



A terapia como reconstrução de uma vida
marcada pela violência.

Florianópolis
2009

DORIS WALDOW

A terapia como reconstrução de uma vida marcada pela violência.

Trabalho de conclusão de curso
apresentado para obtenção do título de
especialista em psicologia clínica pelo
Familiare Instituto Sistêmico.

Orientador: Professora Denise Duque

Florianópolis
2009

O Vento

*O vento é como a fé,
Não se vê, mas se sente.*

*O vento balança galhos e flores,
A fé separa homens e almas do que existe e do que possa existir,
Se podemos chorar ou se podemos sorrir.*

*Queria nesse momento poder voar,
Pra do alto das nuvens orientar
Os anjos-crianças a seguir o caminho da inocência.*

*Escutando canções de belas palavras,
Regando flores com amor.*

(Montanha Russa)

Resumo

O trabalho descrito a seguir é o resultado de um estudo de caso, baseado no recorte de atendimento psicoterápico realizado através do projeto da 6ª Delegacia de Polícia juntamente com o Familiar Instituto Sistêmico. Trata-se de um caso no qual o paciente fora acusado de pedofilia, e que ao depor na delegacia pede ajuda e é encaminhado para atendimento psicológico. Este trabalho tem por objetivo discutir as possibilidades de atuação do profissional psicólogo frente a questão vítima-agressor assim como discutir as repercussões da violência na vida do indivíduo. A partir desse estudo pode-se verificar as repercussões da violência sofrida, que se estabeleceram na forma de sintomas físicos (falta de ar, pesadelos, dores corporais), na dificuldade de estabelecer vínculos, na falta de perspectiva e comportamentos suicidas, e na repetição de padrões. Pode-se ainda perceber a necessidade do profissional despir-se de seus preconceitos, reconhecendo o paciente como um ser humano em sofrimento, bem como a clareza do seu papel enquanto agente de saúde e mudanças. Após um ano de terapia percebeu-se mudanças significativas na vida do paciente que se permitiu atentar para as histórias que dominavam seu discurso, e reconhecer e elaborar a violência sofrida, o que possibilitou a apreensão de eventos extraordinários que também foram vivenciados por ele, e que por muito tempo haviam ficado submersos à dor e ao medo. Como resultado da terapia constatou-se que o paciente passou a fazer planejamentos, a restabelecer vínculos, a buscar atividades que lhe faz bem (música, estudos, esportes), bem como se percebeu a diminuição da sintomatologia apresentada.

Palavras- chave: Violência, Transmissão dos traumatismos, Atuação profissional.

Abstract

The paper described below is a result of a study of a case, based on a side view of psychotherapy, carried out with a project of the sixth Police Station, along with Familiare Systemic Institute. This is a case in which the patient had been accused of pedophilia, and when he testifies at the police department, he asks for help and is forwarded to psychological evaluation. This study has as an objective to discuss the possibilities that the professional psychologist has to work in a case where the victim might also have become one aggressor, as well as the repercussions of violence in the individual's life. With this study it was possible to perceive the necessity the professional has to put off his own prejudice, acknowledging the patient as a human being who suffers, as well as his clear role as a health agent and shifts. It was also possible to verify the repercussions of the suffered violence, which were established as physical symptoms (lack of air, nightmares, bodily pain), in the difficulty of bonding, in the lack of perspective and suicidal behavior, and in repetition of patterns. After one year in therapy, meaningful changes in the life of the patient who allowed himself to pay attention to his dominant history, recognize and draw the suffered violence could be noticed, which enabled him to apprehend the extraordinary events he had been through. As a therapy result it is possible to verify that the patient started to make plans, to restore ties, to search for activities that are good for him (music, studies, sports), as well as it is possible to notice the decreasing of the presented symptoms.

Key words: Violence, Transmission of trauma, Professional experience.

Sumário

1. Introdução	7
2. Objetivos	9
2.1. Do trabalho	9
2.1.1. Gerais	9
2.1.2. Específicos	9
2.2. Objetivos da terapia	9
3. Metodologia	10
4. Fundamentação	12
4.1. Um breve aporte sobre o olhar do terapeuta:.....	12
4.2. Violência.....	18
5. Relato e discussão do caso	33
5.1. O setting terapêutico	33
5.2. História de vida de MR.....	34
5.3. As perdas	38
5.3.1. Morte do pai.....	37
5.3.2. O abuso	42
5.4. O resgate das boas vivências e superações de MR	46
6. Questões do terapeuta	49
7. Considerações finais	51
8. Referências Bibliográficas	53
9. Anexos:	57
9.1. Anexo 1:.....	58
10. Apêndices	63
10.1. Apêndice 1	64

1. Introdução

A violência tem se tornado cada vez mais presente e preocupante em nossa sociedade. Ao sairmos nas ruas, ou simplesmente ligarmos o televisor, estamos sujeitos a ver e ouvir notícias resultantes da crescente violência que nos cerca. São casos diários de agressões físicas, violências psicológicas, negligências e até mortes. Tudo isso envolve um grande sofrimento para a(s) vítima(s) e sua(s) família(s), bem como, segundo pesquisas como as de Camargo (2002) e Vecina (2002), é também produto e produtor de sofrimento do(s) agente(s) da violência. Essas pesquisas indicam que muitas vezes o agressor foi também uma vítima de agressão. Dessa forma toda a sociedade sofre com a dor de conviver com a violência e o medo.

Em Florianópolis essa situação vem se agravando, tendo a delegacia da mulher e da criança um número crescente de denúncias que envolvem violência física e/ou sexual, que acontecem dentro ou fora do âmbito familiar. Assim, com o intuito de auxiliar algumas famílias que necessitam de atendimento psicológico a re-significar suas relações, superando suas dificuldades emocionais e seus conflitos familiares, foi criado um programa (anexo I) no qual alguns voluntários dispuseram-se a financiar parte dos atendimentos às famílias que chegam à 6ª (sexta) Delegacia de Polícia (DP) e que não conseguem ser absorvidos pelos escassos programas de atendimento da rede pública. O caso a ser relatado e discutido a seguir é o resultado de um desses atendimentos que foi absorvido pelo programa e realizado pela autora desse trabalho.

Numa das reuniões ocorridas quinzenalmente na delegacia, uma das psicólogas que trabalha na 6ª DP relatou uma situação peculiar em que o denunciado pedira ajuda terapêutica. Tratava-se um homem, com cerca de 35 anos (trinta e cinco anos), acusado de ter cometido abuso sexual em crianças (pedofilia). Frente à situação, alguns dos participantes do programa ofereceram-se para atendê-lo, deixando ao encargo do requerente a decisão de ser atendido por um psicoterapeuta homem ou mulher.

Como uma das pessoas que se candidatou a atender MR¹, a psicóloga se viu diante de um possível desafio que, tendo em vista seu histórico com crianças e sua tendência em

¹ MR são as siglas utilizadas para referir-se à pessoa atendida, preservando-se sua identidade em sigilo. As siglas são a abreviatura das palavras “Montanha Russa”, termo utilizado pelo paciente no decorrer da primeira

sensibilizar-se com as mesmas, a colocaria numa posição delicada de não julgamento de um ser humano que, criminoso ou não, pedia ajuda. No mesmo dia MR telefonou pedindo um horário de atendimento, e estava posto o desafio.

A primeira sessão foi marcada para dois dias após o telefonema, e a expectativa de atender um possível agressor começou a perturbar a terapeuta. No grupo já haviam sido discutidas algumas das questões éticas a serem levadas em conta ao se atender tal paciente, e ficara decidido que quem o atendesse deveria prestar atenção à importância da clareza e sinceridade frente aos procedimentos que haveriam de ser tomadas caso o ato de pedofilia tivesse realmente ocorrido.

Esse estudo é o resultado de um ano de trabalho terapêutico com MR, que é analisado sob a luz da teoria sistêmica e onde são discutidas questões da história de vida do paciente, bem como os dilemas éticos enfrentados pelo terapeuta. Num primeiro momento a autora buscará apresentar os aspectos teóricos que guiaram o trabalho realizado, para, em seguida, discutir temas relacionados ao paciente, e por fim refletir acerca das questões que perpassam o trabalho terapêutico em situações de violência.

sessão como forma de descrever sua constante sensação de ansiedade, e adotado pela equipe da delegacia como forma de manter o anonimato. Além disso, o termo contém uma metáfora que é também considerado um instrumento terapêutico, conforme discutido no decorrer do trabalho.

2. Objetivos

2.1. Do trabalho

2.1.1. Gerais

- ✓ Discutir as repercussões da violência na vida do indivíduo.
- ✓ Discutir as possibilidades de atuação do profissional psicólogo frente a um caso em que a vítima pode também ter se tornado um agressor.

2.1.2. Específicos

- ✓ Identificar as repercussões da perda violenta (assassinato) do cuidador na vida do paciente;
- ✓ Identificar as repercussões da violência sexual na vida do indivíduo;
- ✓ Caracterizar a transmissão intergeracional dos traumatismos (violência);

2.2. Objetivos da terapia

- ✓ Auxiliar no desenvolvimento de formas de prevenção para que a violência não se perpetue;
- ✓ Possibilitar formação de vínculo seguro que permita a criação de novas alianças com base na verdade e confiança;
- ✓ Adentrar no passado do paciente numa tentativa de tratar as feridas e resgatar as experiências positivas esquecidas;
- ✓ Auxiliar o sujeito a ampliar suas capacidades, sua autoconfiança e auto-estima, e a ressaltar as experiências positivas de sua vida.

3. Metodologia

O trabalho aqui apresentado trata de um estudo de caso voltado para a descrição de fenômenos. É de cunho exploratório e descritivo, cuja análise dos dados adquiridos no decorrer dos atendimentos é predominantemente qualitativa (Gil, 2002). Nele o próprio caso se constitui como objeto da pesquisa e o que se espera é conhecê-lo em profundidade, sistematizando a prática à luz da teoria, sem a intenção de desenvolver qualquer nova teoria.

O estudo de caso tem por objetivo focar um fenômeno original, na procura da sua compreensão e aprofundamento. Nele deve-se buscar tanto o que é comum, quanto o que é particular do caso estudado (Alvez-Mazzotti, 2006).

Os dados analisados são frutos de um recorte do processo terapêutico do Sr. MR, 35 (trinta e cinco) anos, que ainda se encontra em andamento. Os atendimentos tiveram início em meados de outubro de 2007 (dois mil e sete) e se estendem até os dias atuais, tendo sido realizadas em torno de 38 (trinta e oito) sessões até o dado momento. Inicialmente a periodicidade dos encontros era semanal, tendo passado à quinzenal em setembro de 2008 (dois mil e oito), visto à visível melhora do paciente, bem como as dificuldades financeiras enfrentadas pelo projeto.

No decorrer dos encontros a terapeuta, utilizou-se de algumas ferramentas terapêuticas, como: genograma, fotos de família e colagens. Segundo McGoldrick e Gerson (1995), os genogramas são representações gráficas da história e do padrão familiar, que auxilia a identificação da estrutura básica, da demografia, do funcionamento e dos relacionamentos familiares. Assim, foi utilizado como forma de mapear o tempo cronológico, o ciclo de vida familiar e possibilitando o vislumbre do caso sob a óptica transgeracional.

As fotos foram utilizadas como forma de sensibilizar o paciente, a fim de resgatar cenas e pessoas do passado, para possibilitar a re-significação das relações e das experiências. Já as colagens serviram como instrumento na busca pelo entendimento das

significações do paciente às questões cotidianas, bem como para, a partir de novos questionamentos, ampliar a compreensão e a visão sobre o assunto.

Uma vez que este é um trabalho de cunho científico e permeia aspectos éticos e profissionais do pesquisador, o cliente foi devidamente informado sobre a intenção do estudo bem como dos seus objetivos, e após seu consentimento, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1).

4. Fundamentação

4.1. Um breve aporte sobre o olhar do terapeuta:

Pensar um indivíduo requer considerar o mundo e as relações que o cercam e/ou cercaram durante toda a sua vida. O ser humano é um ser complexo, e para abarcar essa complexidade, a terapeuta coloca sua base epistemológica sobre a ciência complexa, novo-paradigmática², ou sistêmica, que é uma das principais estruturas teóricas para a compreensão do complexo sistema chamado família (Dessen e Braz, 2005).

Na teoria novo-paradigmática, o mundo é visto em sua complexidade, como um imenso sistema, uma rede ou teia, no qual tudo e todos estão conectados. Nessa teoria, o pensamento encontra-se apoiado sobre três pressupostos: o da complexidade – diz respeito ao reconhecimento de que a simplificação obscurece as inter-relações existentes entre os fenômenos; o da instabilidade – que reconhece que o mundo está em processo, em constante transformação, o que determina a indeterminação, imprevisibilidade, irreversibilidade e incontrolabilidade dos fenômenos; e o da intersubjetividade – que se refere à aceitação de que uma realidade depende do observador e, conseqüentemente, existem múltiplas versões da realidade (Vasconcellos, 2002). Nela o ser humano esta inserido num mundo globalmente interligado, no qual fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais são interdependentes, intimamente interligados, sistêmicos. Nada existe se não em relação. Desse modo, o homem é parte dessa rede, que por sua vez está em constante mudança, onde nada é definitivo, e tudo é relativo.

A partir dessa visão, o conhecimento só adquire sentido através das interações (Najmanovich, 1995). Não se pode estudar somente as partes para a compreensão do todo, pois é justamente na totalidade que reside a compreensão do fenômeno. A complexidade existe quando elementos diferentes são constitutivos inseparáveis do todo, sendo a união entre a unidade e a multiplicidade (Morin, 2005). Assim, o sistema complexo consiste em

² Ciência novo-paradigmática, segundo Vasconcellos (2002), é a ciência baseada num novo paradigma no qual o mundo é complexo, instável e influenciado pela subjetividade do pesquisador. A mesma autora (2005) afirma que este é um termo transitório sendo em breve dispensado em função de um reconhecimento amplo do pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência.

um sistema aberto em interação com o meio, pois é este – o próprio meio – quem o retroalimenta³ e, a partir dele, – do contexto – pode-se entender sua rede de interações.

Segundo a teoria dos sistemas, o indivíduo é visto em constante interação com o mundo que o cerca, sendo ambos – indivíduo e mundo – considerados integrantes de uma rede conectada a tudo que se retroalimenta numa complexa interdependência. Um homem não é apenas um ser isolado, mas está no mundo. É um sujeito que, apesar de manter sua individualidade, não pode ser isolado de todas as suas conexões. Cada atitude que adota afeta outros aspectos da vida, seja nos próprios seres humanos, seja no meio ambiente.

O mundo torna-se cada vez mais um todo. Cada parte do mundo faz, mais e mais, parte do mundo e o mundo, como um todo, está cada vez mais presente em cada uma das suas partes. Isso se verifica não só para as nações e povos, mas para os indivíduos. Assim como cada ponto de um holograma contém a informação do todo do qual faz parte, também, doravante, cada indivíduo recebe ou consome informações e substâncias oriundas de todo o universo (Morin, 2005, p.67).

