

**Práticas dos Terapeutas Familiares Brasileiros: a Perspectiva da Abordagem Bioecológica do  
Desenvolvimento Humano**

**Laíssa Eschiletti Prati**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**2009**

**Práticas dos Terapeutas Familiares Brasileiros: a Perspectiva da Abordagem Bioecológica do  
Desenvolvimento Humano**

**Laíssa Eschiletti Prati**

**Tese apresentada como exigência parcial para obtenção  
Do Grau de Doutor em Psicologia sob orientação da  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sílvia Helena Koller**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**2009**

## Agradecimentos

Dizem que, na escrita, o mais difícil é começar. Eu cada vez mais penso que difícil é concluir. O Agradecimento é a primeira parte a ser lida em qualquer tese ou dissertação. Entretanto, acabou sendo a última parte que escrevi. Quando sentei para escrever me dei conta que esse texto é uma apresentação da minha “filha” ao mundo. Obviamente uma tese é pública, mas quero entregá-la especialmente a algumas pessoas que sem dúvida são “pais” (ou tão mães quanto eu) do trabalho que está prestes a ser divulgada à comunidade acadêmica. Portanto, o que segue não é apenas uma listagem de nomes de pessoas. Quero apresentar aos futuros leitores desta tese as pessoas que influenciaram e influenciam a minha forma de agir e de ser. Sei que é uma seção da tese que pode ser pulada, ignorada ou lida com extrema atenção, mas, de qualquer forma, vou acionar meu coração para lembrar todos que me auxiliaram (direta ou indiretamente) a realizar esse estudo.

Começo pelos meus pais Homero Farias Eschiletti e Valéria Leopardo Eschiletti. Pessoas que me ensinaram a ser professora, psicóloga, esposa e mãe. Eles, através de uma infinita disposição para conhecer o novo (seja em Paris ou em Yucumã), me ensinaram que a vida é uma aventura com muitas possibilidades e que devemos estar disponíveis para abraçar àquelas que nos parecem mais desafiadoras. Meus irmãos Leticia e Fabrício também acompanharam viagens (mesmo aqueles “passeios de índio” que o pai inventava) e dividiram desafios. Eles também me fizeram crescer, me ensinaram a repartir e conviver com diferenças. Nos últimos anos, o José Mathias Gusso (quase cunhado) e a Mariana Gallina (Colorada Campeã) passaram a frequentar essa casa e já modificaram minha forma de ser e pensar.

Mas as pessoas que mais mudaram meu jeito de ser foram meu marido Rodrigo Prati e nossa filha Nicole. Sem palavras para explicar o que sinto por eles. Ele, por ser companheiro, paciente, tolerante com minhas frases sem sentido e desafiador. O Rodrigo, quem o conhece sabe, é uma das pessoas mais fantásticas que conheço. Seja pela sinceridade, pela busca pela “verdade” e pelo desejo que este trabalho fosse relevante à comunidade científica, ele foi quem mais esteve ao meu lado durante os quatro anos de trabalho. A Nicole chegou faz um ano e bem que ela desviou minha atenção do trabalho por muitas horas! Ser mãe é uma aventura e tanto, ainda bem que conto com o Rodrigo também nessa tarefa. Não sei o que seria da minha vida sem eles.

Não posso falar do Rodrigo sem lembrar a família dele (que também é minha faz um bom tempo). Com meus sogros Raul e Iris Prati aprendo que o planejamento e a organização são fundamentais para uma boa execução de um projeto. Com minha cunhada Raquel e seu *husband* Steven Brunasso aprendi que não é a distância que afasta ou aproxima as pessoas. Podemos estar muito próximos, mesmo morando em países diferentes.

Até agora falei da família, mas falar da Sílvia Koller é quase continuar falando de “estar

em casa”. Desde a graduação o trabalho e dedicação da “chefe” me encantavam, mas foi só no doutorado que nossas vidas realmente andaram juntas (tudo bem que eu recusei uma bolsa que ela me ofereceu, pode?). Conhecendo bem a Sílvia, não precisamos de palavras para saber o que ela pensa sobre determinado assunto. É só olhar no olho. Ele nos fala, e toca. Ela topou o desafio de estudar a terapia de família comigo e eu comprei a briga de construir uma visão deste campo através da abordagem bioecológica. Espero que o resultado agrade a todos que lerem esta tese.

Além das sugestões, interferências e elogios da Sílvia, as ideias dos professores da banca também estão presentes neste trabalho. A compreensão e visão epistemológica do professor William Gomes ajudaram a manter minha atenção à complexidade do campo da terapia familiar. A vivacidade da professora Olga Falceto (especialmente nos eventos de terapia familiar) lembrava que esse campo de estudo é fascinante e desafiador. Com a professora Luciana Castoldi aprendi, desde a graduação, a importância de manter a seriedade e o empenho nas pesquisas que estou envolvida. A professora Júlia Bucher-Malusche compreendeu o objetivo principal deste trabalho desde o primeiro momento e comprou briga para que eu mantivesse os três estudos que realizei (a banca queria facilitar minha vida). Agradeço de coração as contribuições de vocês a esse trabalho.

Os demais professores do pós-graduação em Psicologia (Cesar Piccinini, Clarissa Trentini, Cláudio Hutz, Cleonice Bosa, Débora Dell’Aglío, Denise Bandeira, Jerusa Salles, Jorge Sarriera, Lia Freitas, Lisiane Bizarro, Marco Teixeira, Maria Alice Parente, Rita Lopes, e Tânia Sperb) também colaboraram com a profissional que sou hoje. Muitos foram meus professores na graduação e a convivência com eles me ensinou a exigir sempre a excelência de meus trabalhos e produções.

Mas esse trabalho não seria o que é sem a parceria de algumas amigas em especiais. A Maria Clara Pinheiro de Paula Couto, a Andreína Moura, e a Michele Poletto foram praticamente colegas de doutorado (apesar de estarem fazendo o mestrado) e irmãs de coração. Muitos trabalhos fizemos juntas e espero que muitos outros virão.

Não posso esquecer o grupo de pesquisa que há quatro anos vem me apoiando na realização da tese. E esse pessoal aguentou minha preocupação e exigência com a coleta e análise dos dados! Bruna Seibel, Camila Morais, Carla Mallmann, Débora Finkler, Jaqueline Soccol, Karen Souza, Letícia Dellazzana, e Ricardo Cunha: vocês contribuíram mais do que imaginam para que esse trabalho esteja pronto.

Agora, realmente meu maior desafio nesses quatro anos não seria vencido sem a ajuda de três *experts* em estatística: Lucas Neiva-Silva (o grande doutor das análises de correspondências multivariadas), Vicente Cassepp-Borges (o mago das análises fatoriais), e Maria Clara Pinheiro de Paula Couto (além de mágica nas análises de variância, ainda teve paciência de me explicar como eu apresentava os resultados). Quando o projeto foi aprovado na banca sabia que teria um árduo

trabalho pela frente, mas não teria chegado até o final sem a ajuda e apoio destes três grandes doutores (ou quase-doutores). Os resultados da tese são resultado direto da influência desse trio na minha vida.

Quando começo a falar nas pessoas que me ajudaram a fazer esse trabalho não posso deixar de fora a família CEP-Rua. Começo pelo grande chefinho Piotr Trzesniak. A calma e a simpatia do Jan cativam a todos e nossas conversas sobre cibernética e teoria dos sistemas estão presentes neste estudo. A galera do CEP-Rua: Fernanda (mesmo emprestada ela é da família), Luciana, Mayte, Normanda, Ana Paula, Monise, Elder, Ivalina, Maria Ângela, Maycoln, Simone, Airi, Luiza, Martha e todo o povo que há citei neste texto também ajudaram a elaboração deste trabalho. Tenho que agradecer ainda a Fernanda Krum e a Amanda da Silveira pela ajudas e conversas. E não posso esquecer os outros colegas do pós-graduação e dos alunos da graduação que foram meus alunos (especialmente os da turma de Psicologia Geral).

Existem aqueles amigos especiais que mesmo não convivendo na UFRGS acabam sabendo do trabalho e se preocupando com os resultados da tese. Aqueles amigos que a gente pode contar a qualquer hora como a Lirene e o Jorge, e as mocreias Andréa, Marlen e Tatiana. Eles merecem destaque especial. E tem também aqueles amigos que nos acompanham profissionalmente e nos ajudam a melhorar sempre mais. Esse é o caso da Céres Faraco, da Daniela Centenaro, do Jefferson Krug, da Maria Isabel Wendling, da Mariana Boeckel, da Paula Grazziotin Silveira, da Sílvia Pinheiro, da Vanessa Lopez e do Wilson Vieira Melo.

Uma parte deste trabalho foi escrita em italiano. Muitas pessoas foram fundamentais durante o tempo do doutorado sanduíche na Università Degli Studi di Bergamo. O professor Pietro Barbetta, além de excelente professor, é um terapeuta familiar fascinante que questiona e estuda a irreverência teórica das práticas na Itália. O professor Walter Fornasa que permitiu que eu compreendesse alguns pontos em comum da teoria de Bateson e da teoria bioecológica de Bronfenbrenner. Em Bérghamo, a Maria Elena, o Elvio e o Luciano foram minha segunda família. A convivência com o Paolo, a galera da Casa de Estudante e com a Christine foram fundamentais para aguentar a saudades de casa. Ainda fizeram parte desta trajetória os alunos e professores do centro Isadora Duncan. Em especial, os professores Michele Capararo, Maria Elena Bellini, Paolo Benini, Agnese Bocchi, Gabriella Erba, Maria Teresa Heredia e Roberta Naclerio.

Entretanto esse estudo não teria acontecido se não fosse a diretoria da AGATEF, principalmente a psicóloga Helena Centeno Hintz. Através dela tive acesso à diretoria e depois a listagem de formadores e terapeutas brasileiros.

Agradeço também aos participantes dos estudos. Agradeço a disponibilidade de participar dos grupos, a paciência com que receberam os inúmeros convites para participar da pesquisa *online*

e o tempo que dedicaram para responder aos questionários. Sem eles, nada poderia ser apresentado.

