo-os ou evitando-os, muitas vezes sem saber que estamos fazendo desta ou daquela forma. Hoje, assim como há muitas gerações, questões culturais e religiosas, até mesmo políticas, podem criar conflitos entre os diversos membros da família nuclear e de origem, na medida em que as escolhas reafirmam ou se distanciam das heranças e valores comuns que construíam o senso de identidade familiar. Esses conflitos podem se transformar em nós a serem desatados e/ou apenas afrouxados e compreendidos para poder seguir em frente (CARTER e MCGOLDRICK, 1995; CESAR, 2016).

Os **estressores horizontais** estão ligados não só à transgeracionalidade, mas também ao fluxo do tempo da família. São os estressores previsíveis nas mudanças e/ou transições da FCVF. O acúmulo de mais de uma fase ou mesmo dificuldades não superadas da fase anterior podem se transformar em um estresse e gerar conflitos, paralizações e adoecimentos. Temos que contar ainda com outros estressores horizontais não desejáveis, como a doença crônica e/ou morte precoce, um ou mais membros usuários de substâncias psicoativas (SPA), acidentes, migração, desemprego, separações, violências que estão presentes na vida das famílias e potencialmente constroem situações de um estresse capaz de desestabilizando toda a potência de resolutividade e cuidar de si do sistema familiar (CARTER e MCGOLDRICK, 1995; CESAR, 2016).

Figura 3.3 | Estressores horizontais e verticais



Fonte: Cesar (2016, p. 85).

Um terapeuta familiar, mesmo não familiarizado com a visão da transgeracionalidade e com os efeitos dos estressores nas diferentes FCFV, pode e deve, a partir do uso do Genograma e da linha do tempo, construir um repertório suficiente para evidenciar a importância dos pontos nodais e de transição no desenvolvimento das famílias. Dessa forma, colabora com o sistema familiar na redução do fluxo de ansiedades produzido pelos estressores, principalmente quando é possível identificar a confluência dos estressores horizontais com os verticais, observando as conexões com temas, triangulações e rotulações na família. Aspectos socioeconômicos e culturais e as diferenças de gênero nos diferentes momentos da história familiar são temperos que amplificam as demandas do sistema familiar.

Quando as famílias estão enfrentando problemas, é fácil observar que elas não reconhecem essa perspectiva temporal. Tudo está ocorrendo aqui e agora e aparentemente por questões geradas igualmente aqui e agora, mantendo o sistema estagnado, sem vislumbrarem qualquer saída. Distanciam-se daquele sentido circular e contínuo da vida, do passado rumo ao futuro, vivendo o presente. É nesse momento que a terapia se constitui como um auxílio para rever, segundo Carter e McGoldrick (1995, p. 13) “os sentidos de movimento perdido ou distorcido”, e reatar “com o senso da vida em um processo e movimento desde e rumo a”.

Família e dependência química

Já estudamos os modelos de família ao longo da história, chegando até os nossos dias. Assim, como sempre houve uma forma de agrupamento humano em busca de proteção e afeto, o ser humano, ao longo do tempo e por meio de suas vivências/experiências, descobriu o uso de substâncias que alteram o seu estado de consciência, de plantas e cogumelos até as primeiras bebidas alcoólicas, que devem ter surgido acidentalmente pela fermentação natural de frutas e/ou mel. E também existia um rígido controle sobre tais substâncias, que eram permitidas apenas em cerimônias religiosas, rituais, festas, etc.

O conceito de Dependência Química (DQ) é um conceito da modernidade. Segundo Kalina et al. (1999, p. 8), a dependência química “não é mais que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta

a alienação em que vivemos”. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10):

Dependência Química é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar de suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física. A Síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o Diazepam) a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. (OMS, 1999, p. 313)

Embora não seja nosso objetivo tratar detalhadamente o tema das substâncias psicoativas (SPA), lembramos que elas podem ser organizadas em categorias de acordo com os efeitos que produzem. Assim, elas podem ser **estimulantes** (ou psicoanalépticas), **depressoras** (ou psicolépticas) e **perturbadoras, alucinógenas** (ou psicodislépticas). Entre as substâncias **estimulantes** podemos citar a cocaína (e o crack), a nicotina, a cafeína, os energéticos e as anfetaminas. Já as drogas **depressoras** são: o álcool, os hipnóticos (soníferos), ansiolíticos (calmantes), opiáceos (morfina, heroína) e os solventes orgânicos (inalantes). Já dentre as principais drogas **alucinógenas** encontramos a maconha, o LSD e alguns tipos de cogumelos.

Os padrões de consumo também variam, podendo ocorrer um uso isolado, único na vida ou uso frequente (anual, mensal, frequente, uso de risco e uso prejudicial). O uso recreativo, possível para algumas substâncias como a maconha e álcool, é diferente da dependência, mas mesmo assim pode trazer problemas para a vida do usuário. Nem todo usuário se torna dependente. Um dos fatores agravantes do risco de DQ é o início cada vez mais precoce

de uso de substâncias psicoativas (SPA) (tabaco, maconha e cocaína) e álcool, entre os adolescentes. A família, a sociedade, os grupos de pares (amigos) também podem contribuir para a DQ, embora nenhum destes possa ser isoladamente considerado um fator determinante.

O consumo legal de álcool e tabaco estimula a dependência química e, muitas vezes, o uso de SPA lícitas e ilícitas começa no ambiente familiar. Mesmo assim não há como afirmar que exista um modelo de família que favoreça mais a DQ do que outro. Mas fica a pergunta: "há alguma tendência à dependência que esteja ligada ao papel da família e qualidade da vida familiar?"

A ausência de regras e limites claros, a comunicação paradoxal, uso de SPA por familiares, falta de monitoramentos dos filhos e baixas demonstrações de afeto são fatores que podem facilitar o surgimento da DQ.

Paiva e Ronzani (2009) realizaram uma revisão de literatura e chegaram a alguns indicadores de consumo de SPA e as relações familiares, apresentados no Quadro 3.3:

Quadro 3.3 | Indicadores consumo de Substâncias Psicoativas (SPA)

Relações familiares	Menor consumo de SPA	Maior consumo de SPA
Estilos parentais	Com autoridade e não permissivo.	Negligente.
Práticas parentais/familiares	Monitoramento, supervisão, comunicação, suporte e envolvimento.	Uso de álcool e tabaco por pais, irmãos e amigos.
Outros fatores	Papéis familiares claros, bons desempenhos escolares, participação em atividades sócio-comunitárias.	Minimização dos efeitos da convivência com pessoas que usam SPA.

Fonte: adaptado de Paiva e Ronzani (2009, p. 180).

Entendemos que apenas a terapia familiar, isoladamente, não é suficiente para tratar a DQ. O atendimento individual, psiquiátrico e psicológico, os grupos de apoio e autoajuda e, se necessário, as internações em serviços especializados são recursos que podem ser necessários.

A prática com famílias de DQ mostra a importância de que, além dos fatores relacionados anteriormente, sejam abordados

problemas do sistema familiar, como: dissociação parental, tipos de regras e fronteiras, existência ou não de comunicação paradoxal e a história transgeracional relacionada ao uso de SPA; história familiar de solução de problemas ligados à SPA; história de perdas na família, especialmente se tiverem ligação com DQ; histórias de migrações, desempregos, divórcios; as fases do ciclo de vida da família; história de doenças mentais na família; crises do casal, e tratamento de comorbidades do dependente e de outros membros.

Além das questões do sistema familiar, é importante pensarmos na ampliação possibilitada pelo conceito de sistema criado pelo problema. Nessa visão, que se complementa com a anterior, outras pessoas, além da família nuclear e ampliada, podem estar envolvidas tanto na criação como na solução do problema. A rede social significativa do sujeito dependente é importante fonte de recursos para o tratamento. Podem ser convidados para participar dos atendimentos todos aqueles que “forem atraídos pelo problema”, incluindo os vários subsistemas da família e os componentes da rede social significativa do problema e outros profissionais.

Famílias e transtornos mentais

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) se refere à saúde mental como um conceito que considera a autonomia e competência do sujeito, seu bem-estar subjetivo, a relação transgeracional, a percepção que o sujeito tem da sua eficácia, capacidades emocionais e intelectuais, bem como a autorrealização. Leva em conta ainda a perspectiva transcultural. Ou seja, saúde mental está ligada às interações de cada pessoa com sua família, sociedade e cultura.

Podemos ser pessoas fisicamente saudáveis, que não apresentam sintomas suficientes para ser classificadas como portadoras de algum transtorno mental e, mesmo assim, não termos uma sensação de bem-estar. Aliás, fica a pergunta: o que é bem-estar para cada um de nós? Seja qual for sua resposta, citamos o verso de Jobim (1967) “É impossível ser feliz sozinho”. O poeta lembra uma característica básica dos humanos, somos seres gregários, precisamos dos outros para nos sentirmos bem. Podemos concluir que o bem-estar humano está ligado, entre vários aspectos, ao pertencimento a um grupo familiar.

A CID-10 (OMS, 1999, p. 47), divide os **transtornos mentais e comportamentais** em categorias. Algumas categorias são definidas claramente por suas causas orgânicas. Outras, ainda, tem causas não estabelecidas. Há indícios que a esquizofrenia e alguns tipos de depressão tenham componentes orgânicos e hereditários em sua gênese, e esses componentes podem trazer uma maior predisposição para o desenvolvimento de um transtorno mental, mas não são isoladamente determinantes.

Embora a terapia de família sistêmica tenha nascido a partir de um projeto de pesquisa de uma causa da esquizofrenia que fosse ligada às interações e comunicações nas famílias, repetimos aqui o que afirmamos quando discutimos o tema famílias e dependências químicas: é impossível dizer, a priori, se um determinado modelo de organização familiar é mais propenso a ter um ou mais de seus membros portadores de uma doença mental.

Além de assumirmos a saúde mental como um fenômeno complexo e com múltiplas causas, abordaremos a relação entre famílias e saúde (ou doença) mental enfocando estilos e modelos que aumentem ou diminuam o risco de problemas de saúde mental.

O tipo de transtorno faz toda diferença para o profissional e para a família. As repercussões sistêmicas de um membro com transtornos ligados ao estresse são muito diferentes se este for portador de um transtorno esquizofrênico. É importante lembrarmos que um portador de um transtorno de ansiedade ou depressivo tem muito mais possibilidades de casar-se e constituir sua própria família nuclear, do que um esquizofrênico ou portador de um retardo mental. Estes, frequentemente, terão uma vida dependente da família de origem, permanecendo como "um filho eterno".

Voltando à definição de saúde mental da OMS, como saber se temos autonomia, se somos competentes, eficazes, capazes e autorrealizados? A resposta passa pela nossa interação com nossas famílias, com nossa cultura e modelos de valores sociais. É nosso grupo de convivência que validará ou não nossa identidade.

Os fatores de risco variam conforme os transtornos que enfocamos. Vamos destacar um dos problemas mentais de maior complexidade, que são os transtornos esquizofrênicos. Kleinman e Hahn (1981), a partir de uma revisão da literatura, afirmam que a cultura influencia o curso e evolução da esquizofrenia. Os autores

destacam a importância do isolamento ou suporte social; do ambiente familiar; da natureza do trabalho e do meio sociopolítico; da presença de estigmas e do papel do doente; das condições de sobrevivência dos indivíduos mais vulneráveis.

Murphy (1982a; 1982b) levanta a hipótese de que as diferenças entre os fatores precipitantes da esquizofrenia têm relação com o que chamou de “duplo-vínculo cultural” e os fatores de agravamento de sua evolução relacionam-se com o significado que o transtorno possa ter para determinada cultura e ao papel e/ou obstáculos reservados ao portador para o exercício de seu papel social. As expectativas familiares e sociais rígidas e/ou contraditórias; ausência ou excessiva complexidade de regras para as ações são fatores agravantes. Os fatores protetores ou atenuantes são: expectativas sociais liberais ou modestas; simplicidade ou clareza das regras e indicadores.

Concluindo, mais importante do que discutir se a família é causa de um transtorno mental ou não, é refletirmos, juntamente com o sistema formado a partir do problema, quais os significados a ele atribuídos por cada sociedade, a partir de seus aspectos culturais, econômicos e políticos. Um comportamento que fuja aos padrões estabelecidos pode ter um significado espiritual, esta pessoa seria considerada um “ser especial”, com acesso a níveis transcendentais.



Exemplificando

Um comportamento desviante da norma, em um sistema político totalitário, pode ser e foi muitas vezes considerado como uma doença mental, como bem ilustra a citação publicada no artigo de Conti (2018, [s. p.]):

A polícia soviética pôs o poeta Joseph Brodsky à força num avião, no dia 4 de junho de 1972, e o despachou de Petrogrado para Viena. Preso várias vezes por parasitismo, vadiagem e ‘ilusões reformistas paranoides’, ele se recusava a deixar a União Soviética.



Dissidente político ou esquizofrênico? Pense a respeito.

CONTI, M. S. Triste está Eros, Afrodite chora: noutro livro sobre W.H. Auden, as palavras do poeta morto mudam nas vísceras dos vivos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 jun. 2018. Caderno Ilustrada.

Famílias em contextos de vulnerabilidade e conflitos com a lei

Ao estudarmos as famílias que possuem adolescentes em conflito com a lei, relembramos o conjunto de tarefas específicas de cada FCVF. Elas convidam a família a flexibilizar suas fronteiras, permitindo o ir e vir dos adolescentes/jovens e a inclusão de outros modelos familiares. As negociações de limites e fronteiras ocorrem o tempo todo e a presença de estressores dificultam o processo natural de mudanças. A adolescência é uma etapa da vida de transformações biopsicossociais significativas, exigindo do contexto familiar e social uma atenção específica, que permita o desenvolvimento de forma crítica e criativa, em busca de autonomia e pertencimento social.

Nos grupos sociais de baixa renda os jovens saem em desvantagem, vindo de famílias que transgeracionalmente trazem as marcas de sofrimento e exclusão social. Conflitos familiares não são exclusividade deles, mas os preconceitos, falta de oportunidades, as violências intra e extrafamiliares tomam uma conotação mais intensa do que para adolescentes de classes sociais mais favorecidas. A sociedade os discrimina, tomando-os de antemão autores de violências, sem serem considerados ou ouvidos como vítimas de um sistema familiar e/ou social tão ou mais violento. Diante desse contexto, suas possibilidades e expectativas de um futuro melhor se reduzem significativamente.

Como diz um velho (e preconceituoso) ditado, popular, "a ocasião faz o ladrão". Em um contexto pouco favorável, muitas vezes é quase impossível evitar que adolescentes cometam atos infracionais. Fatores como uso de SPAs, também costumam ser facilitadores para atos contrários à lei.



Assimile



O ato infracional é o ato condenável, que desrespeita as leis, a ordem pública, os direitos dos cidadãos ou o patrimônio, cometido por crianças ou adolescentes. Só há ato infracional se àquela conduta corresponder a uma hipótese legal que determine sanções ao seu autor. No caso de ato infracional cometido por crianças, aplicam-se as medidas de proteção. Neste caso, o órgão responsável pelo atendimento é o

Conselho Tutelar. Já o ato infracional cometido por adolescentes deve ser apurado pela Delegacia da Criança e do Adolescente, a quem cabe encaminhar o caso ao Promotor de Justiça, que poderá aplicar uma das medidas socioeducativas que podem ser de natureza punitiva ou educativa, previstas no ECA. (SOUSA, 2015, [s. p.])

SOUSA, I. D. F. Adolescentes em conflito com a lei: as causas que levam adolescentes a cometerem ato infracional no estado do Piauí. **Revista Fundamentos**, v. 3, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/odQErT>>. Acesso em: 3 jul. 2018.

Segundo Sousa (2015, [s.p.]), o uso das medidas socioeducativas visa responsabilizar o adolescente pelas infrações praticadas, “como também que lhe proporcionar oportunidades de desenvolvimento pessoal e social, uma vez que, conforme já salientado, esses são indivíduos em fase de desenvolvimento”.

Optamos por compartilhar o trabalho desenvolvido por Seidl e Baptista (2012) em *Pipa da Vida*, por trazer um recurso enriquecedor para a prática: a reautoria da história de adolescentes em conflito com a lei. Trata-se de uma prática básica nas terapias narrativas dos terapeutas White e Epston, já apresentados no decorrer deste livro. No artigo, Seidl e Baptista destacam a metodologia e descrevem o percurso percorrido, além de mostrar que a escolha do recurso de acompanhamento desses adolescentes e suas famílias foi bem-sucedido. Ao reescreverem suas histórias, a partir de novos pontos de vista, os adolescentes puderam entrar em contato com suas habilidades e competências, superando os eventos marcantes e de riscos.

A partir de aspectos de suas histórias que não eram valorizados, ficavam periféricos, puderam criar novas descrições de suas identidades, antes fortemente pautadas por déficits e um perfil problemático, para uma posição de cidadania, valorizando suas culturas familiares e comunitárias. Utilizando as conversações de externalização, as autoras permitiram que não só os adolescentes, mas seus familiares e rede social percebessem “que elas e o problema

não são a mesma coisa. A externalização localiza os problemas não dentro dos indivíduos, mas como produto da cultura e da história” (SEIDL e BAPTISTA, 2012, p. 66).

Ao construir um espaço para o exercício do protagonismo social dos jovens vulneráveis e em riscos, permitimos que os legados transgeracionais, os contextos e seus desafios socioeconômicos façam parte de suas identidades.



Refleta

Se fosse você quem estivesse fazendo uma pipa como descrito no artigo, que experiências pessoais, profissionais e/ou de estudo você poderia reescrever?