A partir de uma visão complexa, o indivíduo é parte de um sistema, o que torna impossível o desprezo do contexto em que vive. Dessa forma, para buscar entender a situações em que se encontra, é importante pensar em que contexto histórico, cultural e social esse está inserido e quais os sistemas que o envolvem.

Os eventos são estudados dentro do contexto no qual ocorrem e a atenção é focalizada nas conexões e relações mais do que nas características individuais. (...) O todo é considerado maior do que a soma de suas partes; cada parte só pode ser entendida no contexto do todo (...) (Papp, 1992, p. 22).

Minuchin, Colapinto e Minuchin (1999) apontam ainda que o sistema é formado por inúmeros subsistemas. Bronfenbrenner (1996) contribui com o esclarecimento dessa idéia ao descrever a existência de vários subsistemas: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema, aos quais se adiciona atualmente o cronossistema.

O indivíduo, visto como um sistema, encontra-se inserido em microssistemas, os quais compõem os mesossistemas, que, por sua vez, formam os exossistemas que se

³ “Retroalimentação do sistema quer dizer que uma parte do efeito (*output*) ou do resultado do comportamento/funcionamento do sistema volta à entrada do sistema como informação (*input*) e vai influir sobre o comportamento subsequente” (Vasconcellos, 2005 p.115).

encontram inseridos no macrosistema (Bronfenbrenner, 1996). Todos os sistemas vêm-se influenciados pelo cronossistema (Figura 1).

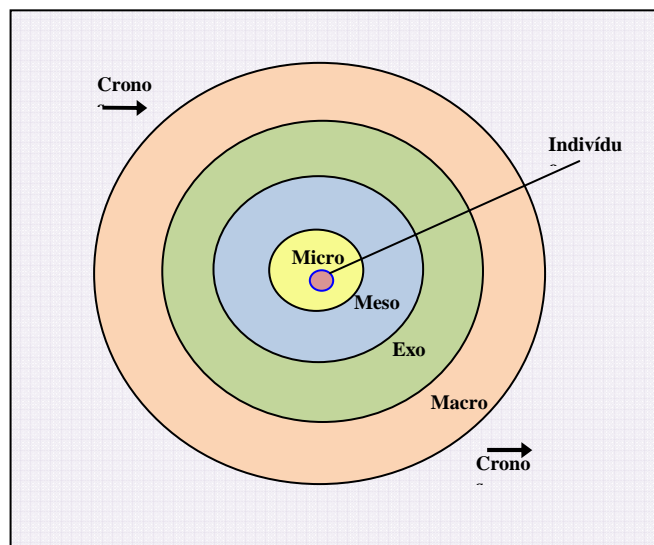


Figura 1. Representação dos eixos norteadores do desenvolvimento humano, segundo Bronfenbrenner⁴.

O microsistema compõe-se de atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa em desenvolvimento. O mesossistema, por sua vez, inclui as relações entre dois ou mais ambientes no qual a pessoa está inserida e participa ativamente, por exemplo, as relações de um indivíduo na família, no trabalho ou com os amigos. O exossistema refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa de forma direta, ativa, mas no qual ocorrem eventos que afetam e são afetados pelo sujeito, como, por exemplo, o trabalho da esposa ou a escola do(s) filho(s). O macrosistema diz respeito ao ambiente que engloba todos os outros sistemas, dando a eles consistência, como uma cultura que determina o modo como a criança, a família, a comunidade, por exemplo, vão se configurar e relacionar. Já o cronossistema refere-se ao tempo, isto é, a transformação nos subsistemas ao longo do tempo considerando a história transgeracional da família e dos grupos sociais (Bronfenbrenner, 1996 e Polônia, Dessen e Silva, 2005).

Os sistemas mais próximos, que exercem maior influência sobre a vida do sujeito são o microsistema e mesossistema, onde se encontra também a família (Linhares, Martins e Klein, 2004). Segundo Minuchin (1982), a família é considerada um sistema complexo,

⁴ Adaptação da figura “Bronfenbrenner’s Model of the Ecology of Human Development” encontrada no site: www.ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/comm_index.html.

composto por subsistemas integrados e interdependentes, que estabelece uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserida. Ela é, muitas vezes, vista como o grupo e o ambiente que recebe o novo indivíduo ao mundo e tem a tarefa de ensiná-lo a conviver em sociedade, ou seja, a referência social da criança (indivíduo) (Dessen e Silva Neto, 2000).

Define-se a família como um sistema social único e dinâmico. Nela, cada um tem uma função, havendo regras, valores e relações hierárquicas que delimitam as diferenças de poder entre os indivíduos. É um grupo que possui estrutura, dinâmica e função e cujas relações entre seus membros tendem ao equilíbrio e são reguladas pelos princípios de retroalimentação (Dessen e Braz, 2005, Vasconcelos, 2002).

Além disso, a família pode ser considerada um espaço importante para a construção da identidade do sujeito, no qual ocorrem identificações que o auxiliam a conhecer quem é e quais são suas origens. A família dá a seus membros o cunho da individualidade. Nesta, existem dois sentimentos fundamentais para o desenvolvimento da criança e da própria família: o sentimento de pertencimento e o sentimento de diferenciação (Minuchin, 1982).

Segundo Biasoli-Alves (2004, p. 97-98), o grupo familiar tem três funções básicas: “ser o agente principal da socialização primária” (é ela quem determina as práticas de educação dos filhos e que compõe o ambiente no qual a criança irá se desenvolver); “manter a convivência de pessoas de idades diversas” (com trocas afetivas, formação da identidade e organização das relações familiares); e “incluir, na natureza do vínculo afetivo, o cuidado quando focaliza pais e filhos” (lealdade intergeracional e transmissão de valores).

Coelho (2005) define família como uma instituição, uma matriz social. Esse conceito incluiria na família aspectos reais, simbólicos e fundamentalmente dinâmicos, nos quais os membros são vistos em relação: aos outros, às regras, e às representações que este conjunto de relações produzem (sejam elas reais ou simbólicas).

Segundo Andolfi (1996) a família é um sistema em interação, que tem três aspectos úteis para sua compreensão. São eles:

a) A família é um sistema em constante transformação com o fim de assegurar continuidade e crescimento a seus membros;

b) A família é um sistema ativo auto-regulado por regras, desenvolvidas e modificadas, conforme demandas externas e internas ao sistema familiar;

c) A família é um sistema aberto em relação com outros sistemas.

Considerando as constantes transformações vivenciadas pela família, há de se ponderar que assim como um indivíduo que nasce, passa por vários estágios de desenvolvimento e um dia morre, também a família se desenvolve passando por vários estágios nos quais os papéis que cada membro exerce vão se modificando enquanto a família se reorganiza.

Carter e Mc Goldrick (2001) denominam essa seqüência de estágios de ‘ciclo de vida familiar’ ou ‘ciclo vital da família’. Dentro desse processo, encontram-se inúmeras etapas pelas quais a família passa ao longo da existência de seus membros. As autoras, baseadas em seus estudos nos Estados Unidos, definem seis etapas principais, são elas: o lançamento do jovem adulto solteiro; a união das famílias no casamento – o casal; tornando-se pais – famílias com filhos pequenos; a transformação do sistema familiar na adolescência; famílias no meio da vida – lançando os filhos e seguindo em frente; e família em estágio tardio de vida.

Hodiernamente faz-se necessário incluir novas fases do ciclo vital por se tornarem cada vez mais freqüentes na sociedade ocidental, como, por exemplo, a “família divorciada”, “família recasada”, entre outras. Além disso, é preciso considerar o contexto em que as famílias vivem. Apesar de Carter e McGoldrick (2001) descreverem mais detalhadamente o ciclo de vida da família, deve-se ponderar o fato de se tratar de uma realidade norte-americana. Portanto, necessitam ser referidas com cautela quando se tem como foco a população brasileira. Mesmo assim contribuem com a idéia de que a família, assim como o indivíduo, transforma-se e passa por diversos ciclos de vida familiar, cada qual com tarefas específicas a serem cumpridas.

A atualidade mostra ainda a necessidade de se considerar outras formas de configurações familiares que não apenas a família nuclear (pai, mãe e filhos), já que essa, apesar de ainda representar boa parte dos desenhos familiares, deixou de ser hegemônica (Fonseca, 2004 e Biasoli-Alves, 2004). Segundo Fonseca (2004), a família contemporânea baseia-se, hoje, muito mais na escolha, nos laços afetivos, do que no casamento e na

consangüinidade. Assim, muitas podem ser as formas de configuração familiar. Essa diversidade é exemplificada por famílias monoparentais, homossexuais, entre outras (Cervený e Berthoud, 1997; Silva, 2004b).

A Terapia Familiar surge no século XX como um método de tratamento das relações familiares, e propõe que a ênfase do terapeuta passe das relações intrapsíquicas às relações interpessoais considerando o contexto histórico, social e cultural em que elas se estabelecem. É uma terapia voltada para o sistema no qual o indivíduo está inserido. Trabalha-se o funcionamento da dinâmica do sistema familiar, de maneira a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro, e do sistema em si.

Para Rosseto e Schubert (2000), o foco da terapia sistêmica é o processo de autonomia que engloba o pertencer/diferenciar-se, o desenvolvimento da consciência, das escolhas e responsabilidades, a mudança das pautas disfuncionais, adquirindo um número maior e mais rico de novas perspectivas de funcionamento. Ainda segundo os autores, trabalha-se com a identidade familiar e a identidade pessoal nas vertentes do perceber e também do diferenciar-se nas questões relacionadas com os mitos familiares.

Para Carbone (2004), todas as informações durante a terapia são levadas em conta, envolvendo até três gerações da família, pois um de seus aspectos é a transformação dos padrões que envolvem a estrutura familiar. O tratamento em terapia sistêmica constitui-se na possibilidade de uma re-construção dos significados e de novas maneiras de descrever um problema.

Há, porém, uma discussão importante a ser realizada no que diz respeito à visão sistêmica poder ou não ser aplicada ao atendimento de um único indivíduo. Entre os teóricos sistêmicos não há consenso neste aspecto. Vasconcellos (2005), por exemplo, defende que uma terapia sob a perspectiva sistêmica não seria sistêmica ao atender um indivíduo isoladamente, visto que deixaria de ver as relações que constituem o sistema. Já Mendonça (2006) discorda da postura da autora acreditando ser possível considerar que se possa chamar de sistêmico um trabalho realizado com um único indivíduo, quando esse seja desenvolvido por um profissional cuja forma de olhar e entender o mundo é sistêmica novo-paradigmática.

Dessa forma o autor discute que, mesmo sem a presença física de outros membros da família, existem maneiras de “trazê-los” à terapia, quando estamos diante desta impossibilidade real. Karl Tomm (1988), por exemplo, propõe a utilização de perguntas reflexivas, que auxiliam a exploração de novos pontos de vista; abrem espaço para novas percepções, perspectivas e direções; possibilitam reavaliação das implicações das atuais percepções; e podem ainda gerar novas conexões e soluções dentro do tempo e do jeito da família. Além disso, ao considerar que o indivíduo pertence a um sistema, e está intrinsecamente conectado aos seus membros, pode-se concluir perceber que a mudança desse gera uma movimentação no sistema que deverá reacomodar-se sofrendo também uma transformação.

Assim, a questão não estaria apenas na presença ou não da família no *setting* terapêutico, mas sim na visão de mundo do terapeuta. Se este olhar voltar-se para uma visão relacional e circular, sem se ater à perspectiva linear e intra-psíquica, o terapeuta estará realizando uma terapia sistêmica, ainda que apenas um membro da família esteja no consultório.

4.2. Violência

Como já referido anteriormente, a violência vem se tornando cada vez mais visível e preocupante na sociedade ocidental, visto a quantidade de notícias que aparecem diariamente nos telejornais, que incluem assassinatos, seqüestros, espancamentos, bullying⁵ e o próprio terrorismo. Também a sociedade científica tem dado maior importância ao tema, sendo objeto de inúmeras pesquisas como as de Aded, Dalcin e Cavalcanti (2007); Sarti, Barbosa e Suarez (2006); Akerman (2001), Landini (2003), entre tantos outros, que, além de buscarem demonstrar a realidade da incidência de diversos tipos de violência em diferentes regiões do Brasil, tentam discutir o assunto frente as questões ligadas à condição humana.

A violência pode ser entendida como ato que tem como intenção a submissão, o controle e o domínio (Corsi, 2004). Nela, o dano causado nem sempre é intencional, mas é produzido. Além disso, a violência possui várias faces. Segundo Arruabarrena e Joaquim

⁵ Bullying é todo tipo de comportamento agressivo, cruel, intencional e repetitivo, onde são utilizados o poder ou a força para intimidar e perseguir os outros. Esse comportamento se encontra cada vez mais presente nas relações interpessoais (Fante, 2005).

(1999), que buscam analisar a violência em relação às crianças, os maus tratos podem ser de ordem física – que inclui abuso físico, abuso sexual, e abandono físico (negligência física ou cognitiva), ou de ordem emocional – incluindo o maltrato emocional e o abandono emocional.

Segundo o autor, o abuso físico é definido como qualquer ação não acidental que provoque dano físico ou enfermidade à criança. Já o abandono ou negligência física/cognitiva ocorre quando as suas necessidades básicas (alimentação, vestuário, higiene, proteção, educação, etc.) não são atendidas. O maltrato emocional é entendido como a hostilidade verbal crônica em forma de insultos, desprezo, crítica, ameaça de abandono e/ou o constante bloqueio das iniciativas de interação por parte da criança, enquanto que o abandono emocional é definido como a falta persistente de resposta as suas expressões emocionais e tentativas de aproximação, interação e contato com os adultos cuidadores. E por último o abuso sexual que é definido como qualquer tipo de contato sexual de um indivíduo com alguém menor de 18 (dezoito) anos, no qual o primeiro se utiliza do seu poder e autoridade para obter prazer sexual.

Além disso, a morte trágica também será considerada pela autora desse trabalho uma violência, sendo ela tanto física (contra o indivíduo que partiu) quanto emocional (contra a família que vivencia a perda prematura de um ente querido).

4.2.1. Morte trágica

“Sendo ou não o medo da morte um medo universal, é sem dúvida um sentimento que a maioria das pessoas não pode suportar”.

Pensar na morte é em si uma tarefa difícil, tendo em vista a tendência humana em negá-la (Bowen, 1998), mesmo sabendo que o homem é um ser mortal cuja principal característica é a consciência de sua finitude (Kovács, 1999). Ainda segundo Kovács, o que torna a morte tão temerosa é a impossibilidade da consciência do seu processo e a sua associação com a ausência, a perda, a separação, a vivência de aniquilação e desamparo.

A morte da pessoa amada não é apenas uma perda, mas também a aproximação da própria morte. O seu significado evoca e remexe as vulnerabilidades a ela associadas (Bromberg, 1994). Assim, a vivência da morte de alguém querido remete à consciência da própria finitude.

Para os que permanecem, a tarefa de sobreviver a essa dor, soma-se à necessidade de continuar vivendo. Assim, tanto o membro que está morrendo, como os que permanecerão, precisam atravessar mais essa tarefa desenvolvimental.