Minha formação em terapia familiar foi realizada no Domus e não posso concluir essa tese sem agradecer às coordenadoras (Cláudia Giongo, Helena Centeno Hintz, Marli Kath Sattler e Nira Acquaviva) e às colegas da Revista Pensando Famílias e do Corpo Clínico por me ajudarem a trabalhar da forma que atuo. Agradeço especialmente à Lirene Finkler, Laura de Bem, Sílvia Halpern e Paula Baginski.

Agradeço, por fim ao CNPq e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, órgãos públicos que financiaram toda a minha caminhada acadêmica.

Todas essas pessoas e instituições colaboraram com o trabalho que aqui se encontra. Todas essas palavras são pouco para explicitar o quanto sou agradecida por tudo que fizeram por mim. Portanto insisto: muito obrigada.

A autora

## Sumário

Agradecimentos	3
Sumário	7
Lista de Tabelas	9
Lista de Figuras	11
Resumo	12
Abstract	13
Capítulo I – Introdução	14
A Terapia Familiar: Formação e Conceitualização	15
A Terapia Familiar: Uma Abordagem Bioecológica	17
Capítulo II – Terapia Familiar e seus Referenciais Teóricos	23
Abordagem Psicanalítica	24
Autores que Buscaram a Integração da Teoria Psicanalítica com a Sistêmica	26
Referencial Cibernético-Sistêmico de Primeira Ordem	26
Referencial Cibernético-Sistêmico de Segunda Ordem	30
Abordagens Pós-Modernas	33
Os Reflexos Macrossistêmicos na Terapia Familiar Brasileira	36
Capítulo III – Estudo I: Os Formadores	40
Objetivos	40
Método	49
Delineamento	40
Participantes	41
Instrumentos e Procedimentos	41
Aspectos Éticos	43
Resultados e Discussão	43
As Pessoas	44
O Processo Terapêutico	46
A Formação	58
Conclusões	66
Capítulo IV – Estudo II: Os Terapeutas Brasileiros	69
Objetivos	69
Método	69
Delineamento	69
Participantes	70

Instrumentos e Procedimentos	70
Aspectos Éticos	72
Resultados e Discussão	72
As pessoas	72
Premissas teóricas	74
A prática terapêutica	85
Conclusões	92
Capítulo V – Estudo III: A clínica	94
Objetivos	94
Método	94
Delineamento	94
Participantes	94
Instrumentos e procedimentos	95
Aspectos Éticos	98
Resultados e Discussão	98
Categoria 1 – Perguntas Exploratórias Mesossistêmicas	100
Categoria 2 – Perguntas Exploratórias Microsistêmicas	103
Categoria 3 – Hipóteses Clínicas	106
Categoria 4 – Posturas de Intervenção	109
Categoria 5 – Construções sobre a Integração Teórica	113
Conclusões	114
Capítulo VI – Conclusão: Compreensão Bioecológica da Configuração Teórica da Terapia Familiar Brasileira	117
Referências	130
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo I (Presencial)	139
Anexo B – Questionário Estudo I	140
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo I (versão <i>online</i> )	141
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo II	142
Anexo E – Questionário Estudo II	143
Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo III	147
Anexo G – Consentimento para Gravação	148
Anexo H – Genograma da família discutida no grupo focal	149



## Lista de Tabelas

Tabela 1. Frequências de Profissões Distribuídas por Estado de Atuação dos Formadores de Terapia Familiar	44
Tabela 2. Frequências e Porcentagens Relativas aos Locais de Atuação dos Formadores em Terapia Familiar	45
Tabela 3. Frequências e Porcentagens dos Motivos de Busca Apresentados por Famílias Atendidas por Formadores	46
Tabela 4. Frequências e Porcentagens das Linhas Teóricas de Identificação dos Formadores de Terapia Familiar	47
Tabela 5. Frequências e Porcentagens de Autores Utilizados na Prática Clínica por Países	48
Tabela 6. Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Linhas Teóricas de Identificação	51
Tabela 7. Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Utilizados na Clínica	53
Tabela 8. Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Utilizados na Clínica	55
Tabela 9. Frequência e Percentagem das Respostas sobre a Caracterização da Clínica	56
Tabela 10. Frequência e Percentagem das Respostas sobre Atitudes em Situações de Impasse	57
Tabela 11. Frequência e Percentagem das Respostas sobre Componentes da Formação em Terapia Familiar	59
Tabela 12. Frequência e Percentagem das Respostas sobre Autores Indispensáveis à Formação em Terapia Familiar	60
Tabela 13. Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Fundamentais à Formação	62
Tabela 14. Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Fundamentais à Formação	64
Tabela 15. Frequência e Percentagem das Respostas sobre Desafios do(a) Formador(a)	65
Tabela 16. Frequências de Identidade Profissional Distribuída por Sexo e Local de Formação	73
Tabela 17. Frequência dos Estados e Países de Formação dos Terapeutas Familiares	74

Tabela 18. Frequências de Concordância ou Não com Relação às Premissas Teóricas Investigadas	77
Tabela 19. Matriz Padrão da Análise Fatorial das Variáveis sobre Premissas Teóricas	79
Tabela 20. Correlações entre Escolas Adotadas na Clínica pelos Terapeutas Familiares e Fatores Criados a Partir das Premissas Teóricas Investigadas	80
Tabela 21. Frequências e Porcentagens de Utilização de Abordagens Clínicas por Terapeutas Familiares Brasileiros	82
Tabela 22. Matriz Padrão da Análise Fatorial das Variáveis sobre Utilização de Abordagens Clínicas	84
Tabela 23. Frequência e Porcentagem da Utilização de Técnicas por Terapeutas Familiares	85
Tabela 24. Correlações entre Técnicas Utilizadas na Clínica e Fatores Identificados a partir das Escolas Adotadas por Terapeutas Familiares Brasileiro	87
Tabela 25. Descrição de Médias e Desvio Padrão de Utilização de Técnicas por Profissionais Distribuídos por Regiões e Valor da ANOVA	89
Tabela 26. Frequência e Porcentagem de Utilização de Conceitos Teóricos por Terapeutas Familiares Brasileiros	90
Tabela 27. Correlações Entre Conceitos Utilizadas e Fatores Identificados a Partir das Escolas Adotadas por Terapeutas Familiares Brasileiros	91
Tabela 28. Identificação dos Participantes	95
Tabela 29. Categorias e Subcategorias de Análise	99
Tabela 30. Análise da Categoria 1 – Perguntas Exploratórias Mesossistêmicas	100
Tabela 31. Análise da Categoria 2 – Perguntas Exploratórias Microssistêmicas	104
Tabela 32. Análise da Categoria 3 – Hipóteses Clínicas	107
Tabela 33. Análise da Categoria 4 – Posturas de Intervenção	110
Tabela 34. Análise da Categoria 5 – Construções sobre a Integração Teórica	113

## Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama de origens das abordagens da terapia familiar	24
Figura 2. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Linhas Teóricas (Construcionismo Social, Construtivismo, Estratégica e Breve, Estrutural, Narrativa, Pós-Moderna e Milão, Psicanálise e Vínculos, Psicodrama e Grupos, Roma, Intergeracional e Psicodinâmica, e Sistêmica) Utilizadas na Clínica	50
Figura 3. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Bowen, Bowlby, Winnicott e Whitaker, Cecchin, Elkaïn, Esteves de Vasconcellos, Freud, Maturana, McGoldrick, Salvador Minuchin, Morin, Papp, Sluzki, White) Utilizados na Clínica”	52
Figura 4. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin e White) Utilizados na Clínica” e “Linhas Teóricas (Construcionismo Social, Construtivismo, Estrutural, Narrativa e Sistêmica) Utilizadas na Clínica”	54
Figura 5. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Whitaker, Haley, Maturana, Salvador Minuchin, White) Utilizados na Formação”	61
Figura 6. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Tom Andersen, Maurizio Andolfi, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Salvador Minuchin, Michael White) Utilizados na Formação” e “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin, White) Utilizados na Clínica”	63
Figura 7. Distribuição dos Estudos no Contexto Bioecológico da Terapia Familiar Brasileira	117

## Resumo

O presente trabalho investigou as práticas dos terapeutas familiares brasileiros sob a perspectiva da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Três estudos acessaram diferentes níveis do contexto ecológico da terapia familiar. O Estudo I, através de um questionário semi-estruturado aplicado a 57 formadores de terapeutas familiares, identificou os referenciais teóricos disponíveis aos profissionais para a clínica e formação. Os resultados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e fatoriais de correspondência múltipla. O Estudo II explorou como os resultados do Estudo I influenciam as práticas adotadas pelos profissionais brasileiros. Trezentos e oito terapeutas familiares responderam a um questionário estruturado disponibilizado na internet através de links individuais. As respostas foram submetidas a análises estatísticas descritivas, fatoriais, de variância e correlacionais. O Estudo III detalhou a prática clínica de oito terapeutas de família de Porto Alegre, através de grupos focais. Nos encontros, discutiu-se um caso clínico que foi submetido à análise de conteúdo. Os resultados indicam que a configuração teórica da terapia familiar brasileira sem uma abordagem prevalente começa a ser definida pelos formadores. Há a proposta de integrar modelos e compor uma prática multi-teórica na qual o estilo pessoal é respeitado. Foram identificadas duas tendências nas práticas dos formadores: aqueles que utilizam autores mais tradicionais e aqueles que adotam posturas mais pós-modernas, coerentemente na clínica e na formação. Além disso, observou-se distribuição regionalizada, com o Sul concentrando maior foco tradicional e o Sudeste mais pós-moderno. Apesar de algumas diferenças, os terapeutas familiares brasileiros apresentam uma tendência a integrar modelos teóricos, estando mais atentos às técnicas utilizadas do que às premissas conceituais propriamente ditas. Uma análise mais cuidadosa na dinâmica teórica durante os atendimentos sugere que os terapeutas tendem a utilizar autores mais tradicionais no diagnóstico do funcionamento familiar e abordagens mais pós-modernas na definição da forma de interação com a família em atendimento. A análise bioecológica destes três estudos indica uma integração coerente de diferentes abordagens teóricas compondo um ambiente ecológico rico, possibilitando que cada profissional crie um estilo pessoal único.

Palavras-chave: terapia familiar, relação teoria-prática, desenvolvimento humano, abordagem bioecológica.