SEIDL, M. L. A.; BAPTISTA, G. O. Pipa da vida: práticas narrativas conectando os jovens para a vida. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 61-70, dez. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/XJF4VP>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

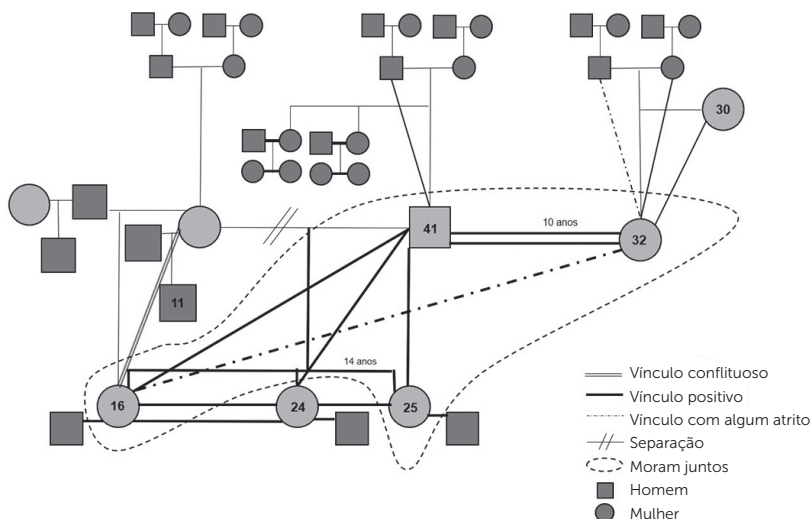
Após a leitura deste material, acreditamos que demos mais uma volta na espiral do estudo da terapia familiar sistêmica. Esta seção finaliza a Unidade 3, a *Terapia Familiar na Prática*, e neste momento acreditamos que você será capaz de elencar um conjunto de ações e práticas, para se tornar um psicólogo sistêmico. Utilize este aprendizado para resolver a situação-problema apresentada por Joaquim e Jessica. Bom trabalho!

Sem medo de errar

Joaquim e Jessica, residentes multiprofissionais na UBS Canoas, fizeram o acolhimento da Família Ramos. Após ouvirem as queixas de Carlos e Joana, relativas à tentativa de suicídio de Rafaela (16 anos), Joaquim e Jessica optaram por agendar um atendimento com todos aqueles que estavam preocupados com a situação. A dupla de residentes faz parte da equipe esmeralda, que tem como prática utilizar o Genograma (Figura 3.4) como forma de conhecer a

família e proporcionar a ela a possibilidade de recontar e ressignificar suas histórias, compreendendo melhor não só o ocorrido, mas as repercussões na vida de cada um.

Figura 3.4 | Genograma família Ramos



Fonte: elaborada pela autora.

É importante que a construção de um projeto terapêutico seja feita juntamente com os usuários, buscando resoluções com e não para o outro. No primeiro encontro compareceram Carlos, Joana, Rafaela e Rosana. Foi proposto o uso do Genograma e explicado que se trata de uma ferramenta que colabora na busca de histórias periféricas, dá visibilidade aos padrões transgeracionais, sendo possível visualizar os pontos de estresse pelos quais a família passou ou está passando. No caso da família Ramos foi possível identificar as separações, mudanças de casas e cidades, recasamentos, o perfil relacional entre filhos e pais nas várias gerações e mesmo como os casais reagem diante de um problema. Esses eventos familiares foram relacionados com o problema que provocou a busca de atendimento. A identificação de questões de saúde mental, do uso de substâncias psicoativas, das dificuldades de hierarquia parental e os efeitos das migrações, permitiu que o sistema familiar pudesse rever suas posições. Joaquim e Jessica também utilizaram o recurso de externalização do problema, buscando dialogar com o "suicídio"

não como sendo um problema interno de Rafaela, mas como um personagem, uma pessoa com quem se pode conversar e descobrir como influenciou e foi influenciado por cada membro.

Por meio de perguntas e do trabalho com a equipe reflexiva, contribuíram para que as histórias de sucesso e as habilidades de cada um, que estavam obstruídas ou negligenciadas, pudessem ser valorizadas. Consideraram ainda a presença de estressores de transição, em especial a mudança de fase de Rafaela de adolescente para adulto jovem. Embora a família já tivesse vivido essa fase com as irmãs mais velhas, estas tinham um perfil mais ativo e desafiador do que Rafaela e os estressores familiares eram outros na época. A família relatou que ao longo do processo terapêutico pelo qual passaram, adquiriram a prática de organizar uma roda de conversa à mesa, dando oportunidade para que as diferenças pudessem ser validadas. Assim, o desafio passou a ser como administrar os novos consensos, a autonomia de Rafaela nessa nova fase e a necessidade de o casal cuidar mais de si e criar novos contextos de convivência.

Faça valer a pena

1.



Outro princípio que se destacou foi traçar a linha da história das contribuições mútuas, e descrever _____ as ações dos propósitos comuns. Assim, ambas as mães que estavam na reunião trouxeram falas sobre como sua educação e os ensinamentos foram passados de geração para geração e se faziam _____. “É bom saber que o que meu pai me ensinou, eu passei para ela”. Recorte de outra mãe: “Estou feliz em saber que ela utiliza na vida dela aquilo que ensinei como o respeito, amor, educação”; “[...] tudo o que ensinei a minha filha foi a minha mãe que me passou porque ela sempre me ensinou tudo, e me corrigia quando fazia alguma coisa errada”. Os adolescentes presentes nessa reunião puderam ouvir o que suas mães falavam sobre eles. Segundo White (1997), esse momento é chamado de cerimônia de definição, uma oportunidade de alguém ser visto e reconhecido pelas _____ externas (por suas habilidades, valores, sonhos e esperanças).” (SEIDL e BAPTISTA, 2012, p. 68)

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto:

- a) Detalhadamente, ausentes, assistentes.
- b) Pobremente, contemporâneos, palpites.
- c) Ricamente, presentes, testemunhas.
- d) Desprovidamente, presentes, negações.
- e) Pobremente, atuais, declarações.

2. O consumo legal de álcool e tabaco estimula a Dependência Química (DQ) e muitas vezes o uso de Substâncias Psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas começa no ambiente familiar. Mesmo não podendo afirmar que exista um modelo de família que favoreça, mais do que outro, a DQ, algumas características das relações parentais e familiares ajudam a visualizar maior ou menor vulnerabilidade e risco para o surgimento do problema. Quais perfis relacionais parentais e familiares favorecem o menor consumo de SPAs?

- I. Estilos parentais com autoridade, não permissivos e papéis familiares claros.
- II. Práticas de suporte e envolvimento familiar e uso de álcool e tabaco por irmãos.
- III. Práticas de monitoramento e comunicação e estilos parentais negligentes.
- IV. Minimização dos efeitos da convivência com pessoas que usam SPA.
- V. Participação em atividades sócio comunitárias, práticas de monitoramento e suporte.

É correto apenas o que se afirma em:

- a) II e IV.
- b) I e V.
- c) II e III.
- d) II, III e IV.
- e) I, II e V.

3. Um terapeuta familiar, mesmo não familiarizado com a ênfase na transgeracionalidade e nos efeitos dos estressores nas diferentes FCVF, pode e deve, a partir do uso mais frequente do Genograma e da linha do tempo, construir um repertório suficiente para evidenciar a importância dos pontos nodais e de transição no desenvolvimento das famílias. Dessa forma, colabora com o sistema familiar na redução do fluxo de ansiedades produzidos pelos estressores, principalmente quando é possível identificar as confluências dos estressores horizontais com os verticais.

No que diz respeito aos tipos de estressores horizontais e verticais que o sistema familiar está sujeito a viver, avalie as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

- () Os estressores horizontais estão ligados aos rituais, mitos, lemas, atitudes e expectativas e precisam ser aceitos pela geração seguinte.
- () Problemas ligados à aceitação religiosa e cultural podem ser considerados como estressores verticais.
- () O acúmulo de mais de uma fase ou mesmo dificuldades não superadas da fase anterior podem se transformar em um estressor horizontal.
- () As doenças crônicas e/ou mortes precoces de um ou mais membros, além da presença de usuários de substâncias psicoativas (SPA) podem ser consideradas estressores horizontais.
- () Separações e violências são alguns dos estressores verticais presentes na vida das famílias, desestabilizando-as, impedindo-as de cuidar de si.

Assinale a alternativa com a sequência correta:

- a) F – V – F – V – F.
- b) F – V – V – V – V.
- c) V – F – V – V – F.
- d) V – V – F – V – V.
- e) F – V – V – V – F.

Referências

A BÍBLIA. Nova Tradução na Linguagem de Hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2000.

ANDERSEN, T. **Processos Reflexivos**. Rio de Janeiro: NOOS/ITF, 2002.

ANDERSON, H. A postura filosófica: o coração e a alma da prática colaborativa. In: GRANDESSO, M. (Org.), **Práticas colaborativas e dialógicas em diferentes contextos e populações**: um diálogo entre teorias e práticas. Curitiba: Editora CRV, 2017, p. 29-50.

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K. J. **A Terapia como Construção Social**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1998.

AUN, J. G.; VASCONCELOS, M. J. E.; COELHO, S. V. A família como sistema, sistema mais amplo que a família, sistema determinado pelo problema. In: AUN, J. G.; VASCONCELOS, M. J. E.; COELHO, S. V. **Atendimento Sistêmico da Famílias e Redes Sociais**. 3. ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa. 2007, p.13-37.

BARRETO, M.; CREPALDI, M. A. Genograma no contexto do SUS e SUAS a partir de um estudo de caso. **Nova perspect. sist.**, São Paulo, v. 26, n. 58, p. 74-85, ago. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/kmDoHJ>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014**. Disponível em: <<https://goo.gl/9Yir8t>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/cLyjxd>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: <<https://goo.gl/zcUsfU>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: <<https://goo.gl/ZZUJek>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRITO, R. M. M.; GERMANO, I. M. P. Terapia Narrativa e abordagem colaborativa: contribuições do construcionismo social para a clínica pós-moderna. **Nova perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 57-73, dez. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/4D8TQ5>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRUN, G. **Pais, filhos & cia ilimitada**. Rio de Janeiro: Editora Record. 1999.

_____.; RAPIZO, R. Reflexões sobre o ato de perguntar. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 1, 1991.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARTER, B.; McGOLDRICK M. (Colab.). **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

CECCHIN, G. Exercício para manter uma mente sistêmica. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 10, 1997, p. 6-15.

_____. Nova visita à hipotetização à circularidade e à neutralidade: um convite à curiosidade. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 12, n. 24, 2004, p. 17-26.

CESAR, C. F. **Narrativas de mulheres jovens: modo de vida, demanda clínica e cuidados de saúde no SUS**. 2016. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/9iMCKh>>. Acesso em 18 maio 2018.

_____. **Perguntar ou não perguntar: eis a questão**. 2005b. Disponível em: <<https://goo.gl/Awq3Dj>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

_____. **Narrativas de mulheres jovens: modo de vida, demanda clínica e cuidados de saúde no SUS**. 2016. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/THcSwZ>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

_____. O genograma na sala de visita, ampliando o cuidado em saúde. SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM E FAMÍLIA – Escola de Enfermagem da USP/SP, 1., 2010. **Apresentação oral...** São Paulo, out. 2010.

_____. **Você, seus pais, seus avós e antes deles... – genograma, uma visão transgeracional das famílias**. 2005a. Disponível em: <<https://goo.gl/Y9w6hN>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

CONTI, M. S. Triste está Eros, Afrodite chora: noutro livro sobre W.H. Auden, as palavras do poeta morto mudam nas vísceras dos vivos. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 jun. 2018. Caderno Ilustrada.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação**. 2012. 341 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/DQyMEo>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

GARCIA, A.G. Terapia com clientes de diferentes culturas. Rio de Janeiro: **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 20, 2003.

JOBIM, A. C. **Wave**. Instituto Antônio Carlos Jobim, 1967. Disponível em: <<https://goo.gl/MfMCEa>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KLEINMAN A.; HAHN R. **The sociocultural model of illness and healing: review and policy implications**. New York: Rockefeller Foundation Working Papers: 1981.

KOESTLER, A. **The act of Creation**, Londres: Pan Books, 1964.

LENZI, B. et al. A Construção da Postura Profissional para o Encontro Terapêutico. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 53, p. 7-23, dez. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/Vy6hNf>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Ver. Bras. Educ. med.**, Rio de Janeiro: v. 33, n. 1, p. 72-79, mar. 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/hPxsHm>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

MURPHY, H. B. M. **Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness**. Berlin: Springer-Verlag, 1982a.

_____. Culture and schizophrenia. In: AL-ISSA I. **Culture and schizophrenia**. Baltimore: University Park Press, 1982b. p. 221-249.

NAHAS, R. R. Terapia familiar e transições no ciclo de vida. In: CONGRESSO PAULISTA DE TERAPIA DE FAMÍLIA, 2., 1995. **Anais...** APTF-SP, 1995.

NOVIS, A. L.; ABDALLA, L. H. A. A despesa da vida. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 25-33, abr. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/vsLGEa>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde: **CID - 10/OMS**. São Paulo: Editora USP, 1999.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicol. estud.** v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/NZnigZ>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PETRI, S. S.; MCGOLDRICK, M. Genogramas em terapia familiar. In: ROIZBLATT, A. S. (Org.). **Terapia familiar y de pareja**. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2006, p. 127 - 132.

SEIDL, M. L. A.; BAPTISTA, G. O. Pipa da vida: práticas narrativas conectando os jovens para a vida. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 61-70, dez. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/XJF4VP>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SEQUEIRA, J.; ALARCAO, M. Porquê não mudam as famílias? Narrativas de terapias familiares de insucesso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 203-219, jun. 2013. Disponível em: <[pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a15.pdf](https://pspsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a15.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SOUSA, I. D. F. Adolescentes em conflito com a lei: as causas que levam adolescentes a cometerem ato infracional no estado do Piauí. **Revista Fundamentos**, v. 3, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/odQERT>>. Acesso em: 3 jul. 2018.

VASCONCELLOS, M. J. E. Panorama das abordagens transgeracionais em terapia de familiar. In: **Atendimento Sistêmico da Famílias e Redes Sociais**. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa, 2007, p.13-37.

_____. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência**. Campinas: Papyrus, 2002.

VELOSO, C. **Vaca Profana**. Rio de Janeiro: Polygram, 1984.

VILLAÇA, C. Relações colaborativas: práticas colaborativas no trabalho. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 59, p. 100-110, dez. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/HZsjX5>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

VITALE, M. A. F. As transformações da família: uma análise em três gerações. In: MACEDO, R. M. (Org). **Terapia Familiar no Brasil: o estado da arte**. CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA FAMILIAR, 1., 1995. São Paulo, SP. **Anais...** São Paulo, 1995.

O profissional como parte do sistema terapêutico

Convite ao estudo

Olá, aluno! Vamos dar início à última unidade do livro, e nossa ênfase será no profissional como parte do sistema terapêutico.

As duas primeiras seções, “Postura profissional” e “Etapas e cuidados”, evidenciarão a relação cliente-profissional. Você verá que retomaremos alguns conceitos já tratados nas unidades anteriores, mas buscaremos compreender ainda mais o trabalho do psicólogo no atendimento familiar sistêmico. O papel do terapeuta, as mudanças que ocorrem ao longo do processo terapêutico, a postura em que o especialista é o cliente, a revisão da escuta, da neutralidade e do lugar de “não saber” e o uso das ressonâncias são assuntos que contribuirão não só para a resolução das situações-problema apresentadas, como para sua prática profissional. Na Seção 4.3, “Modalidades de terapias sistêmicas”, apresentaremos duas situações frequentes na terapia sistêmica: o atendimento de casais e o de famílias com crianças. Retomaremos as fases do ciclo de vida e as mudanças necessárias na transição de uma fase para outra e incluiremos algumas técnicas com o foco nestas duas situações.

Desta vez, contaremos com Teresa e Raquel, alunas do último ano da graduação em Psicologia. Na universidade em que estudam existe a oportunidade de participação em atividades científicas, eventos e workshops paralelamente à formação acadêmica. Elas participam da Liga da Saúde na Família (LSF), composta por alunos de graduação, docentes e profissionais dos serviços ligados aos cursos de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Além de discussões teóricas,

o grupo atua no Ambulatório da Família (AF) e em ações de extensão no território do entorno da universidade.

No Ambulatório da Família, atendem em duplas casais e famílias, até mesmo as que têm crianças pequenas. Por ser um grupo com perfil multiprofissional, frequentemente trabalham no formato de equipes reflexivas. A escolha por duplas ou equipes ocorre segundo as demandas e disponibilidade dos alunos participantes. São realizados oito atendimentos semanais ou quinzenais com todos os membros do sistema familiar que se preocupam com o problema apresentado. Em casos especiais e segundo a demanda familiar, é possível aumentar o número de encontros. Esta ampliação ocorre de forma consensual com o sistema familiar e os profissionais. O Ambulatório possui uma parceria com a Vara da Infância (VI) e o Conselho Tutelar (CT), gerando uma grande demanda para o serviço. Parte da clientela não deseja vir para o atendimento e normalmente comparece por uma obrigação legal, criando um contexto complexo para o trabalho profissional.

Em casos de famílias com crianças, encaminhadas por escolas, creches ou Unidade Básica de Saúde (UBS), é comum que os responsáveis se sintam "indo de um lugar para outro", conforme lhes são indicados, mas sem saber direito o que os espera. O trabalho em contextos de pobreza, dissonância étnica e violência exige dos terapeutas muitos cuidados. Neste sentido, a Liga desenvolveu práticas voltadas para os alunos, docentes e profissionais, com foco no cuidado dos cuidadores.

Esperamos que, ao final dos estudos da última unidade, além de resolver as situações-problema propostas e elaborar um relatório que contemple os modelos sistêmicos de terapia familiar, você tenha conseguido conhecer um pouco mais sobre si mesmo, sua história familiar e sua rede social, que tenha incluído o pensamento sistêmico como uma possibilidade de visão de mundo, útil para sua atuação profissional, e que os

conceitos e práticas abordados tenham contribuído para as relações pessoais e profissionais.

Contamos que, nestas próximas seções, você saia valorizado, reconhecido e possa desenvolver suas escolhas profissionais, compartilhando com seus colegas e professores suas descobertas e crescimento.

Bom estudo!

Seção 4.1

Postura profissional

Diálogo aberto

Olá, caro aluno! Nesta primeira seção da última unidade de ensino, vamos abordar aspectos relativos à postura profissional, considerando o papel do terapeuta na terapia familiar, a mudança no processo de terapia, o cliente como o especialista, o trabalho em equipe e os recursos do profissional para ações terapêuticas ao longo do processo. Para iniciarmos nossos estudos, vamos contar com o trabalho desenvolvido pelas alunas que fazem parte da Liga da Saúde na Família.

Teresa e Raquel, alunas do curso de Psicologia, juntamente com Jussara, aluna de Serviço Social, foram chamadas para atender a família Oliveira. A ideia era construir o projeto terapêutico em conjunto com a UBS e realizar o atendimento familiar com equipe reflexiva.