A partir de uma perspectiva familiar sistêmica, a perda pode ser vista como um processo transicional que envolve o morto e os sobreviventes em um ciclo de vida comum, que reconhece tanto a finalidade da morte como a continuidade da vida. Atingir o equilíbrio nesse processo é a tarefa mais difícil que uma família deve enfrentar em sua vida. (Walsh e McGoldrick, 1998, pp. 27).

Dessa forma, a morte de um membro da família perturba o equilíbrio familiar e os padrões de interação já estabelecidos. O grupo deverá recuperar-se a partir do realinhamento das relações e da redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda e prosseguir com a vida familiar (Ibidem, 1998).

A forma e o tempo que a família leva para se reorganizar e readaptar a vida, são influenciados pela maneira como ocorreu a morte, o momento do ciclo vital e pelos padrões de funcionamento da rede familiar e social. As autoras descrevem alguns tipos de perdas de difícil elaboração do luto e suas características. São elas:

- *A morte repentina ou prolongada* – a morte repentina e inesperada é acompanhada da carência de tempo para os membros anteciparem e prepararem-se para a perda; para lidarem com assuntos inacabados; ou mesmo para dizerem adeus. Já a morte prolongada também pode gerar muito estresse e desgaste nas relações, visto a angústia frente ao sofrimento da pessoa amada e a impossibilidade de cura;
- *A morte ambígua* – refere-se àquela cuja perda é ambígua, isto é, em que ela existe sem que os familiares tenham o controle real sobre o fato, por exemplo, no caso de pessoas desaparecidas cujos corpos não foram encontrados;

- *A morte violenta* – na qual o “impacto devastador reverbera por todo sistema familiar”. Nela, podem ocorrer lembranças ou pesadelos com imagens recorrentes de deformidades corporais ou desmembramentos nos anos seguintes, especialmente para aqueles que presenciaram a morte. “A tragédia sem sentido da perda de vidas inocentes é sobremaneira difícil de suportar (...). Para a família de uma vítima de homicídio, o luto pode ser interminável se os membros acreditam que a justiça não foi feita.” (pp. 40). Também o suicídio entra nessa categoria, sendo considerada uma das mais difíceis e angustiantes de aceitar. Pois “(...) quando ocorre um suicídio, a raiva e a culpa podem tomar conta das relações familiares, particularmente quando os membros são culpados ou culpam a si mesmos pela morte.” (pp. 42) Essas situações distorcem a comunicação familiar e podem isolar a família do apoio social, gerando seu próprio “legado destrutivo”.

Assim como a forma que a perda foi vivenciada facilita ou dificulta a elaboração do luto, também o ciclo de vida em que a família se encontra interfere nessa tarefa. A despedida de um avô, idoso, é realizada de forma muito mais tranqüila do que a perda de um filho jovem (McGoldrick e Walsh, 1998). Segundo as autoras, as perdas prematuras, que acontecem “fora de hora” em termos de expectativas cronológicas tendem a ser mais difíceis de aceitar do que as mortes “a tempo”. Assim, o luto pode se tornar mais prolongado, e a busca por uma justificativa mais exacerbada.

Crianças pequenas que perdem um dos pais, por exemplo, podem sofrer conseqüências profundas a curto e longo prazo, que incluem depressão, dificuldades de formar laços íntimos, viver cercado de temores de separação e abandono, entre outros. As reações de cada infante dependem do estágio de desenvolvimento que esse se encontra, do modo como os adultos lidam com ele e com a morte, e do grau de cuidados que ele perdeu.

Os padrões de funcionamento da rede familiar e social, também podem auxiliar ou dificultar a adaptação à perda. Walsh e McGoldrick (1998) descrevem esses facilitadores da seguinte maneira:

- *Coesão familiar e diferenciação dos membros* – possibilita maior união entre os membros da família, permitindo o apoio mútuo, a tolerância e o respeito às diferentes respostas que cada membro demonstra frente à perda;

- *Flexibilidade do sistema familiar* – permite uma reorganização mais rápida e ajustada após a perda, permitindo à família continuar vivendo;
- *Comunicação aberta* – facilita o processo de recuperação, já que possibilita a formação de uma confiança mútua, apoio e tolerância. “A comunicação entre a família é vital no curso do processo de perda. (...), existem fortes evidências de pesquisas sobre o bom funcionamento familiar de que a comunicação clara e direta facilita a adaptação familiar e fortalece a família como uma rede de apoio para seus membros” (Walsh e Mc Goldrick, 1998, pp. 35);
- *Disponibilidade da família extensa, de recursos sociais e econômicos* – amenizam o impacto causado pela perda, oferecendo o apoio do qual a família necessita;
- *Papel e funcionamento anterior do membro morto no sistema familiar* – quanto maior a importância da pessoa para a família e quanto mais central seu papel no funcionamento da mesma, maior a perda e a dificuldade de reorganização;
- *Relações conflituosas ou rompidas* – esse tipo de relação dificulta o luto deixando a sensação de a relação estar inacabada.

Segundo McGoldrick (1998) e Bowen (1998), se a família não faz adequadamente o luto de suas perdas, ela não consegue seguir em frente com as tarefas do viver. Quando o luto é bloqueado, os relacionamentos podem se tornar rígidos, a família pode se isolar, o tempo parar, e os sentimentos podem ser bloqueados por várias formas de negação.

Os membros da família podem culpar a si mesmos ou uns aos outros pela morte; eles podem tentar transformar outras pessoas em substitutos para a pessoa perdida ou se absterem de experimentar novamente a proximidade com os outros (Ibiden, pp. 77).

Entende-se por luto as reações a uma perda, que se caracterizam por um espírito deprimido, perda de interesse e inibição de atividades (Bromberg, 1994). O autor cita ainda Strobe e Strobe (1987) que descrevem alguns dos sintomas frequentemente encontrados na pessoa enlutada. Em relação às reações afetivas fazem referência à depressão, à ansiedade, à culpa, à raiva/hostilidade, à falta de prazer e à solidão. Quanto às manifestações comportamentais citam a agitação, a fadiga e o choro. E frente às mudanças fisiológicas e

queixas somáticas, expõem a perda do apetite, o distúrbio de sono, a perda de energia, queixas somáticas (dores de cabeça, costas etc), queixas parecidas com os sintomas do falecido, mudanças na ingestão de psicotrópicos, álcool ou fumo, suscetibilidade a doenças, entre outras. Bromberg (1994) alerta que nem todos os sintomas encontram-se presentes em todas as pessoas enlutadas.

O autor descreve ainda as fases do luto que se inicia com o entorpecimento (choque e descrença), seguindo para a fase do anseio e protesto (desejo de reencontrar a pessoa morta e raiva pela pessoa ter partido), passando pelo desespero (acompanhado de apatia e depressão por tomar consciência da irreversibilidade do fato) e, por fim, chegando a recuperação e a restituição (quando sentimentos positivos e menos devastadores vão tomando lugar).

Segundo McGoldrick (1998) a intervenção clínica tem como tarefa primordial fortalecer a família para que faça o luto e siga em frente. O terapeuta tem o papel de ajudar a família na sua adaptação à perda. Para tanto ele deve ajudá-la a reconhecer e compartilhar a realidade da morte e a experiência comum da perda, promovendo e possibilitando o diálogo sobre a perda, e o reconhecimento e a expressão da dor comum; e auxiliar na reorganização do sistema familiar e no reinvestimento em outras relações e projetos. Os profissionais devem observar ainda, o risco que as perdas traumáticas possam indicar (Walsh e McGoldrick, 1998).

White (2004) descreve uma metáfora para ajudar famílias com dificuldades em aceitar a morte de pessoas amadas. O autor discorre sobre a possibilidade de, ao invés de dizer adeus ao falecido, *Decir de nuevo: ¡Hola!*⁶, na busca da incorporação da relação perdida na resolução da aflição. White afirma que a pessoa perdida não volta mais fisicamente, mas que é possível resgatar um pedacinho dela. O autor auxilia seu paciente a resgatar memórias positivas esquecidas devido a dor da perda, a partir da investigação das relações e das experiências positivas experimentadas por elas, White provoca a reflexão sobre as boas recordações que o falecido deixou, bem como sobre a auto-estima e o sentido da vida do paciente, fazendo perguntas como: “olhando com os olhos dele, que coisas você poderia apreciar em você mesmo?” ou “o que você conhece de você mesmo que poderia despertar sentimentos tão positivos nele?”. A partir dessas reflexões o indivíduo passaria a reencontrar um sentido na vida.

⁶ Tradução do espanhol: “Dizer novamente: ¡Olá!”

*Al inducir a las personas a remontarse a sus experiencias vividas, se pueden localizar y reelaborar nociones alternativas previamente perdidas y así pueden ser accesibles nuevas y enriquecedoras percepciones y validaciones de si mismas*⁷. (Ibiden, 2004, pp. 62 – 63).

4.2.2. *Abuso sexual*

“O abuso sexual deixa a maioria das pessoas incomodadas. É triste pensar que adultos causem dor física e psicológica nas crianças para satisfazer seus próprios desejos.” (Watson)

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno universal, que sempre existiu na história da humanidade, estando presente em todas as classes sociais. (BICE, 2001), mas a partir do século XVIII ocorreram importantes transformações de modo a afetar as concepções de infância, bem como sua educação. As crianças passaram a ser percebidas como sujeitos instituídos de uma “natureza” infantil, possuidoras de características específicas próprias para a idade, vistas como “inocentes, frágeis, imaturas, maleáveis, naturalmente boas, seres que constituem promessa de um futuro melhor para a humanidade”. Somente a partir dessa época as crianças passaram ser vistas como seres que necessitam da proteção dos adultos, o que gerou uma intensa produção científica sobre a infância (Felipe, 2006).

Além disso, é recente (principalmente a partir dos anos noventa) a ocorrência de uma gradual conscientização da existência, da gravidade e da extensão da violência sexual (BICE, 2001). Com o crescente movimento dos direitos da criança, e aumento dos conhecimentos dos danos causados pelo abuso sexual à saúde física e à saúde mental da criança (Furniss, 2002), houve também um aumento na preocupação com as crianças e adolescentes.

O abuso sexual infantil passa a ser considerado, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um dos maiores problemas de saúde pública. Segundo Pfeiffer e Salvagni (2005), estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 36% das

⁷ Tradução do espanhol: “Ao induzir as pessoas a remontar suas experiências vividas, se podem localizar e reelaborar noções alternativas previamente perdidas, e assim, podem ser acessadas novas e enriquecedoras percepções e validações de si mesmas”.

meninas e 29% dos meninos sofreram abuso sexual, mas que sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam o abuso. Desta forma, o fenômeno é encoberto pelo silêncio, do qual fazem parte: familiares, vizinhos e, algumas vezes, os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência.

Para que a violência não seja ocultada torna-se importante a discussão do que é considerado abuso sexual. Segundo Barudy (1999), qualquer tipo de contato sexual de um adulto com uma criança ou adolescente, em que o infante é utilizado para a realização de atos sexuais, ou como objeto de estimulação sexual pode ser considerado abuso sexual. Nessa relação, o agressor exerce controle sobre sua vítima, seja através da sugestão, de mentiras, de chantagens afetivas, da intimidação ou da utilização da violência. A experiência se traduz na sexualização dos vínculos afetivos, da manipulação, da imposição de um segredo e da lei do silêncio e no isolamento das vítimas.

As formas de abuso também podem ser diversas. Arruabarrena e Joaquim (1999) subdivide-o em quatro categorias: *incesto* – quando ocorre contato físico sexual por parte de uma pessoa da família (consangüínea ou por laços afetivos); *violação* – quando o vitimizador é alguém de fora do grupo familiar; *humilhação sexual* – onde o contato sexual se caracteriza pelo toque intencionado de zonas erógenas de uma criança, ou pela exigência de que o menor o faça no adulto; e *abuso sem contato físico* – que incluem casos de sedução verbal explícita, exposição dos órgãos sexuais e masturbação ou relação sexual intencionada em frente à criança/adolescente.

O abuso sexual pode incidir dentro ou fora do âmbito familiar, acontecendo de formas diferentes e com frequências diversas. Segundo Amazarry e Koller (1998), o abuso intrafamiliar tende a ser um abuso mais frequente e continuado, e que apresenta conseqüências mais danosas às vítimas. As relações familiares em que normalmente ocorre o incesto são caóticas, a divisão de fronteiras é nebulosa e comumente ocorre a inversão de papéis (Furniss, 2002). Esse sistema dificulta a revelação do abuso e criam-se situações de extrema confusão para a criança, visto que o agressor é também um adulto afetivamente e/ou financeiramente significativo tanto para o infante como para a família.

Já o abuso extrafamiliar ocorre com menos frequência, e tem sido relatado em escolas, creches e lares grupais, onde os adultos que cuidam das crianças são os principais perpetradores. Tende a ser menos prejudicial devido ao fato de a família conseguir, com

maior frequência, se unir para proteger a criança evitando novos abusos, sem colocar as relações do grupo familiar em risco.

Pode-se ainda afirmar que as agressões sexuais, principalmente nos abusos continuados, fazem parte de um processo que se distingue em diferentes fases (Barudy, 1999). Na fase inicial, a fase da crise e ruptura de contexto, a vítima se vê confrontada com uma mudança inesperada no seu contexto habitual, o que lhe produz confusão e perda de referência. Essa fase gera altos níveis de estresse e angústia que afetam diretamente o desenvolvimento da criança.

Na fase seguinte, da sexualização dos vínculos, a criança descobre seu corpo e sua sexualidade gerando sentimentos de vergonha, culpa e medo. A vítima é confrontada com uma sexualidade adulta que é percebida como intrusiva e violenta, mas não possui maturidade que lhe permita compreender a situação. Além disso, especialmente no caso dos abusos intrafamiliares, a ambigüidade das atitudes do abusador aumenta a confusão do que é normal e legítimo nas relações entre adultos e crianças.

E na terceira e última fase, das manifestações dos traumatismos, a vítima revive as cenas abusivas através de lembranças ou pesadelos, se sentindo desprotegida e insegura. Nessa fase as crianças e adolescentes vitimizados podem apresentar sintomas como hiperatividade, hipervigilância, transtornos do sono, terrores noturnos, comportamentos agressivos, transtornos de aprendizagem, condutas sedutoras, dificuldade de concentração e memória, masturbação compulsiva e um interesse exagerado por genitais. Segundo o autor, podem ainda ocorrer tentativas de suicídio, transtornos alimentares, sintomas depressivos e comportamentos autodestrutivos.

Mattos (2002) descreve os efeitos do abuso sexual a curto e longo prazo. No primeiro aparecem na criança/adolescente distúrbios obsessivo-compulsivos, confusão de sentimentos, tendência à submissão e à revitimização ou conduta abusiva. Manifestam-se também o sentimento de culpa pela estigmatização social, isolamento, baixa auto-estima e diminuição da atenção, concentração e rendimento escolar. O abuso poderá conduzir a distúrbios sexuais como excesso de curiosidade, masturbação compulsiva, exibicionismo, bem como uma agressividade geral ou dirigida às pessoas do mesmo sexo do adulto que cometeu o abuso. Em longo prazo, a autora relata sintomas como fobias crônicas, pânico, personalidade múltipla, depressão, revitimização, prostituição e repetição do padrão abusivo.