## Abstract

This paper investigated the Brazilian family therapist's practices under the perspective of Human Development Bio-ecologic approach. Three studies accessed different levels of the bio-ecologic context of family therapy. Study I indentified the theoretical references available for the professional in clinic and in courses of family therapy through a semi-structured questionnaire, which was applied to 57 family therapist professors. The results were analyzed through descriptive and factorial multiple correspondence analysis. Study II explored how the results of Study I influence the practices adopted by Brazilian professionals. Three hundred and eight family therapists answered a structured questionnaire available online through individual internet links. The answers were analyzed through descriptive, factorial, variance and correlation analysis. Study III described in detail the clinical practice of eight family therapists from Porto Alegre through focal groups. In these meetings, a clinical case was discussed and its results were submitted to content analysis. The results indicated that professors are defining the theoretical configuration of Brazilian Family Therapy without a prevalent approach. These professors propose the integration of models and the composition of a multi-theoretical practice, in which personal styles are respected. Two tendencies in professors' practices were identified: those who use traditional authors and those who adopt a more post-modern approach, coherently in clinic and in courses. Besides, these differences are regionally distributed, as the South tends to adopt a more traditional line, whereas the Southeast shows post-modern tendencies. In spite of some differences, Brazilian Family Therapists have a tendency to integrate theoretical models, paying more attention to their technical aspects than to their conceptual premises. A more careful analysis of the theoretical dynamics during appointments has indicated that therapists tend to use traditional authors in diagnosing family functionality and a post-modern approach in defining interaction strategies with the family. The Ecological analysis of these studies indicates coherence in the integrations of different theoretical approaches composing a rich ecological environment that allows professionals to create their own personal style.

*Keywords: family therapy, relation between theory and practice, human development, bio-ecologic approach.*

# Capítulo I

## Introdução

A terapia de família foi definida por Foley (1990) como uma forma de tratamento psicológico com foco em todo o sistema familiar, interessando-se pelo funcionamento do grupo que busca atendimento e compreendendo a interação deste; como seu *locus* de intervenção. Mais importante do que número de pessoas presentes no atendimento, o que realmente caracteriza essa abordagem é a concepção de família e de patologia.

O campo teórico e prático da terapia familiar vem se formando ao longo dos anos através da integração de diversas teorias. Tal pluralidade possibilita o diálogo entre linhas divergentes e convergentes de entendimento da dinâmica de funcionamento das famílias. Atualmente, participam do campo clínico da terapia familiar, principalmente, psicólogos, médicos e assistentes sociais. Além da pluralidade teórica, a diferença de formação desses profissionais e suas experiências de vida também contribuem para a construção de múltiplas formas de atuação. Diversos estudos apresentam escolas (Aun, 2005; Bertrando & Toffanetti, 2004; Elkaïm, 1998c, 1998d; Goldenberg & Goldenberg, 2001; Jones, 1980; Sluzki, 2000), conceitos (Becvar & Becvar, 1999; Gurman & Kniskern, 1981; Piercy & Sprenkle, 1986) e métodos (Bloch & Rambo, 1998; Broderick & Schrader, 1981; Nichols & Schwartz, 2007) que construíram a história da terapia familiar e descrevem um panorama das práticas atuais. Contudo, esses estudos não investigaram como os terapeutas integram essa variedade de abordagens, compondo diferentes formas de atuar, especialmente na realidade brasileira.

O intercâmbio de diversas abordagens da terapia de família (com seus conceitos e métodos próprios) ampliou-se ao longo dos anos, permitindo a irrupção de estilos particulares de atuação. A cada dia, surgem novas ferramentas, permitindo que os terapeutas lidem com as demandas das famílias em atendimento e respeitem as suas próprias características pessoais e grupais. Lacunas presentes em uma abordagem parecem estar sendo preenchidas por outra. Quando não é encontrada uma orientação clara quanto às possíveis opções a serem adotadas, os terapeutas tendem a recorrer ao seu estilo pessoal e à sua própria história de vida. Essa amplitude de recursos pode gerar a sensação de fragilidade teórica ou base científica inconsistente na terapia familiar (Nichols & Schwartz, 2007). Entretanto, esse movimento, que tem sido denominado de formas diversas, tais como irreverência teórica (Cecchin, 1996; Cecchin, Lane, & Ray, 2001), promiscuidade teórica (McNamee, 2004), integração das diversas correntes (Elkaim, 1998) ou construção de um estilo pessoal de trabalho (Rojano, 2004), tem também sido considerado útil e válido para a prática

clínica.

Estudos brasileiros têm mostrado que há vontade explícita de integrar conhecimentos e compor uma prática multiteórica na realidade clínica brasileira (Féres-Carneiro, 1992, 1994, 1996; Ferro-Bucher, 1989). Entretanto, ainda há espaço para estudos que exploram os resultados dessa integração teórica na prática clínica da terapia familiar brasileira.

Para contribuir com o campo, esse trabalho investigou a configuração teórica presente nas práticas dos terapeutas familiares brasileiros. Sendo esta uma realidade complexa e em constante evolução, considerou-se fundamental construir uma abordagem de pesquisa que valorizasse o desenvolvimento pessoal e grupal da realidade da terapia familiar no Brasil. Desta forma, optou-se por propor uma leitura da terapia familiar a partir da teoria bioecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1996).

### *A Terapia Familiar: Formação e Conceitualização*

A evolução da terapia de família alicerça-se sobre três patamares: (1) o desenvolvimento de teorias que sustentam a prática clínica; (2) as trocas possíveis entre os profissionais da área; e (3) as situações clínicas que exigem o desencadeamento de recursos pessoais no profissional (Dias & Ferro-Bucher, 1996). Um fator singular e fundamental de união entre esses três patamares é o(a) terapeuta. Sendo assim, com a evolução das teorias e a ampliação do campo de atuação dos terapeutas familiares, o papel do profissional vem ganhando destaque, tanto no desenvolvimento da teoria quanto na evolução do atendimento clínico.

Parece ser impossível rastrear todos os modelos que surgem na prática clínica. Estudos desenvolvidos sobre este assunto (Elkaïm, 1998; Rojano, 2004) asseguram que um modelo puro não tem dado conta da diversidade de problemas que surgem no atendimento. O contexto das famílias e as características pessoais e profissionais de cada terapeuta influenciam estas configurações. Simultaneamente, as alterações desencadeadas no sistema ao longo da terapia geram processos recíprocos na interação da família em atendimento e no desenvolvimento pessoal e profissional do(a) terapeuta. Não existe, portanto, um modelo estabelecido e definitivo para o procedimento clínico e os terapeutas adotam uma atitude que se assemelha ao “ecletismo”, uma vez que utilizando diversas abordagens, procuram dar conta das demandas apresentadas pelas famílias de forma eficaz (Rycroft, 2004), mesmo que isso ocorra ao custo de uma eventual incongruência teórica.

A criatividade é uma habilidade valorizada pelos terapeutas na tentativa de encontrarem a forma mais adequada de lidar com cada caso em terapia. McNamee (2004) afirmou que eles estabelecem uma prática baseada no que denominou como “promiscuidade teórica”. Enfatiza-se que o termo promiscuidade não é valorativo, e se refere à integração sadia de diversas técnicas, teorias e

escolas de origens diferentes. Segundo ela, “promiscuidade sugere a interface do velho com o novo” (p. 225). A mistura de conceitos e estratégias de atendimento possibilita um espaço para o uso de diversos recursos na terapia familiar. Essa multiplicidade pode permitir o trabalho efetivo e eficaz com os sistemas que buscam atendimento (Nichols & Schwartz, 2007).

Cecchin (1996) apresentou o conceito de *irreverência teórica* que se refere ao constante questionamento e à permanente curiosidade acerca das teorias e práticas que surgem e são acionadas no processo clínico. A *promiscuidade teórica*, além de enfatizar essa abertura, investiga como os profissionais tomam decisões no processo terapêutico, permitindo uma confrontação do que significa ser um terapeuta e quais os objetivos da clínica (McNamee, 2004).

Ferro-Bucher (1989) afirmou que as instituições de formação em terapia de família no Brasil se preocupavam em apresentar aos seus estudantes informações sobre as realizações de diversas escolas americanas e européias. Em alguns casos identificava-se um “ecletismo teórico” (p.53) em função de um grande número de informações apresentadas sem uma real integração teórica. Em outros casos, havia uma preocupação em reproduzir fielmente o modelo aprendido no exterior, sem interligá-lo com a realidade das famílias brasileiras. A opção por uma escola única como referência ao atendimento assegurava a aplicação de uma forma de atuação testada e consagrada, porém poderia estar-se correndo o risco de compreender todos os problemas das famílias a partir de uma única perspectiva. Em função disso, esse ecletismo teórico parece manter-se até a atualidade.

Os terapeutas que tentam fazer uma integração de teorias deveriam buscar uma formação aprofundada nos vários enfoques terapêuticos que pretendem adotar, evitando a aplicação inconsistente de uma abordagem inadequada para determinada família. A formação não é superficial quando se conhece a consistência interna de cada escola e a justificativa teórica de suas formas de ação. A mescla consciente de diferentes abordagens propicia o desenvolvimento da área e a criação de novas estratégias terapêuticas. Permite, assim, o surgimento de novas práticas mais adequadas à realidade na qual os terapeutas estão inseridos (Gomes, 1986).

Para serem bem sucedidos no trabalho clínico, os terapeutas familiares necessitam de flexibilidade e criatividade. Precisam identificar os objetivos da família em atendimento e construir diversas alternativas que facilitem o desenvolvimento nessa direção. Devem compor uma base segura que permita oferecer um repertório de *formas de ser terapeuta*. Nessa base, encontram-se modelos teóricos, habilidades pessoais e vivências de colegas e professores relevantes na sua própria história de terapeuta. Entretanto, ao se considerar que as famílias são agentes e heróis da mudança, os terapeutas podem se aproximar dos limites do que lhes foi ensinado. É preciso, então, aprender a improvisar com os recursos que foram absorvidos durante o seu desenvolvimento



pessoal (Rojano, 2004; Rycroft, 2004). Improvisado esse que propicia a *irreverência teórica* (Cecchin, 1996) e conduz os terapeutas a utilizarem recursos pessoais e a escolherem entre tantas informações recebidas em sua formação (Ferro-Bucher, 1989) para compor uma forma pessoal de trabalhar.

