

**Desafios da Maternidade em uma Família Monoparental: Um Estudo de Caso da
Terapia Familiar**

Challenges of Maternity in a Single Parent Family: A Case Study of Family Therapy

Daiane Zaparoli¹

Danielle Doss Damo²

Joseana Garcez da Luz Seidler³

Resumo

O presente artigo consiste em um estudo de caso clínico desenvolvido durante a especialização em Terapia Familiar e de Casal realizado pelo Ciclos Instituto de Formação em Terapia Familiar. O estudo de caso refere-se a uma família monoparental e abrange a complexa e ao mesmo tempo enriquecedora tarefa da maternidade, explorando, assim, as fragilidades e facilidades durante esse novo ciclo de vida. Descreve, desse modo, o acompanhamento terapêutico familiar de acordo com a abordagem sistêmica, pontuando, durante esse processo, os reencontros entre os membros familiares, principalmente entre mãe e filho. Enfatizamos que, ao longo desse processo terapêutico, foram obtidos alguns avanços importantes na relação dos membros familiares no sentido de ajudá-los a identificar os padrões disfuncionais, bem como as fragilidades do contexto familiar, promovendo, com isso, uma comunicação assertiva e proporcionando inúmeras reflexões e ressignificações diante das experiências já vivenciadas, possibilitando, assim, um convívio funcional e saudável entre mãe e filho.

¹ Psicóloga, terapeuta de casal e família, especialista em Terapia de Casal e Família. Se capacitando em Terapia Sexual. Pós-graduanda em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica. Membro aspirante da ABRATEF pela regional da ACATEF. Atualmente atua como psicóloga clínica, na Clínica Resilience, e como psicóloga do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

² Psicóloga, terapeuta de casal e família, mestre em Psicologia, especialista em psicossomática, álcool e outras drogas, membro titular da ABRATEF, orientadora e diretora do Ciclos Instituto de Formação. Orientadora do estudo de caso.

³ Psicóloga, terapeuta de casal e família, especialista em Filosofia e Psicanálise, Saúde Mental: álcool e outras drogas, Psicopatologia, formação em Sexualidade Humana com Habilitação em Terapia Sexual. Membro titular da ABRATEF, orientadora e diretora do Ciclos Instituto de Formação. Orientadora do estudo de caso.

Palavras-chave: maternidade, relações familiares, família monoparental

Abstract

This article consists of a clinical case study, developed during the specialization in Family and Couple Therapy conducted by Ciclos Instituto de Formação em Familiar Therapy. The case study refers to a single-parent family and covers the complex and at the same time enriching task of motherhood, thus exploring the weaknesses and facilities during this new life cycle. In this way, it describes the therapeutic family follow-up according to the systemic approach, pointing out during this process, the reunions between family members, especially between mother and child. We emphasize that during this therapeutic process, some important advances were made in the relationship of family members, in order to help them to identify dysfunctional patterns, as well as the weaknesses of the family context, thus promoting an assertive communication and providing numerous reflections and resignifications in face of the experiences already lived, thus enabling a functional and healthy coexistence between mother and child.

Keywords: Maternity, Family relations, One-parent family

Introdução

Considerando as diferentes configurações de família, é válido expor que a sociedade tem modificado o modo de abordar a maternidade, ciente que esta envolve diversos sentimentos, emoções, transformações na vida das mulheres. A maternidade tende a ser um momento ambíguo de alegria e sobrecarga, pois a vida modifica-se, inicia-se um novo ciclo e, com ele, novos desafios, aprendizados e dificuldades (Ashworth & Nobile, 2008).

As expectativas maternas como as preocupações em ser uma boa mãe e ao mesmo tempo se dedicar na realização das tarefas domésticas, carreira e vida social comumente estão presentes entre as mulheres e podem causar sofrimento. As mudanças que a maternidade exige, principalmente no período da chegada do primeiro filho, podem resultar

em adoecimento materno e em uma interação disfuncional entre as partes do sistema mãe e filho (Ashworth & Nobile, 2008).

A tarefa que os pais têm com a chegada de um filho é de cuidar, proteger e educar. As famílias com filhos pequenos devem alcançar algumas tarefas durante esse ciclo de vida, como, por exemplo, ajustar o sistema conjugal possibilitando, assim, espaço para o novo membro. Unir-se para realizar as tarefas referentes à educação dos filhos, as questões financeiras e as tarefas domésticas além da reorganização dos relacionamentos da família ampliada, com a finalidade de incluir os papéis de pais e avós na família (Carter & McGoldrick, 1995). No caso das famílias monoparentais, a demanda recai principalmente a uma das partes do sistema parental, que pode nunca ter existido de fato, como em casos em que a paternidade é desconhecida ou deixou de existir após uma ruptura conjugal.

Independentemente disso, o vínculo entre mãe e filho é um fator importante no desenvolvimento infantil, pois o apego, vínculo entre os dois, é um fator primário que possibilita o estabelecimento de outras relações futuras. A relação de apego seguro entre mãe e filho proporciona segurança para a criança nos primeiros anos de vida, e essa relação servirá de referência para a criação e manutenção de relações afetivas. Portanto, a relação mãe-filho serve como mediadora para outras relações (Bowlby, 1979/2015).

O presente artigo trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa desenvolvido a partir dos atendimentos realizados durante a Especialização em Terapia Familiar e de Casal oferecida pelo Ciclos Instituto de Formação em Terapia Familiar. Os atendimentos aconteceram com frequência mensal, foram realizados na Clínica Social do Instituto, com a participação e auxílio de equipe terapêutica formada por duas supervisoras e seis especializandos. Todas as sessões foram conduzidas no formato de coterapia por duas especializandas, sendo uma delas a autora deste artigo.

Foram esclarecidas as normas de funcionamento dos atendimentos da Clínica Social e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a utilização dos dados para estudos científicos no primeiro encontro. Foram realizados o total de 10 atendimentos no

período de outubro de 2017 a setembro de 2018. A família faltou em apenas uma sessão de psicoterapia.

Método

O objetivo do artigo consiste em analisar os atendimentos e o funcionamento da família atendida com base na visão sistêmica de terapia familiar, visando explicar as reflexões e conclusões a respeito do caso. O presente trabalho, com abordagem qualitativa, consiste em um estudo de caso clínico de uma família monoparental. As análises foram feitas à luz da teoria sistêmica integrativa.

Essa atividade tinha como objetivo possibilitar o atendimento às famílias e proporcionar aos psicólogos em formação uma atuação prática de atendimentos com famílias, ampliando, assim, seus conhecimentos, além de possibilitar melhor qualidade de vida às pessoas atendidas.

Relato do Caso

Para não expor os membros da família, os nomes são fictícios. A família atendida era formada pela mãe, Eva, 47 anos, professora, separada há três meses do primeiro esposo, Danilo, de 44 anos, e pelo filho, Maurício, de 9 anos, estudante da terceira série do ensino fundamental de escola pública municipal.

A queixa inicial da família era o comportamento de oposição e rebeldia de Maurício em relação à mãe e as dificuldades de adaptação às regras escolares. Maurício fora diagnosticado pelo serviço do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) com o CID Z55.4, que corresponde à má adaptação escolar e à dificuldade com professores e colegas. As queixas em relação à escola eram: desatenção durante as aulas, não permanecia na carteira, não execução das atividades escolares e brincadeiras na sala de aula ao invés de prestar atenção. Ainda constava que eventualmente Maurício era agressivo com as professoras e os colegas. Já as queixas referentes à relação com a mãe eram que Maurício

não a obedecia, apresentava dificuldade em compreender os limites estabelecidos por ela, o diálogo entre eles era fragilizado e tinham dificuldade para demonstrar afeto.

Eva era uma mulher de meia idade com aparência bem cuidada, cabelo curto, vestida com adequação. Trabalhava como segunda professora na mesma escola em que o filho estudava. Fazia acompanhamento psicológico individual há algum tempo. Frequentava o CAPS II, diagnosticada há vários anos com depressão. Demonstrou-se emotiva, chorou durante várias sessões. Relatou sobre a sua dificuldade em se relacionar com o filho.

Reclamava que Danilo, seu ex-esposo, não era afetivo com o filho. Fazia comentários de que ele não sabia ser pai, pois às vezes era bravo demais. De que, ao invés de conversar com o menino, gritava. Eva comentou que conheceu Danilo em uma festa, namoraram pouco tempo, logo casaram e engravidaram. A decisão de ter um filho partiu de Eva, considerando que seu relógio biológico estava no limite. Eva reconhece que sua decisão foi unilateral e precoce e que, apesar de seu relógio biológico estar preparado para a maternidade, emocionalmente não estava. Após o nascimento de Maurício, o casal manteve-se bem, entretanto, com o passar dos anos e crescimento do filho, a relação conjugal foi se desgastando. As dificuldades e as discussões iniciaram por não concordarem na condução da educação do filho. Danilo fazia uso abusivo de álcool, o que dificultava a relação familiar e conjugal. Separaram e reataram o relacionamento várias vezes. Eva comentou sobre sua separação e o quanto essa decisão foi difícil para ela, pois, mesmo com os defeitos que identificava no ex-cônjuge e as divergências enquanto casal, ainda o amava. A família de origem de Eva era composta por uma mãe submissa, um pai alcoolista e sete irmãos. Tinham uma relação familiar conflituosa, pouco afetiva e com dificuldades na área da comunicação. Assim como em sua família nuclear, em sua família de origem, os pouco diálogo e os gritos no lugar da conversa eram comuns.

Maurício era um menino bem-vestido, magro, cabelos pretos e esperto. Estudava no terceiro ano do ensino fundamental no período da manhã e, à tarde, ficava em casa, normalmente assistindo desenhos animados na televisão e jogando jogos de videogame. A avó materna tomava conta dele nesse período. Fazia uso de medicação para hiperatividade

(Ritalina). Ficava mais calmo com o uso desta. Maurício tinha uma relação boa com outros membros da família extensa, como avós, tios e com o padrinho, o qual era uma figura de referência. A maior dificuldade era na relação com a mãe e com o ambiente escolar. Tanto Eva e Maurício quanto a avó e dois de seus filhos moravam em uma chácara no interior da cidade.

De acordo com a mãe, Maurício não obedecia de forma alguma e ela não sabia o que fazer para impor limites ao filho. Na maior parte do tempo, gritava muito com o menino e fazia ameaças de surra e de deixá-lo com o pai. Essa situação foi exacerbada com a separação do casal.

Maurício relatava ter saudades do pai e deixava claro que gostaria que eles voltassem a ficar juntos. Depois da separação dos pais, Maurício passou a dormir com a mãe. Eva justificava dizendo que dormia com o filho porque o menino tinha medo de dormir sozinho no quarto. Durante as sessões, foi pontuado para ambos a necessidade de cada um dormir em sua cama. Durante a maioria das sessões, Maurício demonstrava-se inquieto, sentava-se ou deitava-se no chão, demonstrando comportamentos regressivos, e desrespeitava a mãe verbalmente. Eva não conseguia ter o domínio da situação, repreendia o filho constantemente sem nenhum resultado. Não pareciam mãe e filho, e a situação lembrava a de um casal em discussão.

Maurício transmitia o desejo de ter uma relação mais próxima da mãe, pois em vários momentos expressava que gostaria que ela brincasse ou assistisse a algum programa na televisão com ele.

Já referente à relação de Eva com Danilo, segundo ela, eles tinham uma boa relação agora que estavam separados. Enquanto casal, os conflitos eram referentes às acusações mútuas acerca dos comportamentos de cada um. Quando Danilo ingeria bebida alcoólica, não tinha diálogo. Ele chegava em casa e ficava calado. Às vezes era autoritário com esposa e filho. Eva estava acostumada com o comportamento do esposo, contudo isso lhe causava sofrimento.