Pode-se perceber que o abuso sexual acarreta conseqüências em diversas áreas do desenvolvimento, sendo de ordem física, emocional, sexual e social (Furniss, 2002). O autor afirma ainda, que o impacto gerado pode estar relacionado com os seguintes fatores:

- *A idade da criança no início do abuso sexual* - quanto mais nova a criança, maior a dependência, e por conseqüência os danos. Mattos (2002) afirma que as crianças pequenas são muito mais frágeis, tanto às armadilhas de sedução quanto às ameaças que lhe fazem, e possuem menor capacidade de elaboração e estruturação de suas defesas.
- *Duração e frequência do abuso* – algumas evidências sugerem que a maior duração e frequência produz conseqüências mais danosas.
- *O grau de violência* – o uso de força pelo perpetrador resulta em conseqüências mais negativas tanto a curto quanto em longo prazo. “Para a criança, a excitação não elaborada, a culpa e a ansiedade, agravadas pela dor física, pela impotência, pelo desamparo e pelo medo da morte podem ser mais prejudiciais que o ato sexual em si” (Mattos, 2002, pp.181).
- *A diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a vítima* – quanto maior a diferença, maior o poder e mais graves são as conseqüências;
- *A importância da relação entre abusador e vítima* – quanto maior a proximidade e intimidade entre os envolvidos, maior é o paradoxo entre proteção e abuso;
- *A ausência de figuras parentais protetoras e de apoio social* – quando a família, a escola, os médicos e agentes legais ignoram os apelos da criança e duvidam de sua palavra, não protegendo e apoiando a criança, o dano psicológico é agravado.
- *O grau de segredo e de ameaças contra a criança;*

Mattos (2002) inclui um item aos citados por Furniss (2002). O autor acredita que a *personalidade da criança* influi no impacto gerado pelo abuso, e discute a possibilidade de crianças tímidas e inibidas ficarem mais tempo submetidas ao abuso visto que tendem a comunicar menos seus sofrimentos.

Furniss (2002) atenta ainda para a necessidade de um olhar circular sobre as questões de responsabilidade, participação, culpa, poder e acusação, que circundam o tema da violência e estão intimamente ligados à perpetuação do segredo. Segundo o autor, a desigualdade entre pais e filhos baseia-se na imaturidade biológica da criança, o que implica que os adultos são sempre responsáveis por tudo o que acontece na interação entre eles. Porém, a responsabilidade é muitas vezes confundida com a participação ativa.

Quanto à participação pode-se dizer que a criança tem um papel ativo na relação abusiva, mesmo quando contra a sua vontade. O autor destaca a necessidade da compreensão de que mesmo uma postura passiva de vítima também constitui uma participação ativa. Tanto abusado, quanto abusador estão igualmente envolvidos na violação em termos interacionais. Essa seria a base para a experiência de abuso que a criança sofre, e explica o fato das crianças sentirem-se psicologicamente culpadas pelo abuso, embora jamais possam ser responsáveis por tal situação. A persistente experiência psicológica de participação e culpa também explicaria os sentimentos de baixa auto-estima e o posterior comportamento de vítima dos adultos que sofreram abuso sexual quando crianças.

O autor discute as questões de interação e estrutura quanto às nas relações de poder. Segundo ele, a criança exerce o poder interacional, mas devido à maturação do adulto, é responsabilidade única desse manter os limites e quebrar com o círculo vicioso de poder. O autor considera inadequado o emprego do termo “acusação”, já que tem como significado “colocar a responsabilidade em outra pessoa”, e o conceito estrutural de responsabilidade já realiza essa função. Furniss (2002) afirma que a utilização do termo conduz ao jogo de acusação mútua, cujo único objetivo seria o de recusar-se a assumir a responsabilidade devida, para evitar ser considerado e/ou sentir-se culpado.

O profissional que trabalha com tal contexto precisa em primeiro lugar garantir a segurança da criança e a cessação dos abusos, sem trazer-lhe novos danos como sentimentos de culpa por “destruir” a família, ou a sua retirada do ambiente familiar para sua “proteção” em casas-lar. Além disso, precisa preocupar-se com a necessidade de auxílio terapêutico para a maioria das famílias e das vítimas.

Trabalhar com a vítima de abuso sexual é, primeiramente, ajudá-la a perceber que a responsabilidade é do vitimizador, ao mesmo tempo em que se faz necessário reconhecer o aspecto psicológico e relacional do envolvimento da criança e de sua participação no abuso.

O profissional deve atentar para o fato de não negar a vivência do indivíduo, criando um ambiente seguro em que se possa falar sobre essa vivência, resignificando-as (Furniss, 2002).

Mattos (2002) destaca a importância de se estabelecer um enquadramento adequado, com regras claras, oferecendo experiências com adultos que não abusem, que não imponham segredos ou ameaças, que aceitem e compreendam-na, e que sejam seguros, firmes e dignos de confiança. Para a autora é fundamental ajudar a vítima a restabelecer a autoconfiança e o controle da sua vida. Além disso, deve ser trabalhado o material inconsciente e o reconhecimento e expressão das emoções sem medo de desagradar, a discriminação do pensamento/desejo da ação, e a apropriação da experiência.

Para a autora os sentimentos de culpa diluem-se ao tempo em que é propiciada a diferenciação entre a responsabilidade do adulto e os sentimentos de culpa, vergonha, responsabilidade e auto-acusação da criança; e a partir da possibilidade de discriminação entre a necessidade de afeto e ternura da criança e a resposta sexual do adulto. De acordo com Miller (1997), toda criança procura contato amoroso, e é feliz ao recebê-lo, entretanto, ficará insegura se lhe forem despertadas sensações que não ocorreriam espontaneamente nesse estágio de seu desenvolvimento, e precisa aprender a responsabilizar o adulto por despertar-lhe tais sensações.

Além disso, é fundamental desenvolver a parte não comprometida do psiquismo, isto é, seus potenciais cognitivos e emocionais. Como afirma White (2004), é importante resgatar e potencializar as boas vivências do indivíduo, restabelecendo sua auto-estima e os aspectos positivos da sua história de vida.

Mattos (2002) destaca ainda duas coisas essenciais em terapia: respeitar o tempo do indivíduo e possibilitar a elaboração do trauma para sua superação. A importância de se trabalhar com vítimas de abuso e sua família, seja quando criança ou anos mais tarde quando adulta, além de promover qualidade de vida para todos, também está na possibilidade de quebrar o que Tilmans-Ostyn (2000) nomeia de “transmissão intergeracional dos traumatismos”. Jesus (2006) afirma em seu artigo, que boa parte dos abusadores sexuais foram vítimas de abuso sexual quando crianças, e que, a cada oito crianças abusadas, uma repetirá o comportamento na idade adulta. Furniss (2002) acrescenta que muitos abusadores

desenvolveram perturbações de personalidade em decorrência de um severo abuso físico e/ou privação emocional.

Também Miller (1997) afirma que as pessoas tendem a repetir com outras, as atrocidades que receberam, pois não conseguem vivenciar, de forma consciente, os males que lhes foram imputados na infância. Não conseguem olhar para sua trágica história, e, dessa forma, não sabem que, no fundo, são continuamente determinadas pela mesma. Segundo a autora, o medo da criança, que é fraca e indefesa, dá ao adulto a sensação de força, aquela que não tinha quando ele mesmo era criança. Acrescenta que, dessa forma, o desprezo pelo mais fraco se torna uma defesa contra os próprios sentimentos de impotência vividos anteriormente.

Segundo Tilmans-Ostyn (2000), para poder proteger a criança, e realizar intervenções verdadeiramente terapêuticas, o profissional deve ter bem presente a constelação e a história familiar de no mínimo três gerações.

*Los padres que maltratan a un hijo o abusan de él fueron, a su vez, maltratados o abusados en su propia infancia o en otras etapas de su vida, pero este pasado traumático permanece oculto debido a la necesidad psicológica de sobrevivir*⁸ (Ibídem, 2000, pp. 49).

Por meio do relacionamento terapêutico, o indivíduo pode reconstruir pensamentos, sentimentos e impressões a respeito da violência cometida e sofrida, podendo, segundo Miller (1997) tornar-se forte, reconhecendo sua impotência, já que a vivenciou, e, portanto superando a necessidade de mostrar sua força por meio do desprezo. Segundo a autora, se a pessoa puder vivenciar de que forma fora manipulada e lesada quando criança e quais sentimentos foram despertados, poderá perceber com maior clareza as manipulações, e terá menos necessidade de manipular os outros. Nesse sentido, essas pessoas não se encontram mais pressionadas a transferir seu ódio aos inocentes. Elas podem odiar o odiável e amar o amável, sem cair na cegueira da criança maltratada que procura ‘bodes expiatórios’ para poupar quem verdadeiramente merece seu ódio.

⁸ Do espanhol: “Os pais que maltratam a um filho ou abusan dele, foram, por sua vez, maltratados ou abusados em sua própria infância ou em outras etapas de suas vidas, mas esse passado traumático permanece oculto devido à necessidade psicológica de sobreviver”.

Assim, o trabalho com o abusador precisa da compreensão e empatia do profissional, que não pode julgá-lo a priori, pois não conseguirá ajudá-lo sem alcançar o entendimento da sua dor (Furniss, 2002). A compreensão não remete à justificativa do abuso cometido, mas à possibilidade de ver à sua frente, uma pessoa inteira, portadora de aspectos positivos e negativos, e histórias tristes e felizes, enfim, um indivíduo integral. “Vitimizador” é apenas um dos papéis que o indivíduo desempenha, e olhar apenas para ele é “reduzir a identidade humana a um só aspecto, alimentando estigmatizações e criando, cada vez mais, dificuldades para a ocorrência de mudanças” (Vecina, 2002, pp. 203). Além disso, segundo Furniss (2002), mostrar empatia e compreensão pelas pessoas que cometeram abuso não tira sua responsabilidade pelo crime que cometeu.

González, Martínez, Leyton e Bardi (2004) auxiliam o trabalho do terapeuta ao descreverem diferentes características dos abusadores sexuais. Segundo eles, frente às inclinações sexuais os vitimizadores podem ser classificados em *abusadores extrafamiliares* ou *pedófilos* (cujos impulsos, interesses e fantasias sexuais estão centralizados em meninos e meninas. Eles podem ser generosos e estar muito atentos a todas as necessidades da criança, como uma maneira de ganhar o carinho, o interesse e a lealdade do menor, assim como assegurar o segredo) e *abusadores intrafamiliares, endogâmicos* ou *incestuosos* (que dirigem seus interesses sexuais preferentemente às meninas de suas famílias, encontram-se mais integrados com a sociedade e podem apresentar uma fachada incontestável).

Em relação à idade das vítimas subdividem em *abusadores pedófilos propriamente ditos* (elegem crianças pequenas); *abusadores hebefílicos* (preferem púberes ou adolescentes) e *abusadores de adultos*. E, segundo a conduta abusiva classificam em:

- *Abusadores regressivos* – que são adultos que possuem uma vida sexual normal com outros adultos, mas que apresentam a necessidade de seduzir e abusar sexualmente de crianças em função de sua própria história de vida e de suas experiências traumáticas. São normalmente abusadores intrafamiliares.
- *Abusadores obsessivos ou pedófilos* – que são homens e mulheres que abusam de várias crianças, apresentando uma compulsão crônica e repetitiva, que lhes dá a ilusão de amar e ser amado por alguém pouco exigente e extremamente gratificante. Normalmente são situações extrafamiliares.

Vecina (2002), a partir de suas experiências no atendimento à vitimizadores, descreve etapas básicas para o processo de tratamento dos mesmos. A autora acredita que num primeiro momento deve ser estabelecida uma aliança terapêutica, para poder haver um auto-questionamento acerca do papel de vítima, possibilitar a aceitação do seu papel de vitimizador, para finalmente poder reconstruir uma identidade em que não é preciso ser vítima nem vitimizador. Dessa forma o terapeuta precisa criar um ambiente de confiança e acolhimento, para poder trabalhar com as dores do passado e do presente possibilitando a reconstrução da identidade do paciente.

5. Relato e discussão do caso

Hoje começo minha história...

*Durante 34 anos vivo nessa ilha da magia, mas o que fazer se
meu coração fica no meio de um mar de problemas,
resolvendo o que está fora da terra?*

*Talvez entenda porque as ondas quebram a tranqüilidade e
afogam meus sentimentos mais inocentes...*

*Lembranças da infância, de quando um sorriso era como um
pôr do sol numa tarde de verão,
Uma lágrima regava um milhão de sonhos e um sonho era o
que bastava para continuar correndo na direção do horizonte.*

*Mas na vida a luz nunca pode acabar, porque um segundo de
escuridão na alma é o suficiente pra acordar em pesadelos.*

*Talvez nunca cheguei bem fundo deles para entender que o ar
acaba no momento que você não acredita no vento que
balança seus cabelos.*

(Montanha Russa)

5.1. O setting terapêutico

MR chegou pontualmente à sessão, e com olhar cabisbaixo entrou e sentou-se no sofá. Respirou fundo e sem que a terapeuta perguntasse qualquer coisa começou a falar: “Vou começar desde o início, quando eu tinha nove anos...” e assim iniciou contando as sucessivas tragédias ocorridas em sua vida. Aos prantos, contou da morte por assassinato do seu pai, de como se tornara um menino em situação de rua, de como conheceu o homem que

o tirou das ruas, lhe ensinou uma profissão e que “sacaneou”⁹ com seu corpo durante aproximadamente um ano, e de como foi sua vida desde então.

Contou ainda sobre a reação de sua mãe quando finalmente, após anos, revelou a ela o abuso sofrido, e da sua conseqüente crise de diabetes após receber a notícia. Relatou como se sente desanimado e sem vontade de viver, com muitas dores no peito e abdômen (“como se estivesse o tempo todo em uma montanha russa”), e os constantes pesadelos nos poucos momentos que consegue dormir.

Diante de tantas desgraças, a terapeuta, sensibilizada com tudo o que ouvia, voltou a pensar na situação que o trouxe até ali, e buscando ser sincera falou-lhe da situação ética frente à questão. Afirmou que sabia da denuncia de pedofilia contra ele, e que precisava de garantias de que, caso houvesse acontecido alguma situação em que MR tivesse abusado de alguma criança, isso não voltaria a acontecer. Esclareceu ainda que, ouvindo a dor que MR sofreu e ainda sofre por causa do abuso, não poderia permitir que ele fizesse o mesmo com outra criança. MR garantiu que desde a denúncia fugia de situações que encontrasse meninos de ruas, evitando seu impulso de querer ajudar¹⁰ aquelas que estão vivendo o mesmo que ele próprio vivenciou.

Além disso, a terapeuta explicou as normas e objetivos do projeto, contratando com MR que os encontros se dariam semanalmente, que a falta consecutiva sem aviso prévio significaria a desistência do processo terapêutico e perda da vaga no projeto, o sigilo profissional, e um pagamento simbólico para o tratamento.