Cada terapeuta, portanto, atua a partir de certas compreensões e de determinados conceitos que lhe são significativos. Entretanto, essas opções são de difícil percepção quando em ação (Pakman, 2004). A evolução da terapia de família serve, portanto, de apoio para a análise crítica do que está contribuindo para a atual *irreverência teórica* na terapia familiar brasileira.

### *A Terapia Familiar: Uma Abordagem Bioecológica*

Existem diversas formas de se contar a história da terapia de família, aqui esta será apresentada como contexto do desenvolvimento humano. O modelo bioecológico propõe que o desenvolvimento humano seja estudado através da interação de quatro núcleos inter-relacionados: o *processo*, a *pessoa*, o *contexto* e o *tempo* (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Reforça a importância da interação da pessoa com o ambiente, apresentando-a como um processo recíproco, mútuo e de interação. O desenvolvimento ocorre na percepção e na ação da pessoa. Tem-se acesso ao processo de desenvolvimento acompanhando as mudanças em função da exposição e interação de uma pessoa com o meio ambiente. O que é percebido, desejado, temido, pensado ou adquirido como conhecimento determina o desenvolvimento psicológico do ser humano (Bronfenbrenner, 1979/1996).

Este modelo trabalha com a noção de *ambiente ecológico*: uma série de estruturas encaixadas, uma dentro de outra, que permite avaliar os eventos que influenciam no desenvolvimento humano com maior ou menor potência. São eles: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

O microssistema refere-se às conexões entre pessoas de maneira direta. Consiste em inter-relações face-a-face, no ambiente imediato da pessoa em desenvolvimento e tem características físicas e materiais específicas. O mesossistema é formado por todos os microssistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento participa. Esse nível é formado e alterado sempre que esta entra ou sai de um contexto. O exossistema diz respeito a contextos que talvez a pessoa em desenvolvimento nunca tenha tido contato direto, mas que influenciam o que acontece no seu ambiente imediato. Por fim, o macrossistema diz respeito aos padrões globais de ideologia, história e organização das instituições sociais comuns a uma determinada parte da sociedade ou a esta em sua totalidade. Envolve as consistências que existem ou poderiam existir, permeando os níveis anteriormente descritos, vinculados a qualquer sistema de crenças (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Ao se analisar esses quatro níveis ecológicos, é possível concluir que o desenvolvimento

do(a) terapeuta, como uma pessoa em seu contexto, ocorre em cada atendimento clínico (microsistema) e nas interações que tem com as diversas famílias em atendimento (mesossistema). Ocorre, também, nas trocas que estabelece com seus colegas de profissão (exossistema) e ao compreender o referencial teórico disponível para embasamento de seu trabalho pessoal (macrossistema).

Existe ainda a proposição de diferentes níveis de interações dos diversos elementos dos ambientes. As interações que mais influenciam o desenvolvimento são denominadas “processos proximais”. Bronfenbrenner (2004) descreveu que:

“Ao longo do curso de vida, o desenvolvimento humano acontece através de processos de interações recíprocas progressivamente mais complexas entre um organismo humano ativo, em evolução biopsicológica, e pessoas, objetos e símbolos no seu ambiente externo imediato. Para ser efetiva, a interação deve ocorrer numa base consideravelmente regular, através de longos períodos de tempo. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato são referidas como processos proximais. Exemplos desses processos incluem alimentar e confortar um bebê; brincar com uma criança pequena; atividades entre crianças; jogos em grupo ou solitários; leitura e aprendizagem de novas habilidades; atividades atléticas; resolução de problemas; cuidado por outros; fazer planos; realizar tarefas complexas e adquirir novos conhecimentos. (...) Em resumo, processos proximais posicionam-se como motores primários do desenvolvimento” (p. 6).

O processo proximal gera habilidades e motivação necessárias para o conhecimento e o crescimento pessoal. Permite que a pessoa se engaje em novos processos, compondo uma cadeia de atividades, sejam com outros significativos ou em processos de interação com símbolos ou objetos (no caso da terapia de família, com as teorias e as famílias que buscam atendimento). Através de interações recíprocas e progressivamente mais complexas, o ser humano torna-se cada vez mais agente de seu próprio desenvolvimento. Porém, é preciso ressaltar que ele nunca é totalmente responsável por esse desenvolvimento o qual é influenciado fortemente por outros aspectos do contexto no qual ele se insere.

De acordo com Bronfenbrenner (1979/1996), “os aspectos do meio-ambiente mais importantes na formação do curso de crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação” (p.19). No microsistema ocorrem interações relevantes no desenvolvimento pessoal. As mais importantes para o desenvolvimento humano são denominadas *processos proximais* (Bronfenbrenner & Morris, 1998). A participação da pessoa em vários ambientes (mesossistema) proporciona um campo maior de oportunidades para o envolvimento em novos papéis. Isso favorece o desenvolvimento, principalmente quando os papéis

a serem desempenhados nos diferentes ambientes encorajam a confiança mútua, a orientação positiva e o equilíbrio de poder nas relações.

Através dos processos de interação pessoa-ambiente, os profissionais que buscam a formação como terapeutas de família desenvolvem potencialidades que alteram sua forma de compreender e agir. Através do estudo de teorias e escolas, constroem ferramentas para lidar com a diversidade das famílias que vêm à terapia. Precisam, portanto, experimentar papéis e explorar recursos pessoais que, articulados com conhecimentos teóricos, servirão de base para suas intervenções clínicas. Contudo, é importante estar atento ao fato de que todas as intervenções foram construídas dentro de um determinado contexto, através das experiências vividas pelos terapeutas e da forma como eles se apropriaram dos conhecimentos com que foram tendo contato.

Ao deparar-se com a noção de cadeias de interação, Bronfenbrenner (1986) postulou também a noção de *cronossistema*. Esse sistema indica o reconhecimento da mudança constante e da impossibilidade de desenvolvimento sem o estabelecimento de processos interacionais ao longo do tempo. O tempo, justamente, exerce um papel no desenvolvimento a partir de transformações e continuidades características do ciclo vital. Há o *microtempo* (continuidade e descontinuidade observadas dentro de pequenos períodos), o *mesotempo* (intervalos maiores de tempo cujos efeitos cumulativos destes processos podem produzir resultados significativos no desenvolvimento) e o *macrotempo* (eventos em mudança dentro da sociedade através de gerações). Ainda em relação ao tempo, situam-se transições biológicas e sociais designadas como normativas (a ida da criança para a escola, namoro, casamento, puberdade) e não normativas (mudanças súbitas, não previstas, como morte precoce, separação).

Fazendo uma transposição do *cronossistema* para o contexto clínico, surge a seguinte configuração: cada processo terapêutico é o desenvolvimento percebido no *microtempo*, uma vez que mudanças podem ser percebidas de uma sessão para outra, principalmente na dinâmica familiar. A análise do *mesotempo* pode ser realizada através das diferenças percebidas no profissional ao longo dos anos em que atua como terapeuta familiar. Com os anos, novas teorias e experiências clínicas vão propiciando mudanças na atuação profissional que não são necessariamente percebidas no *microtempo*, mas que afetam as interações particulares que acontecem em cada processo terapêutico. Já o *macrotempo* é percebido ao estudarem-se as evoluções das teorias que embasam as práticas dos terapeutas familiares.

Tais aspectos sugerem, então, que os profissionais, ao iniciarem sua formação em terapia familiar, constroem um novo ambiente no qual processos proximais acontecerão. Eles entrarão num espaço que afetará sua forma de compreender e agir no mundo, ao mesmo tempo em que poderá influenciar as atividades que são propostas e desenvolvidas nesse campo. Manterão contato com

teorias, técnicas e escolas que servirão de ferramentas para lidar com diversos sistemas que surgem à sua frente, quando famílias vêm à terapia (Rycroft, 2004).

O acesso aos microssistema terapeuta-cliente, através do relato dos profissionais sobre o seu próprio trabalho (questões teóricas e práticas), pode permitir a compreensão de estilos terapêuticos que convivem e compõem o campo da terapia de família no Brasil. Parte-se da premissa que a construção de técnicas para lidar com as especificidades das famílias brasileiras se dá na integração de três aspectos: o estilo pessoal do(a) terapeuta, os referenciais teóricos estudados e as características dos sistemas que vêm à terapia (Ceberio & Linares, 2006). O estilo pessoal do(a) terapeuta define as escolhas que realiza durante o atendimento terapêutico. Para que uma teoria ou técnica seja percebida como recurso, esta precisa fazer sentido para o(a) profissional. Nesse momento de avaliação surge a possibilidade de criar novas formas de atendimento. Entretanto, esse processo pode ser problemático. Os terapeutas podem utilizar instrumentos inadequados, caso não tenham constituído uma base consistente de teorias e métodos.

É importante construir uma base com conceitos coerentes entre si e que estejam de acordo com o jeito de ser do(a) profissional. Ao mesmo tempo, deve-se estar atento ao imprevisível. Os terapeutas também mudam, e um novo evento, seja ele um equívoco ou não, pode acionar recursos que até então não tinham sido utilizados. Durante o ciclo vital dos terapeutas, podem surgir encontros que alterem o desenvolvimento, seja em função de crises esperadas ou crises acidentais. Ecologicamente, terapeutas também são pessoas em desenvolvimento.

As famílias que buscam terapia podem se deparar com algum tipo de risco, frente ao qual o sistema familiar não consegue reagir funcionalmente e estabelecer uma base saudável para seu desenvolvimento. Essas famílias, mesmo quando atendidas por profissionais experientes, podem confrontar as certezas do(a) terapeuta. As formas de trabalhar são desafiadas conforme o funcionamento do sistema familiar e das expectativas que as pessoas, individualmente, depositam na terapia. A decisão de estudar só uma teoria ou de seguir uma determinada escola teórica pode levá-los a uma maior limitação de possibilidades de trabalho. Para lidar com contextos específicos é fundamental construir um jeito pessoal de trabalhar. Os terapeutas familiares que se dispõem a integrar técnicas, teorias e vivências pessoais na sua prática, podem criar um ambiente de maior proteção para famílias que se encontram em situação de risco. Podem se sentir mais capacitados, com mais recursos para lidar com realidades desafiadoras.