No primeiro encontro ouviram o relato da família. Marília, mãe de Marcos, de 8 anos, conta que ele é acompanhado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) desde o seu nascimento. A partir dos 4 para 5 anos começou a apresentar um aumento de peso importante. A pediatra que o acompanha pediu o auxílio do Ambulatório da Família (AF) para realizar uma abordagem familiar do caso, buscando entender seu contexto.

Marcos é fruto de uma gravidez desejada e planejada, foi amamentado com leite materno nos primeiros quatro meses e, em virtude do retorno da mãe ao trabalho, passou a tomar suplementos alimentares. Marcos apresentou anemia e bronquite asmática logo em seguida, mas seu crescimento ocorreu de forma tranquila e o desenvolvimento neuropsicomotor sempre foi bom. Entre 2 e 5 anos deixou de frequentar a UBS, sem apresentar intercorrências mais significativas. Porém por volta dos 7 anos começou a apresentar, segundo a mãe, ansiedade e compulsão para comer, chegando à obesidade. Naquele ano optaram por mudá-lo de escola, o que parecia ter surtido efeito.

da família, além das doenças crônicas (hipertensão e diabetes dos pais), o hábito alimentar parece ser um tema significativo para mais de um membro da família. Segundo eles, além das questões alimentares, o sedentarismo dificulta a mudança para um padrão de vida mais saudável.

As irmãs reconhecem que Marcos é “mimado”, por ser o caçula, “raspa de tacho”. Tem apresentado muita ansiedade, o que o leva a comer preferencialmente alimentos pouco nutritivos.

A partir do genograma também foi possível ver que Veridiana tem um padrão um pouco diferente dos demais. Alimenta-se bem e faz atividade física de forma frequente. Além disso procura mimar menos o Marcos. A avó paterna de Marcos, a quem ele era muito ligado e que, como ele, tinha o hábito de comer doces e bolos, morreu há dois anos.

Nas conversas surgiram questões como a impaciência e a irritabilidade de Gláucia. Marcos conta que às vezes ela briga com ele por causa do cachorrinho que quer pular em todo mundo e ela não gosta. Marcos gosta de Cassia, pois ela é boazinha com ele. Pouco falaram de Jonas, o irmão mais velho de Marcos. Ele está preso, e o assunto parece causar algum constrangimento.

A família demonstrou entender a necessidade de mudança de hábitos, dispendo-se a tentar. Diogo relata perceber que os hábitos alimentares atuais são uma espécie de compensação das privações sofridas na infância.

Raquel, Teresa e Jussara procuram entender a dinâmica da família e identificar os pontos-chave a serem explorados em cada membro, buscando suas motivações para a mudança de estilo de vida, vendo a obesidade como o problema.

Viram potencialidades no sistema familiar, que foram valorizadas ao longo do processo do atendimento: 1) O pai mencionou um sobrinho em situação semelhante (de ganho excessivo de peso), falando do que faria para ajudá-lo, e que isto poderia favorecer Marcos; 2) O padrão de vida de Veridiana, uma exceção na família, e a afinidade afetiva de Marcos por ela, poderiam gerar ações conjuntas e diferenciadas dos modelos até então vividos; 3) Reconheceram que Gláucia, ao se preocupar com sua condição de saúde, poderia transformar-se em um novo modelo para si mesma e Marcos.

Considerando os pontos identificados pelas alunas, quais abordagens podem ser utilizadas, visando a um processo colaborativo que favoreça a mudança de padrão e cuidados da família, gerando uma proposta terapêutica envolvendo a todos? Quais reflexões a equipe pode fazer a partir do que a família apresentou? Como e por que o trabalho intersetorial poderia fazer parte do projeto terapêutico?

Ao responder a esses questionamentos, você estará colaborando com as estagiárias no atendimento da família Oliveira. Então, vamos aprofundar seus conhecimentos com a leitura do item *Não pode faltar* desta seção, que aborda conteúdos que o auxiliarão na resolução dessa situação-problema, contribuindo com sua formação pessoal e profissional. Vamos nessa?

Não pode faltar

O papel do terapeuta na terapia familiar

Ao longo do livro, enfatizamos a importância dos processos reflexivos e narrativos. Em ambos os processos, o terapeuta, ao mesmo tempo que tem um papel determinante como uma plateia do outro e/ou outros, não está ali só para assistir. A partir de sua escuta e de seu olhar para a dança que se cria na medida em que o processo terapêutico flui, o terapeuta, como um mediador, coordena a multiplicidade de ações necessárias para que cada membro do sistema familiar possa reescrever sua história e a do sistema. Suas interpretações, focando aquilo que foi dito pelos participantes, devem ser checadas e avaliadas, verificando se elas se encaixam nas expectativas e nos entendimentos dos demais. É útil e necessário fazer um ajuste das diferentes linguagens, permitindo uma compreensão do que foi relatado por todos, inclusive pelo terapeuta (LENZI, 2015).

Como se forma um terapeuta familiar sistêmico? Não basta escolher este ou aquele autor, que nos parece mais coerente com o que acreditamos, e estudar sua obra.

Assim como as famílias, quando nos tornamos 'terapeuta', já contamos com uma herança, com aprendizados e conhecimentos, crenças e desejos anteriores. Como as famílias, fazemos parte de uma rede social e acabamos por constituir uma história

transgeracional profissional, uma filiação a ideias, conceitos e teorias que nos convidam a ser quem somos, com nossos padrões de interações. Avançamos ao longo do tempo, transpondo fases, superando transições e suportando estressores, previsíveis ou não, desejáveis e indesejáveis.

É possível que, quando você se der conta de que escolheu ser um terapeuta sistêmico, encontre em sua história pessoal e familiar traços que indicam que você já estava a caminho de ser um sujeito novo-paradigmático sistêmico.

Habitualmente o terapeuta é convidado a reproduzir as hierarquias aprendidas na formação tradicional, lugar de saber privilegiado, sendo aquele que deve saber tudo, porém, na primeira hesitação, acaba por se sentir nocauteado, “num beco sem saída”. O uso desta metáfora pode proporcionar uma mudança, pois, ao chegarmos ao fim do beco, basta virar as costas para a falta de saída, que você visualizará o lugar de onde veio e outros para onde pode ir, talvez um pouco mais pelo canto direito ou à esquerda, ou até mesmo pelo centro, gerando novos caminhos, afinal nem sempre sabemos exatamente para onde estamos sendo conduzidos, quer seja pelos clientes, quer seja por nós mesmos. Pode ser inquietante e desconcertante durante a formação do terapeuta saber que fazemos parte da construção de uma horizontalidade nas relações e que só saberemos se fomos bem-sucedidos quando percebermos como o outro se sente. Mas também pode ser inovador, reativando potências em todos e ampliando a interação (MOREIRA, 2016).

O processo terapêutico sistêmico inclui todos, e clientes e terapeuta são envolvidos em uma atmosfera de colaboração. As perguntas do terapeuta são um convite ao inusitado, uma oportunidade para olhar outros ângulos e encontrar histórias periféricas que contribuam para outras narrativas. Como valorizar as vozes internas de todos que estão presentes? Para reconhecermos a diferença que estamos fazendo na vida das pessoas, podemos nos perguntar como estamos sendo afetados por estas narrativas? Indagarmo-nos: minhas perguntas e reflexões colaboram com todos para uma mudança do diálogo? Quais são as vozes predominantes no sistema terapêutico: as que traduzem as histórias oficiais ou as que nos movem para novos entendimentos?

Neste processo terapêutico não é possível estarmos com o outro sem considerarmos o caminho de formação de cada profissional. É necessário trabalharmos com os contextos familiares e a rede social, reconhecemos o percurso histórico de cada vida, valorizando a maneira e a competência em enfrentar transições e crises, inclusive as nossas, enquanto terapeutas.

O que é mudança em cada processo de terapia familiar?

Se o papel do terapeuta é o de compartilhar o processo de entendimentos da história da pessoa ou do sistema familiar e, ao usar de perguntas suficientemente incomuns, provocar o acesso a novos relatos e histórias, ou a uma maneira de recontá-las, podemos dizer que esta ampliação em si transforma e fortalece a pessoa para a experiência cotidiana de sua vida (MOREIRA, 2016).

A prática de escuta do profissional e suas reflexões são instrumentos que contribuem para que os membros do sistema familiar percebam e utilizem este formato para se relacionar. A abertura do diálogo, a manutenção de uma postura colaborativa dando voz a todos, a inclusão das histórias periféricas, o uso de perguntas reflexivas e de futuro e a empatia na escuta do outro são um conjunto de ingredientes que favorecem as mudanças do sistema terapêutico. Na prática, reconhecemos o movimento do sistema quando seus membros trazem questões em que a disputa do lugar da verdade já não é o elemento principal, mas sim a busca de se colocar e se reconhecer como parte do sistema e o interesse na construção de outras posições, sem precisar abrir mão de suas experiências singulares.

A criatividade, o enfoque transgeracional, o reconhecimento da importância da rede social e sua inclusão no trabalho com o sistema do problema possibilitam que cada um possa se ver nas relações apresentadas e se sentir responsável por suas ações e suas repercussões no sistema terapêutico e familiar.

É importante que todos os membros do sistema familiar possam questionar a forma como explicam ou descrevem uma situação ou tema e procurem ir além do que foi apresentado, em uma postura de curiosidade, incluindo ideias e questionamentos a respeito do que foi colocado, respeitando e se mantendo em uma postura de escuta legítima.

O cliente como o especialista

Anderson (1996), da Escola de Houston-Galveston, em seu artigo *Uma reflexão sobre a colaboração cliente-profissional*, mostrou que buscava nas vozes dos usuários um convite para a reflexão sobre a relação usuário-profissional e maneiras de ativar e avaliar a posição colaborativa dos envolvidos. A partir dos resultados, observou que é possível olhar para si próprio como pessoa e profissional e para o outro (usuário), de forma a favorecer o diálogo, valorizando a escuta do usuário. Ao longo de anos a autora se interessou em entrevistar os clientes e valorizar os conselhos pragmáticos destes, em especial quando lhes perguntava a respeito de suas experiências relativas aos tratamentos bem-sucedidos ou malsucedidos, incluindo sua experiência com os profissionais que os estavam atendendo naquele momento (ANDERSON, 1996; ANDERSON; GOOLISHIAN, 1998).

Consideramos essencial o compartilhamento dos comentários da autora sobre sugestões e conselhos dos usuários/clientes quando convidados a participar dos cuidados de suas questões (saúde, relacionamento, dilemas), levando-os a um lugar em que possam se unir com o terapeuta, de modo que seja útil para suas vidas:



Escutar e ouvir – Envolver-se, mostrar respeito e considerar aquilo que o usuário tem para dizer. Reconhecer o valor do conhecimento que o usuário tem de si mesmo, sobre a sua doença e seus sintomas;

Tentando entender - Os usuários dizem que eles querem ser compreendidos ou querem ao menos sentir que o profissional está tentando compreendê-los;

Mantendo a coerência - O usuário comenta sobre os profissionais que se distraíam com os detalhes, portanto nunca realmente “ouviam” sua história, e aqueles que desistiam do assunto de modo que perdem aquilo que é importante;

Confiança e crença – Um usuário conta como ele não sentia “confiança psicológica” nos profissionais, e como percebia pela linguagem corporal destes, que não acreditavam nele,

Manter o sincronismo - Ficar sincronizado se refere a que o profissional e o usuário podem fazer uma caminhada lado a lado, escolhendo o caminho juntos, ao invés do profissional conduzir o usuário quer puxando-o para frente quer empurrando-o por traz. (CESAR, 2016, p.156)

É importante destacar que estes conselhos não devem se transformar em um roteiro para o atendimento, mas que sua leitura nos permita, como terapeutas colaborativos, buscar reflexões e mudanças de posturas focadas na interação com o outro. O convite proposto pela autora, de ouvir sistematicamente aqueles que atendemos, avaliando como é seu entendimento, se as direções do trabalho terapêutico têm atendido às expectativas dos diversos membros participantes, são ajustes necessários que evocam “o espírito de como ele, usuário, gostaria de ser atendido, e simultaneamente podemos compartilhar e respeitar nossas possibilidades e limites como profissionais” (CESAR, 2016, p.156).



Exemplificando

Em sua tese de doutorado, Cesar (2016) apresenta o diálogo de uma das usuárias entrevistadas, no qual fica visível o saber do usuário e como ele deseja ser atendido. O profissional sistêmico, quando leva em consideração estes aspectos, transforma a relação e a interação cliente-profissional em prol do sistema terapêutico.

Cacau - E como é que você gostaria que ela tivesse dito?

Simone - Não, explica: “Olha, deu alterações” - como a Celina chegou e falou - “Deu alterações, eu vou pedir um novo exame porque realmente na sua idade tá meio complicado, todas essas alterações.” Foi, pediu outros exames, olhou, viu que realmente deu alteração, aí falou “Olha, deu alteração no fígado de novo, mas não é hepatite porque eu já pedi o exame. Vamos pedir um Raio-X então, pra ver como que tá - um ultrassom pra ver como que tá esse fígado?” Aí “Não, tudo bem, vamos tal.” Aí ela falou “Olha, a diabetes deu, tal, mas não se preocupe que ainda não é nada tão alarmante, mas lógico que você tem que dar uma reduzida, não sei que.” Não é chegar e falar “Ah não, você tá gorda, você tem diabetes por isso.”

Cacau - Uhum.

Simone - Sabe, não é assim. Eu acho que tem que explicar. Tem pessoas que não gostam muito que explique porque não entendem. Mas eu pergunto, então eu quero saber. Então, tipo, eu gosto que seja assim, explique tudo.

O pedido de Simone: “eu gosto que seja assim, explique tudo” nos convida a pensar nos diversos tipos de vínculos que se estabelece entre usuário e profissional. É certo que o compromisso seja bilateral e haverá sempre as singularidades, como ela mesmo comenta. O usuário passará a compreender as respostas às suas demandas se acreditar que os profissionais poderão de fato contribuir para melhora de suas condições de saúde e estão empenhados em compartilhar conhecimentos. Por outro lado, os profissionais investirão no vínculo desta relação se acreditarem que o usuário está comprometido com sua saúde e disposto a realizar as ações (condutas) que serão necessárias para sua melhora, mas evitando a mera obediência das recomendações. É o ajuste entre o pedido (demanda do usuário) e possibilidade de ajuda (o cuidar pelo profissional) que comporão este vínculo, uma relação que necessita ser retroalimentada a cada encontro. (CESAR, 2016, p.154)

Trabalhando em duplas psicossociais, equipes e redes intersetoriais

No Brasil desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1980 e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), duas décadas depois, houve uma mudança na forma de atendimento aos usuários destes sistemas. Reconhecendo que as demandas trazidas pelos usuários dos dois sistemas são multicausais, concluímos que um único profissional ou setor não dará conta de toda demanda.

As práticas de terapia familiar, desde o seu início na década de 1950, já traziam o entendimento que os atendimentos deveriam envolver mais profissionais. O processo terapêutico, na visão sistêmica, baseia-se na multicausalidade, nas diferentes vozes e visões de mundo.

Podemos dizer que hoje em dia um dos campos de trabalho mais promissores para psicólogos é nas redes públicas ou em serviços de assistência pública (OS e ONGs), ligados tanto ao SUS como ao SUAS. Nestes contextos, o trabalho em duplas psicossociais, equipes e ações intersetoriais demanda modelos que permitam

a circulação de ideias, valores, condutas e principalmente a valorização do usuário e sua família na resolução dos problemas.

Sem perder seu lugar de conhecimento específico, o profissional, podendo ir além, compõe com outros profissionais a ampliação da clínica e uma atuação social mais efetiva.

O trabalho com os processos reflexivos e narrativos possibilita que os diversos profissionais dialoguem no sentido da inclusão de posições e conhecimentos diferentes, permitindo ao sistema familiar um modelo de trocas inclusivo e colaborativo.



Assimile

Não deixe de considerar, no trabalho em duplas e/ou equipes:

- Fazer junto e não pelo outro;
- Buscar resoluções com e não para o outro;
- Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços dos serviços, na rua ou no domicílio das pessoas.
- O significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe de coletar informações, mas, além disso, será o de oportunizar o vínculo e a formação de algo em comum." (BRASIL, 2013, p. 97)



Lembre-se:

- Nas situações em que só se enxergava certezas, podem-se ver possibilidades.
- Nas situações em que se enxergava apenas igualdades, podem-se encontrar grandes diferenças.
- Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho.
- O caminho do usuário ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.
- Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos conceitos dos próprios

Recursos do profissional para ações terapêuticas ao longo do processo

Vamos aqui retomar mais uma vez pontos já abordados e que são fundamentais para a prática sistêmica. Talvez seja este o aspecto mais importante para a formação e atuação de um profissional, sua conexão consigo mesmo, com suas histórias pessoais e familiares e abertura para uma escuta privilegiada do sistema familiar.

No trabalho com a equipe reflexiva, a possibilidade de o terapeuta ouvir e falar, ficando atento às repercussões em si mesmo e nos clientes, contribui para que o diálogo caminhe em direção à história que o cliente quer contar, para que sua fala seja fluida e sem interrupções. Na sequência, a equipe reflexiva, após uma escuta qualificada, deve reservar um tempo adequado para formular suas reflexões e compartilhá-las com os usuários. O terapeuta precisa exercitar o tempo/espaço de escuta, pautado no ritmo de cada um, no reconhecimento do que o outro diz, na percepção das diferenças, que não precisam ser antagônicas e, mesmo que o sejam, podem gerar aberturas necessárias para que os sistemas terapêuticos e familiares sigam em diálogo, em uma postura de curiosidade e com espaço para novos pontos a serem repensados ou mais discutidos.



Pesquise mais

Saiba um pouco mais sobre o trabalho em equipes reflexivas, a mudança de postura do terapeuta a partir deste formato de atendimentos e a descrição de situações que nos ajudam a compreender melhor a prática clínica sistêmica.

Faça as suas reflexões, depois de ler e antes de comentar com seus colegas.