Enquanto casal de pais, não concordavam com a educação que estavam passando para Maurício. Danilo era mais rígido, impondo limites e regras. Eva, por sua vez, era mais protetora, com muitas dificuldades de se impor, apesar do desejo de ser respeitada. Eva gostaria que ela e Danilo pudessem dialogar sobre a educação do filho, queixava-se que ele não a apoiava em relação ao filho e, por vezes, a culpava pelo mau comportamento do menino.

Conforme as sessões aconteciam, tarefas com o objetivo de modificar o padrão relacional eram dadas entre uma sessão e outra, ciente de que são utilizadas como instrumentos visando possibilitar reflexões para os familiares (Andolfi, 2018). A família apresentava dificuldades em realizá-las por completo, ou, quando conseguiam, não mantinham a tarefa pelo tempo determinado de modo a solidificar os resultados.

Foi percebido que a comunicação entre a mãe e o filho estava disfuncional. As mensagens emitidas pela mãe eram, na sua maioria, de duplo significado. Eva verbalmente dizia algo e sua expressão ou entonação da voz comunicava o contrário. Por exemplo, o filho aumentava o tom de voz pedindo que ela o escutasse. Ela, de braços cruzados, olhando para o lado oposto da sala, dizia: “Estou te ouvindo meu bem.” (sic). Esse tipo de comunicação confundia Maurício e, de certa forma, reforçava seu mau comportamento. Percebeu-se, também, dificuldade de Eva em expressar amor ao filho. Sua história de vida mostrava que essa era uma repetição transgeracional de sua família de origem.

Durante o período da terapia, Eva iniciou um novo relacionamento. Foi possível notar que a presença de um companheiro em sua vida tornava a relação dela com Maurício mais harmônica. No entanto, o namoro durou pouco tempo, e, após o término, a relação de mãe e filho voltou a ser como antes, conflituosa.

Nas últimas sessões, Eva comunicou que ela e Danilo haviam reatado o casamento. Suas dificuldades com o filho já estavam amenizadas. Nessas sessões, o comportamento de Maurício foi muito diferente dos anteriores, participou como um coterapeuta e portou-se de forma condizente a sua idade. Eva, mais tranquila com a presença de Danilo em casa, teve alguns pequenos avanços na forma como interagia com o filho.

Discussão do Caso

Tornar-se pais é uma grande mudança da vida das pessoas, alguns têm mais facilidades, e outros encontram muitas dificuldades, como foi o caso de Eva. Tornar-se progenitor é um estágio importante no ciclo de vida familiar, considerando que as mudanças são físicas, emocionais, psicológicas e comportamentais. É mais que um vínculo entre duas pessoas, pois modifica a vida profissional, social e familiar. Os pais estão numa constante luta para conseguir manter a vida ativa que tinham antes da chegada do novo membro da família e, ao mesmo tempo, conseguir dedicar-se ao filho e às novas funções que exercem (Bradt, 1995, como citado por Carter & McGoldrick, 1995).

As relações da família de origem da Eva repetiram-se na sua família nuclear, considerando que tinha um pai alcoolista e casou-se com um esposo alcoolista. As dificuldades que Eva tinha na família de origem repetiram-se na sua família com esposo e filho, visto que foi possível identificar que a mãe de Eva também apresentava dificuldades afetivas com seus filhos. Chama-se repetições transgeracionais quando as dificuldades, os conflitos, os traumas são passados de geração para geração até que um membro familiar, ou mais, consiga elaborar, trabalhar essas dificuldades, fazendo, assim, um corte nesses aspectos transgeracionais (Andolfi, 2018).

Para um desenvolvimento saudável de uma criança, é necessário que exista um relacionamento afetivo entre a criança e seus pais, ciente que, nos primeiros anos de vida, os pais são referências para os filhos e os principais responsáveis pelo amor, afeto e cuidados (Cavalcante et al., 2017). Contudo, na relação familiar e entre pais e filhos, é necessário também a existência de fronteiras bem definidas, além de regras e limites que estabeleçam proximidade e distância entre os membros da família (Minuchin et al., 2009).

Ponderando o estágio do ciclo de vida familiar da família atendida nomeado por Carter e McGoldrick (1995) como família com filhos pequenos, é importante esclarecer que esse processo requer, dos pais, maturidade para se tornarem cuidadores de uma geração mais nova. As mudanças são várias, pois passam de um casal para uma família. Quando os pais não conseguem se adaptar ao novo ciclo de vida, eles podem culpar um ao outro pelas

dificuldades de ambos em se tornarem pais, e isso acaba dificultando cada vez mais a relação conjugal e familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Em famílias monoparentais, como foi o caso da família de Eva e Maurício por um período de aproximadamente um ano, a tendência é que, quando já há dificuldades na execução da tarefa básica da maternidade/paternidade, elas se intensifiquem, causando desordem e sofrimento (Cervený, 2007).

Maurício apresentava dificuldades nas habilidades sociais do único espaço que frequentava fora o lar. O diagnóstico de má adaptação escolar e dificuldades com professores e colegas foi feito a partir da avaliação clínica. A criança com sintomas é a porta-voz do sofrimento do sistema. Maurício tentava se aproximar, acariciar a mãe, mas ela demonstrava não suportar o toque e o empurrava. Algumas vezes, Maurício sentava-se em seu colo, e ela rapidamente o tirava desse lugar, demonstrando desconforto. Maurício, por sua vez demonstrava a sua dificuldade nos xingamentos e no desrespeito com a mãe. Não a deixava falar, a chamava de mentirosa, cantarolava quando ela estava falando, entre outras coisas. Esse funcionamento agressivo demonstrava o quanto ambos estavam sofrendo. É válido ressaltar que criança que mantém a agressividade pode se tornar controladora e séria (Dezan & Mishima- Gomes, 2012).

A agressividade infantil pode sinalizar um quadro de sofrimento vivido pela criança. Dessa forma, esta não consegue expressar seus sentimentos ou medos e se comporta de maneira agressiva como forma de defesa (Castro & Souza, 2012). Quando uma criança é ou está agressiva, ela é percebida pela família como um problema para resolver, e não como alguém que está em sofrimento. Para auxiliá-la, precisam realizar um movimento maior, um movimento familiar, e não apenas de um membro da família (Pesce et al., 2008).

Nesse caso, é relevante lembrar as dificuldades de Eva com sua família de origem, do par conjugal e do adoecimento mental. Mães depressivas usualmente apresentam baixa autoestima, altos níveis de estresse, entre outros fatores que dificultam o relacionamento afetivo com seus familiares, além de gerar consequências para o desenvolvimento da criança sob vários aspectos (Cavalcante et al., 2017). Eva apresentava um funcionamento

disfuncional no que tange às relações afetivas. Sua história de vida e suas escolhas amorosas demonstravam um baixo grau de diferenciação da sua família de origem.

Diferenciar-se está relacionado à singularidade, à individualização e ao fato de conseguir pensar e expressar-se de maneira diferente de seus familiares, ou seja, independente das expectativas e imposições da família. Diferenciação pode ser compreendida pela capacidade de distinguir o pensamento do sentimento (Martins et al., 2008). Eva demonstrava ser uma mulher vaidosa com excessiva preocupação com a opinião de outras pessoas, principalmente sua família de origem, referente à sua vida e aos cuidados e comportamentos de seu filho. Demonstrava a necessidade constante de aprovação, principalmente de sua mãe. A dupla mãe e filho permanecia envolta a um ciclo de desatenção, mal comportamento, brigas e sofrimento. Essa era a maneira como a família retroalimentava-se, ciente que o comportamento de um membro familiar influencia o comportamento do outro membro familiar. Dessa forma, refere-se à relação circular que ocorre na família, considerando que um membro influencia o outro, retroalimentando as possíveis mudanças e evoluções da família (Nichols & Schwartz, 2007).

Além disso, a escolha do cônjuge também pode ser relacionada ao nível de diferenciação que cada pessoa tem, considerando que o indivíduo tende a escolher um companheiro com nível de diferenciação semelhante ao seu. Os filhos nesse relacionamento podem ter níveis diferentes de diferenciação, entretanto não muito distantes dos níveis alcançados por seus pais. Eva tinha um baixo nível de diferenciação com a família de origem e, de certa maneira, isso se repetiu na família nuclear (Martins et al., 2008).

Após a maternidade, são inúmeras as mudanças da vida da mulher. Ciente disso, os planos de gravidez costumam ser mais assertivos quando partem de um desejo do casal (Cavalcante et al., 2017). Eva relatou ter desejado engravidar, entretanto afirmou que a principal motivação desse desejo havia sido a urgência que seu relógio biológico estava impondo. Estava com 39 anos e acreditava que, se não tivesse um filho naquele momento, não mais o teria. A partir disso, pode-se supor que biologicamente Eva tenha se tornado mãe,

mas emocionalmente apresentou muita dificuldade e fragilidades em se vincular ao filho. O frágil vínculo gerou, também, outra dificuldade: o estabelecimento de limites.

A construção de limites está diretamente ligada ao sucesso da criança na socialização e convivência entre pares e ambientes hierárquicos. É na relação familiar que se estabelece as primeiras noções de limites, respeito e empatia (Araújo & Sperb, 2009), e estas são como laboratórios para o mundo externo à família. Apesar de uma importante tarefa, alguns pais falham. Há uma confusão entre desamor e estabelecimento de limites (Araújo & Sperb, 2009). No caso de Eva, possivelmente sua dificuldade em aceitar o papel materno com a possível rejeição do filho em alguns momentos acarretou sentimento de culpa. Para compensar esse sentimento, considerado proibido para as mães, procurava não lhe impor questões que pudessem ser interpretadas com desamor. Apesar de lhe poupar frustrações no lar, Eva contribuiu para que Maurício experenciasse muitas frustrações no ambiente escolar, visto que era frequentemente excluído pelos colegas e malquisto pelas professoras.

A falta de apoio do esposo, queixada por Eva, pode ter contribuído para os conflitos na relação entre mãe e filho, considerando que as relações são influenciadas pelos membros que as compõem (Almeida et al., 2000). Eva acreditava que seu casamento havia terminado em função das discussões acerca do filho. Dessa forma, novamente nutria raiva do filho, que não conseguia expressar de forma assertiva. Seu comportamento de desatenção às necessidades emocionais do menino e de liberdade plena sem frustrações revelava o sentimento oculto.

Mensagens de duplo sentido faziam parte da interação da dupla mãe e filho e podem ser consideradas causadoras de sofrimento. Mensagens de duplo sentido ou vínculo são mensagens que podem ser interpretadas de duas maneiras, com significados contraditórios expressados simultaneamente, de forma que as pessoas não conseguem identificar o real sentido da expressão, impossibilitando a discriminação entre o comportamento certo ou errado (Watzlawick et al., 2007). Percebeu-se que o comportamento e a comunicação entre Eva e Maurício estava dificultando que a família tivesse uma boa convivência. Ciente que emitem mensagens com duplos sentidos, essa maneira de se comunicar gerava confusão e

desorientação para os familiares (Yngaunis, 2011). Para a mudança dessa forma de comunicação, foi necessário auxiliar a mãe a identificar seus sentimentos ambíguos e a expressá-los no ambiente terapêutico de acolhimento e sem julgamento, assim como auxílio na identificação da dupla mensagem sempre que ocorria.