Porém, é importante investigar a maneira como os terapeutas familiares compõem seu estilo de atendimento. Não se sabe como os terapeutas familiares brasileiros se percebem teoricamente, *como integram ou não suas teorias e práticas* e quais os reflexos dessas escolhas no desenvolvimento do atendimento familiar. Assim, é necessária a investigação dos ingredientes

desse composto teórico-prático: o que os terapeutas familiares valorizam entre seus recursos pessoais para o trabalho e a influência dos formadores e das teorias tradicionais da terapia familiar no seu cotidiano clínico.

O modelo de *desenvolvimento bioecológico* pode ser uma ferramenta teórica metodológica para que se elaborem pesquisas que evidenciem a interação da pessoa do(a) terapeuta e seus diversos sistemas (do micro ao macro). Surgem espaços nos quais os terapeutas encontram seus recursos para acionar novas possibilidades nas famílias que buscam terapia. O microsistema terapêutico possibilita que recursos da família e dos terapeutas irrompam, criando processos proximais que desencadeiam o desenvolvimento saudável de todos os aí presentes. A sessão precisa ser invadida pelos sistemas ecológicos de cada um. O mesossistema que compõe as vidas das famílias e do(a) terapeuta serve como recurso para atingir os objetivos traçados nesse processo proximal específico. Ao despertar a curiosidade dos terapeutas familiares para o que acontece no exossistema da terapia familiar, podem-se identificar outros instrumentos relevantes para a eficácia na terapia. Quando os terapeutas e as famílias convivem na mesma cultura, o macrosistema é comum aos dois. Essa proximidade gera sintonia nas interações que se estabelecem no sistema terapêutico e perpassa todos os níveis do sistema ecológico.

No sistema terapêutico surgem interações específicas que constituem processos proximais. O início de uma terapia exige a construção de um novo espaço de interação e, por conseguinte, o estabelecimento de um espaço de transição de papéis. Se tanto famílias quanto terapeutas são afetados pela interação que ali se estabelece, é importante que cada um esteja disponível para arriscar a vivência de novos papéis e a construção de novas leituras de suas experiências. Ao longo do tempo, essas construções vão se tornando mais fortes e se expandem, invadindo outros microsistemas das pessoas envolvidas. No caso da vivência do(a) terapeuta, ao longo do tempo (mesotempo), suas experiências vão permitir ou impedir a flexibilidade e a integração de diversas teorias. A constituição de um estilo pessoal de atendimento, portanto, vai evoluindo conforme o tempo em atendimento. Quanto menor o tempo de formado, maior a busca por autores que indiquem a forma mais adequada para trabalho. Quanto mais tranquilidade no atendimento, mais os autores e professores são percebidos apenas como recursos possíveis para a ampliação do leque de opções para a resolução de eventuais impasses.

O estilo pessoal do(a) terapeuta, seus recursos e suas limitações determinam as técnicas e abordagens que utilizará nos atendimentos. A interação com o sistema específico que busca terapia cria novas possibilidades de intervenção, despertando recursos tanto na família quanto no(a) terapeuta. Os impasses clínicos (em especial nos casos que não são tão discutidos pelos referenciais disponíveis) criam a necessidade de “inventar” formas de atuação. Entretanto, para se criar uma

base teórica integrada e consistente, os terapeutas passam por uma fase na qual precisam, muitas vezes, copiar modelos tradicionais, questioná-los e construir alternativas de atendimento coerentes com os modelos iniciais. Somente num terceiro momento os terapeutas poderão sentir que apresentaram consistência em suas práticas, conhecendo os elementos que a compõem e a coerência entre eles.

Os terapeutas são expostos à necessidade de vivenciar novos papéis, explorar possibilidades e recursos pessoais que, articulados com conhecimentos teóricos, construirão sua forma de agir como profissionais. Os contatos com professores formadores geram interações que permitem o desenvolvimento de potencialidades individuais que podem auxiliar no trabalho como terapeutas familiares (Ceberio & Linares, 2006).

Este Estudo investigou a configuração teórica presente nas práticas dos terapeutas familiares brasileiros. Essa composição aparenta ser influenciada diretamente pelas experiências dos formadores que realizaram suas especializações em outros países e, ao integrarem as teorias aprendidas no exterior com a realidade brasileira, construíram um estilo pessoal de trabalho. Também reflete a história mundial da terapia de família e a particularidade das famílias em atendimento. Em função da preocupação constante com a atualização por parte desse grupo de profissionais, pode-se já supor que uma integração teórica está presente nas práticas através da conjugação de técnicas e conceitos das escolas iniciais com formas de atuação propostas por escolas mais contemporâneas. O que ainda se precisava investigar, antes deste estudo, era o modo como as teorias se articulavam após a realização de cursos de formação que propõem a integração teórica em instituições brasileiras.

É partindo dessa compreensão ampla e contextual do desenvolvimento humano que se iniciou este trabalho descrevendo brevemente a história da terapia de família, cuja evolução está representada através de suas principais escolas. Houve preocupação em enfatizar mudanças no pensamento, apesar dessa evolução não acontecer de forma tão evidente para os profissionais que a vivenciaram.

## Capítulo II

### Terapia Familiar e seus Referenciais Teóricos

Consultas conjuntas de toda a família na mesma sessão são relatadas na literatura desde os anos 20, prática especialmente vinculada ao serviço social. No entanto, a terapia de família propriamente dita surge na integração desta prática com alguns objetivos específicos. Nesse período de constituição de uma nova profissão, um grupo de terapeutas mantém-se fiel ao referencial psicanalítico (predominante nas práticas clínicas do período) e altera algumas técnicas de intervenção, permitindo a inclusão de toda a família em um atendimento que antes era individualizado. Outros profissionais rompem com a psicanálise e assumem um referencial teórico sistêmico. Tentando encontrar novas soluções para os casos sob sua responsabilidade, se unem em grupos e estruturam uma nova forma de compreender e agir com os sistemas que buscam terapia. Portanto, ao optar por assumir a nova profissão de terapeuta familiar, cada profissional deveria submeter-se a uma re-avaliação de suas atitudes, revisando desde a forma de compreender o que acontece com os membros da família (análise do caso) até as formas de agir durante o processo clínico (intervenção).

A base conceitual da terapia familiar pode ser didaticamente dividida em quatro enfoques: o psicanalítico; a intervenção sistêmica ou cibernética de primeira ordem; a abordagem cibernética de segunda ordem; e as abordagens pós-modernas. Os dois primeiros grupos mantêm-se contemporâneos desde o início da terapia familiar (na década de 50) e refletem suas bases “pré-históricas”. Já os dois últimos, denotam uma revisão dos fundamentos até então constituídos, permitindo uma renovação do campo e uma ampliação das possibilidades de compreensão e de atuação de terapeutas. A Figura 1 apresenta um diagrama de origem, indicando o surgimento e a continuidade ou não de algumas abordagens teóricas no cenário da terapia familiar contemporânea.

Simultaneamente à criação e evolução dos conceitos teóricos que embasam a terapia de família, surgiram terapeutas expoentes que indicaram novas tendências de atuação. Existem diversas tentativas de classificar e organizar essas abordagens. Porém, essa categorização torna-se confusa por dois motivos especiais: os próprios autores alteram suas formas de trabalhar, aproximando ou distanciando seu trabalho das outras teorias e modos de atendimento, conforme o momento em que são estudados; e cada autor que procura elaborar uma organização acaba criando uma lógica e nomenclatura própria na tentativa de melhor representar os autores principais.

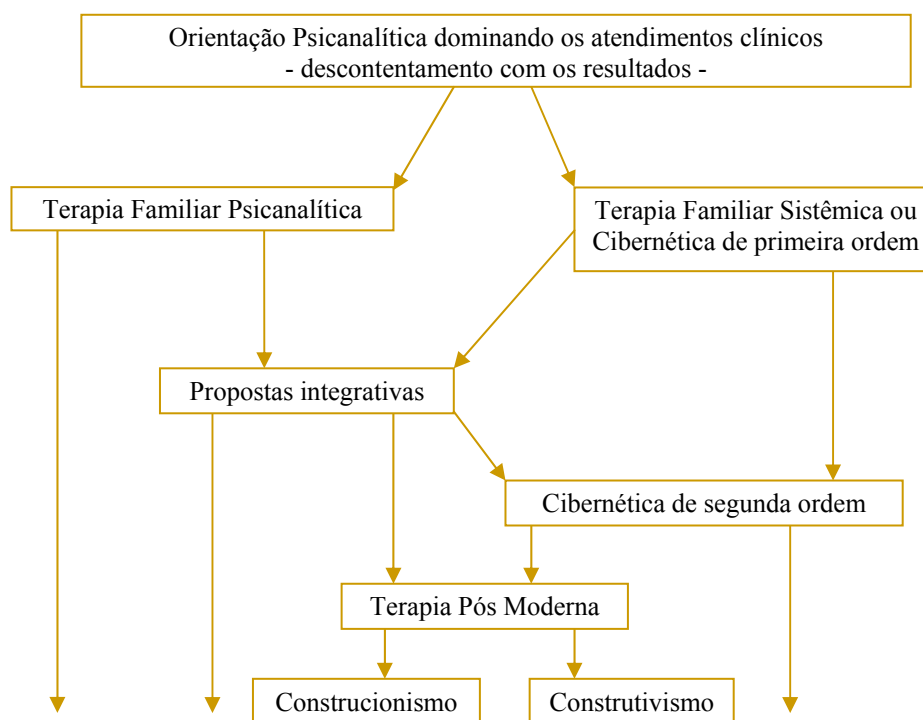


Figura 1. Diagrama de origens das abordagens da terapia familiar

O presente texto mostra as principais diferenças percebidas entre as quatro divisões da terapia familiar (psicanálise, primeira cibernética, segunda cibernética e pós-modernismo), indicando alguns dos expoentes de cada tendência. Muitos autores e escolas não estão citados nesse texto, pois a intenção foi apresentar quatro lógicas de pensamento que ainda estão presentes, em processo de construção e desenvolvimento na realidade da terapia familiar.