MOREIRA, A. R. A construção da postura profissional para o encontro terapêutico: um abraço a ser lembrado. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 54, p. 109-111, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/167>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

A atitude de “não saber” por parte dos terapeutas não significa ignorância ou inexperiência. Espera-se dos profissionais que tenham conhecimentos e habilidades para o trabalho. Seu saber técnico existe e deve ser qualificado. O “não saber” pressupõe um

desconhecimento sobre cada cliente em especial, seja uma só pessoa, casal ou família. Por mais que tenha experiência teórica e prática, o terapeuta “não sabe nada” sobre aquele cliente que está encontrando pela primeira vez. Certamente tem suas hipóteses, mas deve deixá-las de lado e ouvir o verdadeiro especialista, que é o cliente, o único “especialista em si mesmo”. O papel terapêutico sistêmico inclui uma escuta atenta, “curiosa”, e ações, que, mais do que afirmar ou apresentar respostas, ajudem o cliente a olhar para aspectos esquecidos, periféricos e não valorizados de sua história pessoal e familiar, que podem ser explorados, ampliados e eventualmente ser transformados em recursos para mudanças.

Neutralidade, como já foi explicado, não é “neutralidade suíça”, a tradicional ideia de não tomar partido, mas, ao contrário, valorizar e abrir espaço para todas as vozes, sempre em busca de capacidades e experiências que sejam uma exceção aos relatos saturados de déficits e problemas. Curiosidade tem relação com a neutralidade, é uma postura de interesse por todas as falas, não importando de quem são e qual seu conteúdo.

Por último, mas não menos importante, o terapeuta deve estar atento às ressonâncias em si mesmo do que escuta do cliente. O conceito de ressonância é originário da Física e refere-se ao que acontece quando uma estrutura começa a vibrar na mesma frequência das ondas de energia que recebe. É clássico o exemplo da ponte que pode desabar quando uma tropa de soldados marchando a atravessa. A cadência dos passos repercute na estrutura da ponte, que pode se alterar e até desabar.



Refleta

No vídeo, você verá como ondas sonoras emitidas por um alto-falante movimentam esferas de vidro depositadas em sua superfície. Pense nas ondas sonoras como uma metáfora para as falas e atitudes dos clientes e em você mesmo como as esferas afetadas pelas ondas. Os clientes despertam em nós “ressonâncias”, emoções e sentimentos, que, se identificados e controlados, podem ser uma base para novas falas terapêuticas. Este conceito tem um parentesco com a definição de transferência e contratransferência trazidas pela psicanálise, com a diferença de não se tratar de um fenômeno a ser evitado, mas um

componente do trabalho terapêutico a que devemos estar atentos para que sejam utilizados como recursos no atendimento.

CLOSE UP shot of the speaker, which, under the action of waves and vibrations, throws beads. Disponível em: <<https://www.shutterstock.com/pt/video/clip-33887008-close-shot-speaker-which-under-action-waves>>. Acesso em: 1 jul. 2018. **(Vídeo do Shutterstock)**

Todos estes recursos possibilitam que o profissional, ao longo do processo terapêutico, saia do lugar de observador neutro, do especialista em identificar e tratar “defeitos e patologias”, e ocupe a posição de um facilitador de conversações inovadoras e libertadoras, que ajudem o sistema a sair de situações emperradas e possa movimentar-se em direção a novas interações, com mudanças e novos significados para o que foi vivido como problema.

Esperamos que o conteúdo apresentado nesta seção, além de ter auxiliado na resolução da situação-problema, tenha contribuído para mais um degrau da sua formação. Seguiremos discutindo o tema do profissional como parte do sistema terapêutico nas próximas duas seções, fechando assim nossa unidade.

Sem medo de errar

Estamos na Unidade 4, intitulada “O profissional como parte do sistema”, e nesta Seção 4.1 evidenciamos a postura profissional por meio das alunas do último ano de Psicologia, Teresa e Raquel, junto com Jussara, do Serviço Social. Todas estão envolvidas com os projetos da universidade, como a participação em atividades científicas, eventos e workshops, em paralelo à formação acadêmica.

Elas também participam da Liga da Saúde na Família (LSF), que é composta por alunos de graduação, docentes e profissionais dos serviços ligados aos cursos de Psicologia, Enfermagem e Serviço Social. Além de discussões teóricas, o grupo atua no Ambulatório da Família (AF) e em ações de extensão no território do entorno da universidade.

As três discentes foram chamadas para atender a família Oliveira. A ideia era construir o projeto terapêutico em conjunto

com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e realizar o atendimento familiar com equipe reflexiva.

No primeiro encontro ouviram o relato da família. Marília, mãe de Marcos, de 8 anos, conta que ele é acompanhado pela UBS desde o seu nascimento. A partir dos 4 para 5 anos começou a apresentar um aumento de peso importante. A pediatra que o acompanha pediu o auxílio do AF para realizar uma abordagem familiar do caso, buscando entender seu contexto.

O primeiro passo foi dado quando se pensou que o problema de Marcos deveria ser cuidado não isoladamente, mas juntamente com a rede significativa do problema. O problema foi abordado a partir de uma visão transgeracional, em uma visão narrativa. Ao separarmos Marcos do problema, mediante sua externalização, este pode ser visto não como uma “questão interna de Marcos”, mas como se fosse um membro da família, uma entidade com personalidade e vida próprias, influenciando negativamente a vida de todos. Foram visualizadas as conexões do problema com a história familiar ao longo de gerações e os recursos (exceções) que seriam úteis da resolução/dissolução do problema. Os estressores verticais e horizontais também foram considerados, além da sobrecarga previsível nas várias mudanças de fases do ciclo de vida familiar (FCVF) pelas quais o sistema passava.

As falas de cada componente da equipe reflexiva são o resultado de um processo individual, que tem a ver, entre outros aspectos, com as ressonâncias individuais causadas por alguma fala dos clientes e com a elaboração que cada terapeuta fará, levando em conta os norteadores para o processo reflexivo. O luto de Marcos pela avó, os hábitos familiares em relação à alimentação e a atividades físicas, sua posição de caçula “doente” são possíveis aberturas para reflexões que se espera que sejam “adequadamente incomuns”, ajudando a mover o sistema de uma situação emperrada para uma mudança.

A complexidade é um dos pilares do paradigma sistêmico. Quando refletimos sobre os problemas de Marcos, concluímos que não é uma questão simples, que poderia ser resolvida, por exemplo, apenas com uma ação de um profissional, como um nutricionista. A complexidade do problema, que inclui fatores biológicos, sociais, culturais e familiares, exige que busquemos

ferramentas adequadas, também complexas. A intersetorialidade está alicerçada na complexidade. A ciência tradicional tenta reduzir o problema a seus componentes mais simples. Um especialista supostamente seria capaz de resolver a “essência do problema”. Em uma visão sistêmica, complexidade se torna quase sinônimo de intersetorialidade.

Acreditamos que com essas ferramentas dadas você tenha conseguido retomar pontos dos aprendizados das unidades anteriores e sistematizar um atendimento sistêmico em equipe reflexiva.

Faça valer a pena

1.



O papel do terapeuta passou a ser repensado e compreendido de outras maneiras. A partir da consideração da impossibilidade de controle do sistema e da identificação de não neutralidade do observador, a posição do terapeuta como especialista começou a ser posta em questão [...] Em retrospectiva, é possível ver uma progressão lógica na discussão acerca do lugar da especialidade em terapia familiar, saindo de um terapeuta extremamente interventivo e que se pretendia conhecedor da realidade das famílias, em direção a um terapeuta que abre mão de seu lugar de especialidade e privilegia relações mais horizontais na construção conjunta de realidades preferíveis para essas famílias (Rapizo, 1996). Com relação a essa última posição, a chamada postura do não saber, como um conceito associado à terapia colaborativa, teve especial relevância na área por ter proposto reorientar, de forma radical para a época, o tipo de relação preconizado entre terapeuta e cliente (Anderson & Goolishian, 1992). (DORICCI et al., 2017, p. 38)

Considerando o trecho apresentado, no que diz respeito ao papel e à postura do terapeuta sistêmico, classifique as assertivas a seguir enquanto verdadeiro (V) ou falso (F):

() Passaram a se sentir desconfortáveis com a ideia de assumir a posição de aprendiz e colaborador, perdendo a posição de autoridade frente aos clientes.

- () Na prática, deparam-se com situações nas quais os clientes ativamente solicitam olhares e pareceres próprios da posição do especialista, gerando um conflito.
- () Está interessado em construir com as famílias sentidos para suas experiências que sejam úteis na transformação de suas formas de viver e lidar com seus dilemas.
- () Os sistemas humanos passam de ser pensados como cibernéticos, e não como sistemas linguísticos.
- () Tornam-se especialistas no processo, organizando a conversa terapêutica com o intuito de ampliar a construção de sentidos em direções úteis para a terapia.

Escolha a alternativa que possui a sequência correta de verdadeiro e falso:

- a) F – V – F – V – V.
b) V – F – V – F – V.
c) F – V – V – F – V.
d) V – V – F – F – V.
e) F – V – F – F – V.

2.



[...] Além disso, me interessei por perceber que as descrições da equipe sobre João funcionavam como uma narrativa dominante que não dava espaço para outras descrições além de “paciente difícil”. Em diversos momentos, escutei: “*Você está esperando o João? Ele sempre falta!*”, “*Cuidado ele é um sabonete, vai escapar dos atendimentos*”, “*Quando atendê-lo, utilize as salas perto da recepção, pois caso aconteça algo alguém poderá te ajudar*” (significando que havia possibilidade de um episódio de agressividade). Ao me deparar com tais narrativas e perceber a força dos discursos no tratamento dos pacientes na saúde mental, busquei criar um texto propondo uma reflexão sobre o impacto provocado por tais narrativas dominantes e formas alternativas de lidar com o cuidado na prática clínica. (CAMARGO; VILLARES, 2013, p. 37)

Considerando a reflexão proposta pelos autores e as orientações oferecidas pelos clientes, conforme descrito por Anderson (1996), assinale a alternativa correta da coluna A (conselhos) com a coluna B (descrição):

Conselhos	Descrição
1. Escutar e ouvir	A. O usuário comenta sobre os profissionais que se distraíam com os detalhes, nunca realmente "ouviam" sua história e que desistiam do assunto, perdendo o que é mais importante.
2. Tentando entender	B. Um usuário conta como ele não sentia "confiança psicológica" nos profissionais e como percebia pela linguagem corporal que os terapeutas não acreditavam nele.
3. Mantendo a coerência	C. Ficar sincronizado se refere ao caminho que o profissional e o usuário podem percorrer lado a lado, escolhendo juntos o percurso, em vez de o profissional conduzir o usuário, puxando-o para frente ou empurrando-o por trás.
4. Confiança e crença	D. Envolver-se, mostrar respeito e considerar aquilo que o usuário tem para dizer. Reconhecer o valor do conhecimento que o usuário tem de si mesmo, sobre a sua doença e seus sintomas.
5. Manter a sincronismo	E. Os usuários dizem que eles querem ser compreendidos ou querem ao menos sentir que o profissional está tentando compreendê-los.

Assinale a alternativa que corresponde à sequência correta:

- 1-A; 2-B; 3-C; 4-D; 5-E.
- 1-B; 2-C; 3-E; 4-A; 5-D.
- 1-D; 2-E; 3-B; 4-C; 5-A.
- 1-A; 2-E; 3-D; 4-C; 5-B.
- 1-D; 2-E; 3-A; 4-B; 5-C.

3. João, de 17 anos, veio ao atendimento acompanhado por seus pais e uma irmã de 20 anos. Foram encaminhados pelo conselho tutelar, devido a queixas de seus pais sobre a agressividade em casa. Embora o discurso predominante fosse uma série de reclamações sobre João, o terapeuta buscou ouvir todas as opiniões, especialmente as que contrariavam a narrativa oficial.

Assinale a alternativa verdadeira no que diz respeito ao conceito de curiosidade:

- a) O terapeuta como um especialista já havia analisado todos os relatórios do conselho tutelar e tirado suas conclusões.
- b) Embora tenha ouvido todos os membros da família, o terapeuta já sabia de antemão qual era a verdade sobre a situação.
- c) Embora seja impossível não ter uma opinião preestabelecida, o terapeuta a deixou de lado e ouviu cada membro da família, buscando legitimar suas visões do problema.
- d) O terapeuta resolveu ouvir cada membro da família individualmente para evitar conflitos de opiniões.
- e) O terapeuta ouviu atentamente o relato de cada membro da família, mas já sabia previamente o problema de João e dos pais.

Seção 4.2

Etapas e cuidados

Diálogo aberto

Olá, vamos iniciar mais uma seção, desta vez, falando sobre os cuidados com o cuidador na terapia familiar sistêmica. Temas como o contrato terapêutico, incluindo as questões éticas, o trabalho com o cliente que não quer estar no contexto terapêutico e os cuidados necessários para os que cuidam, serão objeto de estudo e o auxiliarão na resolução da situação-problema (SP), bem como na tarefa final desta unidade, que é a elaboração de um relatório que contemple os modelos sistêmicos de terapia familiar.

Você deve se lembrar de que Teresa e Raquel, estudantes do último ano de Psicologia, junto com outros universitários da área da saúde, fazem parte da Liga da Saúde na Família (LSF), cuja proposta é aprofundar o estudo da família e suas diversas interfaces na prática profissional. Elas também acompanham atendimentos no Ambulatório da Família (AF) ligado à universidade.

Neste semestre, Teresa e Raquel, juntamente com Gabriela, da Enfermagem, e Ricardo, do Serviço Social, coordenaram o projeto **“As relações de trabalho: quem cuida de mim?”**.

A LSF recebeu um pedido para compreender por que vários funcionários do ambulatório adoeceram, e passaram a estudar quais seriam os possíveis motivos pelos quais o grupo de profissionais estaria vivendo tal situação. Após análise, verificaram que o contexto de trabalho mostrava uma sobrecarga pela alta demanda de atendimento por casais e famílias com crianças, além de casos com maior complexidade, exigindo mais atenção das equipes.

Perceberam que haviam se descuidado das discussões dos projetos terapêuticos, e as reuniões de equipe se tornaram espaços de informações ou queixas. As atividades externas foram suspensas, e a interação com a comunidade e parceiros não estava ocorrendo de forma fluida e produtiva. Muitos profissionais estão no ambulatório há mais de oito anos e dizem que sempre fazem de tudo pelas famílias e casais, mas obtêm pouco retorno

e não se sentem reconhecidos por seus esforços e pelo trabalho que realizam. A maioria não frequentou cursos de extensão ou especialização, alegando falta de oportunidade, tempo e apoio do serviço. Sentem-se cobrados pela coordenação para produzirem cada vez mais. Pelo menos três das funcionárias foram afastadas por questões ligadas a saúde mental, e outras duas apresentam episódios repetitivos de doenças psicossomáticas. Nem elas nem a gestão relacionam os afastamentos com questões do trabalho. Somente uma delas faz terapia, e duas praticavam atividades físicas, mas tiveram que suspender devido às doenças.

Foi criado um ambiente para desenvolver um conjunto de ações a fim de ouvir os trabalhadores e gerar espaços de conversas que funcionassem como momentos de descompressão, e as práticas terapêuticas foram revistas a partir de premissas sistêmicas.

Supondo que você faça parte do grupo de Raquel, Teresa, Ricardo e Gabriela, que aspectos seriam relevantes para relacionar os afastamentos dos profissionais com as questões ligadas aos cuidados dos profissionais? Que ações o grupo de estudantes poderia ter para que trabalhadores possam ser escutados e legitimados, minimizando os efeitos do desgaste causado por este tipo de trabalho? Que atividades o grupo poderia incluir na proposta do projeto **"As relações de trabalho: quem cuida de mim?"**.

Como você pode perceber, o desafio proposto não é pequeno e é mais comum do que habitualmente pensamos existir. Estes temas estão cada vez mais presentes no cotidiano dos psicólogos, e é importante que você se prepare para eles, independentemente da escolha da área de trabalho que deseja seguir. Agora é só se debruçar no material proposto no item *Não pode faltar* desta seção e achar o seu próprio caminho para solucionar a SP e agregar novas ideias à sua formação. Bons estudos!

Não pode faltar

As questões éticas em terapia familiar

Quando refletimos sobre as famílias, ética e moral, seus costumes, regras e valores vão aparecer das mais diferentes formas, muitas vezes como conflitos internos e/ou sociais. Assim, os pais podem decidir se seus filhos terão ou não uma formação religiosa

ou se poderão ou não assistir a determinados filmes ou programas de televisão, mas não podem decidir tirar a vida de seu filho ou ter com ele relacionamentos sexuais.

A ética situa-se em um nível mais amplo do que a moral. A moral é local, flexível e variável. A ética é permanente, tem mais abrangência. Por exemplo, a moral sexual do início do século XX, em um determinado lugar, não é a mesma da existente na segunda década do século XXI. Porém os princípios éticos, no que se refere ao respeito à vida humana, permanecem. Segundo Boff (1997, [s.p.]), "a ética nos possibilita a ousadia de assumir, com responsabilidade, novas posturas, de projetar novos valores, não por modismo, mas como serviço a moradia humana."



Assimile

A palavra ética tem origem grega. Ethos significa comportamento, e óikos casa, o lugar que habitamos. O termo pode ter vários sentidos, nossa casa, nossa família, a comunidade de que fazemos parte e que abrange desde aquilo que está mais próximo, até o país e o planeta. São frequentes as dúvidas entre os conceitos de ética e de moral. A palavra moral tem origem no latim e se refere aos costumes de um grupo, em um determinado tempo e lugar. É famosa a expressão "o tempora o mores" (tradução: "que tempos, que costumes"), do filósofo romano Cícero, do século 103-43 a.C. (O TEMPORA..., 2007-2018, [s.p.]), referindo-se ao que considerava como depravações em sua sociedade.

A ética exige do terapeuta uma postura de respeito à moral da família, ao mesmo tempo em que deve ajudá-la nas mudanças necessárias para a solução dos problemas que a trouxe à terapia. Não deve tomar partido de um membro em especial. Relembrando o conceito de neutralidade, deve ouvir todas as vozes e valorizá-las igualmente, pautando-se não pela moral, mas pela ética.

A partir da ética no sentido mais amplo, Gergen (2016) propôs o conceito de ética relacional, levando em conta não apenas o contexto grupal, em que o que é aceitável para uma pessoa pode não ser para outra. São quase infinitos os exemplos em nossas vidas. O homem seria superior à mulher? A quem cabem os cuidados da casa? É válido usar castigos físicos para educar um filho? O que

fazer se seu filho ou filha iniciar uma relação homoafetiva? Como reagir diante de um pai amoroso como cuidador da família, mas que recebe propinas ilegais em seu trabalho?

Embora muitas destas questões sejam reguladas por leis, como o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e outras, no contexto da terapia de família muitas vezes a judicialização não será uma resposta que ajude o sistema a sair do impasse.