A conjugalidade também se apresentou como um ponto de relevância para o caso. A dificuldade do casal Eva e Danilo em efetivamente se divorciarem emocionalmente contribuía para a sobrecarga psicológica na qual Eva encontrava-se. Em alguns momentos, percebeu-se e foi apontado a alienação parental que Eva praticava. Se configura alienação parental quando um membro familiar emite mensagens desrespeitosas, ofensivas contra outro membro familiar, colocando em risco a saúde psicológica e emocional de uma criança ou adolescente (Nüske & Grigorieff, 2015). Maurício reagia de forma a atacar a mãe e defender o pai sempre que essa situação acontecia. Houve indícios de que o pai também pudesse praticar alienação parental, mas, apesar de convidado para algumas sessões, negou-se a participar.

Reschke (2008) salienta que “o rompimento dos casamentos dos pais pode ser uma experiência traumática e é muito dolorosa para a grande maioria dos filhos, independente da idade” (p.30). A separação é um processo difícil para a família, pois, além dos sofrimentos dos cônjuges, os filhos também se sentem perturbados e, às vezes, abandonados pelos pais, sabendo que consideram a família como uma fonte de proteção e apoio (Scaliante, 2012). O divórcio é o maior rompimento que pode acontecer no processo do ciclo de vida familiar, podendo causar inúmeras mudanças e sofrimento para toda família, pois, de certa forma, a família interrompe seu ciclo de vida atual para iniciar outro (Carter & McGoldrick, 1995). Maurício verbalizava a não aceitação da separação dos pais e parecia comportar-se de forma a dificultar a experiência da mãe com família monoparental.

Ao mesmo tempo, Eva estava vivendo a sua perda. São esperados sentimentos de culpa, fracasso, tristeza e raiva durante o processo de separação, considerando que é um momento de ajustamento, pois a família precisa reorganizar-se com sua nova configuração. As pessoas enfrentam a separação de maneiras diferentes. O apoio de familiares é extremamente

importante (Carter & McGoldrick, 1995). Os sentimentos de mulher e de mãe eram conflitantes e difíceis de serem manejados por Eva nesse período. Ela demonstrava desorientação sem a presença e apoio do companheiro (Veiga, 2017).

A maternidade demonstrou ser, para Eva, uma tarefa difícil, e o comportamento de Maurício denunciava essa dificuldade. Ser responsável por uma família monoparental agravou ainda mais o entendimento de peso do papel materno e tornou-se intolerável para ela a ponto de retomar uma relação conjugal considerada insatisfatória.

Considerações Finais

A terapia familiar de abordagem sistêmica integrativa possibilitou inúmeras reflexões e algumas mudanças no comportamento familiar. Contribuiu para que Maurício pudesse comportar-se de forma condizente com sua idade, podendo ser ouvido e, ao mesmo tempo, compreender suas responsabilidades e deveres. Na escola, Maurício também obteve melhoras em suas notas e comportamentos, melhorando, assim, seu desempenho escolar. Na relação com a mãe, observou-se uma melhora significativa no diálogo, comportamento e na relação de afeto e cuidado. Ambos conseguiram trabalhar sobre as dificuldades de relacionamento que tinham. É válido salientar que, quando as pessoas conseguem se comunicar de maneira saudável, o relacionamento entre ambos melhora, pois não necessitam mais se agredir para se comunicar, ou seja, para serem ouvidos.

Eva também obteve melhoras importantes, pois teve a oportunidade de revisitar sua história e rever sua relação com a maternidade, conseguindo compreender algumas de suas dificuldades. Pôde compreender sua relação com o filho e melhorar sua habilidade de comunicar afeto. Maurício conseguiu compreender seu papel na família e comportar-se como filho.

Apesar disso, Eva necessitou retomar a relação conjugal com Danilo para se sentir segura em sua condição como mãe, negando a si a possibilidade de uma relação amorosa mais satisfatória.

Referências

- Andolfi, M. (2018). *A terapia familiar multigeracional: Instrumentos e recursos do terapeuta*. Artesã.
- Araújo, G. B. de, & Sperb, T. M. (2009). Crianças e a construção de limites: Narrativas de mães e professoras. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 185-194. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722009000100022>
- Almeida, C. G. de, Peres, E. A., Garcia, M. R., & Pellizzar, N. C. S. (2000). Pais separados e filhos: Análise funcional das dificuldades de relacionamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 17(1), 31-43. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2000000100003>
- Ashworth, T., & Nobile, A. (2008). *Eu era uma ótima mãe até ter filhos: Como lidar com os desafios da maternidade com amor e bom humor*. Sextante.
- Bowlby, J. (1979/2015). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (5ª ed.; Á. Cabral, Trad.). Martins Fontes.
- Cavalcante, M. C. V., Lamy Filho, F., França, A. K. T. da C., & Lamy, Z. C. (2017). Relação mãe-filho e fatores associados: Análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1683-1693. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estratégia para a terapia familiar* (2ª ed.). Artmed.
- Castro, R. E. F. de, & Souza, M. A. de. (2012). Efeitos da agressividade infantil para o sofrimento psíquico de professores em diferentes momentos de carreira. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 265–274. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2012000200010>
- Cervený, C. M. O. (2007). *Família em movimento*. Casa do Psicólogo.
- Dezan, S. Z., & Mishima-Gomes, F. K. T. (2012). O retraimento e a agressividade infantil: Como proteger-se da ameaça familiar? *Natureza humana*, 14(2), 120-143. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302012000200006&lng=pt&tlng=pt
-

- Martins, E. M. de A., Rabinovich, E. P., & Silva, C. N. (2008). Família e o processo de diferenciação na perspectiva de Murray Bowen: Um estudo de caso. *Psicologia USP*, 19(2), 181-197. <https://doi.org/10.1590/s0103-65642008000200005>
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, W. -Y. (2009). *Família e casais: Do sintoma ao sistema*. Artmed.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia Familiar: Conceitos e métodos* (7ª ed). Artmed.
- Nüske, J. P. F., & Grigorieff, A. G. (2015). Alienação parental: Complexidades despertadas no âmbito familiar. *Pensando Famílias*, 19(1), 77-87. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000100007&lng=pt&tlng=pt
- Pesce, R. P., Assis, S. G. de, & Avanci, J. Q. (2008). *Agressividade e Transgressão em crianças: Um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância*. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_582682174.pdf
- Reschke, O. (2008). *Divórcio: Enfocando as causas e consequências e apresentando uma proposta de prevenção* [Trabalho de Conclusão de Curso, Escola Superior de Teologia, Brasil]. <https://www.yumpu.com/pt/document/read/13424265/divorcio-enfocando-as-causas-e-consequencias-e-apresentando->
- Scaliante, G. C. (2012). *Divórcio Parental, Estresse Infantil e Desempenho Escolar: Algumas reflexões* [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual de Maringá, Brasil]. <https://silo.tips/download/graziela-cristina-scaliante-divorcio-parental-estresse-infantil-e-desempenho-esc>
- Veiga, C. E. (2017). *Rompendo o laço conjugal: O enlace de vinte e duas narrativas*. Appris.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Don, J. D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Cultrix.
- Yngaunis, S. (2011). O duplo-vínculo e triângulo perverso na dinâmica relacional das organizações. V Congresso da Abrapcorp. <https://syngaunis.wordpress.com/2011/06/22/o-duplo-vinculo-e-triangulo-perverso-na-dinamica-relacional-das-organizacoes/>
-

Endereço para correspondência:

daia.zaparoli@hotmail.com

Associada ACATEF

A Violência Doméstica pelo Olhar da Terapia Sistêmica: Atendimento de uma Família

Domestic Violence from the Perspective of Systemic Therapy: Caring for a Family

Deborah Cristina Silveira Thomaz¹

Dr.^a Marlene Magnabosco Marra²

Resumo

O presente estudo fez parte de trabalho de conclusão do curso de pós-graduação *lato sensu* em Terapia Familiar e de Casais apresentado ao Instituto de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Interpsi) e à Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) para obtenção do título de especialista em Terapia Familiar e de Casais em 2020. Teve como objeto de estudo uma família com história de violência doméstica. Por meio de sessões de terapia, foi trabalhado o conceito de violência doméstica; investigado a repetição de padrões de violência nas famílias de origem do casal; e trabalhado a consequência do padrão de violência nas relações familiares de todos os membros. Como resultado, teve a percepção das alianças não saudáveis, processo de separação e individuação de cada membro e troca de papéis estabelecidos no decorrer da história familiar. Como conclusão, a família pôde experimentar uma ressignificação do padrão de violência, podendo perceber aspectos positivos de reestruturação e superação familiar, além da progenitora tomar de volta seu protagonismo para condução da sua própria vida e de sua família.

¹ Psicóloga formada pela UFSJ (2004). Psicóloga clínica: existencial e gestáltica formada pela Fead (2008). Terapeuta de casal e família pela PUCGOIÁS e Interpsi (2020). Associada a ATF-RJ. Experiência de quatro anos no programa sentinela de combate ao abuso sexual de crianças e adolescentes do estado de Minas Gerais. Experiência de três anos em Psicologia Escolar e Clínica pelo Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais. Experiência de quatro anos como psicóloga de Centro de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo. Psicóloga clínica e hospitalar de Hospital de Força Aérea de Brasília por seis anos. Atualmente, psicóloga clínica e terapeuta de casal e família autônoma. Linhas de atuação: Psicoterapia de indivíduos, casais, famílias e grupos, terapia on-line, psicologia escolar e psicologia da saúde.

² Psicóloga, terapeuta de casal e família (ABRATEF); psicodramatista, professora e supervisora (Febrap); Práticas Colaborativas e Dialógicas (Interfacci / Houston Galveston Institute / Taos Institute); doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB); professora e pesquisadora associada plena da UnB; membro do Conselho Deliberativo e Científico da ABRATEF; trabalha com famílias, abuso sexual, violência familiar, processos grupais e de comunicação, capacitação de profissionais e desenvolvimento de equipe; foi coordenadora pedagógica e docente do Instituto de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (Interpsi) por 30 anos; autora de artigos, capítulos e livros relacionados a terapia familiar e de casais, violências, abuso sexual, intervenções grupais e práticas colaborativas.

Palavras-chave: transgeracionalidade; terapia sistêmica; desigualdade de gênero; violência doméstica

Abstract

The present study was part of the conclusion work of the Lato Sensu Postgraduate Course in Family and Couples Therapy presented to the Psychosocial Research and Intervention Institute - Interpsi and to the Pontifical Catholic University of Goiás - PucGo to obtain the title of Specialist in Therapy Family and Couples in 2020. The study object was a family with a history of domestic violence. Through therapy sessions, the concept of domestic violence was worked on; investigated the repetition of patterns of violence in the couple's families of origin and worked out the consequence of the pattern of violence in the family relationships of all members. As a result, he had the perception of unhealthy alliances, the process of separation and individuation of each member and the exchange of roles established throughout the family history. As a conclusion, the family can experience a new meaning in the pattern of violence, being able to perceive positive aspects of family restructuring and overcoming, in addition to the mother taking back her role to lead her own life and that of her family.

Keywords: transgenerationality; systemic therapy; gender inequality; domestic violence

A Violência Doméstica pelo Olhar da Terapia Sistêmica: Atendimento Ambulatorial de uma Família

“A vida inteira eu não pude nada, sempre sofri violência, sempre acuada e com medo, agora meu marido está idoso e doente e eu me sinto como um pássaro com a gaiola aberta sem poder e saber voar.” (Maria, 2019).

A violência doméstica é uma vivência complexa com várias relações causais e inúmeras consequências. Um olhar simplista e objetivo não compreenderia esse fenômeno. Ela está inserida na cultura machista, na supremacia do poder masculino sobre o feminino, sendo assim, existe uma aceitação velada da violência. No entanto, a sociedade vive um processo de desconstrução dessa cultura, e, aos poucos, a violência sai dos escombros e ganha

visibilidade, acontecendo, assim, uma crescente busca por ajuda e denúncias (Marra, 2016; 2020).