### *Abordagem Psicanalítica*

O campo da psicologia e psiquiatria no momento em que a terapia de família estava tentando se estruturar era fortemente marcado pelo referencial psicanalítico. Entretanto, alguns profissionais não estavam satisfeitos com os resultados conquistados numa abordagem tradicional de atendimento. Em função disso, começaram a buscar fontes de inspiração para construir novas formas de trabalho. Esses profissionais não abandonam a compreensão psicanalítica do caso e continuaram a compreender a dinâmica intrapessoal através dessa abordagem teórica. Há um rompimento com as técnicas de intervenção, inserindo diversas pessoas da mesma família em atendimento e modificando a postura do profissional. Mantêm-se idéias como a importância das relações familiares na vida do(a) paciente e resistências que interferem no processo analítico; a influência dos papéis sociais e das relações entre estes papéis na etiologia da patologia; o entendimento do indivíduo no contexto de sua família e seus grupos; a inclusão da família na



compreensão da doença mental, percebendo o membro-paciente como “porta voz” de uma patologia grupal (Féres-Carneiro, 1996; Ponciano & Féres-Carneiro, 2001).

Nesta abordagem há uma ênfase no passado, na história. Aí se encontram a causa e a solução dos sintomas. É preciso acessar os acontecimentos recalçados para permitir o crescimento saudável do grupo familiar (Robin Skynner, 1981). Trabalha-se, portanto, com memórias, sentimentos e emoções do passado. Entre os objetivos da terapia estão presentes o crescimento individual dos membros da família e a obtenção de um *self* individuado e da objetividade madura (Féres-Carneiro, 1996a). Os terapeutas familiares de orientação psicanalítica estão atentos a três níveis de sistemas relacionais: o intrapsíquico, os aspectos internos de relações interpessoais, e os aspectos existenciais de relações interpessoais (Jones, 1980).

A noção de id, ego e superego, a transferência e contratransferência, a neutralidade dos terapeutas, a livre associação e o *insight* continuavam a fazer parte do atendimento familiar (Jones, 1980). A terapia tende a ser de longa duração e os terapeutas utilizam o método interpretativo para a condução do processo. Os que mantiveram uma orientação kleiniana, por exemplo, percebem a dinâmica familiar como expressão do entrelaçamento de várias relações objetais relacionadas (Féres-Carneiro, 1996).

Ganhou força o estudo das funções do ego, triangulações e da trigeracionalidade como a base de patologias ou recursos para o desenvolvimento saudável dos membros da família. Essa abordagem manteve-se relacionada ao estudo dos aspectos intrapsíquicos de cada membro da família. Ao mesmo tempo, ampliou-se o campo de intervenção ao construir esse modelo de atendimento que valoriza os aspectos interacionais que influenciam a constituição psíquica individual (Jones, 1980).

Nas tentativas de classificação das abordagens, entre as denominações que se associam à abordagem psicanalítica estão: abordagem psicodinâmica (quando há foco na patologia e no sintoma); abordagem integrativa ou interacionista (quando se percebe uma intenção em valorizar as informações sobre o que está acontecendo na sessão terapêutica); abordagem contextual (quando informações sobre o contexto das famílias que influenciam nas experiências subjetivas são valorizadas no processo terapêutico); abordagens intergeracionais ou transgeracionais (na qual há a valorização de aspectos da dinâmica familiar que são transmitidos na e entre as gerações, principalmente segredos, legados e mitos; Pierce & Sprenkle, 1986a).

Na orientação psicanalítica, encontram-se estudos sobre a análise da transferência familiar. Os terapeutas ampliaram a complexidade da análise da transferência entre profissional e paciente. Movimentavam-se de uma compreensão da díade (terapeuta-cliente) para a atenção às diversas interações que acontecem entre os membros da família. Esse deslocamento não excluiu a pessoa

do(a) terapeuta que se oferecia como um campo neutro para projeções e relações transferenciais durante o atendimento (Nichols & Schwartz, 2007).

#### *Autores que Buscaram a Integração da Teoria Psicanalítica com a Sistêmica*

Alguns autores, ao perceber que criaram uma nova forma de lidar com os pacientes, preocuparam-se em apresentar seu modelo de atendimento e construíram “escolas” que buscavam perpetuá-lo (Duhl & Duhl, 1981). Este é o caso de Bowen. Ele iniciou sua forma de atendimento familiar embasado na terapia familiar psicanalítica (Bowen, 1972; Nichols & Schwartz, 2007) e buscou uma integração com a teoria dos sistemas familiares (Broderick & Schrader, 1981; Foley, 1990). É um exemplo da possibilidade de aproximação de conceitos da abordagem psicanalítica e da sistêmica na atuação clínica com famílias, apresentando-as como complementares e não incompatíveis. Ele manteve seu foco principal de trabalho na estrutura psíquica familiar, mas ampliou sua intervenção avaliando papéis, funções e limites que atuam e definem o funcionamento específico desse grupo (Desidério, 1988).

Whitaker é um terapeuta singular. Por sua genialidade, criou um modelo de abordagem clínica baseado na criatividade e humor que é denominada terapia experiencial (Bertrando & Toffanetti, 2004; Connell, Mitten, & Whitaker, 1998; Goldenberg & Goldenberg, 2000; Nichols & Schwartz, 2007; Piercy & Sprenkle, 1986b). Por haver uma evidente dificuldade em criar uma categoria na qual sua abordagem se enquadre, uma alternativa é concordar com a definição mais detalhada apresentada pelo próprio autor: orientação intergeracional, utilizando um enfoque simbólico-experiencial (Whitaker & Keith, 1981).

#### *Referencial Cibernético-Sistêmico de Primeira Ordem*

O ramo sistêmico da terapia familiar surge como uma novidade para os profissionais que estavam preocupados em encontrar outras formas para promover a saúde de seus pacientes. As escolas desse enfoque tiveram um maior impacto no início da terapia familiar exatamente por constituírem-se em grupos e desenvolverem modelos de atendimento capazes de ser facilmente ensinados e repetidos. A aproximação com os “teóricos dos sistemas” foi um momento inevitável e a construção de novos conceitos pelos profissionais que estavam trabalhando diretamente com as famílias se tornou uma necessidade constante.

Os conceitos utilizados nessa tendência da terapia de família foram construídos a partir de três teorias principais: a teoria dos jogos, a cibernética (ou teoria dos sistemas) e a teoria da comunicação humana. Essas três teorias são mescladas compondo a base teórica dos terapeutas familiares que se denominam sistêmicos. Na verdade, os conceitos principais de cada uma dessas

teorias já chegaram ao mundo da terapia familiar integrados, sem ser considerado necessário estabelecer uma definição exata de cada um. Por terem uma base de investigação comum (sistemas interacionais), essas teorias assumem a característica de uma unidade conceitual que auxilia na compreensão da dinâmica familiar.

O estudo realizado por Bateson, Jackson, Haley e Weakland (1956/1968) permitiu, segundo Féres-Carneiro (1994), a aproximação da terapia de família com a cibernética (Wiener, 1988) ou teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1975). Essa última teoria contribuiu para a compreensão da interação familiar como um sistema aberto que tende ao equilíbrio. Também permitiu que os terapeutas de família passassem a trabalhar com hipotetizações irreais (seguindo o exemplo de químicos que pensam em substâncias não existentes naturalmente), ampliando o campo de criação de intervenções (Apter, 1973). Os profissionais desta fase concordam que a dinâmica familiar apresenta uma forte tendência a homeostase, ou seja, todas as pessoas se movimentam na tentativa de manter a estabilidade no funcionamento do sistema (Gomes, 1986).

A teoria dos jogos proposta por Von Newman (1953) possibilitou uma compreensão das estruturas relacionais que surgem entre os jogadores (utilizando os termos assimetria e complementaridade). Esses conceitos foram aplicados como forma de explicar as relações comunicacionais entre as pessoas das famílias e a avaliar a funcionalidade e/ou disfuncionalidade da mesma. As noções de estratégia e poder também foram daí aproveitadas.

A Teoria da Comunicação Humana – desenvolvida a partir dos estudos de Gregory Bateson – é referência indispensável na terapia familiar sistêmica. Bateson (1972) considera o contexto e sua significação nos estudos que desenvolveu. Assim, distancia-se das “ciências duras” e constrói novos campos de investigação. Como etologista e antropólogo, viveu na integração desses campos de saber e adotou as seguintes premissas: a aprendizagem ocorre na relação entre organismos (seqüência de seqüências de estímulos e respostas); aprender a aprender é adquirir informações sobre padrões presentes no contexto de aprendizagem; e, a característica de um organismo está relacionada ao padrão contextual das aprendizagens já vividas. Bateson estava preocupado com os processos envolvidos na comunicação e, para isso, abandona a explicação linear, causal, e histórica do distúrbio mental. Foca sempre na interação, na comunicação e na natureza das relações que explicam a patologia (Gomes, 1986). Seu estudo permitiu que a comunicação assumisse a principal dimensão utilizada para avaliar a saúde e a doença na dinâmica familiar (Féres-Carneiro, 1992), e possibilitou a busca de resolução de conflitos através da alteração de padrões de ação/interação (Ponciano & Féres-Carneiro, 2001).

Uma família, ao ser compreendida como um sistema, pode ser avaliada em relação à suas fronteiras e aos seus subsistemas. São as fronteiras que definem se uma família é um sistema aberto

ou fechado. Quanto mais informações os membros da família aceitam de outros, mais aberto é um sistema. As fronteiras são avaliadas em um contínuo desde famílias rígidas (que não permitem a transmissão de informações) até flexíveis (que transmitem todas as informações). A utilização desse conceito permite aos terapeutas familiares a busca por um padrão médio de transmissão de informações (fronteiras nítidas) permitindo tanto a manutenção da identidade do grupo familiar quanto a abertura a novos estímulos disponíveis no ambiente. A família pode ser compreendida como um subsistema da cultura e, simultaneamente, ser composta de subsistemas relacionais. É esperada, da mesma forma, uma nitidez de fronteiras entre pais e filhos, entre irmãos e entre membros da família extensa (Becvar & Becvar, 1999).