Para o autor, nossa tarefa é criar ações na terapia que façam com que todos os participantes assumam suas reponsabilidades por uma melhora da relação. Embora o terapeuta deva considerar seus valores morais e éticos, não é seu papel ser um juiz de condutas, mas sim de convidar todos os presentes a refletirem sobre as consequências das ações de cada um para as relações dentro do sistema familiar, e deste com a rede social mais ampla de que faz parte. Se um dos genitores não vê problemas em dar “palmadas corretivas” em seu filho, como fica sua relação com o esposo/esposa que pensa diferente? E com a escola, que, ao perceber marcas de uma surra na criança, pode acionar o Conselho Tutelar? Segundo Gergen (2016, p. 18), “essencialmente, esse é um desafio para ambos (ou todos) os participantes da relação de prestação de cuidados. Apesar de nossas diferenças, como podemos construir algo que possamos ambos valorizar?”.

No contexto da terapia familiar estão presentes tanto as questões éticas da sociedade da qual fazem parte terapeutas e clientes, a ética do exercício da profissão de psicólogo e a ética da relação entre os membros do sistema que está sendo atendido, no qual o terapeuta está incluído.



Pesquise mais

Para saber mais sobre os aspectos éticos que norteiam a prática profissional do psicólogo, é importante que você consulte o Código de Ética.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

Quem deve vir para a terapia de família?

As primeiras escolas de terapia familiar nos anos 1960, partindo da visão da família como um sistema análogo aos sistemas cibernéticos, solicitavam a presença de todos os membros da família nuclear e, se possível, da família extensa, como avôs/avós. Com a mudança do foco dos problemas do sistema para o sistema do problema, passaram a ser convidados para a terapia todos que se sentissem conectados, como se este fosse um ímã que atraísse com seu magnetismo as pessoas ao seu redor.

Em geral, na prática clínica, um dos membros da família entra em contato com o terapeuta solicitando atendimento. Se for possível, é indicado que o terapeuta faça um contato telefônico com esta pessoa, buscando entender a queixa inicial, e pergunte a ela quem mais estaria disposto a vir para a primeira sessão. O cliente pode responder de variadas formas, dizendo que mais pessoas concordariam em vir, ou solicitar uma entrevista individual. Se, apesar do convite para a presença de outros membros, houver insistência, pode ser feito um primeiro encontro neste formato, sempre deixando claro que a proposta não é de terapia individual.

Neste primeiro contato, cujos detalhes serão apresentados no item a seguir, uma tarefa básica do terapeuta é conversar sobre a terapia, mais do que sobre o problema. Deve explicar ao cliente a importância da presença das pessoas que estão ligadas ao problema, independentemente de fazerem parte da família. É comum que o cliente diga de antemão que um ou mais membros não aceitam vir para a terapia, por variados motivos: acha que o problema não é dele, não quer se expor na frente dos demais ou porque já faz tratamento individual. Um argumento que costuma funcionar é sugerir que as pessoas, refratárias, sejam convidadas apenas para uma primeira sessão em conjunto, enfatizando que não serão obrigados a continuar se assim preferirem.

Em casos de famílias com crianças pequenas ou que envolvam suspeitas de violência e/ou abuso sexual, é prudente uma primeira entrevista com os adultos, para preservar as eventuais vítimas.

Concluindo, virão para a terapia as pessoas que se preocupam com o problema, desde o casal até o conjunto de membros da rede social significativa do problema.

Etapas do atendimento familiar sistêmico

Como apresentado no item anterior, a primeira etapa, sempre que possível, pode ser uma conversa telefônica com a pessoa que solicitou ajuda. Neste momento, além de ouvir a queixa inicial, o terapeuta convidará outros membros do sistema para a terapia.

Na primeira sessão, a conversa deve ser focada no contrato do processo terapêutico. Após as apresentações, o terapeuta pode perguntar quem teve a ideia de procurar ajuda. Por qual motivo? O que esta pessoa espera da terapia? Quem concorda ou discorda dela? Em geral, esta pessoa é a mesma que telefonou. É importante perguntar aos demais o que foi dito a eles sobre a vinda para a terapia. Como foram convidados? O que lhes foi explicado? Estão de acordo com a terapia ou não? O que motivou cada um a vir? No item “o cliente involuntário”, detalharemos o trabalho com quem não pediu para ser atendido. Qual é a expectativa de cada pessoa sobre a terapia? O que gostariam de saber sobre a terapia e sobre o terapeuta?

É importante que o profissional se mantenha em uma postura de conversação, em diálogo, sem se preocupar em fazer uma anamnese, em que todas as perguntas devam ser respondidas; é um momento de aproximação e de estabelecer um vínculo. Além das respostas que possam surgir a partir das perguntas que lhe forem feitas, este pode ser o momento de conversar sobre o contrato da terapia: horários, honorários (se for um serviço privado), número de sessões, possibilidade ou não de atendimentos de subsistemas e/ou individuais, impossibilidade de segredos entre o terapeuta e algum(s) membro(s) do sistema, prazo para cancelamento ou mudança de horários de sessões, possibilidade de inclusão nos atendimentos de pessoas/profissionais que façam parte da rede social do problema e outros pontos que sejam relevantes conforme o contexto.

Quais são as queixas de cada um dos presentes? Quem concorda ou discorda do que e de quem? Nesta etapa, com o uso de perguntas, o terapeuta começa o processo de desconstrução das queixas (entender como foi construído o significado do que é problema) e de construção de um problema consensual. As queixas podem ser as mais variadas: “Meu filho não me obedece, foge da escola”. “Minha mãe e/ou pai não me entende”. “Meus interesses mudaram e querem impor-me caminhos com os quais não concordo”. “Prefiro ficar na rua com os amigos do que em

casa escutando as brigas dos meus pais”. Como vemos, as queixas podem ser muito diferentes, e é preciso ouvi-las com neutralidade e curiosidade. Ao final deste processo, que pode se estender por mais de uma sessão, espera-se que seja construído um problema consensual, por exemplo: falta diálogo nesta família, precisamos conversar mais, falar e ouvir.

A partir desta etapa, as conversações girarão em torno do **problema consensual**. O terapeuta começa cada sessão perguntando aos presentes sobre o que gostariam de conversar. Nem sempre é retomado o que foi tema de sessões anteriores. O terapeuta tem o papel de “maestro” das conversações, mediador e observador participante, que aponta e/ou enfatiza questões que considere importantes do que foi conversado e eventualmente propõe novos assuntos a serem discutidos. Ao final de cada sessão, o terapeuta pode fazer um “resumo/reflexão” dos principais pontos debatidos. Conforme a situação, pode propor alguma tarefa para a próxima sessão, como um rascunho de um “contrato” para as relações do grupo ou que cada um elabore seu mapa da **rede social significativa**.



Pesquise mais

Para ajudar a entender a diversidade e a singularidade de um contrato, principalmente no que diz respeito à terapia familiar e de redes sociais, sugerimos a leitura do artigo:

ZORDAN, E. P.; DELLATORRE, R.; WIECZOREK, L. A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 136, p. 133-142, dez. 2012. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

Os autores fazem uma revisão bibliográfica, enfocam a perspectiva sistêmica e trazem a entrevista como recurso inicial para o contrato. A leitura contribuirá para a complementação da perspectiva apresentada neste material didático.

Boa leitura, e esperamos com isto que você consiga criar o seu próprio modelo contratual.

É importante ressaltar que as questões e condutas indicadas são meramente sugestões para se aproximar do sistema familiar e construir o processo terapêutico. A ordem, o estilo e a organização devem ser experimentadas e revistas por cada terapeuta, imprimindo assim o seu estilo pessoal.

Como atender quem não pediu para ser atendido: o cliente involuntário

Nos últimos anos, como já vimos, nossa sociedade vem despertando para a importância do tema da violência intrafamiliar, em suas inúmeras modalidades. A partir das mudanças nas leis de proteção à família, especialmente em relação às mulheres e crianças e adolescentes, uma série de práticas de proteção vem se desenvolvendo, com participação de juristas, magistrados, serviços de proteção, organizações não governamentais (ONGs) e profissionais da área da Saúde, da Educação e do Serviço Social.

Cada vez mais pessoas, incluindo casais e famílias, chegam aos serviços de atendimento sem que tenham sido autores de um pedido de terapia. Muitas vezes receberam uma intimação judicial ou um aconselhamento por parte de pessoas que, de alguma forma, representam um poder.

Buscamos uma reflexão sobre a prática de atendimento de casais e famílias "involuntários" que possam auxiliar serviços e profissionais que trabalhem com este grupo de pessoas, com ênfase no processo de transformação destes clientes de pacientes involuntários em agentes em busca de uma mudança.

São muitas as situações em que pessoas, individualmente ou em um sistema familiar, chegam até um atendimento terapêutico sem que tenham sido elas mesmas as autoras do pedido. É comum que crianças ou adolescentes sejam trazidos pelos pais sem terem sido consultados e/ou recebido alguma explicação do motivo de estarem ali. Ou ainda, pode ser que a escola indique a terapia como condição para que a criança ou adolescente continue a estudar naquela instituição. Mas é com o advento das leis protetoras da criança e do adolescente, e da mulher em especial, juntamente com a ação do setor judiciário, e de organizações não governamentais, que cada vez mais famílias, vivendo em situações de violência com ou sem abuso sexual, estão chegando à terapia. Nestas condições,

chegam com medo, desconfiadas, sem saberem o que os espera. É como se ecoasse em suas mentes uma frase do tipo: *tudo o que você disser poderá ser usado contra você!* As famílias costumam vir ao tratamento com muitas reservas e acabam por gerar muitas dificuldades para que saiam do lugar de "clientes involuntários" e se tornem autores de um pedido de terapia.

Em um primeiro momento, o trabalho consiste em atender às famílias que vêm encaminhadas dentro destes contextos, do mesmo modo que fazemos com aqueles que procuram pelos serviços e/ou profissionais espontaneamente. No início, você observará que sentirá dificuldade em realizar o atendimento. É muito difícil construir com aquelas pessoas um pedido para o processo terapêutico. É fácil observar, no trabalho com duplas e equipes, a sensação de que alguma coisa está sendo omitida. A família estava lá porque alguém assim disse que deve ser. Na maioria das vezes, não reconhecem o motivo para estarem ali, em especial em terapia, e costumam dizer: "está tudo bem", mas ao mesmo tempo há situações "sem explicação", como por exemplo: filhos em abrigos; processos questionando a capacidade daqueles pais/responsáveis em continuarem tendo a guarda das crianças e adolescentes; informações sobre situações de violência são trazidas, quando ocorre a ausência de um dos cônjuges, mas não é possível conversar a respeito quando os dois estão juntos.

Com frequência, o processo de terapia pode ser interrompido pela família, causando na dupla ou equipe de profissionais a impressão de que a família só estava cumprindo uma ordem. O primeiro passo para sair deste "faz de conta" é identificar estas famílias como pessoas que estão ali contra sua vontade e que, portanto, não podem agir de outro modo. Por outro lado, os profissionais, na busca de não se identificarem com as instituições encaminhadoras, evitavam um contato com elas, o que nos desconecta desta rede mais ampla.

As ideias sobre a rede social sistêmica significativa, intersetorialidade e a concepção construcionista social do "sistema criado pelo problema" são pontos importantes para uma mudança do trabalho.

Afinal, qual é o sistema que deve ser atendido? A resposta que nos ajuda, neste tipo de trabalho, é considerar que o sistema formado por todos que avaliam que há um problema devem vir conversar.

Então devemos incluir: a família, os profissionais do setor envolvidos (Vara da Infância, Conselho Tutelar, profissionais de abrigos, escolas, UBS), enfim, todos que “são atraídos pelo problema”.

O reconhecimento de que fazemos parte de uma extensa rede social faz com que revejamos a ideia de trabalho em rede. Trabalhar em rede não pode ser confundido com um mero fluxo de encaminhamentos. Consiste em um trabalho que envolva os componentes da rede social que sejam significativos não apenas para a família, mas também para os terapeutas. O sistema criado pelo problema é o nosso recorte significativo da rede social, e com o qual passamos a trabalhar.

É preciso estabelecer uma prática que inclui um contrato que é explicitado tanto para as famílias como para os encaminhadores e que implica na participação de todos nas sessões de terapia, quantas vezes forem necessárias. Outra coisa que faz parte do contrato é deixar claro que os terapeutas não operam como peritos ou avaliadores e, portanto, não fornecerão laudos nem informações aos órgãos jurídicos, nem se reunirão com seus representantes em separado. É importante frisar que isso não será feito porque não é a proposta na terapia familiar esse tipo de ação, uma vez que requer outro recorte e outro profissional. Da mesma forma, quaisquer relatórios enviados pelos serviços deverão ser compartilhados, caso contrário não há sentido recebê-los.

O objetivo do trabalho com o sistema criado pelo problema é deixar claro qual é o motivo pelo qual a família foi encaminhada e buscar construir um pedido comum para o sistema. Muitas vezes a família não concorda com estas condições, o que inviabiliza o processo de terapia. Quando há concordância, observamos que tanto os encaminhadores como os terapeutas deixam aos poucos de serem vistos como inimigos e podem ser percebidos como aliados, pessoas que podem colaborar na resolução da situação-problema.

Como nas situações de violência, as queixas são feitas em geral por pessoas de fora (vizinhos, escolas, médicos), a família inicialmente está na situação de quem não vê problemas onde está sendo apontado e, conseqüentemente, não tem uma posição de agente, de quem quer mudança.

Quando todo o sistema do problema se reúne, familiares, encaminhadores e outros que estejam presentes podem falar de

suas queixas, de como o problema foi se constituindo para cada um, desde quando, por que incomoda, o que eventualmente tem mudado, quais mudanças são desejadas. Ao longo do processo, que podemos chamar de desconstrução do problema, os significados individuais são explicitados, e as histórias podem ser compreendidas a partir de diferentes pontos de vista.



Exemplificando

Roberta, de 17 anos, foi encaminhada pelo Conselho Tutelar (CT) por estar grávida de seu companheiro, Chico, de 32 anos. Roberta morou na rua e conta que fugiu porque a mãe brigava muito com ela. Diversas vezes foi abordada pelo CT e encaminhada para um abrigo, permanecendo por pouco tempo, uma vez que sua mãe sempre a buscava, tentando mantê-la próxima.

Roberta descobriu, com oito meses de gestação, que era HIV positiva, passando a temer a perda da guarda de seu bebê. Chegou ao serviço de atendimento para um grupo de atendimento familiar coordenado por uma dupla psicossocial.

Dias antes do grupo, avisou a mãe e o companheiro que iria embora e que ninguém controlaria sua vida e a do filho. Mesmo assim, compareceu ao atendimento para cumprir a ordem judicial.

Na porta do serviço, ficou agitada e não queria entrar. Foi abordada por uma enfermeira, com quem manteve o seguinte diálogo:

- Por que você está aqui?
- Aquele juiz que manda em tudo da Vara da Infância quer controlar a minha vida.
- Sei...
- Já falei que ele vai ter que brigar muito comigo.
- Certo, mas por que ele mandou você aqui?
- Não sei, talvez pra me convencer a dar meu filho. Eu vou embora!
- Você gostaria de conhecer o grupo de famílias? Se não gostar, pode ir embora e não voltar mais. Nem precisa falar, só ouvir um pouco o que os outros disserem.

– Posso sair na hora que eu quiser?

– Sim, sem problemas.

– Então vou entrar só um pouco.

– Ok.

Roberta começou ouvindo um relato de uma adolescente que morava em uma casa abandonada com sua mãe e com outras famílias. A mãe relatou o seu sofrimento ao ver a filha em risco. Outros relatos foram de casais em conflito e de situações de violência contra crianças.

Foi perguntado a Roberta se ela gostaria de dizer algo, e ela contou sua história, dizendo que se identificou com o relato da outra adolescente, além de ter valorizado a posição da mãe da menina.

Ao final da reunião perguntaram se ela queria voltar para o próximo encontro do grupo, ao que ela disse que sim. Porém ela não compareceu por ter dado à luz. Seu filho foi encaminhado para um abrigo, e algum tempo depois Roberta retornou ao serviço de atendimento. Disse que queria reaver seu filho e sabia que um dos caminhos possíveis seria a terapia familiar.

O que você acha que contribuiu para a mudança de Roberta?

Uma boa parte do processo terapêutico consiste na busca da construção de um pedido que possa ser aceito por todos, fazendo com que cada um, especialmente a família, assuma a responsabilidade pela mudança. As pessoas acostumadas a se defenderem de acusações mudam de lugar, tornando-se agentes de um processo de mudança que não foi imposto. Se de fato concordaram com o pedido, se este fez sentido, vão se encarregar e se responsabilizar por mostrar aos encaminhadores, aos órgãos jurídicos, que de fato houve mudanças. O papel do terapeuta não é o de um perito avaliador, mas de um auxiliar da família na busca de uma meta comum e de recursos para a construção de diferenças significativas, que indiquem que os riscos de repetição de violência cessaram ou diminuíram.

O trabalho com clientes involuntários traz, para os profissionais, perguntas cujas respostas podem ajudar a saírem dos impasses.

Ao abordarmos profissionais em cursos ou treinamentos sobre o tema, utilizamos três perguntas básicas e compartilhamos as reflexões mais comuns:

- 1. Quais dificuldades têm sido encontradas?** Agendamento do horário com a família; estabelecimento de vínculos; descontinuidade do tratamento; ausência de um pedido comum por parte da família; desconfiança; terapia vista como um castigo; desconhecimento do objetivo da terapia; boicote; passividade por parte da família; terapeuta como o único responsável pelo tratamento.
- 2. Quais recursos têm sido utilizados para superar tais dificuldades?** Construção de um pedido comum para o sistema a partir do problema; uso de perguntas; postura de curiosidade; uso de técnicas de ação, como o desenho feito por todos os familiares em conjunto; trabalho em parceria, em conexão com os serviços encaminhadores; diferenciação dos terapeutas em relação aos encaminhadores; construção de um contexto de confiança; ressignificação do processo da terapia.
- 3. Do que ainda sentem falta para melhorar o desempenho no trabalho?** Maior entrosamento e parceria com os serviços encaminhadores e gestores.

Nossa proposta é que o terapeuta construa um processo de inclusão de todos os envolvidos pelo sistema do problema e a manutenção de uma postura colaborativa e reflexiva, favorecendo um contrato de trabalho em que todos se percebam como responsáveis e participantes.