5.2. História de vida de MR

MR é o filho caçula de uma família humilde de 14 (catorze) irmãos, sendo 7 (sete) filhos da primeira família do pai, 01 (um) de um primeiro relacionamento da mãe e 6 (seis) do casamento entre ambos. Cresceu em Florianópolis, numa época em que bairros, hoje totalmente urbanizados, ainda eram repletos de campos e árvores, dos quais tem lembranças saudosas e idealizadas.

⁹ “Sacanagem” foi a palavra utilizada por MR durante muito tempo para denominar o abuso sexual sofrido.

¹⁰ MR utiliza a palavra “ajuda” quando se refere às crianças que abordava, pois para ele seu desejo era o de tirá-las das ruas atentando para os perigos de viver uma vida na marginalidade e nas drogas.

Aos 9 (nove) anos presenciou a morte de seu pai que fora vítima de assassinato. Conta que seu pai chamara a ele e mais alguns irmãos que se encontravam em casa para subir o morro, pois soubera que um de seus filhos estava sendo agredido. Ao chegarem lá, os agressores fugiram, voltando em instantes com armas em punho atirando no peito do pai e do irmão pivô da situação.

A partir de então passou a perambular pelas ruas, sem rumo, voltando para casa apenas ao anoitecer, até que, aos 12 (doze) anos, resolveu ir trabalhar para ajudar sua mãe. Conseguiu um emprego de vendedor de picolé, o que algum tempo depois lhe proporcionou conhecer um homem que lhe tirou da vida que tinha para ensinar-lhe tudo o que sabe sobre sua profissão atual. Infelizmente esse mesmo homem também abusou de seu corpo por mais ou menos um ano.

A partir de então MR diz ter virado rapaz revoltado, brigão, e sem amor à vida. Bebia muito e arranjava brigas, pois eram as formas que tinha de se sentir aliviado. Com o tempo parou de beber e começou a usar maconha, habito que deixou logo, pois percebeu que a droga lhe deixava ainda mais deprimido. Buscou ajuda com um psicólogo, com quem lembrou da situação de abuso sofrida, mas não conseguiu abrir a questão pelo fato de sentir-se envergonhado e “menos homem” frente a um terapeuta do sexo masculino, o que dificultou a continuidade do tratamento. Consultou-se ainda com um psiquiatra, com o qual também não persistiu com a medicação devido a sensação de torpor e completo desânimo que os remédios lhe causavam. Além disso, ambos eram da rede particular e MR não possuía condições de manter os custos.

MR relatou sua indignação frente crianças em situação de rua, com quem conversava e tentava ajudar, falando-lhes da importância do estudo e do prejuízo causado pelas drogas. Um dos primeiros passos tomados por MR foi o reconhecimento de que projetava naquelas crianças sua própria infância, fazendo o que queria que tivessem feito com ele. Porém precisou perceber que elas não lhe davam ouvidos enquanto ele se colocava em novas situações de risco, que serão discutidas adiante. Aos poucos chegou a conclusão que antes de pensar nos outros precisaria cuidar de si, curar suas próprias feridas para poder seguir em frente.

MR tem vivido sua vida com muito desânimo, dores no corpo (principalmente no peito), pesadelos com a morte do pai e sua própria morte que não o deixam dormir,

dedicando-se quase que exclusivamente ao seu sustento e aos cuidados de sua mãe. Costumava preocupar-se com as necessidades de todas as pessoas antes das suas próprias. Ajudava a muitos, mas não pedia ajuda, nem compartilhava sua dor com ninguém. As únicas pessoas a que confiou o segredo do abuso sofrido são uma ex-namorada, sua mãe e agora a terapeuta.

Para compreender melhor a história de vida e a família do paciente, a psicóloga utilizou-se do genograma (Figura 2), buscando identificar os vínculos significativos, e as repetições de padrões de comportamento numa leitura trigeracional. MR demonstrou entusiasmo e interesse no exercício, lembrando-se de muitas pessoas e histórias “esquecidas”. O exercício permitiu à terapeuta e ao paciente observarem determinadas repetições ao longo das gerações passadas, tais como dependência química, mortes trágicas, e situações de distúrbios mentais na família.

Buscou-se entender também as relações que se estabeleciam entre os membros da família, que apresentavam padrões rígidos, mas com bastante afeto. Ao explorarmos da história da família MR encontrou dificuldade em certos momentos, o que o fez, aos poucos buscar mais informações sobre sua origem.

O documento gerado pelo exercício se fez presente e continuou sendo construído inúmeras vezes no decorrer da terapia, tendo a díade terapeuta-paciente usufruído de sua riqueza em diferentes etapas do processo.

Segundo Dessen e Braz (2005), entender a história de vida de MR, o contexto em que viveu e em que vive, os períodos de vida nos quais aconteceram fatos importantes em sua vida, e o momento no qual se encontra é fundamental para ver o indivíduo dentro de uma perspectiva sistêmica. O genograma auxilia na organização dos dados.

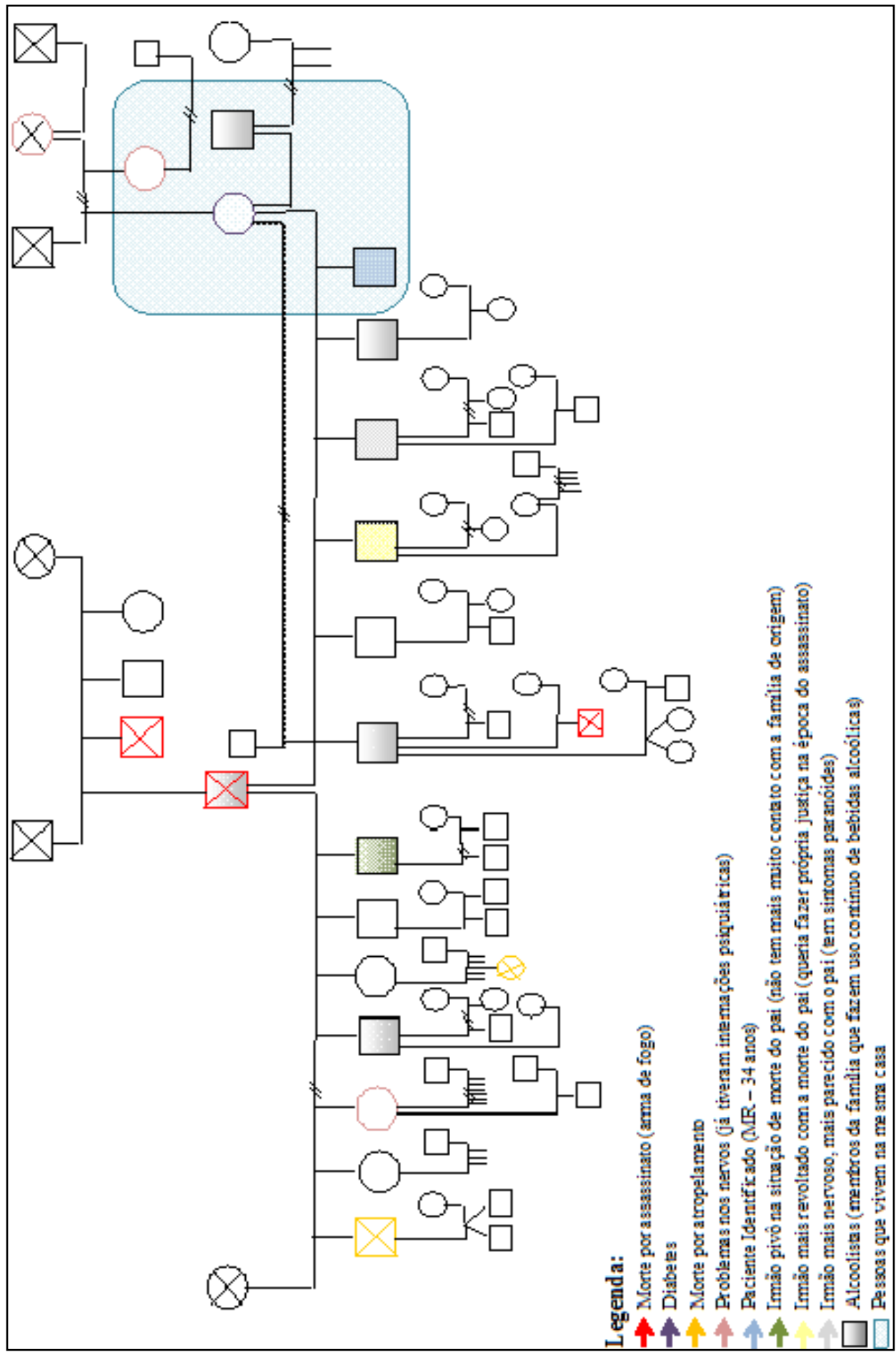


Figura 3: Genograma da Família de MR.

1.1. As perdas

1.1.1. Morte do pai

A morte do pai foi, e ainda é um dos temas mais abordados nas sessões com MR. Aos poucos o paciente trouxe detalhes da perda do pai, e da sensação de culpa que lhe aflige diariamente. MR conta que enquanto estava no morro com seu pai e irmãos, viu os agressores voltando com as armas nas mãos e não conseguiu avisar seu pai. Descreve uma sensação “como se visse que um copo de água iria cair e despedaçar-se sem conseguir chegar a tempo de pegá-lo”(sic), e diz sentir-se assim constantemente, o que lhe deixa ansioso e inseguro.

Somando-se a isso MR relata uma cena ocorrida uma semana antes da morte de seu pai onde numa briga com um garoto do bairro afirmara: “você nem tem pai mesmo...”. Desde então, sente-se culpado e punido por ter proferido tais palavras infantis.

Trabalhando a questão de incapacidade e principalmente da impossibilidade de uma criança se tornar responsável por “ter de pegar um copo que está caindo”, e, por mais maldosas que tivessem sido suas palavras, e pelo tamanho desproporcional do “castigo” que se impunha, a terapeuta pode, aos poucos ajudar MR a redimensionar a tragédia e a responsabilidade pelas situações vividas. Foi necessário que o paciente fizesse o exercício de imaginar outra criança, com a mesma idade, para que MR pudesse finalmente perceber a fragilidade desta frente à tamanha violência.

Apenas desprovido das questões emocionais que lhe torturavam há tanto tempo, que MR pode pela primeira vez perceber quão injusto estava sendo consigo mesmo, responsabilizando-se pela morte de seu pai. Esse foi um dos aspectos mais difíceis de todo o processo de luto.

O sentimento de culpa é relatado como sendo muito comum nos casos de perdas trágicas. Segundo Walsh e McGoldrick (1998), nas perdas trágicas e inesperadas, em que as questões podem ter ficado em aberto e a família sem tempo para se despedir, são comuns sentimentos de incompreensão, dor e culpa e a sensação de que aquilo poderia de alguma forma ter sido evitado.

Isso ficou claro em todas as sessões em que o assunto da morte foi predominante. Percebia-se um intenso questionamento sobre o que poderia ter feito e não fez. Poderia ter avisado o pai? Poderia ter evitado o acidente? Deveria ter medido suas palavras em situações anteriores? Tais fantasias de onipotência criavam a falsa noção de que MR poderia ter tido a situação sob seu controle. Parece ser mais fácil lidar com a raiva de si mesmo do que aceitar o sentimento de raiva pelo pai que se colocou em situação de risco e o abandonou tão precocemente, e dos assassinos que lhe tiraram a vida de forma fria e implacável.

MR apresentava muitos dos sintomas relatados pelas autoras, incluindo pesadelos em que revivia o assassinato do pai, ou vivenciava seu próprio assassinato, a ansiedade, distúrbios do sono, dores na mesma região em que o pai havia sido baleado, depressão, entre outros. Ao analisar a história de vida do paciente, percebe-se que ele não conseguiu superar a perda, apresentando quase todos os sintomas descritos por Strobe e Strobe (1987) freqüentemente encontrados em pessoas enlutadas, em diferentes etapas do ciclo de vida. A depressão, a ansiedade, a culpa, a raiva/hostilidade, a falta de prazer, a solidão, a agitação, a fadiga e o choro lhe acompanhavam, bem como dores somáticas, perda do apetite, o distúrbio de sono, a perda de energia e, na adolescência ingestão de psicotrópicos.

Segundo as fases do luto relatadas por Bromberg (1994), pode-se dizer que MR havia estacionado entre a segunda e a terceira etapa, pois os sentimentos que relatava ainda eram de desejo de reencontrar a pessoa morta e desespero, estando a apatia e a depressão presentes frente à irreversibilidade do fato.

A partir dos relatos cada vez mais detalhados, e dos questionamentos da terapeuta, ansiedade e culpa foram cedendo pouco a pouco. Nesse momento a terapeuta sugeriu a MR que escolhesse algumas fotos de sua família a fim de trabalhar com elas. MR trouxe várias fotos que foram observadas até que a psicóloga deteve-se numa foto do pai. A partir de então pediu licença para “chamá-lo” à sessão e solicitou que o paciente pensasse no que gostaria de falar para seu pai, e no que acha que ele lhe diria.

MR ficou muito emocionado, mas não conseguiu falar uma única palavra para seu pai. Ele olhava para a foto a sua frente e chorava sem conseguir verbalizar seus sentimentos. Aos poucos a terapeuta procurou verbalizar o que imaginava que o pai gostaria de dizer para seu filho caçula. O rapaz ouviu atentamente, e aos poucos voltou a olhar para a psicóloga. Com o horário da sessão estourado, a terapeuta encerrou a sessão assinalando que MR podia

reencontrar seu pai, e conversar com ele a partir das lembranças que tem dele, e que seria importante poder dizer a ele o que nunca foi dito.

White (2004), em sua metáfora de “Decir Olá” descreve essa possibilidade de reencontro e esse momento foi vivido por MR com grande emoção, e permitiu resignificar alguns aspectos da falta que sentia de seu pai. A atividade permitiu a lembrança de situações vividas anteriores às tragédias e introduziu a possibilidade de resolver questões não resolvidas.

Em outro momento MR relatou a angústia sofrida nas horas após o assassinato do pai, nas quais ninguém podia chorar ou falar do assunto já que a mãe, que “sofria dos nervos”, ainda não sabia da morte. Descreve a cena de seu pai deitado já sem vida no sofá, e sua fantasia (desejo) de que estivesse apenas dormindo, e o silêncio que pairava na casa até que a tia revelasse a tragédia à mãe do garoto. Quando finalmente esta soube do ocorrido teve uma “crise de nervos” (sic) e mais uma vez os filhos encontraram forças para suportar a morte e o desespero evitando fragilizar ainda mais a matriarca. Somente no velório, MR finalmente permitiu-se chorar de forma tímida e secreta. Os membros da família sofriam calados acreditando que assim diminuía a dor do próximo. Cada membro da família isolou-se em sua dor calando em seu peito a dor latente da falta, da culpa, do medo, do desânimo, da confusão, da raiva etc.