O conceito de fronteiras e sua compreensão no sistema familiar permite a utilização dos conceitos de entropia e *negentropia* para explicar a necessidade ou não de trocas entre a família e seu ambiente. Ou seja, de uma forma geral, os sistemas aceitam de outros sistemas informações necessárias para continuar existindo. Se há falta de energia ou informações no sistema familiar, este se volta para os sistemas externos (entropia) na busca de retornar ao estado de equilíbrio. Ao mesmo tempo, existe uma tendência à ordem ou ao equilíbrio (negentropia ou entropia negativa) que afasta o sistema família dos estímulos excessivos do meio. Esses conceitos estão intimamente relacionados com o conceito de homeostase, ou seja, a tendência do sistema à estabilidade. O sistema familiar desenvolve-se através de dois mecanismos: a morfoestase (que conota estabilidade no contexto de mudança) e a morfogênese (que conota mudança no contexto de estabilidade). Permitem o delineamento dos comportamentos característicos de famílias funcionais: crescimento, criatividade, inovação e mudança (Becvar & Becvar, 1999).

Entretanto, a maior revolução da teoria dos sistemas refere-se à preocupação com o que a família apresenta no atendimento terapêutico, deslocando-se o foco do passado para o presente. Essa alteração foi proporcionada pela aproximação com o conceito de equifinalidade que indica que, independente do ponto de partida, a organização final de um sistema será sempre a mesma. O foco na história da família é diminuído e as interações atuais passam a ser os principais meios de auxiliar o desenvolvimento do sistema. Os terapeutas preocupam-se, então, com o “como” as famílias funcionam e focam no aqui e agora (abordagem pragmática). A preocupação com o processamento de informações e com a comunicação do sistema familiar permite o estabelecimento da natureza dos relacionamentos que aí se estabelecem através de padrões de comunicação. A comunicação é descrita como verbal (digital) e não verbal (analógica). Além desses elementos, é importante considerar o contexto no qual essa comunicação é transmitida, pois este qualifica as mensagens não verbais, que por sua vez qualificam as verbais. Através da análise dos *feedbacks* positivos e negativos se tem acesso ao que se está comunicando, como e em que contexto. Toda a

comunicação, ou interação recíproca, é influenciada por um sistema de *feedback*. Os terapeutas familiares que utilizam essa abordagem teórica salientam que esse sistema atua na promoção da homeostase familiar (mesmo que seja disfuncional para o desenvolvimento saudável de todos os seus membros). O *feedback* positivo indica que alguma mudança pode acontecer, enquanto o negativo indica para os membros a continuidade dos comportamentos conhecidos (Becvar & Becvar, 1999).

A compreensão sistêmica da família ampliou as formas de atuação dos terapeutas familiares por possibilitar o trabalho com “partes do todo”, não precisando lidar com toda a complexidade da interação de uma só vez. Gomes (1986) afirma que, nesse enfoque, o sintoma tem uma função na organização familiar e uma complementaridade geral com a organização do grupo. Portanto, uma mudança em qualquer área do sistema pode gerar uma nova organização com a conseqüente eliminação do sintoma ou problema. Elkaïm (1998b) traduz essa possibilidade através da comparação da terapia familiar ao impulso de uma alavanca sobre um rochedo que obstrui o caminho. Basta apoiar a alavanca sobre um ponto desse rochedo, seja qual for ele, para que a totalidade do obstáculo comece a mover-se. Essa orientação possibilitou o foco no problema e a construção de intervenções mais pontuais por parte dos terapeutas.

Utilizando esses conceitos, dando maior ou menor evidência a cada um deles, diversas escolas sistêmicas de atendimento familiar foram se constituindo. A maioria delas apresenta uma forma de compreender a família e de agir na terapia com rápida identificação e explicação tornando mais fácil, em comparação à abordagem psicanalítica, a sua classificação. A terapia comunicacional-sistêmica está preocupada com aspectos da comunicação e da interação dos membros da família durante o atendimento, priorizando o atendimento a todo o grupo familiar. A terapia sistêmica breve está voltada à resolução do problema, foca no sintoma e altera o funcionamento do sistema na tentativa de extingui-lo (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1988). Na escola estratégica os terapeutas buscam construir intervenções que desencadeiam a mudança do sistema, há uma exigência de uma postura mais interventiva dos profissionais (Keim, 1998). O modelo comunicativo-interativo segue as idéias de Bateson e tem um enfoque no sistema familiar, percebendo sintomas e patologias como resultado da comunicação e interação intrafamiliar disfuncional (Desidério, 1988).

O *Mental Research Institute* (MRI), fundado por Jackson, foi o elo de ligação entre os estudos teóricos de Bateson e a prática clínica sistêmica de famílias. O modelo característico dessa instituição é a terapia breve de resolução de problemas (Witzezaele & Garcia, 1998). Neste modelo os terapeutas utilizam princípios da teoria sistêmica para focar na resolução dos problemas através da alteração do comportamento sintomático, utilizando a pragmática da comunicação humana como

referencial unificador das teorias originais (Miermont, 1994). O trabalho desenvolvido na clínica do MRI apresenta características interacionais (Bodin, 1981; Jones, 1980) e estratégicas (Aun, 2005; Goldenberg & Goldenberg, 2000; Nichols & Schwartz, 2007; Piercy & Sprenkle, 1986c; Stanton, 1981). São expoentes do trabalho desenvolvido pelo MRI: Watzlawick, Weakland, Fisch, Bodin e Satir.

A escola estrutural, investigando a hierarquia, funções e fronteiras do sistema familiar e seus subsistemas, utiliza intervenções diretas para modificar o presente e não para explicar ou interpretar o passado. Os terapeutas têm o objetivo de modificar a estrutura familiar, ou seja, identificar os padrões transacionais do sistema e as diferentes maneiras através das quais os membros da família interagem (Aponte & VanDeusen, 1981; Goldbeter-Merinfeld, 1998; Minuchin & Fishman, 1990). Para isso, lida com subsistemas (agrupamentos que definem habilidades e níveis de poder) e fronteiras (regras de quem e como se participa dos subsistemas). Partindo dessa análise procura reestabelecer a negociação quanto ao poder evitando alianças transgeracionais, e reorganizar fronteiras entre os subsistemas, tornando-as nítidas (Féres-Carneiro, 1996). A patologia ou disfuncionalidade é compreendida como resultado da cristalização de interações, construção do bode expiatório, comunicação com críticas, acusações, silêncios e duplas mensagens, papéis estruturais mal definidos e com alianças disfuncionais. Portanto, a estrutura é o conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem (Gomes, 1986). Esta abordagem foi um dos modelos mais difundidos por ser de fácil transmissão. Apresenta conceitos fáceis e técnicas de rápida explicação.

Diversos outros conceitos e formas de atuação foram desenvolvidos a partir dessa base teórica da terapia familiar. Com a evolução da física e o questionamento constante da forma de lidar com sistemas complexos, a cibernética foi revista (Keeney & Thomas, 1986). Portanto, essa base teórica para a compreensão das famílias em terapia está baseada na cibernética de primeira ordem (na qual o sistema é percebido independente do observador) esse é um dos pontos bastante criticado pelos profissionais que lidam com famílias. Era como se os terapeutas fossem “observadores externos e intocáveis” capazes de interferir no comportamento da família sem serem influenciados por ela. O questionamento dessa forma de compreender e lidar com o sistema familiar permitiu a evolução para as outras fases da terapia de família. Novamente, foi o movimento em outros campos da ciência que possibilitou a revisão desses conceitos e a retomada da influência dos terapeutas na evolução do sistema familiar.

### *Referencial Cibernético- Sistêmico de Segunda Ordem*

A denominação de segunda cibernética ou cibernética de segunda ordem foi proposta para

referir-se ao sistema composto pelo sistema em observação e o sistema que o está observando. A neutralidade do cientista passa a ser questionada e as influências recíprocas entre sistema e observador passam a ser trabalhadas.

A aproximação do campo da terapia de família com a segunda cibernética, através do trabalho de Von Foerster (1988), fez com que o profissional se percebesse necessariamente incluído na descrição do sistema que observa. Essa integração possibilitou a ampliação da relevância do trabalho do *self* do(a) terapeuta. Para Elkaïm (1998b), os terapeutas têm como sua primeira ferramenta eles próprios. Os sentimentos despertados na terapia podem se constituir em preciosos trunfos. Portanto, o profissional atua baseado em “ressonâncias” entre a sua vida e a do sistema, e é fundamental, para uma terapia efetiva, o trabalho das crenças e pontos cegos que são próprios dos terapeutas.

Ressonância é um dos conceitos fundamentais da terapia de família dentro do paradigma da segunda cibernética. Refere-se aos “agrupamentos particulares, constituídos pelas intersecções de elementos comuns a diferentes indivíduos ou diferentes sistemas humanos, que suscitem mútuas construções do real dos membros do sistema terapêutico” (Elkaïm, 1998b, p. 320). Essa construção parte da crença de uma epistemologia da participação. Ou seja, pressupõe a existência de um processo recursivo no qual indivíduos interagem, criando uma adaptação/ajuste no qual todos evoluem e se modificam num ambiente de coconstrução (Becvar & Becvar, 1999).

A terapia passa a ser percebida como um processo de perturbações mútuas e de compensações tanto para as famílias quanto para os terapeutas. As ressonâncias conferem um significado único aos elementos que as constituem, ampliando os recursos e as formas de atuação de todos os envolvidos no processo clínico (família e profissional). Os terapeutas deixam de decidir como o sistema familiar deve funcionar, perdendo seu lugar de *expert* e passam a ser facilitadores no momento em que participam com os clientes no processo de mudança. Sendo assim, a supervisão por terapeutas mais experientes é um aspecto fundamental na formação dos terapeutas familiares. Ela permite que os terapeutas tomem consciência das emoções que podem interferir no processo terapêutico e aprofundem certas construções de mundo comuns, buscando um abrandamento das mesmas (Becvar & Becvar, 1999; Elkaïm, 1998b). A segunda cibernética permite a aproximação dos sistemas dos terapeutas e das famílias, compondo o sistema terapêutico. Aspectos de uns e outros (outrora separados) podem abrir-se e construir um sistema totalmente novo e inesperado (Felipim, 1992).