Segundo Ferrari (2013),

[...] a violência é um fenômeno pautado nas diferenças na sociedade que, convertidas em desigualdade, predispõe uma hierarquia e uma relação de poder, verifica-se sempre o dominante e o dominado. A vontade de um é submetida à vontade do outro. A pessoa neste contexto perde a autonomia não manifestando sua vontade e submetendo-se à vontade do outro (p.88).

A constatação da naturalização da violência doméstica pela cultura machista despertou o interesse por este trabalho. A própria vítima da violência pode em um primeiro momento, não ter percepção do que está sofrendo.

Buscando a compreensão ampla da violência, iniciou este estudo com sustentação na terapia familiar sistêmica. Ao estudarmos a violência, percebemos a importância do terapeuta familiar não só como agente de mudança das relações familiares, mas também propondo o olhar para os aspectos da teoria de gênero e mobilizando discussões sobre esse tema. Trazendo essas questões para a sessão com a família, casal e indivíduo, podemos nos transformar em agentes preventivos da violência doméstica e cessar o ciclo da violência.

Sendo assim, o presente estudo de caso tem como objetivos compreender os aspectos relacionados à violência doméstica, relacionar a história transgeracional com o comportamento violento e, por fim, estudar como a terapia sistêmica proporciona mudança no ciclo de violência doméstica da família.

Ladvoat (2013) diz que o trabalho psicoterapêutico com a família em situação de violência prima pela contenção de conflitos e pela transformação do ciclo sintomático em novas soluções. Para isso, proporciona um ambiente de confiança, investigando a resiliência familiar, a capacidade de resolver conflitos e situações no decorrer da vida. Trazendo, assim, a própria competência da família para sair do ciclo da violência.

Fundamentação Teórica

Violências

“A violência doméstica é a maior causa morte de mulheres entre 16 a 44 anos, superando doenças como câncer e acidentes de carro” (Penha, 2010, p.158). Segundo Cunha e Pinto (2019), a violência doméstica teve visibilidade perante a justiça a partir de 2006, com a edição da Lei Federal n.º 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, por meio da qual se buscou uma maneira de coibir e prevenir a violência doméstica. Esse diploma legal foi criado 23 anos após um crime bárbaro cometido contra a farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes, que foi atingida, enquanto dormia, por um tiro desferido por seu então marido, um economista colombiano, naturalizado brasileiro. Como consequência dessa ação criminosa, Maria da Penha ficou paraplégica.

À época desse violento crime era notória a total desproteção que a mulher sofria perante o estado e a sociedade. O crime contra Maria da Penha aconteceu em 1983, mas somente em 1996 o autor da violência recebeu sua condenação, a pena de 10 anos e seis meses. Sua prisão aconteceu somente em setembro de 2002, da qual cumpriu nem ao menos um terço em regime fechado.

Cunha e Pinto (2019) ressaltam que, em 1998, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, órgão da Organização dos Estados Americanos (OEA), recebeu a denúncia apresentada por Maria da Penha, bem como pelo Centro de Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM).

A partir dessa denúncia, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos publicou um relatório em 2001, por meio do qual foi possível entender a violência doméstica praticada em nosso país, além de destacar as principais falhas da justiça brasileira verificadas no caso Maria da Penha. Dentre as várias deliberações tomadas por essa Comissão, destaca-se o pagamento de uma indenização de 20 mil dólares em favor da Maria da Penha, que está em discussão até hoje. A partir de então, os casos de violência doméstica ganharam visibilidade

e repercussão social, abandonando, assim, os sombrios porões do desconhecimento e da impunidade.

Nesse sentido, destaca a importância para a sociedade da denúncia feita por Maria da Penha:

Para mim foi muitíssimo importante denunciar a agressão, porque ficou registrado internacionalmente, através do meu caso, que eram inúmeras as vítimas do machismo e da falta de compromisso do Estado para acabar com a impunidade. Me senti recompensada por todos os momentos nos quais, mesmo morrendo de vergonha, expunha minha indignação e pedia justiça para meu caso não ser esquecido (Maria da Penha 2006, citado por Cunha e Pinto, 2019, p.26).

Atualmente, Maria da Penha é líder de movimentos de defesa dos Direitos Humanos e fundadora do Instituto Maria da Penha.

Pensamento Sistêmico

Diante desse cenário da violência doméstica, ganha destaque o relevante papel desempenhado pela terapia familiar que, ao lançar um olhar sistêmico para o problema, busca maior compreensão do fenômeno da violência doméstica na tentativa de ajudar as mulheres e as famílias atingidas. Assim, procura-se abranger o olhar para o sistema familiar (Marra, 2016; 2020).

É nesse sentido que Nichols e Schwartz (2007) destacam que alguns problemas são mais suscetíveis a uma abordagem familiar: questões com os filhos, queixas a respeito do casamento, hostilidades familiares e sintomas que se desenvolvem no indivíduo no momento de uma transição familiar. Ressaltam, ainda, que, dentro dessa perspectiva, o olhar do terapeuta tem que ser para o sistema no qual a pessoa está inserida, analisando o sistema relacional até as gerações passadas. Sendo assim, a teoria sistêmica não foca no adoecimento do indivíduo isoladamente, considera as interações e relações entre os membros da família e todos os sistemas interligados.

Segundo Nichols e Schwartz (2007), a teoria dos sistemas tem origem na Biologia, Matemática, Física e Engenharia da década de 1940, a qual tem como premissa um sistema

podendo ser composto por sistemas menores e ainda fazer parte de um sistema maior complexo. As propriedades de um organismo surgem das interações e relações entre as partes. O todo é sempre maior que a soma das partes.

Dentro da perspectiva sistêmica, surgiu várias escolas em terapia familiar que tem fundamentos em comum, como a questão da causalidade circular e não causalidade linear, estudo das relações e sistemas interconectados em sistemas maiores.

McGoldrick (2012) destaca que a avaliação sistêmica abarca os níveis intrapsíquicos, biológico e interpessoal de uma família, estendendo a análise para a comunidade e cultura nas quais está inserida. As famílias estão organizadas dentro de estruturas biológicas, legais, culturais, emocionais, além de uma organização de acordo com a geração, idade, gênero e outros fatores.

Seguindo essa perspectiva, o estudo da violência abrange o sistema familiar e vai mais além, estudando, também, a transmissão transgeracional. Assim, não fixa apenas na família nuclear, investigando até três gerações.

O fenômeno da violência doméstica precisa ser despertado para análise por meio não só do casal e da família que vivenciam a violência, mas também pelas gerações anteriores. Segundo Framo (2002), as dificuldades conjugais atuais referem-se a no mínimo três gerações e seria um esforço para reparar, corrigir, controlar, defender e apagar antigos e perturbadores paradigmas relacionais ligados à família de origem.

Segundo McGoldrick, Gerson e Petry (2012), as questões atuais da família são uma reedição de situações de gerações anteriores. Problemas como alcoolismo, incesto, sintomas físicos, violência e suicídio tendem a ser repetidos nas famílias de geração para geração.

Para Maria Luiza Dias (2013), o comportamento violento é transmitido por meio de aprendizagem social, via socialização na família, engendrado por processos identificatórios. Ela fala ainda dos fenômenos inconscientes que podem ser investigados por meio dos segredos familiares passados de geração a geração.

De acordo com Dias (2013), a herança ancestral é modelo poderoso para a família nuclear, na qual o grupo familiar é reduto de transmissão psíquica genealógica. Ainda assim,

ela não perde de vista o momento presente e a transformação que a família nuclear pode fazer, não sendo totalmente determinada por repetições de comportamentos e de relações da família de origem.

Berenstein (2007, citado por Dias, 2013) fala do estabelecimento de vínculos por um casal. Para ele, quando um casal encontra-se, algo novo acontece. Duas pessoas diferentes unidas também serão diferentes diante de vínculos anteriores.

Contudo, Dias (2013) traz o olhar do terapeuta da transmissão transgeracional de padrões familiares até o momento presente da família nuclear e todas as novidades vivenciadas, já que os membros não são clones de seus antepassados, mas indivíduos portadores de uma herança ancestral que pode estar parcialmente recriada.

Especificamente falando da intervenção em terapia familiar sistêmica com foco na violência doméstica, temos alguns trabalhos como o de Ladvocat (2013), o qual fala do conceito de resiliência familiar, conceitualizando de forma sistêmica. O terapeuta com o olhar na violência investiga os processos interativos dos membros e a capacidade destes frente ao trauma e situações vivenciadas na vida.

Ainda falando das intervenções em contexto de violência doméstica, temos o trabalho de Stith e McCollun (2013), que foi embasado no modelo da TBFS, a abordagem de tratamento focado na solução de Shazer e Berg (2007). Focando nas competências da família, o terapeuta espera que os clientes tenham recursos necessários para resolver suas próprias dificuldades.

Segundo Stith e McCollum (2013), esse sistema sugere que os terapeutas focalizam mais as competências das pessoas do que suas deficiências, mais as suas partes fortes do que as fraquezas e mais suas possibilidades do que suas limitações. “Mais do que realçar aquilo que não está funcionando, a tarefa do terapeuta é identificar e amplificar a mudança” (p.108).

Método

Esta é uma pesquisa qualitativa baseada na perspectiva de Minayo (2014), que considera a pesquisa qualitativa como uma análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações.

Trata-se de um estudo de caso que, segundo Minayo (2014), tem como estratégia a investigação mapeando, descrevendo e analisando o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação estudada. Este trabalho fez parte da conclusão de curso em Terapia Sistêmica Familiar e de Casais, foi realizado o termo de consentimento livre e esclarecido para a família participante, e os nomes citados no trabalho são fictícios, a instituição interpsi, a PUC de Goiás e a supervisora são responsáveis pelos trabalhos de conclusão de curso.

Participantes

Tabela 1

Dados relevantes dos participantes

Membros	Nomes(fictícios)	Idade	Nível escolar	Profissão
Pai	José	68	Ensino médio	Militar
Mãe	Maria	54	Ensino médio	Do lar
Filha	Marina	34	Superior Completo	Direito
Filho	Eduardo	26	Superior Completo	Aviador civil

Instrumentos

Para este trabalho, foram realizadas as etapas: entrevista aberta como instrumento de coleta de dados da história familiar, investigação da violência doméstica e a detecção de possíveis fatores relacionados e consequências; sessões de terapia familiar sistêmica, buscando alguns princípios do trabalho de Stith e McCollun (2013), teoria de intervenção

sistêmica com violência doméstica de Ladvoat (2013); e análise da transgeracionalidade de acordo com MC Goldrick (2012).

Procedimentos

A seleção dos participantes foi realizada por meio de avaliação de gravidade dos casos encaminhados pela assistência social.

O progenitor da família deu entrada pela emergência de hospital geral com risco elevado de suicídio e heteroagressividade, ele também tinha uma doença renal crônica, precisando de hemodiálise diariamente e por isso optaram pela internação para contenção de risco suicídio.

Foram realizadas sete sessões para coleta de dados e intervenção sistêmica conforme descrito a seguir:

- Primeira sessão: atendimento multidisciplinar, com a presença do serviço social, da psicologia, da Maria e dos dois filhos do casal. Teve como objetivos a compreensão do caso, explicitação de intervenções e encaminhamentos necessários.

- Segunda sessão: atendimento individual sistêmico com a vítima da violência doméstica, com entrevista aberta para investigação sistêmica, a qual Maria foi convidada a falar livremente sobre a relação conflituosa entre ela e o marido, proporcionando também perguntas reflexivas para um maior entendimento do mecanismo de inter-relação dos conflitos. Nessa, os outros membros da família não puderam estar presentes devido à hospitalização do José e ao trabalho do filho.