Após o evento, MR diz ter se sentido cada vez mais solitário. A família teve muita dificuldade de se reorganizar sem a presença da figura paterna, recaindo sobre a mãe o sustento financeiro da casa e o auxílio no cuidado dos netos. Além disso, amigos e padrinhos afastaram-se da família, deixando-a cada vez mais isolada em sua dor e seus problemas. Não obstante a falta de comunicação agravava as dificuldades, deixando ao encargo de cada um lidar com a situação e sentimentos isoladamente. O paciente relata que até na escola não encontrava conforto, tendo os professores, movidos pelo sentimento de pena, relevado as atitudes de MR frente aos estudos, sem serem capazes de poder ouvir e acolher o aluno em sua dor.

As características da família de MR dificultaram a possibilidade de elaboração do luto. Segundo McGoldrick e Walsh (1998), quando a família não consegue manter a coesão e permitir a diferenciação dos membros, quando apresenta dificuldade em se comunicar e de falar sobre a dor da perda, quando existe a escassez de recursos econômicos, e quando não

existe uma rede de apoio que auxilie a família nesse momento, a elaboração do luto se torna muito mais lenta, ou até mesmo impossível, dificultando seus membros a seguir em frente na tarefa de continuar vivendo.

MR mostra-se muito magoado com a incapacidade dos adultos perceberem sua dor, repetindo constantemente o quanto queria ter podido falar sobre tudo isso naquela época, tendo alguém que o acolhesse, escutasse e guiasse em sua dor. Apenas falando exaustivamente sobre o assunto, ele pode, pela primeira vez, questionar sua culpa e começar a olhar para os momentos felizes que antecederam aquela tragédia, constatando que a sua vida não fora apenas desgraças, mas que ocorreram também situações positivas as quais fazem parte da sua história, e conseqüentemente da sua identidade.

Para MR a dor foi intensa pois além de perder um membro da família, perdeu aquele que efetivamente cuidava dele, e de quem ainda precisava muito. MR perdeu o pai cuja importância na família se dava em função do estabelecimento de regras, sustento financeiro e porto seguro.

Além disso, vivenciar a morte do pai gerou um estresse pós-traumático, no qual MR revivia constantemente a cena fúnebre. MR relatava ter muitos pesadelos com a cena da morte do pai e mesmo acordado se percebia lembrando o drama. Por esse motivo MR costumava manter-se constantemente ocupado, evitando ficar quieto, e dormindo o mínimo possível.

Com os constantes pesadelos, MR chegava cada vez mais exausto às sessões. Trabalhou-se o conteúdo dos sonhos que se davam sempre em torno da morte de seu pai ou da sua própria morte. Com isso passou-se a explorar o significado da morte para o paciente. A terapeuta sugeriu que o paciente fizesse um exercício de recorte e colagem, no qual buscava em revistas imagens que representassem a morte. O paciente trouxe fotos de assassinato, violência, dor e desamparo. A partir desse material foi discutido como MR se sentia ao ver tais imagens, e como imaginava que iria morrer. Ele associava à morte toda cena em que o Homem não é respeitado em sua condição humana e se imaginava numa morte parecida com a do seu pai: com arma de fogo, com tiros no peito.

A ligação com seu pai fez com que MR não só imaginasse sua morte semelhante à do pai, como fez com que ele se colocasse em situações de perigo nas quais essa morte

“esperada” poderia acontecer. Como já apontado anteriormente, MR buscava ajudar as crianças em situação de rua (principalmente quando envolvidas com tráfico). Nessa “ajuda” falava sobre o que poderia acontecer, ganhava a amizade e confiança, e buscava descobrir quem era o mandante (traficante) para denunciá-lo anonimamente. Com isso o paciente se colocava em alto risco, já que, no tráfico, essas situações são comumente resolvidas a tiros.

Recorrendo ao genograma, terapeuta e paciente puderam perceber que histórias de assassinatos e outras mortes trágicas foram uma constante na família de MR, assim como o silêncio e a impossibilidade de falar sobre o assunto. Ao visualizar esse fato o paciente se espantou e reforçou seu auto-questionamento frente suas atitudes de risco de morte, bem como se permitiu olhar e questionar tantas mortes corridas. MR contou as histórias e motivos de cada morte na família, e, questionado pela terapeuta, pela primeira vez se permitiu repensar a responsabilidade do pai na sua própria morte.

Concomitante a isso, foi possível refletir sobre as conseqüências dessa morte e da impossibilidade de comunicação, que levaram ao isolamento, à desestruturação, abandono da escola, trabalho infantil, perambulação pelas ruas, depressão, e pouca perspectiva de vida, já que MR apresentava comportamentos nitidamente suicidas e demasiada dificuldade de projetar o futuro.

A partir dessa discussão, a psicóloga sugeriu a realização do contraponto do exercício, onde MR deveria buscar imagens que lhe remetesse à vida. O paciente recebeu algumas revistas e folhas de papel para levar e fazer com calma em casa, mas essa tarefa nunca foi cumprida. Algumas sessões após a tarefa ter sido pedida, discutiu-se sobre a dificuldade em realizá-la. Para o paciente visualizar a vida era muito difícil, já que só via dor, morte e separação a sua frente. Mesmo assim, aos poucos MR pode começar a cuidar da saúde, fazer planos para o futuro, reestabelecer contatos com amigos e familiares, demonstrando que de alguma forma o desejo de viver estava brotando em sua alma.

1.1.2. O abuso

MR relata com frequência a dor que sente ao ver crianças perambulando pelas ruas. Dizia sentir vontade de ajudá-las, e aos poucos pode perceber o quanto essa iniciativa de

ajuda o remetia a própria situação vivida, na qual não foi ajudado. Ele constantemente afirmava que nada disso teria acontecido se alguém tivesse olhado para ele, ajudado em sua dor, permitindo a ele chorar e falar sobre o assunto, incentivando-o a não deixar a escola etc. Ao mesmo tempo dizia que percebeu que seu esforço de nada adianta já que as crianças pareciam não querer ouvir o que uma pessoa mais velha tem a dizer, sofrendo conseqüências inesperadas como a denúncia pela sua iniciativa de estender a mão.

Descreveu uma situação de uma criança que era violentada pelo pai em casa e do seu desânimo frente ao desenrolar da história. Conta como o menino lhe pedira um par de tênis, e ele, lembrado-se da situação vivida na sua própria infância, propôs um trato: deu-lhe um cachorrinho (filhote de sua cadela) lembrando-se de como lhe ajudara ter um animal de estimação como companheiro nas horas difíceis, e lhe prometeu um tênis caso ele cuidasse muito bem do filhote no decorrer de um mês. Algum tempo depois perguntou ao garoto como estava o cachorro, para poder cumprir sua promessa, e o garoto respondeu que havia matado o cachorro já que fazia muito barulho. Isso deixou MR desolado.

Ao relatar a cena, e constatando a violência e o desperdício do seu tempo, MR começou a perceber que não seria ajudando os outros que o faria sentir-se melhor, mas que precisava começar a cuidar da sua própria criança interior. Aquela que foi tantas vezes ferida, e que agora, finalmente voltava a ganhar voz e se permitia pedir ajuda para ser cuidada e consolada. Além disso, passou a questionar-se se ele próprio teria dado atenção caso alguém tivesse tentado alertá-lo.

O abuso sofrido foi um dos temas mais difíceis de serem tocados em terapia. Com muita dificuldade MR começou a falar dessa vivência. Disse que quando decidiu trabalhar para ajudar a mãe, começou a vender picolé nas ruas e bares, e conheceu AB¹¹ que num primeiro momento lhe ofereceu atenção, ajuda e um emprego, o que até então não havia recebido de ninguém. AB incentivou MR a retomar seus estudos e ensinou-lhe uma profissão. Era atencioso e amoroso, mas seus carinhos passaram de simples manifestações de afeto para se tornarem carícias vividas sob forma de tortura pelo rapaz. AB passou a abusar sexualmente de MR, que sabia que aquilo não era correto mas não sabia para quem falar nem o que fazer.

¹¹ AB será a sigla para nomear o vitimizador de MR.

Pfeiffer e Salvagni (2005) atestam essa lei do silêncio, quando descobrem em seus estudos que a real prevalência do abuso é desconhecida, visto a dificuldade que muitas crianças sentem em revelar. Barudy (1999) apresenta as formas como o agressor consegue esse silêncio, exercendo controle sobre sua vítima, seja através da sugestão, de mentiras, de chantagens afetivas, da intimidação ou da utilização da violência. No caso de MR, o agressor lhe incute um sentimento ambivalente, já que possibilitou o usufruto de diversos benefícios em troca de situações doloridas e constrangedoras. O paciente não se permitia julgar AB pelas suas atitudes já que ao mesmo tempo que lhe “sacaneava”, estendia-lhe a mão e ensinava coisas tão importantes para sua vida.

Segundo Arruabarrena e Joaquim (1999), MR sofreu um abuso caracterizado como violação, o qual seria normalmente menos prejudicial visto a maior possibilidade de a família se unir para proteger a criança. Frente ao fato de a família encontrar-se desorganizada pela tragédia que a acometeu, o rapaz sentia-se impedido de relatar o caso, poupando os demais membros de mais uma dor.

Furniss (2002) corrobora com a discussão ao descrever fatores que agravam a situação vivida. Ao se pensar na história de MR pode-se dizer que o abuso foi agravado pela grande diferença de idade entre a pessoa que cometeu o abuso e a vítima (cerca de 30 anos), a importância que o abusador tinha para MR que aumenta o paradoxo entre proteção e abuso, o tempo prolongado da situação, e a ausência de figuras parentais protetoras.

Nos encontros em que se falou nesse tema, a terapeuta buscou ajudar MR a identificar seus sentimentos em relação ao abuso. O paciente, aos poucos identificou sentimento de vergonha, impotência, culpa e raiva, semelhantes aos que sentia frente a perda do pai.

MR afirmava ter vergonha do que aconteceu com ele, sentindo-se “menos homem” (sic) por ter sido usado sexualmente, o que interfere nos seus relacionamentos atuais, já que não consegue esconder de sua companheira o que vivera ao mesmo tempo em que tem medo de não ser compreendido. MR relatou que após lembrar-se da cena (nas consultas com o primeiro psicólogo) contou a história a uma namorada, e essa, por imaturidade (17-18 anos) espalhou suas questões tão íntimas a “amigos”. Dessa forma seus relacionamentos tornaram-se curtos e superficiais, terminando sempre antes de se tornarem mais íntimos.

A impotência sentida pela incapacidade de pedir ajuda foi outro sentimento relatado por MR que se via novamente incapaz de mudar o “destino”, remetendo-o à morte do pai e da sua incapacidade de avisá-lo do perigo. Também a raiva foi um sentimento explorado pela psicóloga, já que ela existia, mas contra si mesmo e contra os adultos que não percebiam que algo estava errado. MR não conseguia sentir raiva de AB, o que precisou ser trabalhado para que o vitimizador, enquanto adulto, fosse responsabilizado pelos seus atos. Com o tempo MR relatou que chegou a ir atrás de AB, anos depois, pois gostaria de ouvir dele o motivo de ter abusado, mas desistiu no caminho achando que não valeria a pena procurá-lo.

A culpa foi mais uma vez um sentimento muito presente em seu relato, que se sentia culpado por ter se envolvido nessa situação, ter permanecido nela por tanto tempo e achar que de alguma forma provocava os abusos. Esse é mais um sentimento descrito por Mattos (2002) e Furniss (2002) como efeito do abuso, seja pela estigmatização social, isolamento, baixa auto-estima e diminuição da atenção, concentração e rendimento escolar (Mattos, 2002), seja pelo sentimento de ter, mesmo que de forma passiva, participado do ato, e nunca ter contado a ninguém (Furniss, 2002). Foi necessário muito trabalho para que MR pudesse atribuir a responsabilidade do abuso à AB, podendo compreender, e passar a sentir menos vergonha e culpa pela situação vivenciada.

Ao ser questionado sobre quem sabe da história, contou suas duas experiências negativas em dividir esse fardo com alguém. Além da situação vivenciada com a namorada, relata que há alguns anos contou à sua mãe sobre o abuso vivido, e que a reação da mesma foi difícil pois, segundo o paciente, a mãe sentindo-se culpada por nunca ter percebido, teve uma complicação da diabetes. Por esse motivo MR encarcerou ainda mais sua história de tristeza e dor, nunca mais tocando no assunto com ninguém.

Como fruto desses episódios o paciente desenvolveu atitudes que o permitiram fugir de seus sentimentos de vergonha e impotência, podendo-se em seus relacionamentos e buscando ajudar aos outros, como forma de melhorar o mundo e inconscientemente ajudar a si mesmo. Com a possibilidade de reconhecer os danos vividos, MR pôde começar a olhar para dentro de si, deixando de buscar nos outros sua recuperação.

Além disso, pode-se fazer uma ponte entre essa situação e comportamentos relatados anteriormente. MR demonstrava atitudes suicidas, depressivas, hiperativas, apresentando

ainda transtorno do sono e dificuldade de aprendizagem. Esses podem ser entendidos como reação à perda trágica e precoce do seu pai, mas também, segundo Barudy (1999) como traumatismos gerados pela situação de abuso.

Pressupondo que a violência gera violência, como explicita Tilmans-Ostin (2000), em sua tese sobre a transmissão intergeracional dos traumatismos, poder-se-ia romper o ciclo da violência ao ajudar o indivíduo a se conectar ao sofrimento vivido que é o mesmo da vítima. Com a elaboração dos danos sofridos, o paciente pôde finalmente olhar para sua história e ver que sua vida não foi apenas marcada pelas perdas e pela dor. Segundo Miller (1997) é preciso ajudar o paciente a olhar para sua trágica história, para que deixem de ser determinadas pela mesma, para que possam se sentir potentes sem precisar repetir o mal que lhes foi feito, odiando o que é odiável, e amando o que deve ser amado.

Nesse sentido o contrato inicial, reafirmado em diferentes momentos da terapia, no qual a terapeuta apresentou sua postura frente ao possível abuso cometido e relacionou a questão com o sofrimento de MR, foi vivido de forma terapêutica pois permitiu ao paciente entrar em contato com sua dor e com a dor da possível vítima (caso tenha realmente existido).

1.2. O resgate das boas vivências e superações de MR

Ao tempo que a autora explorava no sentido de resignificar as vivências traumatizantes vividas por MR, buscou-se, nos diferentes exercícios propostos e nos diálogos estabelecidos no decorrer das sessões, identificar e ressaltar os eventos positivos que fizeram parte da história de vida de MR. Esses eventos começaram a ser questionados a partir de habilidades observadas pela terapeuta, como a facilidade em se colocar no lugar do outro, o cuidado com os familiares, a preocupação com problemas do país etc.

Já nas primeiras sessões, bem como na realização do genetograma, destacou-se o carinho e cuidado MR demonstrava para com seus familiares, sendo o único que se relaciona de forma positiva com todos os membros da família. Como filho mais novo, o paciente tomou sobre si a tarefa de zelar pela mãe e por alguns de seus sobrinhos, preocupando-se também com o bem estar de seus irmãos.