Cuidando dos cuidadores: prevenindo o *burnout*

A síndrome do *burnout* pode ser definida como um estado de frustração e/ou fadiga que surge a partir do investimento e da expectativa dos profissionais que esperam resultados diante de um determinado problema e/ou estilo de vida dos clientes e que não ocorre conforme o esperado. É comum que profissionais carismáticos e compromissados ou os que assumem a postura de “salvadores da pátria” fiquem esgotados, fatigados e com doenças psicossomáticas. É importante ressaltar que não é apenas um cansaço

por excesso de trabalho. Por estarem familiarizadas com o conceito de *burnout*, as equipes habitualmente atribuem estes fenômenos a déficits pessoais, tanto próprios como dos demais integrantes do grupo de profissionais, tendência esta que pode gerar dinâmicas destrutivas. A reflexão sobre o que ocorre com quem trabalha com vítimas e agressores permite a ressignificação destes fenômenos, a abertura de possibilidades de colocá-los em outras perspectivas e o desenvolvimento de estratégias para retomar o controle do que ocorre com as equipes e seus integrantes. O *burnout* caracteriza-se por alterações físicas, comportamentais, pessoais e no trabalho, incluindo práticas clínicas, questões interacionais, psicológicas e espirituais (ARON; LLANOS, 2004).

Como trabalhar com profissionais e gestores das diferentes redes de serviços com um tema presente, embora invisível no cotidiano? Que ações são necessárias para que seja possível combater e prevenir o *burnout*?

Primeiramente, segundo Aron e Llanos (2004), é importante colocar o foco no contexto do trabalho, e não nas características pessoais, considerando alguns conceitos como:

Contaminações causadas pelo contexto de trabalho: violência doméstica, falta de recursos materiais e humanos, traumatização empática (colocar-se no papel do outro) e conflitos internos e externos das equipes.

Necessidade de cuidado com as equipes: ênfase no conceito de trabalho de risco, ressaltando a responsabilidade dos gestores e não apenas do profissional.

Necessidade de cuidados individuais: registro e visualização dos mal-estares, criação de áreas pessoais livres de contaminação, evitação da saturação das redes de apoio, formação profissional e localização das responsabilidades nas instâncias devidas.

Compartilhamento da responsabilidade por decisões arriscadas: avaliação de riscos para os usuários e equipes, mediação para resolução de conflitos na equipe e apoio para educação continuada.

Cuidados com a rede profissional: ativação e fortalecimentos das redes de apoio dos profissionais, organização de equipes para intervenção em crises dos profissionais da rede.



Pesquise mais

No capítulo 5 do *Guia prático de matriciamento em saúde mental*, no item "O trabalho com as equipes da estratégia de saúde da família: cuidando do cuidador", os autores nos convidam a refletir sobre duas perguntas: "Que aspectos são relevantes para as intervenções de grupo de apoio para as equipes da ESF? Como superar as dores e impotências da equipe, fatores que contribuem de forma especial para que não queiram cuidar de pacientes com sofrimento psíquico?" (CHIAVERINI, 2011, p. 186).

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília/DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

Faça suas reflexões sobre o tema e perguntas propostas, leia e avalie o capítulo. Questione-se quanto ao que foi acrescentado e o que faltou. Destaque um trecho e compartilhe com seus colegas.

Quando trabalhamos com o tema **cuidando dos cuidadores**, reconhecemos que a tomada de consciência sobre a necessidade de desenvolvimento de fatores protetores, em especial em relação ao desgaste profissional individual e das equipes, permite que sejam coerentes com o postulado do autocuidado, para poder cuidar do outro. Falar sobre estas questões é um ponto de partida. Exigir de nossas instituições condições de proteção para o desempenho profissional é um passo a mais em direção a uma cultura de qualidade dos atendimentos, acolhimento e integralidade (ARON; LLANOS, 2004).



Refleta

Recortamos uma das conclusões do artigo apresentado por Abreu et al. (2002):

Considerando-se a realidade do exercício profissional, observa-se uma mudança em termos da atuação do psicólogo com o surgimento, nas últimas décadas,



de novos campos e, conseqüentemente, no aumento da necessidade de aperfeiçoamento e qualificação profissional. As constantes mudanças levam à necessidade de aprimoramento e, embora isso faça parte da dinâmica das alterações paradigmáticas (que, além de já serem situações novas, ainda estão associadas ao processo de produção do conhecimento favorecido pelos novos avanços tecnológicos), é possível que possa gerar estresse em profissionais que não se beneficiem dessas alterações e as tomem como fortes fontes de pressão. Leite (1997) observa que, além das dificuldades encontradas no contato direto com as novas possibilidades de trabalho, há, ainda, uma dificuldade com a formação acadêmica que oriente e esclareça sobre as questões relativas aos diversos campos que surgem paralelos à graduação. (ABREU et al., 2002, p. 5)

Levando em conta o proposto ao longo do texto e a consideração destacada por nós, o que você pensa que devam ser cuidados na prevenção do *burnout* entre estudantes e profissionais? Anote suas ideias e compartilhe com os colegas em sala de aula.

ABREU, Klayne Leite de et al. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* no exercício profissional da Psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, jun. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200004>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

Esperamos que esta seção tenha possibilitado a compreensão das etapas do atendimento familiar e os cuidados que o profissional deve ter ao realizar sua prática. Até a próxima seção, na qual falaremos sobre a terapia de casal e a terapia familiar com crianças pequenas. Até mais!

Sem medo de errar

Você lembra que Teresa e Raquel (estudantes do último ano de Psicologia), Gabriela (Enfermagem) e Ricardo (Serviço Social) coordenam o projeto “**As relações de trabalho: quem cuida de mim?**”.

A pesquisa que fizeram sobre os contextos profissionais mostrou uma sobrecarga de trabalho, em especial pela alta demanda de atendimento por casais e famílias com crianças, além de casos com maior complexidade e que exigiam mais atenção das equipes. Por questões do serviço, o cuidado com os profissionais vinha sendo negligenciado, apesar do empenho individual em fazer o melhor.

Primeiramente, abordaram e ressaltaram com a equipe os casos de atendimento a vítimas de violência intrafamiliar, especialmente os que envolviam algum tipo de abuso sexual. Observaram que os profissionais mais sensíveis e empáticos com os clientes eram justamente os que mais sofriam com os efeitos do trabalho. Foi útil a comparação com trabalhadores de outras áreas, como indústrias químicas ou equipes de resgate de vítimas de tragédias, como os bombeiros. Estes, se não usarem equipamentos de proteção individual (EPIs), vão se ferir e/ou adoecer devido à insalubridade de suas funções. Convidaram a equipe, a partir desta metáfora, a pensar quais seriam os EPIs adequados para o trabalho que desenvolviam. Também, seguindo a metáfora, quais seriam as práticas de descontaminação e decompressão necessárias para evitar e/ou diminuir o adoecimento dos profissionais em função do trabalho.

Segundo a experiência dos próprios funcionários, que individualmente já buscavam ajuda, e de acordo com a literatura especializada, escolheram novas atividades a serem realizadas em curto, médio e longo prazo. Passaram a atender em duplas os casos cuja maior complexidade fosse identificada pelo profissional do acolhimento e, sempre que necessário, chamariam outro colega para operar como equipe reflexiva, ampliando os olhares. Semanalmente, escolheriam alguns casos cujos processos de atendimentos e próximos passos a serem seguidos seriam discutidos e realizados em conjunto. Quando não fosse possível ter um profissional externo ao serviço para realizar uma supervisão, realizariam uma "supervisão horizontalizada", no formato de equipe reflexiva, rodiziando os profissionais para garantir que todos pudessem ter o seu espaço de decompressão. As reuniões de equipe envolveriam os funcionários dos diferentes níveis de formação, garantindo o cuidado de todos.

Ao menos uma vez por semana a equipe se reuniria em um espaço de socialização, como cafés da manhã coletivos, e incorporariam ao calendário da unidade a comemoração dos aniversários e

datas comemorativas (dia do profissional, dia das mães ou pais, das crianças). Procuraram incluir atividades físicas, como alongamento e relaxamento, buscando, se necessário, ajuda de alunos dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, aproveitando e valorizando os recursos da universidade, além de exercitarem o trabalho multiprofissional. Criaram um espaço de estudo, com leitura de artigos e sessões de vídeos técnicos, ou mesmo de ficção com temas pertinentes, estimulando a discussão de novas abordagens e oportunidades de troca de conhecimentos. Estimularam a participação em eventos (fóruns de debate, simpósios, congressos) nos quais apresentariam os resultados dos trabalhos, enfatizando e valorizando situações bem-sucedidas. Sugeriram que a equipe de gestão do ambulatório criasse cursos, capacitações e seminários, aprimorando e reciclando os profissionais. Criaram uma rotina de reuniões intersetoriais ampliadas, reduzindo a duplicidade de ações e somando as práticas dos diferentes serviços. Com estas ações Raquel, Teresa e os demais colegas conseguiram colocar em movimento o projeto **"As relações de trabalho: quem cuida de mim?"**, ampliando a proposta original e mostrando que as mudanças não dependem apenas de verbas e contratações de mais trabalhadores, mas de uma utilização criativa e sustentada por teorias e práticas existentes e descritas na literatura científica.

Faça valer a pena

1.



A equipe de supervisão é formada por três integrantes: uma assistente social, uma psicóloga e um economista. Dentro de cada formação, "planejou-se" que cada profissional contribuísse com um olhar específico. Assim, a psicóloga, especialista em terapia familiar, teria uma intervenção voltada para as relações, os vínculos, buscando enfatizar os conceitos de realidade coconstruída e de diálogos transformadores; já a assistente social deveria discutir o processo de mudança paradigmática pelo qual o serviço social vem passando; e o economista, especialista em políticas públicas, teria a preocupação com a gestão, com a realização cotidiana da política pública: seguir as normas, alcançar as metas, medir resultados. (PEREIRA, 2012, p. 76)

Segundo o autor, a separação de ações entre os profissionais, no trabalho sistêmico, é praticamente impossível. Considerando o desen-volvimento do trabalho conjunto, que aspectos devem ser levados em conta quando se pensa em quem cuida do cuidador?

Responda qual é a alternativa correta:

- a) Cuidar exclusivamente dos membros da equipe que estão mais afetados.
- b) Ajudar na criação de uma metodo-logia de trabalho com a família, pois ela é o problema.
- c) Sistematizar as ações executadas pelas famílias.
- d) Estimular o trabalho em conjunto com a rede intersetorial.
- e) O trabalho de cada especialista deve ser o mais importante.

2. “Deste modo, os clientes que não formularam um pedido de terapia, foram referenciados formalmente por uma entidade e, para além disto, manifestam o seu desinteresse, falta de envolvimento e _____ face ao processo terapêutico podem, com alguma segurança, ser identificados como clientes _____. Não obstante, esta diferenciação, apesar de útil porque permite categorizar e organizar a realidade que se pretende investigar, não passa de um artefato intelectual que não deve ser _____. Deste ponto de vista, um cliente é involuntário porque numa dada altura do processo se comporta como involuntário, podendo alterar esse ‘estatuto’ a qualquer momento, ou novamente regressar a ele (SOTERO; RELVAS, 2012, p. 194-195).

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas do texto:

- a) interesse, dispostos, refeito.
- b) desmotivação, involuntário, reificado.
- c) desmotivação, voluntários, reificado.
- d) motivação, involuntário, refeito.
- e) motivação, voluntários, reproduzido.

3.

Não posso falar por todas as sociedades, mas realmente me parece comum à maioria dos códigos éticos dos campos terapêuticos, de aconselhamento e trabalho



social, o comprometimento com o bem-estar daqueles a quem atendemos. Seja um compromisso com o bem-estar, o alívio do sofrimento, o pleno desenvolvimento ou a autonomia do indivíduo, existe uma postura ética subjacente e frequentemente formalizada que vai além do já bem estabelecido jargão médico “não fazer mal a alguém”. Isso parece bem óbvio, mas, para mim, apesar de sua plausibilidade superficial, questionamentos sérios ainda persistem. Indispensável, entre eles: Sob a ótica de quem julgamos o bem-estar? (GERGEN, 2016, p.11).

Considerando o exposto pelo autor, qual é a alternativa correta em relação à postura ética do psicólogo na terapia de família?

- a) A ética do profissional é soberana e prevalece sobre as demais visões de mundo.
- b) A ética é variável e por isto não pode ser incluída no processo terapêutico.
- c) O terapeuta deve buscar o bem-estar dos clientes, mesmo que estes não concordem com sua visão.
- d) Não devemos assumir, como terapeutas, a função de juízes em relação aos clientes, mas priorizar uma ética relacional na qual todos assumam suas responsabilidades por uma boa integração entre os membros do sistema.
- e) O importante é não fazer mal a ninguém, mesmo que esta postura paralise o processo terapêutico.

Seção 4.3

Modalidades de terapias sistêmicas

Diálogo aberto

Prezado aluno, estamos iniciando a última seção da Unidade 4 e finalizando o livro *Terapia Familiar Sistêmica*. Trabalharemos algumas das principais modalidades de terapias sistêmicas, especificamente a terapia de casal e a terapia de famílias com crianças pequenas. Apesar de não ser uma unidade prática, você terá a oportunidade de aprender técnicas úteis no trabalho com crianças e casais.

Muito do que já foi visto ao longo do livro é aplicável a estas duas modalidades. No entanto, há algumas especificidades que gostaríamos de enfatizar.

Todo o material apresentado irá colaborar na resolução da situação-problema. Você deve se lembrar de que Raquel e Teresa estão no último ano da graduação e participam da Liga da Saúde da Família (LSF) e do ambulatório da universidade, atendendo famílias e casais.

Desta vez, Raquel e Teresa vão atender em dupla o casal Augusto e Zélia, que procuraram o atendimento por indicação de um amigo, após Zélia se queixar das brigas causadas pelo ciúme excessivo de Augusto.

Augusto é engenheiro aposentado, tem 57 anos e é casado há 5 anos com Zélia, de 50 anos, gestora de Recursos Humanos. Ambos estão no segundo casamento.

Augusto casou-se jovem, ainda no final da faculdade, com Vanessa, mãe de seus três filhos: João, de 32 anos, casado, pai de um filho de 2 anos e com mais outro a caminho – sua esposa está grávida de 6 meses; Maurício, de 28 anos, administrador de empresas, solteiro; e Rute, de 23 anos, estudante de Artes Cênicas, solteira. Estes dois últimos vivem com a mãe.

Zélia tem uma filha de 17 anos, que está finalizando o ensino médio. A menina vive alternadamente na casa da mãe e de seu pai biológico, os quais possuem sua guarda compartilhada.

Augusto e Zélia conheceram-se na empresa em que trabalhavam. Na época Zélia já estava divorciada e Augusto vivia um casamento

em crise. O encanto e a admiração foram mútuos, e eles começaram um relacionamento, porém Zélia tinha uma postura firme de não aceitar levar adiante a relação se Augusto não se definisse em relação ao seu casamento com Vanessa. Alguns meses depois, Augusto divorciou-se de Vanessa e foi viver com Zélia.

Como todo casal, eles enfrentaram dificuldades de adaptação, mas o que mais pesou foi a posição de Rute e Maurício, que não aceitavam a nova esposa do pai. Culpavam-na pela separação, pois a viam como uma "destruidora de lares", a "bruxa má", que teria separado seus pais. João, talvez por ser mais velho, casado e pai, teve uma atitude mais receptiva ao novo casamento de Augusto e aceitou bem a presença de Zélia, com quem estabeleceu uma relação de amizade, a ponto de convidá-la para ser uma das madrinhas de seu próximo filho.

Este convite caiu como uma bomba na relação de Augusto com seus filhos mais novos. Além disso o processo de divórcio com Vanessa estava tumultuado, com riscos de caminhar para um litígio.

Para complicar um pouco mais a situação, um ano após se casar novamente, Augusto aderiu a um plano de demissão voluntária de sua empresa e se aposentou. Zélia, por sua vez, continuou trabalhando e recebeu várias promoções, vindo a ocupar um cargo importante na empresa, o que, embora fosse algo desejado há um bom tempo, exigia dela uma dedicação que extrapolava as horas de trabalho.

A relação entre Augusto e Zélia começou a ficar tensa. Augusto achava que Zélia não deveria aceitar o convite para ser madrinha do neto dele e passou a se queixar de "solidão" e falta de atenção por parte de Zélia, cada vez mais absorvida por seu trabalho. Ao mesmo tempo, começou a apresentar demonstrações de ciúmes, desconfiando das ausências da esposa, que frequentemente tem que viajar a trabalho. Passou a controlar suas ligações telefônicas e vigiar mensagens de WhatsApp, o que desencadeou inúmeras brigas do casal.

Que informações sobre as fases do ciclo de vida (FCV) são relevantes para a crise do casal?

Quais recursos Raquel e Teresa podem utilizar para facilitar o diálogo do casal, em busca de uma postura mais colaborativa?

Como a dupla reflexiva, Raquel e Teresa, pode se articular para movimentar o sistema familiar?

Além de todo o conteúdo já trabalhado ao longo do livro, você encontrará no item *Não pode faltar* desta seção caminhos para a resolução da situação-problema apresentada por Raquel e Teresa. Acreditamos que nesta etapa você tenha adquirido conhecimentos teórico-práticos que implementem e deem subsídios para a sua prática profissional e para a confecção de um relatório que contemple os modelos sistêmicos de terapia familiar. Boa leitura!

Não pode faltar

Olá, aluno! Vamos dar início à nossa última seção do livro de Terapia Familiar Sistêmica. Para fecharmos nossa discussão, vamos abordar duas modalidades de terapia familiar, a terapia de casal e a terapia de família com crianças pequenas. Além disso, vamos abordar o exercício do desenho da casa como um recurso terapêutico a ser utilizado.

Terapia de casal

Por que e como se formam os casais? Esta é uma pergunta que talvez nunca seja respondida satisfatoriamente, mas podemos supor que, dada a natureza biológica dos humanos, é necessária (ao menos por enquanto) a união de um óvulo e um espermatozoide para que seja gerado um novo ser, garantindo a continuidade da espécie.

Ao longo da história da humanidade, por motivos que variaram de lutas pela sobrevivência, interesses familiares, religiosos, econômicos, políticos e até sentimentais, homens e mulheres têm se unido em uma organização social chamada casal. E os casais não se limitam à união de pessoas de sexos biológicos diferentes.