- Terceira sessão: início da terapia familiar breve após alta hospitalar de José com diminuição de risco de auto e heteroagressividade. Nessa sessão estiveram presentes Maria, José e a filha, Marina. O filho não esteve presente devido à escala de trabalho. Foram realizados o contrato psicoterapêutico, o relato de demandas, a investigação sistêmica, o relato de história das famílias de origem do casal e a definição dos objetivos de cada integrante no processo;

- Quarta sessão: realizada com a mãe e a filha, sendo feitas intervenções referentes às relações mantenedoras do ciclo da violência e relações de dependência entre mãe e filha. O pai chegou ao final da sessão.

- Quinta sessão: foi de psicoeducação, com o tema violência doméstica, intervenções sistêmicas focais para término do ciclo da violência. Estiveram presentes pai, mãe e filha.

- Sexta sessão: atendimento remoto devido à impossibilidade de atendimento presencial por causa de nova hospitalização do José devido a uma queda e fratura na bacia;

- Sétima sessão: atendimento remoto para finalização.

Análise de dados

Para análise de dados, foi utilizado a leitura das transcrições das sessões à luz da teoria dos autores sistêmicos citados neste artigo. Foi explorado o material encontrado classificando em categorias de acordo com o conteúdo organizado de significados para esta pesquisa. Tendo como norte a análise de conteúdo, que, de acordo com Minayo (2014), “busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo” (p.304).

Resultados

A História da Família

José e Maria conheceram-se no Nordeste. Eles namoraram por pouco tempo e casaram-se. José, nove anos mais velho, foi o primeiro namorado de Maria, que viu, no casamento, a possibilidade de sair do ambiente familiar, o qual era caracterizado por muitos conflitos entre seus pais e de uma educação rígida e autoritária.

José, com três filhos, já tinha um casamento anterior, o qual, devido à violência doméstica, teve como consequência um distanciamento entre pai e filhos que perpetua até os dias atuais. Maria, quando se casou, não sabia do real motivo da separação de José.

O casamento de Maria e José teve um momento inicial de tranquilidade, porém os conflitos intensos vieram com a chegada dos filhos e pela compulsão de José por jogos. Ele começou a se ausentar de casa para beber e jogar, e, com isso, começaram as brigas, durante

as quais José alterava-se, gritava e ameaçava Maria e os filhos. O casamento ficou insustentável após um episódio no qual José ligou o gás de cozinha, ameaçando matar a todos. Com isso, Maria voltou para o Nordeste, ficando lá com sua família por um ano.

Nessa época, foi realizada a separação judicial e, com a pensão alimentícia, Maria sustentava os filhos. Sua filha, já com 18 anos, ajudou a cuidar do irmão de 11 anos e administrou o dinheiro da família.

No ano da separação, José foi até o Nordeste algumas vezes. Ele fazia ameaças, deixando a família amedrontada. Com o passar do tempo, ele parou as agressividades e prometeu mudança, fazendo, assim, com que Maria voltasse com a família para Brasília. Contudo, a separação judicial manteve-se, mas os dois voltaram a morar juntos até a atualidade.

José continuou o vício por jogo, demonstrava muito ciúme e medo de perder Maria. Isso fazia com que ele a controlasse, e, aos poucos, ela foi desenvolvendo um medo de sair de casa e ficou só cuidando dos filhos e do marido.

Quando o filho atingiu a maioridade, José começou a pagar faculdade de aviação para ele, comprou-lhe um carro e, ao mesmo tempo, trocou seu próprio carro. Assim, encheu-se de dívidas, as quais existem até os dias atuais.

A filha fez faculdade de Direito e, por possuir bolsa parcial, a mãe ajudava a pagar o restante da mensalidade com venda de bolos. Ela tinha muita mágoa porque o pai não a ajudou a pagar seus estudos.

Atualmente, a renda que sustenta a família é a pensão alimentícia de Maria, visto que o salário de José está vinculado a empréstimos realizados para o pagamento de dívidas de jogo. Ele tem doença renal crônica, fazendo com que dependa fisicamente de Maria. O filho trabalha em uma companhia aérea e ajuda financeiramente a mãe. A filha trabalha como esteticista e estuda para concurso, não tendo renda própria.

Discussão de Resultados

Categoria 1: Fatores Correlacionados à Violência Doméstica

Segundo Ladvoat (2013), existem fatores correlacionados ao estresse e à violência. No contexto social, temos recursos econômicos e sociais esgotados, fatores ambientais estressantes, isolamento social e falta de recursos para a sobrevivência.

Ao analisar o contexto da família em questão, percebeu-se a vulnerabilidade financeira em consequência de dívidas que totalizam 100 mil reais relacionadas à compulsão de José por jogo e pelo investimento na carreira de aviação do filho do casal.

Maria não trabalhava fora devido ao ciúme e ao controle do marido e por ter introjetado como função da mulher o cuidado do marido e dos filhos em casa. A cultura à qual Maria esteve inserida no passado na sua família de origem era a de passividade da mulher, o homem como o provedor e líder, a mulher como cuidadora e apaziguadora de brigas e submetendo-se à vontade e às ordens do homem. Maria, em seu casamento, vivia isolada, não tendo amigos e familiares morando na mesma cidade. O seu ciclo de amizades era restrito às relações de amizade que o marido tinha.

Outra vertente ao analisar a violência doméstica nesta família é a questão de gênero. As desigualdades entre homem e mulher estão inseridas por meio do controle da situação financeira estar na mão do homem, verbalizações do homem ser o mais forte, a mulher não precisar trabalhar e ter que ficar em casa, não precisar sair de casa para ter lazer etc.

Na educação dos filhos, José investiu principalmente na carreira do filho aviador e na compra de um carro para ele. Na fala de José, foi explicitado que ele precisava dar ao filho uma condição melhor para que, no futuro, ele pudesse sustentar uma família.

De acordo com Penso e Santana (2016 citando Araújo, 2002; Bandeira, 2008; Saffioti, 1999), a discussão referente à teoria de gênero precisa ser explicitada focando na importância do respeito e das condições igualitárias sociais e políticas entre homens e mulheres.

Categoria 2: Violência Doméstica e História Transgeracional Familiar do Casal

Ao analisar a violência doméstica nessa família, relacionou-se à história das famílias de origem desse casal, podendo ser um fator de risco para a perpetuação da violência doméstica (Penso & Santana, 2016). O pai da Maria cometeu a violência doméstica no passado. Ele era

autoritário e machista. Maria casou-se para sair do ambiente opressor e violento. Ela era muito presa e passiva na sua família de origem.

A família de origem do José, segundo ele, era de não brigas, seu pai era passivo, quando estava com raiva só saía e batia a porta. Sua mãe que era brava, mas, segundo ele, “num casal o homem vai sempre ganhar, só perde se a mulher for lutadora”.

De acordo com Penso e Santana (2016, citando Ramos & Oliveira, 2008; Rosa & Falcke, 2011),

[...] se em uma família a dinâmica das relações são caracterizadas pelo autoritarismo e rigidez, não existindo outros fatores externos e internos de proteção que modifiquem esse padrão, podem ocorrer repetições das relações de violência. Quando isso acontece, seus membros possivelmente buscarão resolver seus problemas e estabelecer relações conjugais semelhantes às vivenciadas e internalizadas no seio familiar, podendo, por exemplo, estabelecer relacionamentos que têm a violência como base (p.3).

Segundo McGoldrick (2012), “as famílias repetem a si mesmas, mesmo que os padrões comportamentais sejam diferentes, as questões são encenadas incessantemente de geração a geração” (p.32). A hipótese é que os padrões de relação nas gerações anteriores fornecem modelos implícitos para o funcionamento familiar na geração seguinte.

Maria estabeleceu com o marido uma relação de passividade e medo, tendo muitas vezes atitudes de recuo para não gerar conflitos intensos, o que poderia despertar agressividade em José. Repetindo um comportamento que tinha na família de origem.

Maria, como sua mãe, decidiu não se separar e tornou-se cuidadora do marido doente. Isso pode mostrar a repetição da história de sua família de origem, como uma reedição para elaborar vivências do passado.

De acordo com Bowen (1978 citado por McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012), a estrutura de desenvolvimento saudável seria aquela que existe diferenciação, a pessoa torna-se independente de uma outra. Assim foi percebido dependência de Maria com sua filha, Marina, fazendo com que esta assumisse o papel de proteção e defesa da mãe.

Marina percebe, nas sessões, o papel de protetora que ela exerceu com sua mãe. Emocionada, expressou do que abriu mão para cuidar da mãe e do irmão.

Maria, nas sessões, disse não imaginar ter impedido a filha de seguir sua vida. Nessa família, parece que as mulheres das três gerações têm o papel de cuidadoras, mas ao mesmo tempo necessitam de proteção. Maria, devido à sua vulnerabilidade emocional, dependência, insegurança de base e história familiar de origem, parece reeditar as falhas das suas relações parentais.

Segundo McGoldrick, Gerson e Petry (2012), “os irmãos tendem a contar um com outro, quando os pais não estão disponíveis ou não conseguem suprir as necessidades nutricionais”. (p.120). Isso mostra o porquê de Marina ter assumido o cuidado com o irmão e a mãe.

Sendo assim, também foi importante levantar uma outra hipótese, a de que, nessa família, existia uma relação triangular entre os dois filhos e a mãe. Com uma linha de relacionamento próxima, os filhos uniram-se para ajudar a mãe, que seria vítima da violência, e ficaram contra o pai, que é o violentador de toda a família. Isso fica nítido na fala do filho de raiva do pai e da filha de cuidado e proteção com essa mãe. Segundo Bowen (1978, citado por McGoldrick, Gerson, & Petry, 2012), “a relação triangular se caracteriza pela aliança de dois em relação a um terceiro” (p.162).

Nas sessões finais, Marina relatou que, ao ouvir a história da família de origem dos pais, pôde compreender, mesmo que não aceite, as atitudes do pai e da mãe na violência doméstica. Ela disse estar repensando o seu papel e está conseguindo ver progresso na mãe, quanto de menos temerosa, menos passiva e buscando independência emocional.

Categoria 3: Violência Doméstica e Intervenções Sistêmicas para o Cessar do Ciclo de Violência

Com a investigação sistêmica por meio da entrevista aberta e tendo como referência a conceituação de violência doméstica prevista na Lei n.º 11.340, constatou-se, nesse caso, atual violência psicológica. José utilizou de sua condição limitante de doença crônica nos rins e idade avançada para se vitimizar e ameaçar se matar. A esposa, por sua vez, se mostrou refém de toda essa situação, insegura e com medo de mudar sua vida.

A filha do casal, Marina, denunciou essa violência, relatando a prisão que a mãe vivia, não tendo o direito de ir e vir. A história de violência nessa família já teve episódios graves de ameaça à integridade física de Maria e dos filhos praticada por José.

Existia, também, nessa família, discussões agressivas entre os irmãos, apresentando sempre como fundo o fato de o Eduardo ter tido melhores oportunidades e não ajudar a família financeiramente. Nessa situação, Marina cita a passividade da mãe frente às atitudes do filho.

Seguindo a teoria de Ladvoctat (2013), as sessões em terapia familiar seguem, primeiramente, pela investigação sistêmica para, posteriormente, estabelecerem limites e nomearem a não aceitação de comportamentos abusivos nas sessões. Estabelecem, assim, um olhar para a forma como cada membro responde à situação de violência e às alternativas encontradas. Dessa maneira, pode-se obter uma reorganização saudável dos laços familiares, focando na competência familiar. O terapeuta mantém a integridade não entrando nos padrões de interação destrutivos.