A partir dessa constatação, buscou-se conhecer os eventos extraordinários da vida, que fizeram com que ele se tornasse uma pessoa tão responsável, preocupada com a mãe, com os irmãos, com os amigos e com a humanidade. MR passou a perceber que sua vida não havia sido constituída somente de desgraça, e que em algum lugar ele havia aprendido a se preocupar com os outros e a aproveitar as coisas que considerava boas na vida, como subir em árvores, dar um abraço, mergulhar no mar/rio.

Essas lembranças que tomavam formas e novos contornos nas conversações terapêuticas eram ressaltadas e muitas vezes exploradas pela terapeuta com a finalidade de ampliá-las. Além disso, a psicóloga incentivava que o paciente dividisse essas redescobertas com pessoas significativas, a fim de reatar relações perdidas, ou mesmo reforçar relações afetivamente enfraquecidas pelo tempo e pelas perdas vividas. Dessa forma o paciente pode reaproximar-se de amigos e familiares, aprendendo a compartilhar descobertas e situações positivas bem como reconhecer os sentimentos que o invadem frente aos eventos negativos. Como exemplo, podemos considerar a iniciativa de MR de reaproximar-se de sua madrinha, podendo ouvir os motivos de tal afastamento, falar do seu sofrimento, e, a partir do perdão reatar a relação.

A terapeuta buscou assim, desenvolver os potenciais cognitivos e emocionais e, segundo White (2004), restabelecer sua auto-estima e os aspectos positivos da sua história de vida a partir dessas boas vivências.

Outro acontecimento que chamou a atenção da terapeuta foi o fato de MR começar a buscar ser cuidado, ao invés de apenas sempre zelar pelos outros. Ao iniciar o tratamento MR morava com um de seus sobrinhos em sua própria casa, mas com o decorrer do tempo, mudou-se para a casa de sua mãe, onde pode se deixar cuidar. Juntos (mãe, padrasto, tia e ele) alugaram uma casa num bairro tranquilo, próximo à praia e à natureza que MR sempre afirmou gostar e permitiu-se receber colo, comer da comida de sua mãe, e aproveitar a natureza ao seu redor.

Começou também a pensar em constituir sua própria família, voltar a estudar, tocar e cantar e arrumar um emprego fixo que lhe trouxesse mais tranquilidade financeira. MR começou a tomar as rédeas de sua vida, fazendo novos vínculos, planos e lutando para que estes se tornassem realidade.

Mais um fator interessante que demonstra o processo do paciente foi o fato de a mãe ter se beneficiado indiretamente com as sessões com MR. Apesar de nunca ter vindo à nenhuma sessão, mesmo tendo sido convidada algumas vezes, a mãe de MR passou a pensar sobre a sua história de vida, e junto com o filho descobriu que tinha irmãos que foram adotados por outras famílias. Juntos foram atrás dessas histórias e descobriram que um desses irmãos morava numa cidade próxima a Florianópolis. Perguntando de casa em casa encontraram-no, e com isso resgataram parte da história e ampliaram sua rede de relacionamentos. No último Natal esse novo integrante foi convidado a participar da festa.

2. Questões do terapeuta

Trabalhar com um paciente, vítima de violência, e ao mesmo tempo acusado de ser um agressor vai de encontro às questões éticas e morais do terapeuta. Aceitar o desafio de atender MR exigiu da terapeuta um exercício constante de despir-se dos seus preconceitos para poder olhar o ser humano que ali se desnudava. Foi, e ainda é um exercício constante de entrar em contato com a criança interior do paciente ao mesmo tempo em que não pode se esquecer da possibilidade da violência atual, e das marcas que podem ser deixadas sobre outras crianças.

Dois fatores, em essência, permitiram que a psicóloga pudesse atender o paciente. O primeiro diz respeito à possibilidade de desfazer-se dos preconceitos e ver a pessoa não como um pedófilo e sim como um ser humano que é muito mais do que sua patologia. O segundo diz respeito ao papel do profissional, que neste momento não é o de julgar se “culpado” ou “inocente”, mas sim o de ajudar a pessoa a sua frente a superar perdas e seguir em frente, sem precisar repetir sua história como forma de buscar alívio.

Vecina (2002) e Furniss (2002) contribuíram para propiciar ao terapeuta essa tranquilidade, pois discutem a necessidade de compreensão e empatia do profissional para que possa alcançar e entender a dor do paciente, e vê-lo como uma pessoa inteira, que vai além do estigma “abusador”. A partir dos textos dos autores, a terapeuta pode acalmar-se frente à distinção entre essa compreensão e a responsabilidade pelo abuso cometido.

A partir desses fatores a psicóloga permitiu-se conhecer MR sem se preocupar se era ou não culpado, sabendo que cabia a ela ajudar a criança ferida, enquanto a justiça se encarregaria de julgar e responsabilizar o adulto pelo crime cometido.

Além disso, a terapia se constituiu num desafio de se “falar do que não pode ser falado” isto é, falar do possível abuso realizado sem que se tenha a necessidade de ter a certeza do fato. Respeitar o paciente, e livrar-se da questão dele ser ou não culpado, buscando tratar das feridas e trabalhar a prevenção foi um exercício ambíguo, mas extremamente eficaz, pois permitiu à terapeuta sentir-se livre em não ter que julgar, e ao paciente de ser julgado pela instância responsável.

Outro aprendizado essencial no tratamento foi a necessidade de respeitar o tempo do indivíduo. Várias sessões foram utilizadas para se falar de assuntos mais amenos, como organização financeira, ou música, que foram interpretados pelo terapeuta como a sinalização de que o paciente precisava de tempo para digerir e poder voltar aos assuntos difíceis. Mattos (2002) destaca esse ponto como essencial para a possibilidade de elaboração e superação do trauma.

3. Considerações finais

O trabalho aqui apresentado buscou desenvolver dois lados do processo terapêutico: a análise do caso a partir da bibliografia, e a possibilidade de avaliar o andamento da terapia.

A análise permitiu explorar e identificar as repercussões da violência na vida do indivíduo. O caso juntou vários tipos de violência, que geraram no paciente uma paralisia frente à vida. Poder-se-ia dizer que a violência, quando não elaborada e superada, gera no indivíduo marcas doloridas que dificultam olhar a vida de frente, pois mantém os sentimentos e pensamentos no passado, mesmo que o sujeito se esforce para esquecê-la. Assim, a violência repercute de forma devastadora na vida.

Além disso, foi possível discutir as possibilidades de atuação do profissional frente ao dilema de a vítima ser também um possível agressor, e as capacidades que esse precisa desenvolver para poder olhar cada um deles sem esquecer-se do outro. Ver o ser humano como um ser inteiro, torna-se fundamental nesse momento, podendo observar a existência do preto e do branco sem precisar transformar em cinza. É ver a criança sofrida sem tirar, nem deixar de trabalhar, a responsabilidade do adulto.

Quanto à avaliação da terapia pode-se dizer que os primeiros frutos emocionam a terapeuta. Após quase um ano de acompanhamento psicoterápico constatou-se uma melhora significativa na qualidade de vida do indivíduo, que apresentou diminuição nas dores abdominais, melhora no sono, maior capacidade de lidar com datas difíceis (aniversário da morte do pai, dia dos pais), e novas perspectivas para sua vida.

O paciente iniciou uma caminhada para dentro de si. Aprendeu a expressar seus sentimentos, seja a partir de conversas como por meio da expressão musical, a se deixar ser cuidado, a valorizar-se frente ao seus sentimentos e ao seu trabalho, e a responsabilizar-se pela sua vida enquanto adulto. Pode-se dizer que MR está aprendendo a amar a si mesmo.

As músicas de MR, que foram sendo apresentadas à terapeuta no decorrer do processo terapêutico, demonstram os diferentes momentos de vida, iniciando com temas tristes e revoltantes para se transformarem em letras mais alegres e esperançosas. Também a forma de encarar a vida e os desafios foram modificados, apesar de ainda haver momentos em que a dor, a raiva e o medo se fazem presentes.

Todas essas mudanças fazem a psicóloga repensar o nome metafórico “Montanha Russa”. dado ao paciente, surgindo a idéia de chamá-lo de “Vento”. A idéia surgiu a partir de um texto escrito pelo paciente (que se encontra no início desse trabalho), e se refere ao desenvolvimento da capacidade do indivíduo sentir-se mais livre e leve, apesar de por vezes ainda poder se tornar forte e destrutivo.

Todos esses fatores que puderam ser percebidos durante as sessões fazem acreditar que os objetivos propostos para a terapia estão sendo alcançados. Desde a primeira sessão foram trabalhadas formas de prevenção à violência, que parecem ter evitado, se não extinguido, as situações que pudessem propiciar a perpetuação da violência.

Também a formação de vínculos foi observada, primeiramente com a profissional e aos poucos com pessoas próximas ao paciente, como familiares e amigos. Vento vem aumentando sua rede, permitindo-se relaxar e dividindo com eles seus anseios e suas alegrias.

As feridas de Vento também começam a cicatrizar, dando espaço à lembranças boas do seu passado, bem como à possibilidade de novas boas vivências, o que indica ainda a ampliação das suas capacidades, autoconfiança e auto-estima. Muitas dessas transformações ainda precisam ser fortalecidas, mas os frutos já começaram a aparecer.

Também a terapeuta vivenciou muitas transformações em si, podendo reavaliar e re-significar muitos aspectos da violência, quebrando com preconceitos e possibilitando um novo olhar sobre o assunto. O desafio se tornou um imenso aprendizado, e o esforço um presente pela possibilidade de reconhecer o lado sensível, amável e encantador de Vento.

O processo ensinou à terapeuta o verdadeiro papel do psicólogo, suas possibilidades e suas limitações. Metaforicamente poder-se-ia comparar o indivíduo com uma folha de papel amassada, que, na terapia pode ser desamassada e alisada, voltando a ser possível utilizá-la para escrever as histórias de vida. Mas ela nunca mais será lisa como antes. Ela carregará pra sempre as marcas, as cicatrizes, das feridas abertas pela violência vivida.

4. Referências Bibliográficas

Aded, N. L. de O.; Dalcin, B. L. G. da S.; Cavalcanti, M. T. (2007) Estudo da incidência de abuso sexual contra crianças no Rio de Janeiro, Brasil. In. **Caderno de Saúde pública**. V. 23, nº 8 (pp. 1971-1975).

Akerman, M. (2001) Caracterização da Violência Doméstica contra crianças na região do ABCD: em busca de prevenção. In. **Arq. Méd. ABD**. V. 25, nº 2 (pp. 44-52).

Alvez-Mazzotti, A. J. (2006) Usos e Abusos dos Estudos de Caso. In. **Cadernos de Pesquisa**. V. 36, nº 129 (pp. 637-651).

Amazarry, M. R.; Koller, S. H. (1998) Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. In. **Psicologia Reflexão e Crítica**. Porto Alegre. V. 11, nº3.

Andolfi, M. (1996) **A Terapia Familiar: Um enfoque interacional**. Campinas: Workshopsy.

Arruabarrena, M. I.; Joaquim, P. (1999) **Maltratos a los niños en La familia: evaluacion y tratamiento**. Madrid: Ediciones Parámide.

Barudy, J. (1999) **Maltrato Infantil Ecologia Social: Prevencion y Reparacion**. Santiago do Chile: Editorial Galdoc.

Biasoli-Alves, Z.M.M. (2004) Pesquisando e Intervindo com Famílias de Camadas Sociais Diversificadas. In. Althoff, C.R.; Elsen, I.; Nitschke, R.G. (org) **Pesquisando a Família: Olhares Contemporâneos**. Florianópolis: Ed. Papa Livro.

BICE (2001) **Violência Sexual Infantil: Prevención e intervención em crisis**. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional Católica de La Infancia.

Bowen, M. (1998) A Reação da Família à morte In. Walsh, F. e McGoldrick, M. **Morte na família: Sobrevivendo às Perdas**. Porto Alegre: Artmed. Cap. 4 (pp.105-117).

Bromberg, M. H. P. H. (1994) **A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto**. Campinas: Editorial Psy.

Bronfenbrenner, U. (1996) **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados**. Maria Adriana Veríssimo Veronese (trad). Porto Alegre: Artes Médicas.

Camargo, C. N. M. F. de (2002) Agressor ou Vítima: a falta básica e as duas faces da moeda. In: Ferrarri, D. C. A. e Vecina, T. C. C. **O Fim do Silêncio na Violência Familiar: Teoria e Prática**. São Paulo: Ágora. Cap. 9 (pp. 131-140).

Carbone, A. (2004) Terapia Familiar Sistêmica. In. **Revista de Psicologia Catharsis** (<http://www.revistapsicologia.com.br>).

Carter, B.; Mc Goldrick, M. (2001) **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**: uma estrutura para terapia familiar. 2ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cervený, C.M.O.; Berthoud, C.M.E. (1997) **Família e Ciclo Vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Coelho, S.V. (2005) Revendo papéis da Parentalidade: Paternidade e Maternidade. In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**: Fundamentos teóricos e epistemológicos. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa. (pp. 211–223).

Corsi, J. (2004) Programas de Intervenção com Homens que Exercem Violência. In. **Revista Pensando Família**. Ano 6, nº 6 (pp. 39-45).

Dessen, M.A.; Braz, M.P. (2005) A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In. Dessen, M.A.; Costa Júnior, A. L. **A ciência do desenvolvimento humano**: Tendências atuais e perspectivas futuras. (pp. 113 - 131). Porto Alegre: Artmed.

Dessen, M.A.; Silva Neto, N.A. (2000) Questões de Família e Desenvolvimento e a prática de Pesquisa. In. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. V. 16, nº 3.

Fante, C. (2005) **Fenômeno Bullying**: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus editora.

Felipe, J. (2006) Afinal, quem é mesmo pedófilo? In. **Cadernos Pagu**. V. 26 (pp. 201-223).

Fonseca, C. (2004) Olhares Antropológicos sobre a Família Contemporânea. In. Althoff, C.R.; Elsen, I.; Nitschke, R.G. (org) **Pesquisando a Família**: Olhares Contemporâneos. (pp. 55 – 68). Florianópolis: Ed. Papa Livro.

Furniss, T. (2002) **Abuso Sexual da Criança**: Uma abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gil, A. C. (2002) **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas S/A.

González, E.; Martínez, V.; Leyton, C.; e Bardi, A. (2004) Características de los abusadores sexuales. In. **Revista Sogía**. V. 11, nº 1 (pp.6-14).

Jesus, N. A. de (2006) O circuito vicioso da violência sexual: do ofendido ao ofensor. In. **Psicologia Ciência e Profissão**. V. 26, nº 4 (pp.672-683).

Kovács, M. J. (1999) **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Landini, T. S. (2003) Pedófilo, quem és? A pedofilia na mídia impressa. In. **Caderno de Saúde Pública**. V. 19, nº 2 (273-282).

Linhares, M.B.M.; Martins, I.M.B.; Klein, V.C. (2004) Mediação Materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In. Marturano, E.M.; Linhares, M.B.M.; Loureiro, S.R. (org.) **Vulnerabilidade e Proteção**: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp. 39 – 74).