Nosso foco é o casal na contemporaneidade. Se ao longo dos tempos foi comum que homens e mulheres se unissem em casamentos “arranjados” por seus pais ou pela comunidade em que viviam, hoje em dia a maioria das pessoas se casa por que assim o deseja, por amor. Seria necessário um capítulo à parte para discutirmos os vários conceitos de amor, mas este ainda é o motor das uniões, independentemente do conceito de amor para cada um de nós. Quaisquer que sejam os motivos, o fato é que os casais continuam se unindo, formalmente ou não, estabelecendo uma vida a dois que, além da intimidade sexual, envolve uma série de fatores que analisaremos a seguir.

Os contos de fadas antigos e modernos quase sempre terminam com a mensagem “e foram felizes para sempre”, mas os casais logo descobrem que o amor não resolve tudo. Como já estudamos nas fases do ciclo de vida das famílias (FCVF), a formação do casal exige mudanças práticas, que vão da divisão de tarefas domésticas e administração do orçamento doméstico até a relação com as famílias de origem e amigos. O casamento é a construção de um novo núcleo familiar e implica, entre outras tarefas, em um afastamento das famílias de origem. E nem sempre é simples “cortar o cordão umbilical” simbólico que nos conecta com nossos ascendentes. Pode parecer uma questão banal, mas uma simples decisão sobre um almoço de domingo pode ser o estopim para grandes conflitos. Onde vai ser o almoço de domingo? Na casa dos meus pais? Dos seus? Com os meus amigos, com os seus ou com os nossos? E esta pode ser apenas a ponta do iceberg que mantém congelados abaixo da linha d’água (ou em um nível não explicitado) inúmeros pontos de divergências.

Seguindo a perspectiva das FCVF, sugerimos que você revise a U2S1, colocando o foco nas fases que vão da formação do casal, chegando até a saída dos filhos, o casal na meia idade e seu envelhecimento. Reveja as tarefas e mudanças necessárias que, quando não resolvidas, são um grande potencial de problemas.



Pesquise mais

No livro *Amor líquido*, de Bauman, há uma discussão sobre os relacionamentos modernos e pós-modernos; a falta de compromisso, o encontro instantâneo entre as pessoas; o prazer momentâneo e descartável; e como o relacionamento virtual ocupa mais espaço que os encontros concretos.

Sugerimos a leitura do livro. O texto é fluido e permite um encontro com questões que vão além da terapia de casal, colaborando para sua formação.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

São muitos os motivos que podem fazer com que um casal procure terapia: frustração das expectativas sobre o casamento, conflitos com as famílias de origem, divergências sobre a educação dos filhos e frequentemente a ocorrência de traições. É importante ressaltar que, embora a mais frequente das traições seja um relacionamento extraconjugal, esta não é a única forma de traição. Casais que possuíam crenças e práticas religiosas diferentes antes do casamento e que se comprometeram, movidos pelo amor e paixão, a seguirem um único caminho espiritual podem sentir-se traídos se um dos cônjuges, ou mesmo os dois, não conseguirem cumprir a promessa feita anteriormente. Em um caso real, atendido há muitos anos, o sentimento de traição por parte da esposa surgiu quando descobriu que seu marido, funcionário público, recebia propinas para liberar licenças para empresas da cidade. Enfim, traição resulta em uma quebra de confiança, que pode ser refeita, mas é uma recuperação lenta, que depende de uma reconstrução com os tijolos do cotidiano e requer tolerância e revisão de fatores da relação que eventualmente possam ter colaborado para a traição.

Especificamente no caso de relações extraconjugais, é de suma importância explicitar logo no início que a responsabilidade maior é a de quem traiu. Mas ao mesmo tempo é importante investigar se o outro cônjuge, embora vítima de uma ação do outro, possa involuntariamente ter colaborado para o evento ocorrido. Não se trata de culpabilizar a vítima, mas de aproveitar o fato de continuarem juntos para rever e reformular a relação.

É importante que você volte à **U4S2**, em “Etapas do atendimento familiar sistêmico”, e retome o passo a passo das primeiras sessões de terapia de família, que são válidos para a terapia de casal (TC). Na TC há algumas especificidades, como a não recomendação de atendimentos individuais, especialmente nos casos que envolvem algum tipo de traição. Há sempre o risco de que o cônjuge ausente fique em uma posição desconfortável, imaginando se algo teria sido dito na sessão individual e que fique como um segredo. Outro aspecto importante é que o terapeuta deixe claro que seu papel não é de juiz, conselheiro ou instrutor, mas sim de um mediador de uma conversa difícil e necessária para o casal.

Costumamos enfatizar que, embora o melhor dos mundos seja aquele em que as pessoas que se querem bem vivam juntas e bem,

o objetivo da terapia não é a união ou a separação do casal. Esta decisão caberá aos clientes. O papel da terapia é ajudá-los a ter uma conversa diferente, na qual ambos possam falar e ser ouvidos, cabendo ao terapeuta o lugar de um observador participante, que pode e deve fazer perguntas, propor temas para discussão e acima de tudo ajudá-los na revisão e construção de um “novo casamento”.



Exemplificando

Em 1996, Salvador Minuchin ministrou um workshop na cidade de Santos, do qual tive o privilégio de participar. No segundo dia, no almoço, percebi que ele estava sentado sozinho em uma mesa, almoçando. Não resistindo à oportunidade e correndo o risco de ser visto como inconveniente, perguntei se poderia sentar-me a sua mesa. Fui muito bem recebido e logo ele começou a fazer perguntas sobre minha vida: qual minha formação profissional, onde eu morava, se era casado, se tinha filhos, etc. A certa altura perguntei ao Professor Minuchin se ele era casado e há quanto tempo. Nascido em 1921 (e falecido em 2017), tinha na época 74 anos. Respondeu-me que já se casara e se separara várias vezes, sempre com a mesma mulher. Diante de meu visível espanto, explicou-me que, para um casamento durar tanto tempo, é necessário que ele termine e recomece em novas bases.

A conversa com Minuchin, no almoço, fez-me entender o conceito de contrato. Todo casal, ao se unir, faz um contrato de relação, que pode ou não ser explicitado. Na maior parte das vezes não o é. Uma ferramenta útil na TC é pedir ao casal que, no intervalo entre uma sessão e outra, tente, individualmente, lembrar quais eram suas expectativas quando se casou: o que esperava do outro, quais eram as regras. O que era “óbvio” para cada um? Resumindo, qual era o contrato de relação que tinha em mente? Como está este contrato hoje? Continua válido? Precisa ser mudado? Em quê?

O casal é orientado a anotar as reflexões e a não mostrar para o outro. A escrita é vital, pois se trouxerem o relato na mente, quando conversarem na sessão seguinte, aquele que falar em segundo lugar provavelmente modificará, sem perceber, suas reflexões anteriores, tendendo a responder à fala do cônjuge que fez o relato em primeiro lugar. A escrita garante que cada um retomará as reflexões

individuais. Após discutirmos os itens comuns e discordantes de cada contrato, a tarefa será a elaboração conjunta de um novo contrato, para um novo casamento. Como disse Minuchin naquela conversa, é um novo casamento com a mesma mulher/homem, quantas vezes for necessário.

Outra ferramenta clínica importante, que já foi estudada, é o Genograma. No caso do casal, a confecção em conjunto, durante a sessão (às vezes, mais de uma), pode mostrar eventos significativos nas histórias transgeracionais. Conflitos do casal na atualidade podem estar relacionados com questões não resolvidas nas gerações anteriores. As histórias familiares de casamentos, separações, recasamentos, etc., podem indicar caminhos para a compreensão e resolução da crise do casal.

Nesta seção abordamos apenas alguns pontos básicos deste trabalho complexo que é a TC. A literatura a respeito é vasta, enfocando especificidades de diferentes etnias, classes socioeconômicas e contextos culturais. No fundo, todos os casamentos são transculturais. Mesmo que você se case com a vizinha, de sua mesma etnia e classe sociocultural, cada um trará uma bagagem que remonta a várias gerações.

Terapia de família com crianças pequenas

Temos visto até agora a mudança na postura do terapeuta sistêmico, como resultado da mudança de paradigma, de um pensamento causal linear para um pensamento relacional, sistêmico e complexo. Lembramos que o terapeuta de família é um especialista em relações e não se baseia no modelo biomédico, voltado para o diagnóstico dos problemas, nem nas intervenções normativas. O terapeuta de família é um organizador de contextos de conversações que busca saídas ou ações eficazes para um sistema paralisado em algum momento do seu desenvolvimento – e, principalmente, propõe-se a aprender a falar a língua do sistema familiar, respeitar seus valores e ajudar a construir novas narrativas pautadas nos recursos, e não nos déficits.

A conversação com a família possibilita ao terapeuta uma melhor visão dos padrões de relacionamento, pois inclui, além da narrativa parcial de um dos membros sobre as relações familiares, a possibilidade de presenciá-las, tornando mais claras as repetições, o lugar mais

frequente de cada um nas histórias familiares e a construção das situações chamadas de problemas – este círculo invisível que envolve a família e que é determinado pela recursividade entre as histórias e ações, ou seja, os padrões relacionais. O terapeuta, ao construir um espaço de conversações com a família, não só observa estes padrões, como produz na própria família, de forma reflexiva, um olhar para estas relações, ajudando a criar novas experiências, ampliando seu trajeto e escrevendo novas histórias (CRUZ, 2000).

Mas como são as conversas terapêuticas com famílias com crianças?

Primeiramente devemos enfatizar que as conversas terapêuticas devem nos deslocar de um lugar de mal-estar para um lugar de bem-estar emocional, saindo da paralisação ou incompetência para um de espaço de possibilidade de ação e competência, da desqualificação para a legitimação, do isolamento à participação no modo de estar e existir. As conversas não alteram "realidades", mas sim os significados. Com isto modificam a forma de participar de conversas que geram sofrimento.

Quando pensamos em uma conversa com famílias com crianças, que se pretenda terapêutica, o primeiro passo é inclui-las, acreditando que o terapeuta possui um potencial de compreensão da criança e do "criancês". Trata-se de utilizar a capacidade e disponibilidade de aprender aquilo que o outro, no caso a criança, tem para nos oferecer. O terapeuta deve estar disposto a se perceber como uma pessoa desconhecida, que pretende ajudar aquela criança e família no "seu problema", que em geral é algo que preocupa muito mais os pais, que acham que algo está errado com seu filho e que usam palavras estranhas, difíceis de serem compreendidas pela criança que está na berlinda (CRUZ, 2000).

Como lidar com alguém que não compreende o que está sendo visto como um problema e que em geral não quer estar em um lugar onde estão todos falando de coisas que não entende e fazendo descrições muito ruins a seu respeito?

Para incluir crianças na conversa terapêutica é necessário conhecer e respeitar suas formas de expressão, o seu idioma, esclarecer o que é espaço terapêutico e quem é o terapeuta; o que acontecerá naquele e nos demais encontros. É necessário que o terapeuta tenha claro o seu papel de colaborador na construção do pedido da criança para a terapia, tão válido quanto os pedidos dos adultos.



Revisite as experiências com o seu “criancês”, ou seja, você se lembra de ser compreendido? Que perguntas você fazia com mais frequência quando era criança? Quem as escutava? Leia o trecho a seguir e repense como a “sua criança” gostaria de ter sido ouvida e de que forma este recurso pode ser uma ferramenta para sua prática com crianças e famílias com crianças?

[...] diante de questões cotidianas e comumente vividas pelas crianças: Como é possível ter medo de dormir? Como é possível assustar-se com o mar? Como é possível ter medo de evacuar no vaso sanitário? Por que reage com tanta agressividade? Por que parece estar competindo o tempo todo? Por que insiste em convidar amigos e depois não consegue usufruir de sua presença? Por que compreende que tal atitude está errada, mas continua a repeti-la? Por que não aceita as regras do jogo?

O que me parece estranho é pensar que estes adultos já foram crianças e devem ter sentido coisas bem semelhantes. No entanto, não conseguem colocar-se no lugar do outro, de seu próprio filho, e compreender as dificuldades. Penso em várias possibilidades para entender esta distância que surge entre pais e filhos, adultos e crianças, que procuram na terapia auxílio para suas relações. Pode ser que estes adultos não tenham tido qualquer ajuda e, portanto, não saibam como ajudar agora. Pode ser que estes adultos não puderam entrar em contato com seus próprios medos e temem fazê-lo, agora, através deste outro ser que precisam cuidar. Pode ser que eles se sintam igualmente perdidos e paralisados. Pode ser que eles fiquem tão mobilizados diante do sofrimento de seus filhos que temem piorar a situação. É neste campo conversacional de diferenças, aproximações, estranhamentos entre adultos, crianças, terapeuta (s), famílias, que se torna possível uma conversação terapêutica, que torna fértil a criação de um contexto para mudanças. (BAKMAN, 2011, p. 29-30)

Segundo Cruz (2000), não existe uma receita, mas a forma de comunicação da criança deve ser valorizada tal como fazemos com

os adultos. As crianças experimentam sons e movimentos, imitam, repetem, improvisam e exploram o mundo, muito mais que os adultos, o que pode ser transformado em recursos terapêuticos. A chave está em reconhecer que a diferença é de quantidades e combinações na receita, e não de ingredientes. É como escrever ou dar uma entrevista, em que nosso corpo e pensamentos entram de maneira diferente: voz, postura, gestos, aparência, idade, etc. O destaque está no fato de que tanto o adulto como a criança podem se expressar pela pintura, desenho, dança e ainda pela construção de padrões, como dramatizações, jogos, histórias e/ou esquemas.

O jogo na sessão terapêutica não precisa ser algo especial; é um meio, e não um fim. Não é necessário consultar uma lista de atividades lúdicas para serem utilizadas em diferentes situações, mas é útil que o terapeuta treine e amplie suas capacidades e percepções relacionais do sistema familiar com crianças, para não correr o risco de criar regras rígidas e perder o que há de mais espontâneo nas manifestações infantis.

Até agora apresentamos o conceito de que o terapeuta é um aprendiz da língua do cliente, e, como os nossos clientes são crianças, é necessário que utilizemos o seu idioma, ou seja, o "criancês". Ao resgatarmos em nossas histórias de infância esta habilidade no "criancês", podemos convidar os adultos a exercitá-lo, deixando-nos ser guiados por quem é mais entendido no assunto: as crianças.

O brincar na terapia sistêmica pode ser visto como uma maneira de experimentar as relações competitivas e de cooperação e trabalhar com nossas reações frente ao conhecido e ao desconhecido. Pode ser considerado como uma maneira de ensaiar e viver ao mesmo tempo. Neste sentido, toda terapia pode ser uma brincadeira, um recorte da vida no qual se pode construir e projetar a própria vida.

Normalmente o que motiva a família com crianças a vir para terapia são questões ligadas ao comportamento da criança no espaço doméstico e/ou escolar. Déficit de atenção, hiperatividade, agressividade, nervosismo, desobediência, isolamento, entre outras questões, tendem a ser patologizadas, podendo haver, além do pedido da terapia, uma demanda de medicação. Não desconsideramos os aspectos clínicos que a criança possa apresentar e que, eventualmente, podem necessitar de um acompanhamento médico, mas nosso foco é compreender como o problema afeta cada membro do sistema familiar, em especial a criança.

Cruz (2000) aponta que outro aspecto importante é considerar que o ser humano está imerso em uma trama relacional e de aprendizados, em que a definição de uma “habilidade nova” e/ou uma “conduta adequada” geralmente é definida por um observador externo, que acaba por classificar como transtornos ou alterações os comportamentos de crianças que fogem do padrão da maioria. Costumam ser avaliações fora de seu contexto social e não são necessariamente sintomas de uma patologia individual. O sistema familiar e escolar são os dois sistemas observantes mais comuns e costumam ter diferentes descrições sobre a relação criança-meio social.

Se for a escola que detecta algo, inicialmente temos que nos perguntar: qual escola? De uma área rural? Ou de uma cidade grande? Da periferia ou do bairro economicamente mais favorecido? Uma escola pública ou privada? Os espaços, as localidades podem fazer diferença. As condutas de uma criança que diferem do esperado podem ser interpretadas como sintomas de patologias individuais, psicológicas e/ou neurológicas. Vale lembrar o conceito de normalidade, já apresentado na **U3S2**. O comportamento definido como anormal pode ser a forma que a criança tem de expressar algum conflito com seu sistema familiar e/ou escolar.

Algumas vezes, o que está sendo visto como sintomas de patologias para os profissionais em uma escola/creche com atividades ligadas principalmente a tarefas de pré-alfabetização seja apenas comportamentos ligados ao brincar e considerados “normais” pela família. Ou seja, os sintomas não são facilmente mensuráveis; são características complexas dependentes de cada situação particular.

Há situações em que uma criança pode se beneficiar de um espaço protegido para a aquisição de novas formas de se relacionar socialmente, especialmente quando seu ambiente está muito adverso (violência, acidentes, mortes, etc.) ou quando apresenta transtornos graves do desenvolvimento e/ou doenças congênitas, que exigem grandes ajustes ambientais. Mesmo nestes casos é indicado, na medida do possível, fazer com que o sistema significativo para essa criança acompanhe o processo terapêutico individual (CRUZ, 2000).

Ainda segundo a autora, levar uma criança para terapia exige do sistema familiar uma atenção similar aos cuidados que os adultos têm ao deixarem seus filhos atravessarem ruas movimentadas. É necessário olhar para todos os lados, prestar atenção aos sinais,

não passar no vermelho e cuidar de parar a tempo no amarelo. Ao atravessar no verde, deve-se ter certeza de que os carros estão realmente parados. Se os saberes dos pais são desqualificados, se não há espaço para suas perguntas, dúvidas ou receios e quando os terapeutas nas conversas com os pais dizem que há uma "resistência", temos um sinal vermelho e com sirenes!

O sinal amarelo é quando os relatórios e/ou a linguagem nos encontros são inacessíveis aos pais. É importante checar, antes de se iniciar qualquer trabalho terapêutico, se existe clareza quanto à indicação e se há uma parceria colaborativa a favor do desenvolvimento e da contextualização da situação. Afinal, cabe ao terapeuta conhecer os dois idiomas: a linguagem cotidiana e a de sua área especializada. Já a família e a criança não têm esta obrigação.