De acordo Stith e McCollum (2013), o objetivo da terapia breve focal sistêmica é acabar com todas as formas de violência na família, focando no sistema do casal. Para eles, existe uma interdependência de comportamento mantendo o ciclo da violência. Essa interdependência existe porque os padrões repetitivos de comportamento do sistema do casal mantêm o abuso. Sendo assim, aumentando o afeto positivo e a experiência positiva entre os parceiros, é possível reduzir o estresse no relacionamento.

Após investigação sistêmica, explicitou-se o que é a violência doméstica e como esta acontece na família. Assim, Maria falou ao marido quais atitudes e falas dele são agressão para ela.

Perguntou-se ao José como ele via a violência doméstica na família. Ele respondeu “gritar, ameaçar se estão falando que eu fiz no passado, eu fiz, mas eu não peço ninguém para ficar do meu lado, quer ir embora vá, eu vou para um asilo, não me importo, já estou perto de morrer”.

Assim, explanou na sessão a fala dele de ameaça contra a própria vida, a fala de que podem deixá-lo no asilo, o impedimento que ele faz de Maria sair de casa e a desigualdade na sua família quanto a direitos e deveres entre homem e mulher.

Perguntou-se ao José qual a percepção dele das relações familiares. Ele disse que sempre o casamento teve brigas porque não queriam que ele jogasse, mas, no jogo, ganhou muito também, complementando a renda familiar.

As intervenções seguiram também para o fortalecimento da competência familiar, buscando melhorar o nível de funcionamento do casal e focar em comunicação para resolução dos problemas. Perguntou-se aos pais como eles fariam com a situação do filho distante e com raiva, não conseguindo, assim, ajudar financeiramente a família. Foi dito que parecia existir um bloqueio do filho em ajudar financeiramente justamente por tudo que já viveram em relação à violência doméstica.

O pai disse que queria ir ao Rio de Janeiro para ver como está um processo dele trabalhista, porque, resolvendo isso, pagaria as dívidas. A filha e a mãe foram contrárias. Então, devolvi aos pais a decisão de irem ou não pessoalmente ao Rio de Janeiro, trazendo o casal para frente como laço de resolução de conflitos.

Para a intervenção Ladvocat (2013), fala de apostar na resiliência familiar, o terapeuta frente a uma família em situação de violência investiga os processos interativos e a capacidade desta frente ao trauma e às situações vivenciadas na vida. Sendo assim, os recursos e as ferramentas conceituais são tão necessárias como as técnicas de empoderamento.

Sendo assim, foi falado do que é bom nessa família. O José disse ter um filho aviador, uma filha advogada, mas o filho “não deu certo” porque virou as costas para a família.

Perguntou-se o que precisava melhorar, José disse o financeiro, Maria, a gratidão do filho – ela disse perceber, agora, ele sendo o mais privilegiado por ser homem – e Marina disse que não tem muita esperança de mudança na família, mas que sempre soube que exercia um papel que não era dela, nisso ela consegue mudar.

Explicitou-se que, para existir mudança, era preciso acabar com o ciclo de não resolução de conflitos e conseqüente violência na comunicação. Os três precisavam pensar e conversar sobre o que fazer para resolver os problemas de forma diferente, já que os três, naquele momento, moravam juntos. A reflexão foi realizada, e, a partir daí, a família começou a apresentar mudanças.

Com o decorrer das sessões, Maria começou a mudar a comunicação com José e Eduardo. Ela conversou com o filho, tendo atitude ativa frente ao distanciamento dele em relação aos problemas econômicos familiares. Com José, Maria rompeu a comunicação de manipulação. Ela contou ter chamado a filha para ir ao shopping. Lá, se sentiu livre, sem medo.

Depois do término das sessões, a família sofreu uma reorganização devido ao acidente doméstico com José, que sofreu uma queda e teve uma fratura na bacia, vindo a ficar hospitalizado quase um mês. Em atendimento com a família por telefone, foi percebido e nomeado a organização dessa para os cuidados, não sobrecarregando Maria. Eduardo pôde ficar mais presente. Após o período de hospitalização, José ficou em casa com restrições de locomoção.

Em junho do presente ano, foi realizado um atendimento remoto devido à pandemia e, assim, constatou-se que Maria estava independente emocionalmente da filha, e Marina foi morar com o namorado. Maria está conduzindo a situação financeira da casa, detém, agora, o cartão do banco, e, sendo assim, o marido não faz mais dívidas, nem sai para jogar. José encontra-se em tratamento farmacológico psiquiátrico e está, assim, controlado das compulsões, agressividade e sintomas depressivos.

Segundo Maria, Eduardo, o filho, disse ter orgulho da mudança da mãe e encontra-se mais próximo do pai. José não mais comete a violência doméstica e, quando altera a voz, Maria já se defende e ele para. Financeiramente, Maria está complementando a renda familiar com a fabricação de bolos e pães e Eduardo tem ajudado financeiramente nessa iniciativa dela.

Considerações Finais

Trabalhou-se nessa família as relações conflituosas e desenvolvimento individual de cada membro. Ladvocat (2013) fala que, quando na família existe a violência doméstica, há uma dificuldade em lidar com os conflitos, assim a violência é o padrão preponderante.

Por meio da perspectiva sistêmica, buscou-se um olhar mais amplo da violência doméstica, trazendo, para a sessão com a família, todas as possíveis relações, ciclo e fatores mantenedores da violência. Isso proporcionou à família parar o ciclo de acusação e paralização na violência, conseguindo trazer mudança para as relações.

Segundo Elizabeth Polity (2013),

[...] é na família que aprendemos a amar: a nós e aos outros. É na família que aprendemos a entender que diferenças não são desigualdades e que podemos conviver com aquelas sem sentirmo-nos ameaçados. É na família que aprendemos a empatia, essa capacidade que nos permite estar no lugar do outro e tratá-lo com o mesmo respeito que desejamos ser tratados. Enfim, como bem falou Winnicott tudo começa em casa (p.20).

Este estudo trouxe uma melhor compreensão do fenômeno da violência, suas facetas, particularidades, conexões intergeracionais e possível mudança por meio da terapia sistêmica.

Uma questão percebida nesta pesquisa, e arriscando falar estar na raiz da violência doméstica, é a desigualdade entre homens e mulheres na nossa sociedade, a relação de poder masculino e submissão feminina. A história de luta da mulher por relações igualitárias e de respeito faz parte do meu cotidiano e do de todas as mulheres. Sendo assim, o quanto é importante o pesquisar mais sobre esse tema e lutar pela mudança da cultura machista.

Será que a visibilidade do que está por traz da violência doméstica por meio de mais estudo poderá trazer as mulheres um espaço maior de luta pela igualdade e respeito?

Outra questão levantada é o estudo de determinadas culturas, a relação que estas têm com a violência doméstica. A cultura militar, os aspectos da doutrina, a hierarquia não fizeram parte deste estudo, mas podem ter relação com o comportamento de José na sua família, já que ele é militar.

Esta pesquisa ajudou na compreensão do meu próprio papel de disseminadora da não aceitação da desigualdade de gênero, sendo educanda e ajudando na formação dos meus filhos, seja como esposa, como amiga, como psicóloga e/ou como cidadã brasileira.

Referências

- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar (M.A.V. Veronese, trad.). In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.). *Mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Arte Médicas.
- Cunha, R.S, & Pinto, R.B. (2019). *Violência Doméstica. Lei Maria da Penha – 11340/2006, Comentada artigo por artigo* (8ª ed). Editora JusPodivm.
- Marra, M. M. (2016). *Conversas criativas e abuso sexual. Uma proposta para o atendimento psicossocial*. Ágora.
- Marra, M. M. (2020). *Cuidado Vigilante: Intervenção psicossocial com famílias em situação de maus-tratos e violência sexual*. Ágora.
- McGoldrick, M, & Gerson, R & Petry, S. (2012). *Genogramas. Avaliação e intervenção familiar* (3ª ed). Artmed.
- Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Nichols, M.P., & Schawartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: Conceitos e métodos* (7ª ed). Artmed.
- Sant'Anna, T. C., & Penso, M. A. (2016). A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33: 1-11. Universidade Católica de Brasília.
- Seixas, M. R. D'A., & Dias, M. L. (2013). *A violência doméstica e a cultura da paz* (1ª ed). Santos. Grupo Editorial Nacional.

Endereços para correspondência:

Deborah Cristina Silveira Thomaz – madpsic@yahoo.com.br

Marlene Marra – marlenemarra1@gmail.com

Modelo de Atendimento a Grupos Familiares de Pacientes com Transtornos

Alimentares

Model of Assistance to Eating Disorders Patient's Families

Izabel Emília Sanchez Abrahão¹

Claudia Regina Ribeiro²

Edna Maria Ferreira³

Isabelle Tortorella Carneiro Grassi⁴

Margarete Carvalho Cavalcante⁵

Marlene Oliveira⁶

Raphael Cangelli Filho⁷

Thais de Castro Gazotti⁸

Resumo

Este artigo visa abordar a experiência clínica com famílias nos grupos de apoio multifamiliar e terapia familiar de pacientes com Transtorno Alimentar em tratamento no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Palavras-chave: grupo multifamiliar, transtorno alimentar, terapia familiar, família

¹ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro titular da APTF, coordenadora da psicologia da Enfermaria de Comportamento Alimentar do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

² Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

³ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁴ Psicóloga, terapeuta de casal e família, coordenadora do atendimento familiar da Enfermaria de Comportamento Alimentar do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁵ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁶ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁷ Psicólogo, terapeuta cognitivo, coordenador geral da Psicologia do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁸ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

Abstract

This article aims to address the clinical experience with families in multifamily support groups and family therapy, of patients with Eating Disorders being treated in the Programa de Transtornos Alimentares – AMBULIM, from Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

Keywords: multifamily group, eating disorder, family therapy, family.

A família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes. Esse processo dual de continuidade e crescimento permite o desenvolvimento da família como unidade e, ao mesmo tempo, assegura a diferenciação de seus membros. A necessidade de diferenciação entendida como a autoexpressão de cada indivíduo funde-se com a necessidade de coesão e manutenção da unidade do grupo com o passar do tempo. Teoricamente, o indivíduo é membro garantido em um grupo familiar que seja suficientemente coeso e do qual ele possa se diferenciar progressivamente e individualmente, tornando-se cada vez menos dependente em seu funcionamento do sistema familiar original, até poder se separar e instituir, por si mesmo, com funções diferentes, um novo sistema (Andolfi, 1984, p.18).

Algumas famílias podem ser facilitadoras ou não para que o processo de tratamento tenha êxito, sendo assim é fundamental a sua participação para aprenderem a se comunicar e na utilização de estratégias/manejos, de como proceder nos momentos de crise e possíveis gatilhos para os Transtornos Alimentares (TA). O objetivo é fazer com que a família/o cuidador aprenda a separar e identificar o seu filho(a) da doença e culpar a doença, e não a si mesmos.

Pesquisadores e profissionais do Maudsley Hospital, em Londres, vêm, ao longo dos últimos anos, buscando encontrar novas formas de compreensão da inclusão da família no tratamento. Os resultados de seu primeiro estudo, realizado em 1985 com pacientes internados, evidenciaram a inter-relação do uso da terapia familiar com a idade do aparecimento e duração do transtorno, ou seja, os melhores resultados foram encontrados

entre as pessoas com transtorno iniciando antes dos 19 anos e com pouco tempo desde o seu aparecimento.