Mattos, G. O. de (2002) Abuso Sexual em Crianças Pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In: Ferrarri, D. C. A. e Vecina, T. C. C. **O Fim do Silêncio na Violência Familiar**: Teoria e Prática. São Paulo: Ágora. Cap. 13 (pp.174-200).

McGoldrick, M. (1998) Ecos do Passado: Ajudando as famílias a fazerem o luto de suas perdas. In: Walsh, F. e McGoldrick, M. **Morte na família**: Sobrevivendo às Perdas. Porto Alegre: Artmed. Cap. 3 (pp. 76-104).

McGoldrick, M. S. W.; Gerson, R. (2001) Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: Carter, B.; McGoldrick, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, (pp.144-164).

McGoldrick, M.; Walsh, F. (1998) Um Tempo para Chorar: A morte e o ciclo de vida familiar In. Walsh, F. e McGoldrick **Morte na família**: Sobrevivendo às Perdas. Porto Alegre: Artmed. Cap. 2 (pp.56-75).

Mendonça, J. D. C. (2006) **Morte e a Jornada do Luto Familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia para título de especialista em terapia de casal e família) – Familiare Instituto Sistêmico. Florianópolis, SC;

Miller, A. (1997) **O drama da criança bem dotada**: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos. São Paulo: Summus. 2 ed.

Minuchin, P.; Colapinto, J.; Minuchin, S. (1999) **Trabalhando com Famílias Pobres**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S. (1982) **Famílias**: Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas.

Morin, E. (2005) **Os saberes necessários à Educação do Futuro**. São Paulo: Cortez.

Najmanovich, D. (1995) El lenguaje de los vínculos: De la independencia absoluta a la autonomía relativa. In. Dabas, E.; Najmanovich, D. **Redes. El lenguaje de los vínculos**: Hacia la reconstrucción Y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.

Papp, P. (1992) **O Processo de Mudança**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pfeiffer, L.; e Salvagni, E. P. (2005) Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. In. **Jornal de Pediatria**. V. 81, nº 5.

Polônia, A. da C.; Dessen, M.A.; e Silva, N.L.P. (2005) O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner: Contribuições para o desenvolvimento humano. In. Dessen, M.A.; Costa Júnior, A. L. **A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras.** Porto Alegre: Artmed. (pp. 71-89).

Rosseto, M. A. C.; Schubert, R. (2000) Pedofilia – estudo de caso. In. **Psikhê**, São Paulo, V. 5, nº 1 (pp. 60-69).

Sarti, C. A.; Barbosa, R. M.; e Suarez, M. M. (2006) Violência e Gênero: vítimas demarcadas. In. **Psysis**. V. 16, nº 2 (pp.167-183).

Silva, E.Z.M. da (2004) Família e Lei. In. Ceverny, C.M. de O. (org) **Família e: Comunicação, Divórcio, Mudança, Resiliência, Deficiência, Lei, Bioética, Doença, Religião e Drogadição.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tilmans-Ostyn, E. (2000) La Terapia familiar frente La transmisión intergeneracional de traumatismos. In: **Revista Sistemas Familiares**. V. 16, nº 2 (pp.49-65).

Tomm, Karl (1988). Entrevistamento Interventivo: Parte III. Pretendendo fazer questões lineares, circulares, estratégicas ou reflexivas? In. **Family Process**. V. 27 (pp.1-11).

Vasconcellos, M.J.E. de (2002) **Pensamento Sistêmico: O novo paradigma da ciência.** 3ed. São Paulo: Papyrus.

Vasconcellos, M.J.E. de (2005) Pensamento Sistêmico Novo-Paradigmático: Novo-Paradigmático, por quê? In. Aun, J. G.; Vasconcellos, M.J.E. de; Coelho, S.V. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa. (pp. 81-90).

Vecina, T. C. C. (2002) Do tabu à possibilidade de tratamento psicossocial: um estudo reflexivo da condição de pessoas que vitimizam crianças e adolescentes. In: Ferrarri, D. C. A. e Vecina, T. C. C. **O Fim do Silêncio na Violência Familiar: Teoria e Prática.** São Paulo: Ágora. Cap.14 (pp. 201-212).

Walsh, F.; McGoldrick, M. (1998) A Perda e a Família: uma perspectiva sistêmica. In: Walsh, F. e McGoldrick, M. **Morte na família: Sobrevivendo às Perdas.** Porto Alegre: Artmed. Cap. 1 (pp. 27-55).

White, M. (2004) **Guias para una Terapia Familiar Sistémica.** Barcelona: Gedisa Editorial.

5. Anexos:

5.1. Anexo 1:



Projeto de Atendimento Psicológico a Famílias de Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social

Coordenação Geral:
Denise Duque CRP 12/00050

Equipe Terapêutica:

Adriano Beiras – CRP 12/06589
Carolina Fermino da Silva – CRP 12/04362
Doris Waldow – CRP 12/06965
Elisane Bender Borges – CRP 12/03460
Fernanda Rotolo Caldas – CRP 12/04691
Gizelle Regina Cardoso – CRP 12/04256
Michelli Moroni Rabuske – CRP 12/04204
Sonia Lima – CRP 12/04188

Psicólogas Policiais da 6ª. DP:

Anna Silvia Tosin Racciopi – CRP 12/03859
Michelle Vechi – CRP 12/03941
Mônica H. da S. de S. Thiago – CRP 12/02112

1. Apresentação

O Projeto de Atendimento Psicológico a Famílias de Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social propõe-se a oferecer atendimento psicológico individual ou familiar a crianças, adolescentes e suas famílias de baixa renda que se encontram em situação de vulnerabilidade social decorrentes de problemas relacionados a abuso ou tráfico de drogas, condutas delitivas e/ou violência doméstica (maus-tratos, abuso sexual, negligência, dentre outros). Originou-se a partir da constatação da equipe de psicólogos policiais e delegada da 6ª Delegacia de Polícia da Capital - Delegacia de Proteção a Mulher, a Criança e ao Adolescente¹², por constatarem que muitas pessoas que buscam a delegacia para fazer um registro policial por estarem envolvidas em alguma situação de violência apresentavam dificuldades para lidar com problemas emocionais, comportamentais e afetivos relacionados a seus filhos. Por considerar a impossibilidade de dar encaminhamento a esta demanda em âmbito público, esta equipe de profissionais¹, propôs uma parceria com o Familiar Instituto Sistêmico.

Em 21/08/2007, sob coordenação da psicóloga Denise Duque¹³, deu-se início a capacitação de 12 psicólogos, dentre eles, 4 psicólogos policiais e 8 especialistas em Terapia Familiar (10 deles ex-alunos do Familiar Instituto Sistêmico).

A partir de setembro de 2007 esta equipe passou a realizar entrevistas de seleção e consequente tratamento das famílias selecionadas. Considerando-se a complexidade da problemática encontrada, optou-se pela realização de reuniões de 2 horas, inicialmente com frequência semanal e, posteriormente com frequência quinzenal, com toda a equipe a fim de fornecer supervisão e discussão dos casos atendidos. Considerou-se a necessidade de atuação em duplas de terapeutas para a maioria das famílias atendidas.

Ao longo destes cerca de quatro meses de trabalho, até o final do ano de 2007, o Projeto atingiu direta ou indiretamente cerca de 50 pessoas, relacionando-se aí, crianças, adolescentes e seus responsáveis. A fim de viabilizarmos a continuidade do Projeto buscamos parcerias que possam financiar a atividade profissional dos terapeutas, da coordenadora e auxílio transporte para as famílias sem recursos.

Vale ressaltar que uma grande percentagem da clientela atingida é proveniente dos cinturões de pobreza de recente e crescente desenvolvimento no Norte da Ilha de Santa Catarina.

2. Justificativa

Constata-se que o Estado tem apresentado cada vez maiores dificuldades em atender as necessidades psico-sociais da sociedade, em especial das crianças e adolescentes pertencentes às camadas mais desfavorecidas da população. Estes contam apenas com os serviços oferecidos pelo Conselho Tutelar, CAPSI e Postos de Saúde, os quais não dão conta da demanda, seja por não contarem com número suficiente de técnicos, seja por carecerem de técnicos especializados para lidar com os problemas que se apresentam.

O Projeto de Atendimento Psicológico a Famílias de Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social propõe-se a contribuir com a redução desta lacuna,

¹² Anna Silvia Tosin Racciopi (CRP 12/03859), Michelle Vechi (CRP 12/03941), Monica H. da S. de S. Thiago (CRP 12/02112) e Delegada Andrea Irany Pacheco Rodrigues

¹³ Psicóloga Clínica, Terapeuta de Casais e Famílias, CRP 12/00050

fornecendo tratamento e orientação psicológica às crianças, adolescentes e seus familiares com intuito de contribuir com seu desenvolvimento social e afetivo.

3. Objetivo Geral

Auxiliar as famílias e seus filhos na superação de suas dificuldades emocionais e conflitos familiares.

4. Objetivos Específicos

- a. Fornecer atendimento psicológico a crianças em situação de abandono, negligência, problemas de conduta e/ou estresse pós-traumático;
- b. Orientar os pais e/ou responsáveis quanto a condutas a serem tomadas com seus filhos;
- c. Explorar possibilidades de resolução de dificuldades dos pais decorrentes de seus modelos de identificação com seus genitores;
- d. Fomentar intercâmbio de informações e recursos entre diferentes instituições que porventura estiverem envolvidas com o caso em atendimento;
- e. Buscar meios de proteção e recursos judiciais em situações de violência;
- f. Orientar as famílias na busca de recursos públicos quando se fizer necessário;
- g. Viabilizar o encaminhamento das pessoas atendidas para avaliação psiquiátrica, quando necessário, na rede pública ou privada;
- h. Fornecer capacitação continuada da equipe de profissionais envolvidos no Projeto visando à qualidade do atendimento prestado e o cuidado com a saúde emocional desses profissionais.

5. Metodologia Empregada

A família recorre a 6ª DP em busca de ajuda. As famílias que mostrarem necessidades de encaminhamento psicoterapêutico são esclarecidas sobre o Projeto e, em caso de aceitação, é agendada *entrevista de encaminhamento*, na qual participam a Psicóloga Policial e a dupla de terapeutas que assumirá o tratamento. Nesta entrevista são explorados apenas o problema e questões pragmáticas de funcionamento, tais como frequência de sessões, local de atendimento (consultório particular do terapeuta ou Familiar Instituto Sistêmico), quais familiares participarão das sessões, existência de necessidade de auxílio transporte.

O tratamento psicoterapêutico segue as bases da teoria relacional sistêmica, apoiando-se em estudos atuais sobre violência doméstica, estresse pós-traumático, desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes e propõe-se a ser breve, de forma a dar oportunidade a um maior número de famílias.

6. Orçamento Previsto

	Valor Unitário	Valor para 10 famílias/mês (aproximadamente)	Valor para 20 famílias/mês (aproximadamente)
--	----------------	--	--

Honorários dos terapeutas	* R\$ 60,00	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00
Auxílio transporte para as famílias (média de 4 pessoas, ida/volta mês)	R\$ 40,00	R\$ 400,00	R\$ 800,00
Custos eventuais com avaliação psiquiátrica	R\$ 60,00	R\$ 240,00	R\$ 480,00
Honorário da Coordenadora do Projeto/mês	R\$ 150,00	** R\$ 600,00	*** R\$ 1.200,00
TOTAL		R\$ 2.440,00	R\$ 4.880,00

* Por sessão com 2 terapeutas, quinzenal

**Supervisão quinzenal

***Supervisão semanal

7. Referências Bibliográficas

CORSI, Jorge. (org). (2003) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.

FURNISS, Tilman. (1993) *Abuso Sexual da Criança*. Uma Abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez. (2002) *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.

MILLER, Alice. (1997) *O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos*. São Paulo: Summus. 2 ed.

MILLER, Alice. (1998) *Por tu propio bien: raíces de la violencia en la educacion del niño*. Barcelona: Tusquets Editores.

RAVAZZOLA, Maria Cristina. (1997) *Histórias infames: Los maltratos em las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

RAVAZZOLA, Maria Cristina. Violência nas relações familiares: por que uma visão sistêmica e de gênero? Em: *Revista Pensando Famílias*. Domus Centro de Terapia de Casal e Família. Vol. 1, nº. 1. 1999. (pp. 11-28)

SANZ, Diana; MOLINA, Alejandro. (1999) *Violencia y abuso en la familia*. Buenos Aires: Lumen Hvmanitas.

TILMANS-OSTYN, Edith; MEYNCKENS-FOUREZ, Muriel. (2000) *Os recursos da fratria*. Belo Horizonte: Artesã.

WHITE, Michael. (2004) *Guias para una terapia familiar sistematica*. Barcelona: Gedisa.

Florianópolis, 30 de janeiro de 2008.

Denise Franco Duque
CRP 12/00050

6. Apêndices

6.1. Apêndice 1



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Familiare Instituto Sistêmico é um instituto de especialização em terapia realcional sistêmica que visa atingir fins terapêuticos, educativos e científicos a partir do atendimento psicológico prestado a famílias. Para a conclusão dos curso, e a aquisição do título de especialista em terapia clínica, é realizado um Trabalho de Conclusão de Curso que tem por objetivo abordar a temática da teoria sistêmica no atendimento psicoterapêutico, visando contribuir com a produção de conhecimento científico na área.

Venho por meio desta convidar você a participar do trabalho, permitindo a utilização dos dados de seu atendimento. O trabalho tem como estratégia desenvolver um estudo de caso clínico, e pretende discutir as repercussões da violência na vida do indivíduo e sua família. Tal discussão se faz importante por abranger várias faces da violência e as inúmeras formas que atinge a vida do sujeito, e por abarcar questões éticas quanto ao papel do profissional psicólogo clínico frente à violência.

O estudo de caso é uma investigação exploratória e descritiva que assume uma situação particular específica e procura descobrir nela o que é de essencial e característico para proporcionar maior nível de profundidade (Gil, 2002).

A participação no trabalho não trará nenhum risco para você ou sua família e sua realização pode trazer importantes contribuições para a melhor compreensão das questões relacionadas à violência, ajudando na prática diária dos terapeutas de família. Você tem total liberdade para escolher participar ou não do trabalho, sem que sua decisão interfira no atendimento prestado à você e/ou sua família. Caso aceite participar, informo que seus dados serão mantidos em absoluto sigilo, garantindo sua privacidade.

Estarei à disposição para esclarecer qualquer dúvida e se, a qualquer momento, você desejar deixar de participar e quiser retirar seu consentimento, isso poderá ser feito por telefone (48 – 9964 07 08) ou e-mail (doriswaldow@hotmail.com).

Doris Waldow
CRP 12/06965

**Pelo presente termo de consentimento, eu, _____
_____, RG: _____, declaro que fui devidamente
esclarecido sobre o trabalho a ser desenvolvido e concordo em participar do estudo,
autorizando a utilização dos dados do atendimento de minha família, bem como sua
publicação e apresentação em eventos científicos.**

Florianópolis, ____ de _____ de 2008.

Assinatura: _____