Criar contextos colaborativos é fundamental. Faz muita diferença a simples pergunta "desde quando isto ocorre?". Em vez de manter a afirmação "ele é desatento", há uma grande mudança quando se inclui a possibilidade de que ele não seja desatento, mas que, devido a determinado contexto, se apresente desatento. Cruz (2000) nos convida a pensar em perguntas que se preocupam com diferenças de tempo, lugar, pessoas presentes, frequência, duração, assim como perguntas que exploram semelhanças com outras situações e exceções. São instrumentos dialógicos (que servem para falar com, em vez de falar para) que introduzem matizes que vão complexizando as situações, gerando reflexão e enriquecendo o padrão inicial.

A **inclusão da criança** na terapia parte do princípio de compreendê-la e falar a partir da sua própria linguagem; escutá-la, dar voz à sua versão do problema e não deixar de escutar os adultos, preferencialmente todos juntos.

O **processo terapêutico deve considerar**: lidar com diagnósticos (rótulos); reconhecer os conceitos prévios sobre o "problema"; tentar conciliar as diversas narrativas em relação ao problema, focar no pedido; incluir o "novo" (a própria terapia) na rotina da criança e da família; implicar (cooperativamente) a família na história do problema; incluir os pais e/ou responsáveis no atendimento. Em algumas situações, é preciso incluir a rede social e de serviços, antecipadamente acordado com o sistema familiar.

Em relação aos **recursos do terapeuta**, devemos considerar: definir o recurso a ser utilizado; ter segurança sobre o que se fala;

manter um clima bom para conversa; levar em conta a expectativa do trabalho do terapeuta versus a expectativa da família; propiciar espaço de confiança para família; dar acolhimento às pessoas “involuntárias”; obter respaldo para o cliente involuntário, seja a criança ou a família, encaminhado com “fortes sugestões” pela escola.

Exercício do desenho da casa

Gostaríamos de lembrá-lo de que vivemos nossa vida de forma culturalmente consensual. E as crianças, por terem uma lógica própria, recheada de ingredientes, diferem-se dos adultos, vivem em um mundo mais original, mais diversificado e criativo e menos compartilhado socialmente. Talvez seja por isto que alguns adultos tenham dificuldade “de compreender a forma como a criança pensa e organiza suas ideias, embarçando a comunicação e criando, por vezes, barreiras relacionais” (BAKMAN, 2011, p. 29).

Nossa proposta é apresentar o uso de uma técnica que permite visualizar a interação familiar, incluindo a criança como autora do processo, que vai além das conversações verbais predominantes entre adultos.

Um grupo de terapeutas, na década de 1980, iniciou a inclusão na terapia do desenho da casa, de uma forma lúdica e pouco estruturada. No entanto, com o uso constante da técnica, esta foi organizada como um jogo, e criaram-se algumas regras e sequências (ALMEIDA, 2000).

O jogo “Nossa Casa” é um convite para que a família faça **um único desenho**. Há duas regras básicas: todos devem participar e cada um usará uma caneta de cor diferente dos demais, que não pode ser trocada ao longo do processo. Durante e após a confecção do desenho, será possível identificar os autores de cada parte.

Ao final, solicita-se que cada um dos participantes assine seu nome (isto já ajuda a saber quem desenhou o quê), dê um nome para o desenho e faça um breve relato de como foi seu processo de realização da tarefa (isto poderá ser anotado no desenho).

É possível ainda pedir que cada um localize o lugar da casa em que gosta mais de ficar. Posteriormente podem incluir mais membros do sistema, por meio de desenhos.

O terapeuta, como observador, estará atento à maneira como os participantes vivenciam o jogo, sua forma de interagir e, segundo

Almeida (2000, p. 87), “temos em mente que o desenho não é o resultado da soma das individualidades – cores e traços de cada um –, mas, sim, da interação entre elas”. O sistema terapêutico não terá uma fotografia de como é a “Nossa Casa”, mas sim um filme, já que o processo de construção também está em análise.

Em nossas experiências podemos elencar alguns aspectos que comumente aparecem, podem e devem ser utilizados para a reflexão sobre a dinâmica familiar, em busca da dissolução do problema. Observamos que sempre há alguém que toma a iniciativa da tarefa, há aqueles que “organizam” e outros que “ocupam” mais espaço. Ainda identificamos aqueles cujas ideias são mais bem recebidas pelo grupo e aqueles que não têm sua voz ouvida. Podemos também observar como se relacionam nos momentos de tomadas de decisões. Vai ficando visível, ao longo do exercício, a utilização espacial, a organização da casa e onde a família convive de fato, sendo possível conhecer detalhes sobre a rotina familiar.

Para finalizar o jogo, o desenho é colocado em uma parede como se fosse uma tela, para ser observada por todos, criando um distanciamento que permita olhar a construção coletiva.

Neste momento, todos os participantes podem conversar sobre o que veem e como vivenciaram a experiência. O terapeuta pode retomar alguns diálogos que ocorreram durante a construção do desenho, complementando as reflexões de todos e apontando no desenho características da forma como cada um lida com as dificuldades e os movimentos, relacionando-os com o tema que trouxe a família para a terapia.



Assimile

Esclarecendo as regras do jogo **Nossa Casa**:

Regras: disponibilizar uma ou duas folhas de flipchart, cartolina ou papel kraft; disponibilizar canetas de várias cores, uma para cada participante; todos devem participar.

O que fazer: desenhar a casa em que vivem (no formato e desejo dos participantes) em um tempo aproximadamente de 15 minutos. O profissional se manterá na posição de observador.

Conversando com a família: em um segundo momento todos

observarão o desenho como uma tela e farão suas reflexões, relacionando-as, se for o caso, com o problema que os trouxe à terapia.

Também utilizamos este recurso terapêutico no trabalho com grupos institucionais, com resultados bastante parecidos ao que se passa com as famílias. Como estamos trabalhando com o sistema do problema, o uso de ferramentas clínicas lúdicas favorece o deslocamento dos discursos oficiais e permite que as histórias periféricas apareçam, possibilitando novas leituras e proporcionando mudanças.

Ao longo deste percurso de estudo da terapia familiar sistêmica, nossos esforços foram de abrir o leque de possibilidades para um trabalho colaborativo, reflexivo e narrativo, valorizando o papel e a postura do psicólogo frente ao sistema familiar e social. Apresentamos um funcionamento coerente com a teoria e a prática. Esperamos que, independentemente do caminho que você esteja traçando para sua vida profissional (e pessoal), as contribuições apresentadas possam ser incluídas e adaptadas segundo as suas crenças, seu modo de viver e sua visão de mundo.

Sem medo de errar

Você deve lembrar que Raquel e Teresa estão no último ano de Psicologia e desta vez atendem em dupla o casal Augusto e Zélia. Eles procuraram o atendimento por indicação de um amigo, após Zélia se queixar das brigas causadas pelo ciúme excessivo de Augusto.

Raquel e Teresa começaram explorando a “história da vinda” do casal para a terapia e as expectativas de cada um. Conversaram sobre o funcionamento da terapia, questões de horário e frequência das sessões e, em seguida, pediram que contassem sua história.

Um dos primeiros pontos que ressaltaram foi a diferença em relação às fases do ciclo de vida (FCV) do casal. Quando começaram a relação, Zélia já estava divorciada, em um processo que, apesar de sofrido, como toda separação, foi amigável e resultou em um acordo de guarda compartilhada da filha, que vinha funcionando bem. Augusto, além de estar em outra FCV, com uma filha adolescente e dois adultos, um dos quais casado e com filhos, vivia uma separação tumultuada, exacerbada pela mágoa e pelo ressentimento de sua ex-esposa em relação à traição de Augusto.

Foi útil para o casal a percepção de que o ciúme que Augusto passou a sentir por Zélia tinha conexão com seu sentimento de culpa por ter iniciado a nova relação enquanto ainda estava casado. Augusto percebeu que também pesava o fato de sentir-se solitário e sem uma identidade definida. Desde os 16 anos, o trabalho ocupava um papel fundamental em sua vida e, embora estivesse financeiramente preparado para a aposentadoria, o mesmo não acontecia do ponto de vista emocional. Mais do que ciúme por Zélia em relação a outros homens, sentia ciúme da vida profissional que interrompera precocemente.

Embora o pedido inicial tivesse sido de terapia de casal (TC), as terapeutas propuseram que os filhos de Augusto fossem convidados para uma ou mais sessões de terapia. Eles aceitaram, e foi uma oportunidade de conversarem abertamente sobre a saudade que sentiam do convívio cotidiano com o pai, especialmente os mais novos, e que, sem perceber, transformaram esse sentimento em hostilidade contra Zélia.

A partir destas etapas, Zélia e Augusto abriram um novo canal de comunicação, buscando preservar tempo e espaço para a relação do casal, sem prejuízo da carreira de Zélia. Gradativamente buscaram uma aproximação dos filhos de ambos, ajudando na constituição de um novo sistema familiar. Augusto cedeu a algumas exigências de sua ex-esposa e, mais importante, conseguiu conversar com ela, admitindo sua parcela de culpa na separação, o que colaborou para um apaziguamento do ex-casal.

Faça valer a pena

1. O primeiro atendimento já pode oferecer ao casal um novo modelo de conversação. Começar pela construção do contrato de trabalho terapêutico pode ser uma oportunidade para o início da construção de um novo modelo de contrato para a vida do casal. Ao se colocar em uma posição de transparência diante do casal, o terapeuta os estimula a assumirem um estilo de relacionamento não hierárquico e sem segredos.

A partir da leitura, assinale a afirmação correta:

- a) Se o casal solicitar, o terapeuta pode aceitar fazer atendimentos individuais, pois sempre há questões difíceis de serem faladas na frente do companheiro.

- b) Se o casal perguntar sobre a vida do terapeuta, se ele é casado ou tem filhos, ele deve manter sua vida privada fora da terapia.
- c) O terapeuta, embora não deva expor detalhes de sua vida pessoal, deve colocar-se em uma situação de transparência, respondendo às perguntas do casal.
- d) O primeiro passo da terapia é ouvir as queixas do casal, mesmo que isso tome todo o tempo da primeira sessão.
- e) Se houver um atendimento individual, o que foi dito por um cônjuge deve permanecer em segredo.

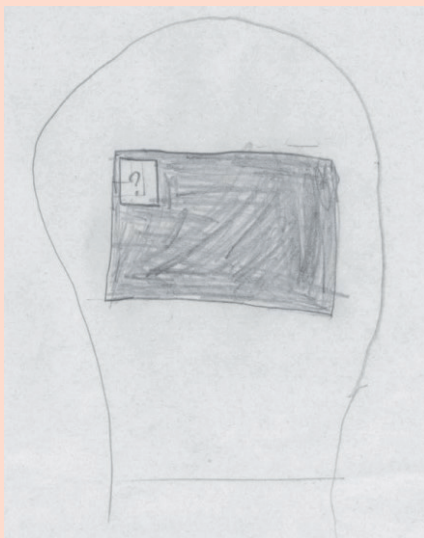
2.

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

Pedro é um menino magro, alto para a idade, se parece fisicamente mais com o pai. Inicialmente demonstra timidez, quase não escutamos o que fala. Vamos conversando um pouco, sabendo que muitas vezes as crianças têm dificuldade para falar, como se não tivessem muita segurança do que pode ou não ser dito, e vão se soltando ao perceberem que não estamos fazendo julgamentos, que somos genuinamente interessados e curiosos por entender como corre sua vida, os amigos, a escola. Depois de algum tempo vai se soltando mais, ficando mais confiante.

Traz espontaneamente o assunto do 'quadrado': 'uma parte da minha vida tinha sumido e o quadrado foi aumentando...' (sic). (Quando pergunto quais são os inimigos do quadrado, responde que a brincadeira é o inimigo, porque 'rio e esqueço'). A prática linguística da externalização (White, 1988), que separa a pessoa do problema, é uma maneira lúdica de motivar as crianças a enfrentar e diminuir as dificuldades. Perguntamos se gostaria de fazer um desenho que representasse seu problema, e ele o faz prontamente. (fig. 1) (ROSAS, 2011, p.60).

Figura | fig. 1



Fonte: Rosas (2011, p. 60).

Considerando os riscos de interpretação do terapeuta, classifique as assertivas a seguir com verdadeiro (V) e falso (F).

- () O desenho funcionou como uma metáfora, repleta de significados.
- () Uma das formas de incluir a criança é valorizar a sua forma de se expressar.
- () Perguntar ao cliente o significado do “quadrado” é desnecessário, pois está claro.
- () O desenho pode explicitar o sofrimento, a angústia e a paralisação do cliente.
- () É válido guiar-se pela crença de que os clientes são os especialistas nas suas vidas.

Escolha a alternativa que contemple a ordem correta das respostas:

- a) V – F – F – V – V.
- b) F – V – V – V – F.
- c) F – V – F – V – F.
- d) V – V – F – V – V.
- e) V – V – F – F – V.

3. “Um outro aspecto que julgamos útil como reflexão teórico-prática sobre a terapia familiar com crianças é o uso da equipe reflexiva como ferramenta _____ de conversações e produtora de mudanças. Não é incomum, entre os terapeutas familiares, a ocorrência de certa dificuldade em adequar uma lin-guagem que contemple adultos e crianças durante o atendimento. Os recursos _____ serão descritos de que forma (pelos adultos cuidadores) se brincarem com as crianças? E brincar para quê? Muitas são as _____ e, não raro, os constrangimentos tanto de clientes, quanto de terapeutas” (GUIMARÃES et al., 2012, p. 52).

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas:

- a) Autoritária, infantis, ansiedades.
- b) Importante, enfastiantes, certezas.
- c) Facilitadora, lúdicos, inquietações.
- d) Autoritária, lúdicos, veridades.
- e) Facilitadora, infantis, certezas.

Referências

ABREU, K. L. de et al. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* no exercício profissional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 22-29, jun. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000200004>>. Acesso em: 26 jul. 2018.

ALMEIDA, T. A nossa casa: uma sessão estruturada na terapia de família com crianças. In: CRUZ, H. M. (Org.). **Papai, mamãe, você, ... e eu?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 55-74.

ANDERSON, H. Uma reflexão sobre a colaboração cliente-profissional. **Fam. Syst. Health.**, v. 14, n. 2, 1996.

_____; GOOLISHIAN, H. O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In: MCNAMEE, S.; GERGEN, K.J. **A terapia como construção social**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ARON, A. M.; LLANOS, M. T. Cuidar a los que cuidam: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan com violência. **Revista Sistemas Familiares y otros Sistemas Humanos**, Buenos Aires, ano 20, n. 1-2, 2004. Disponível em: <http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BAKMAN, G. Terapia com crianças. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 27-37, jul. 2011. Disponível em: <http://www.domusterapia.com.br/site/files/404_P%20FAM%C3%8DLIAS%2015%20n1%20T%C3%A9cnicas%20ou%20Criatividade%20na%20Terapia%20com%20Crian%C3%A7as.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2018.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BOFF, L. **A água e a galinha**. Petrópolis: Vozes, 1997. Disponível em: <<http://espacoviverzen.com.br/wp-content/uploads/2017/09/LeonardoBoffAAguiaeaGalinha.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos do cuidado**: formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas): caderno do tutor. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2018.

CAMARGO, F. P.; VILLARES, C. C. Ser ou estar, eis a questão: ampliando possibilidades de narrativas de self. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 46, p. 36-50, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/112/88>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

CESAR, C. F. **Narrativas de mulheres jovens**: modo de vida, demanda clínica e cuidados de saúde no SUS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2016.

Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312655/1/Cesar_ClaudiaFuria_D.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília/DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, agosto de 2005. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CRUZ, H. M. **Papai, mamãe, você, ... e eu?** São Paulo: Casa do Psicólogo: 2000.

DORICCI, G. C. et al. O especialista relacional na terapia familiar de fundamentação epistemológica construcionista social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 59, p. 37-51, dez. 2017. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/315/293>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

GERGEN, K. J. Rumo a uma ética relacional para a prática terapêutica nova Rio de Janeiro: **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 56, p. 11-21, dez. 2016.

GUIMARÃES, L. A.; LIMA, S. A.; CÉSAR, A. B. C. Se não perguntar, ele não vai falar. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 38-53, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/271/263>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

LENZI, B. A construção da postura profissional para o encontro terapêutico. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 53, p. 7-23, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/109/105>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

MOREIRA, A. R. A construção da postura profissional para o encontro terapêutico: um abraço a ser lembrado. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 54, p. 109-111, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/167>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

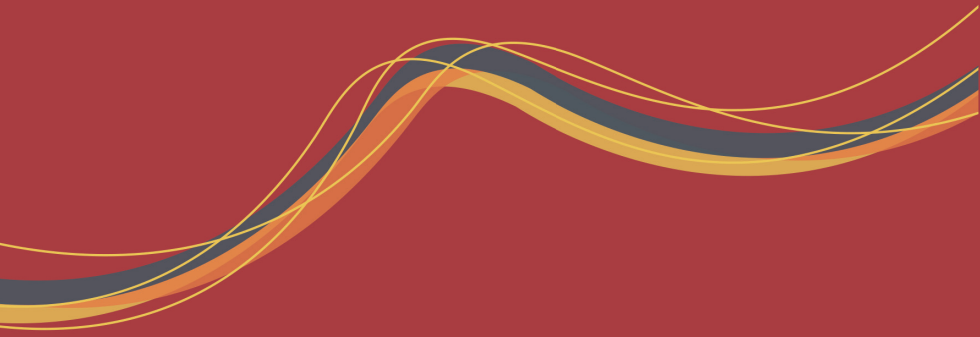
O TEMPORA! o mores! In: DICIONÁRIO de Latim. [On-line], 2007-2018. Disponível em: <<https://www.dicionariodelatim.com.br/o-tempora-o-mores/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PEREIRA, C. P. G. Três saberes a serviço das famílias: uma discussão sobre a supervisão das equipes dos centros de referência de assistência social. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 73-83, ago. 2012.

ROSAS, E. V. Terapia de família com crianças. **Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 55-67, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/84/194>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

SOTERO, L.; RELVAS, A. P. A intervenção com clientes involuntários: complexidade e dilemas. **Psicol. Soc.**, v. 24, n. 1, p. 187-196, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000100021>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

ZORDAN, E. P.; DELLATORRE, R.; WIECZOREK, L. A entrevista na terapia familiar sistêmica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 136, p. 133-142, dez. 2012. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_314.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.



ISBN 978-85-522-1185-3



9 788552 211853 >