Em 1999, no Conselho Europeu dos Transtornos Alimentares, em Estocolmo, ocorreram reflexões importantes sobre o tratamento desses transtornos e, pela primeira vez, mencionou-se o uso da abordagem multifamiliar. Afirma que a abordagem multifamiliar tem bons resultados por promover a troca de experiência entre famílias, mais do que no trabalho só com uma família. Essa troca favoreceria uma coesão grupal junto a uma atmosfera de apoio. Novos sentidos poderiam surgir, saindo da paralisação do medo da mudança ante tantas dificuldades encontradas. Além disso, no grupo multifamiliar, seria possível observar as diferentes fases em que se encontram as outras famílias e ouvir como elas superaram os problemas, ajudando a pensar em novas maneiras para si (Fleminger, 2005)

Nesse formato, o profissional sai da posição de especialista do “problema” dessas famílias, passando para a posição de escuta dos sentidos do que é problemático para elas.

Um dos primeiros relatos encontrados na literatura médica, com uma abordagem familiar, aconteceu no século XVII, na Inglaterra.

Isso aconteceu com um médico que prescreveu para o paciente o afastamento temporário da sua própria família (Guillemot & Laxenaire, 1995). Sendo assim, só depois da Segunda Guerra Mundial, a valorização da terapia familiar é reconhecida e suas diversas abordagens mostram evidências.

A terapia familiar sistêmica tem uma grande contribuição na abordagem com os transtornos alimentares. Só no início dos anos 70, Minuchin, nos EUA, e Mara Palazolli, na Itália, desenvolvem trabalhos e pesquisas com pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa e a inclusão da equipe multidisciplinar (Minuchin, 1982).

A abordagem sistêmica preconiza que a família pode ser definida como um sistema, que caracteriza uma teia complexa de elementos que se encontram dinamicamente relacionados em mútua interação.

O tratamento de pacientes no AMBULIM inclui as famílias como parte fundamental do tratamento.

O terapeuta educa os pais com uma visão sistêmica por meio de um “psicoeducativo” em que explica sobre o funcionamento do transtorno, colocando os efeitos físicos e psicológicos. Aborda aspectos que favorecem ou prejudicam o tratamento, destaca os padrões disfuncionais, expectativas e exigências de membros da família. Encoraja-os a assumirem responsabilidade pela mudança.

Oferece ferramentas e suporte para que se sintam apoiados e acolhidos, minimiza o sofrimento que o transtorno causa nos relacionamentos entre os membros da família. Sendo assim, constrói uma aliança com eles, incentivando-os a assumir o comando da alimentação do seu filho (Loockn & Le Grande 2010).

Há familiares que relatam que, por meio da terapia familiar, conseguiram se expressar abertamente com o filho e desenvolveram repertórios de comunicação e diálogos.

Um dos agravos à saúde que mais tem adquirido visibilidade nos últimos anos são os TA. Os TA são quadros psiquiátricos que apresentam etiologia multifatorial, que afetam prioritariamente mulheres entre 12 e 28 anos. Vários fatores entre si, de forma complexa, precipitam e perpetuam o quadro psicopatológico. Dentre os principais fatores envolvidos na gênese dos sintomas, encontra-se a dinâmica familiar.

Situações de adoecimento grave e persistente, como os TA, são potencialmente disruptivas e repercutem na família como um todo, podendo abalar sua dinâmica de funcionamento.

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação e compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Os sintomas de transtornos alimentares podem se assemelhar com os de transtornos por uso de substância, como fissuras e padrões de uso compulsivo. Alguns estudos apontam que em ambos os transtornos há envolvimento dos mesmos sistemas neurais, como os de autocontrole regulatório e de recompensa, porém ainda é necessário que haja mais estudos que comprovem essa relação.

A seguir, as definições dos principais transtornos alimentares de acordo com o DSM-5 (APA, 2014):

1. Anorexia Nervosa (AN)

- Restrição da ingestão calórica levando a um peso corporal significativamente baixo (inferior ao peso mínimo normal).

- Medo intenso de ganhar peso ou engordar, comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo estando com peso significativamente baixo.

- Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, não reconhece a gravidade do baixo peso corporal atual.

O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física e muitas vezes não reconhece ou percebe o medo de ganhar peso e a gravidade da desnutrição.

O medo intenso de ganhar peso pode aumentar até mesmo se o peso diminuir. Pesam-se com muita frequência, medem obsessivamente partes específicas do corpo (pernas, quadril, cintura), geralmente têm baixa autoestima e está relacionada diretamente a percepção da forma e peso corporal. A perda de peso é vista com satisfação é sinônimo de autocontrole, autodisciplina.

2. Bulimia Nervosa (BN)

- Comportamentos compensatórios – inapropriados para evitar o ganho de peso.

- Uso indevido de laxantes, diuréticos, vômitos autoinduzidos, excesso de atividade física; jejum, uso de hormônios para controlar peso.

- Sentimentos de vergonha pela relação alimentar e tentam esconder os sintomas de amigos e familiares. Prejuízo funcional principalmente no desempenho de papéis sociais. Comem até se sentir desconfortavelmente cheios.

O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo e outros gatilhos como fatores de estresse interpessoal, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal e a forma do corpo.

A compulsão pode até minimizar os fatores que precipitam um episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia são consequências tardias.

Características associadas que apoiam o diagnóstico:

- geralmente indivíduos estão dentro da faixa de peso normal ou com sobrepeso;
- normalmente optam por alimentos dietéticos nos episódios de compulsão alimentar;
- irregularidade menstrual;
- distúrbios eletrolíticos decorrentes do comportamento purgativo;
- ulcerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmia cardíaca são complicações raras, mas fatais.

3. Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)

Caracterizados por episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses (Critério D) e deve ser acompanhada de uma sensação de falta de controle (Critério A2). A falta de controle é evidenciada quando há incapacidade de evitar ou parar de comer. Episódio de compulsão alimentar é definido como a ingestão em período determinado de tempo (a cada duas horas) de uma quantidade de alimento muito maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sobre circunstâncias semelhantes (Critério A1).

O TCA é marcado por muito sofrimento (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rápido do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, ingerir grandes quantidades de alimentos sem estar com a sensação física de fome, comer sozinho por vergonha do quanto se come, sentir-se desgostoso desse mesmo, deprimido e/ou muito culpado em seguida (Critério B).

Os pacientes com diagnóstico de TCA sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. O antecedente mais comum é o afeto negativo e outros gatilhos como estressores interpessoais, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal e a forma do corpo e ao alimento, tédio.

Características associadas que apoiam o diagnóstico:

Ocorre em indivíduos com peso normal, sobrepeso e obesos. Frequentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Indivíduos obesos com TCA têm mais prejuízo funcional, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.

É muito importante que a família reconheça essas características dos TA, reconheçam também seu estado emocional e como os seus sentimentos influenciam na forma como lidam com seu filho.

Inicialmente os pais costumam se sentir culpados pelo surgimento do TA e por não terem identificado precocemente os sintomas. É importante ter sempre em mente que a recuperação é um processo gradual. Demanda bastante esforço e envolvimento da família, especialmente no início do tratamento. Manter o filho motivado e engajado no tratamento e atividades sociais previne recaídas.

A terapia familiar é a única modalidade comprovadamente eficaz em crianças e adolescentes com TA. Tem por objetivo auxiliar os pais a realimentar seus filhos, bem como coibir comportamentos compulsivos, compensatórios e purgativos. Progressivamente, o paciente jovem vai retomando sua autonomia e auxiliado a retomar a independência.

Grupo de Apoio Multifamiliar nos Ambulatórios de AN, BN e TCA

O grupo multifamiliar é caracterizado por reunir pessoas significativamente afetivas dos pacientes inseridos no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do IPq-HCFMUSP. Participam do grupo tanto familiares como outras pessoas da rede de suporte que apoiam o tratamento dos pacientes, previamente inscritos e admitidos no programa. Por se tratar de um hospital-escola, ocasionalmente temos a presença, enquanto ouvintes e observadores, de alunos dos cursos de aprimoramento em Transtorno Alimentar.

Os grupos multifamiliares oferecidos aos pacientes em tratamento ambulatorial de AN, BN e TCA são coordenados por duas psicólogas que integram a equipe de psicologia do

AMBULIM, sendo realizado semanalmente com uma hora de duração. A dinâmica do grupo multifamiliar envolve três propostas básicas:

a. Psicoeducação: o que é o TA e seu impacto em cada membro, compreender a estrutura familiar e a sua dinâmica.

b. Identificação: dos comportamentos que mantêm o TA e como ocorre a interação familiar e sua relação com o TA.

c. Promover: espaço para a reflexão, acolhimento, escuta e mudanças construtivas (alternativas de ação).

Dessa forma, os objetivos desse grupo são: prover informações psicoeducativas relacionadas aos TA, enfocando diferentes aspectos da doença e do tratamento, em vista de esclarecer e sanar dúvidas; oferecer um espaço de reflexão sobre as relações familiares, desenvolvendo a troca de experiências; e ofertar um momento de acolhimento e escuta empática aos participantes, pois sentimentos como medo do desconhecido e angústia são os mais comumente relatados.

Os TA's são doenças de difícil tratamento, em que a intervenção mais efetiva é realizada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados nesta temática e incluindo a família no processo terapêutico. Apesar de ser um membro da família que está doente, ele não é o único que sofre as consequências do TA: a família aflige-se e preocupa-se com a saúde e a gravidade da situação. Percebemos sentimentos que vão desde a culpa até raiva e impotência.

Participam do grupo: pais, mães, irmãos, cônjuges, além de outros parentes e amigos dos pacientes. Os participantes trazem espontaneamente os temas que serão abordados, sendo estimulados a compartilharem suas experiências com os demais integrantes do grupo. Por meio dessa troca, o grupo propicia um movimento de corresponsabilidade e parceria na busca de posturas mais saudáveis. A participação no grupo não é obrigatória, mas observamos uma boa adesão dos familiares, os quais descrevem o grupo como uma oportunidade tanto para entender a doença, quanto para diminuir o isolamento e o sofrimento que vivem em função do quadro de TA.

O pressuposto teórico do grupo multifamiliar é a Terapia Sistêmica, acrescida de intervenções baseadas na Terapia Cognitiva Comportamental e no Psicodrama. É importante ressaltar que o Psicodrama é entendido não como uma técnica, mas como um instrumento de intervenção e tratamento, principalmente na sua proposta socioeconômica, onde o foco é o grupo e sua identidade em comum, possibilitando a todos os membros serem agentes terapêuticos, não se restringindo aos indivíduos, mas ao grupo todo e às pessoas que estão em relação com seus membros (Moreno, 1974).

Realizamos, também, encontros psicoeducativos com profissionais especialistas em TA. Os temas destes encontros são levantados de acordo com o interesse ou necessidade do grupo e são abertos à população em geral.

Com o advento da pandemia da covid-19, no ano de 2020, o grupo foi suspenso durante um mês e retornou de forma on-line, a partir de abril do mesmo ano, devido às mensagens recebidas de alguns familiares, que já participavam do grupo, relatando sentirem falta e necessidade de retomarem o espaço de interação, acolhimento e orientação profissional em um momento mundialmente desconhecido e angustiante. Devido à dificuldade de manejo e conexão da internet, observamos que alguns familiares não conseguiram prosseguir com a participação remota. Por outro lado, a participação dos familiares que se encontram fora da cidade de São Paulo, até mesmo fora do Brasil, e que não conseguiam ter uma frequência presencial regular, foi facilitada e promoveu maior assiduidade.

O grupo multifamiliar oferece suporte e encorajamento, com a oportunidade de aprender uns com os outros, fomentando o insight e aliviando o isolamento, assim como provoca um sentimento de solidariedade e suporte para os participantes que dividem e compartilham suas dúvidas, medos e esperança. Esta última aparece de forma significativa quando um participante divide com o grupo o processo de alta do tratamento em internação hospitalar oferecido na Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL) do tratamento ambulatorial do paciente no AMBULIM. O processo de alta ocorre de forma cuidadosa, com tempo suficiente para que tanto o paciente quanto a família se sintam seguros e com encaminhamento para profissionais particulares ou assistências públicas à saúde mental. Ao dividir o que acontece

nesse processo com os outros participantes que se encontram em outro estágio de tratamento, observamos o renascimento da esperança diante do tratamento e percurso de um transtorno mental que causa muita angústia e sofrimento a todos que convivem com o paciente.

Atendimento Familiar da Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL)

A Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL), criada em 2004, é a única enfermaria psiquiátrica especializada e unicamente direcionada para o tratamento de pacientes portadores de Transtornos Alimentares, no Brasil e referência na América Latina. Conta com 10 leitos somente para pacientes com TA e uma equipe multidisciplinar composta por: médicos psiquiatras, nutricionistas, equipe de enfermagem, neuropsicólogos, psicoterapeutas individuais e familiares, fisioterapeutas, educadores físicos, assistente social, terapeuta ocupacional, eutonista, instrutor de mindfulness e cãoterapia.

Quando em regime de internação completa, o paciente recebe os cuidados especializados da equipe de enfermagem e acompanhamentos semanais: psiquiátrico, nutricional, psicoterapêutico (individual e familiar). Também são oferecidas atividades terapêuticas, como: Grupo Terapêutico de Imagem Corporal, Eutonia, Mindfulness, Grupo de Habilidades DBT (Terapia Comportamental Dialética).

A avaliação neuropsicológica é realizada mediante solicitação da equipe multidisciplinar; e são oferecidas outras atividades optativas: Cãoterapia, Mindfulness para Familiares, Grupo de Leitura, Yoga e Family Connection (DBT – Terapia Comportamental Dialética para familiares), em vista de ampliar a proposta terapêutica.

Os objetivos da terapia familiar na ECAL são: oferecer orientações básicas a respeito do TA, seus riscos e como lidar com eles; avaliar a dinâmica familiar e o impacto do TA em cada membro; refletir sobre as relações familiares e os vínculos afetivos. Paralelamente, o terapeuta busca proporcionar um acolhimento para a família, favorecendo a adesão ao tratamento e promovendo a corresponsabilização da família na evolução do quadro clínico do paciente.

Ao ter em vista que as transformações que ocorrem nos sistemas familiares são impulsionadas por eventos característicos do ciclo de vida da família (nascimentos, casamentos etc.) e por eventos inesperados, como o surgimento de uma doença, a assistência à família é imprescindível. Dessa forma, o conhecimento de que um dos membros da família não está saudável, vindo a receber um diagnóstico de TA, interfere no funcionamento do sistema familiar, atingindo todos os seus membros.

A internação surge como um recurso urgente e necessário para a recuperação de um quadro grave de TA, proporcionando o tratamento necessário para o paciente e afetando a família, os quais, em nossa experiência clínica, costumam relatar viver sentimentos conflitantes de segurança, insegurança e medo.

O atendimento da família do paciente internado ocorre na forma de terapia do núcleo familiar. É designado um membro da equipe de psicologia da ECAL, especializado em terapia familiar, para realizar o acompanhamento durante todo o período de internação. A frequência é de uma sessão semanal, com duração de uma hora a uma hora e meia, com a participação do paciente internado e dos membros da família. Devido à presença de pacientes de todo o Brasil, o atendimento remoto dessas famílias já era algo presente que foi intensificado com o advento da pandemia da covid-19.

Na primeira semana de internação do paciente, o psicólogo designado para atender a família faz o levantamento dos membros que participarão da terapia, através de um contato inicial com o paciente. Para participar deste acompanhamento psicoterapêutico, também podem ser chamados membros da família extensa e pessoas significativas em convívio próximo ao paciente. Na primeira sessão são coletadas as informações sobre a história do paciente e da família, estabelecendo-se o contrato e a participação dos familiares com a continuidade do acompanhamento durante todo o período de internação.

A terapia familiar procura construir novas narrativas que proporcionem novas ações, principalmente para lidar com os sintomas do TA. Os pacientes portadores de TA, desenvolvem, com muita frequência, um mecanismo de controle sobre o próprio corpo e sobre a alimentação, de modo que a vida passa a girar em torno da conduta alimentar. Isso ocorre

de forma intensa e constante, fazendo com que esse controle passe a ser exercido sobre os membros da família: alimentos passam a ser permitidos/proibidos, assim como surgem novas regras sobre o que pode ou não ser falado e deixam de se alimentarem à mesa junto aos demais membros da família.

A família passa a ser controlada por estes comportamentos, sentindo-se sobrecarregada e sem apoio. Com a internação, ocorre uma mudança na rotina, fazendo com que a família se reorganize para lidar com os cuidados que o tratamento requer. A terapia familiar é, portanto, o espaço para esta reestruturação familiar, construindo, de forma colaborativa, alternativas transformadoras do sistema funcional. É durante a internação que buscamos desenvolver e otimizar os recursos necessários para a família desempenhar sua função de colaboradora no cuidado com o paciente.

Uma questão muito importante e que ocasiona diferentes sentimentos nos membros da família, refere-se ao processo de alta da internação e ao entendimento de que a alta não significa o término do tratamento. A família precisa ser orientada no sentido de compreender que a alta indica que o paciente não está mais em um quadro clínico e psíquico com risco de vida que necessite de cuidados intensivos. Por isso, o paciente pós-alta deve continuar em tratamento ambulatorial com profissionais especializados em transtornos alimentares, inclusive com a participação dos familiares.

Grupo de Apoio Familiar no Grupo Especializado de Apoio a Homens com Transtornos Alimentares (GEAHTA)

No GEAHTA, uma das áreas do AMBULIM, o trabalho com os pacientes consiste em:

- Os pacientes passarem por uma triagem individual por psiquiatras, nutricionistas e psicólogos cujo objetivo é diagnosticar os TA (AN, BN, TCA e TARE – Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo).

Uma vez selecionados, as famílias desses pacientes são convocadas pela equipe de terapia familiar, com o intuito de oferecer um espaço de acolhimento e esclarecimento dos TA, como suporte a angústia e a sensação de impotência presentes na maioria das famílias,

bem como facilitar a troca de experiências entre os familiares e aqueles que convivem com os pacientes.

Esses encontros têm uma hora de duração, são semanais e presenciais, entretanto, com advento da pandemia (covid-19), tivemos que nos readaptarmos e passaram a ser on-line, tendo adesão pela maioria dos familiares.

Os encontros são divididos em 10 sessões, onde em cada sessão abordamos um tema que será discutido por todos, cada um traz sua experiência vivida com seu familiar portador do TA e as dificuldades que têm em lidar com ele e a doença, bem como identificar e nomear suas emoções e sentimentos como medo, culpa, raiva, angústia, impotência, entre muitos outros.

Oferecer esse espaço em que os familiares e cuidadores possam falar é de extrema importância, pois muitas vezes eles não têm com quem dividir suas angústias e não sabem como lidar com tamanha sobrecarga, é nesse momento que os terapeutas familiares fazem sessões psicoeducativas, esclarecendo as dúvidas sobre a doença, seus riscos, o tratamento e a necessidade e importância da equipe multidisciplinar.

Ouvir as histórias de outras famílias também corrobora para que percebam que não estão sozinhos nas suas angústias, não são os únicos a vivenciarem dificuldades com o paciente e, ao falarem de suas emoções e sentimentos nomeando-os e sendo validados, é muito benéfico para eles.

Pois,

Sentir-se compreendido é o que precipita de maneira mais poderosa a mudança nos seres humanos e compreender nossos semelhantes é a expertise potencial de todos: compreender a raiva ou tristeza de outra pessoa ou frustração ou senso de injustiça. (Nick Luxmore in Langley, 2018, p.11).

Outro aspecto que o grupo multifamiliar do GEAHTA visa abordar e intervir de forma terapêutica, é na repetição de padrões interacionais transmitidos de uma geração a outra dentro dos sistemas familiares. A repetição pode surgir de diversas formas, toda família repete e há repetições que mantêm uma família como sistema, porém em algumas situações impede

o sistema familiar de mudar e crescer ou mantém uma família num nível tão disfuncional que a intervenção terapêutica se faz necessário.

No sistema familiar em que um dos membros sofre de TA por exemplo, não é raro ouvirmos dos outros parentes comentários do tipo: “você vai comer de novo?”, “você comeu muito pouco, desse jeito vai adoecer”, “você está tão magro, até parece que está doente” ou “você come demais vai ficar enorme”, “desse jeito, não casará nunca”, “se continuar engordando, não conseguirá emprego”, frases que, quando questionadas, podem soar como muito inofensivas para quem fala uma vez que até aquele momento, dentro daquela dinâmica familiar, nunca houve um impacto tão significativo, porém sabemos que esse tipo de repetição pode ser um fator desencadeante ou agravamento de um TA.

A nossa maior tarefa terapêutica é interromper as formas de lidar com um problema que não funcionam, ou seja, padrões que são disfuncionais como os já citados anteriormente.

Froma Walsh e alguns autores (2016, p.35), enfatizam

[...] a importância da observação e investigação para aprender a linguagem e as crenças de cada família, para ver o problema e os padrões relacionais pelos olhos dos vários membros e entender os valores e expectativas que influenciam a sua abordagem para lidar com um problema e a sua incapacidade de mudança.

Essa observação dos terapeutas na condução dos grupos é de extrema importância, auxiliando a terem um olhar reflexivo com suas atitudes em relação ao paciente identificado, no caso do GEAHTA, o paciente com o TA.

Os familiares tendem trazer posturas rígidas, estabelecidas por crenças limitantes através de várias gerações, culminando em processos destrutivos. Froma Walsh acrescenta ainda que, uma forma utilizada no processo terapêutico com as famílias é a “conotação positiva, a curiosidade respeitosa e o questionamento circular”.

É importante que as famílias sejam encorajadas a se engajarem no tratamento por meio de recursos a serem explorados na terapia e assim se sintam responsabilizados e não mais culpadas, promovendo saídas mais saudáveis para todos.

Referências

- American Psychiatric Association – APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed, 2014.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo-Corigliano, A. M. (1984). *Por trás da máscara familiar*. Artes Médicas.
- Fleminger, S. A. (2005). Model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in the Netherlands. *Journal of Family Therapy*, 27: 147-157.
- Guillemot A., & Laxenaire, M. (1995). *Anorexia mentale et boulimie: Les poids de la culture*. Masson Paris.
- Langley, J., Todd, G., & Treasure, J. (2018). *Caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley skills – Based training manual*. Routledge.
- Loock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment to adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Minuchin, S.; Nichols, M. P. (1982). *A cura da família*. Artes Médicas.
- Moreno, J. L. (1959/1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Mestre Jou.
- Programa De Transtornos Alimentares – AMBULIM (2021). Recuperado em 03/06/2021, de <http://AMBULIM.org.br/historia/>
- Walsh, F. (2016). *Processos Normativos da Família – Diversidade e Complexidade*. Artmed.

Endereços para correspondências:

Izabel Emília Sanchez Abrahão – izabel.abrahao@hc.fm.usp.br – regional de associação da ABRATEF: APTF

Claudia Regina Ribeiro – claudia.rribeiro@hc.fm.usp.br

Edna Maria Ferreira – edna.mferreira@hc.fm.usp.br

Isabelle Tortorella Carneiro Grassi – isabelle.tortorella@hc.fm.usp.br

Margarete Carvalho Cavalcante – margarete.cavalcante@hc.fm.usp.br

Marlene Oliveira – marlene.oliveira@hc.fm.usp.br

Raphael Cangelli Filho – raphael.cangelli@hc.fm.usp.br

Thais de Castro Gazotti – thais.gazotti@hc.fm.usp.br