Os estudos desenvolvidos por Prigogine (1984), sobre os sistemas abertos longe do equilíbrio, foram importantes para a revisão de conceitos da terapia familiar. A explicação para a mudança nos sistemas familiares nos momentos de crise foi melhor entendida ou, por assim dizer,

complexificada. Prigogine afirma que a evolução dos sistemas está relacionada à natureza dos processos de interação entre os elementos do mesmo. As interações podem provocar um estado de crise que cria novas formas de comportamento. Dessa “criação” depende a história do sistema e é imprevisível mas qualitativamente diferente do funcionamento anterior. A possibilidade de acessar as interações entre passado-presente-futuro permite aos terapeutas familiares novos recursos para trabalhar a família (Elkaïm, 1998b).

O sistema familiar, compreendido a partir da segunda cibernética, é complexo, funciona em patamares distantes do equilíbrio. A instabilidade é uma característica-chave, uma vez que cada família é profundamente sensível e dependente de trocas com o meio para sua sobrevivência e evolução. O sistema transforma a desordem em ordem, entretanto nunca se pode voltar a um estado anterior ou original. Ao lidar com novas informações, o sistema constrói um sistema criativo e virtuoso de auto-referência, estabelecendo sentidos próprios e particulares às interações vividas na clínica.

Essa forma de compreender o sistema familiar propicia o contato com os estudos de Maturana e Varela (1984/2004), que enfatizam que a realidade é influenciada pelas atividades internas do ser humano. Cada ser vivo coconstrói sua forma de perceber e compreender o mundo a partir de relações com outros seres vivos, com o contexto e com seu organismo. Os terapeutas de família ajudam as famílias a encontrar suas singularidades permitindo a evolução do sistema. Simultaneamente, os supervisores dos terapeutas (formadores) devem ajudar cada estudante a aproveitar ao máximo suas próprias singularidades para o progresso das terapias que esse venha a conduzir (Elkaïm, 1988).

A terapia de família da segunda cibernética, portanto, compreende tanto a história dos pacientes quanto o seu contexto, ambos os aspectos indispensáveis para a promoção da saúde mental. Os terapeutas interagem com o sistema e auxiliam-no a se distanciar do equilíbrio (movimento homeostático). Os profissionais, entretanto, também sofrem alterações quando entram em contato com o grupo que busca terapia, compondo o sistema terapêutico. Nessa nova interação, os terapeutas e as famílias são os responsáveis pela manutenção ou pela mudança/solução do problema. O não reconhecimento dessa influência pode ser bastante prejudicial àqueles que vêm buscar apoio terapêutico (Becvar & Becvar, 1999).

Essa nova composição permite que a realidade seja compreendida como “multiverso”. Cada pessoa entende sua forma de viver e constrói uma forma de acessar a realidade de maneira ligeiramente diferente do que as outras pessoas de seu sistema. Essa construção está apoiada na hereditariedade, experiências, pressuposições, valores e crenças individuais. Cada forma de perceber o que está acontecendo deve ser reconhecida e respeitada. Além do reconhecimento da



maneira como os membros da família descrevem o que está acontecendo, a forma como os terapeutas percebem a família também deve ser levada em consideração (Becvar & Becvar, 1999).

A compreensão da realidade como “multiverso” e a valorização da não-neutralidade dos profissionais desencadearam uma nova transição na base conceitual da terapia familiar. Um movimento que permitiu a revisão de alguns conceitos, a retomada de conceitos abandonados e a aproximação dos dois pólos iniciais da terapia familiar: a linha psicanalítica e a sistêmica. Essa aproximação compôs novas propostas de atendimento, e, por conseguinte, novas escolas surgiram na terapia familiar.

Há uma preocupação entre os terapeutas familiares dessa fase em definir os assuntos específicos que estão sendo trabalhados, em função de serem conscientes da inabilidade de lidar com toda a complexidade que irrompe no atendimento de uma família. O fato de os terapeutas perceberem-se como parte do sistema terapêutico enfatiza que são humanos e suas características pessoais influenciarão o andamento da terapia. Por isso, cada profissional passou a investigar os aspectos que mais o atraíam e que pareciam indicar um dos possíveis caminhos para a mudança.

A ênfase na não neutralidade dos terapeutas gerou uma avaliação pessoal quanto a utilização de determinados métodos e técnicas. A tendência da segunda cibernética da terapia familiar auxiliou o profissional a conhecer suas limitações e pontos fortes. Carlson (1999), ao considerar o desenvolvimento da família acontecendo num mundo instável e incerto (características do mundo complexo), afirma que os terapeutas devem ser inventivos ao associar suas habilidades com as técnicas de intervenção disponíveis. Assim será possível encontrar uma forma pessoal e criativa para lidar com os desafios que são impostos ao sistema terapêutico. Esse autor afirma ainda que os terapeutas que são denominados “a-teóricos” promovem o uso de técnicas que tem a intenção de facilitar a vivência de experiências criativas nas famílias. Para isso os terapeutas devem ser flexíveis, espontâneos e, às vezes, provocativos.

Essa postura de abertura ao novo gerou um novo caminho de aproximação e resgate a outras teorias. A segunda cibernética, ao questionar certezas, desencadeou um processo de reavaliação de muitas práticas que vinham sendo adotadas. Esse movimento também acompanhava um deslocamento das ciências em geral, rumo ao pós-modernismo, fase de desconstrução e reavaliação da própria terapia familiar.

### *Abordagens Pós-Modernas*

Utilizando o referencial da segunda cibernética, alguns terapeutas passam a enfatizar a existência de diversas formas de descrever/narrar o que acontece com as famílias em atendimento (multirealidade). Isso também significa dizer que as histórias contadas pelas pessoas não

representam o que as famílias “realmente” são. Apenas retratam uma forma através da qual elas experienciam sua história.

Essa relativização do “real” permitiu que novas teorias desencadeassem novas compreensões das famílias e seus problemas. Nessa tendência mais atual da terapia familiar, a forma de compreensão do processo terapêutico adquire novas características. O profissional pós-moderno, uma vez invadido por sentimentos que não se reduzem a uma única abordagem teórica escolhida, tem o objetivo de facilitar a construção de uma nova forma de compreender/narrar os eventos que se sucedem na família (Onnis, 1998).

O poder do(a) terapeuta, ou a responsabilidade pela condução do processo terapêutico, é enfraquecido. Os terapeutas estão inseridos nos jogos de linguagem que a terapia possui e o objetivo principal é desemaranhar-se deles (Barbetta, 2005). Uma maneira sugerida para desenredar-se dos mesmos é através da posição de etnógrafo. Os terapeutas devem viver o conflito das interpretações entre os membros da família e as narrativas apresentadas pelos terapeutas da equipe (quando existe). A principal habilidade dos profissionais não é mais escolher uma história para conduzir o processo, mas transformar conflitos em um diálogo, permitindo fluidez e flexibilidade entre todas as pessoas que compõem o sistema terapêutico. A sessão passa a ter características de uma conversa reflexiva ou de uma re-narração de histórias. Além de revisar os sentimentos, os terapeutas buscam acionar recursos das pessoas que contradizem a história do problema e que, em função disso, não são reconhecidos na história, mas se fazem presentes em alguns momentos.

A aproximação com as idéias de autores como Foucault (2004), Derrida (1995) e Deleuze (1988) permite um repensar sobre a realidade e as formas como as pessoas se relacionam com ela. A articulação com o construcionismo social também influencia de modo visível as práticas, então, coconstruídas pelos novos expoentes da terapia familiar. Não há mais um modelo a ser seguido, mas construções pessoais que ampliam e modificam conhecimentos já desenvolvidos pela história da terapia familiar (Elkaim, 1998b).

Ocorre uma complexificação do ambiente no qual a terapia de família passa a se desenvolver. Cada profissional aproxima-se de outros referenciais e busca uma forma única/pessoal de trabalho. Isso abre o campo da clínica para uma compreensão fenomenológica da história das famílias em terapia. Nos enfoques atuais (sejam existencialistas, humanistas, fenomenológicos, comunicacionais ou narrativos), os terapeutas mantêm seu foco de investigação nas crenças que organizam a realidade da família e definem os comportamentos de seus membros. Na terapia busca-se a reformulação dos modos de interpretação da história que estão cristalizados, apresentando outras possibilidades de interpretação e reformulando tanto passado como o presente. Por exemplo, numa perspectiva existencialista, o ponto de partida da interação que se estabelece no atendimento é

verificar a importância do significado das ações para a vida de relações com os outros. A partir daí busca-se o desenvolvimento de si mesmo, visando a capacidade de definir seu próprio destino. O alívio do sintoma vem como consequência de mudanças na experiência interna, ou seja, na forma como a pessoa compreende a realidade. Foca-se mais o presente, embora às vezes seja necessário re-elaborar o passado, em vista do futuro (Gomes, 1986).

Essas novas possibilidades de compreender as famílias e seus sintomas constituem as possibilidades do período pós-moderno de terapia familiar. Este tem vários conceitos organizados e estudados por Gergen (1999) partindo dos princípios do construcionismo social (Bertrando & Toffanett, 2004; Elkaïm, 1998c). Somam-se a estas reflexões construtivistas e de filósofos do pós-modernismo.

A perspectiva construtivista da terapia dessa fase utiliza diversos conceitos da segunda cibernética, mas amplia e questiona o papel dos terapeutas em função de idéias pós-modernas. Busca, por exemplo, apoio na idéia apresentada por Prigogine (1984) de que a evolução ocorre através da combinação entre o acaso e a história, instabilidades que geram novas ordens e criam novos funcionamentos/equilíbrios. Portanto, a crise e o sintoma são partes do processo de mudança. Integram-se a essas idéias, conceitos de Maturana e Varela (1984/2004) como sistemas autopoieticos e a necessidade de distinção do real para a vida em interação. Os terapeutas mantêm suas inclusões no processo terapêutico, mas passam a co-participar do processo de distinção da realidade terapêutica e da re-narração das histórias das famílias. Os problemas estão no modo como a família constrói, narra ou compreende a realidade, ou seja, no modo como permite a emergência e a distinção dos dados da realidade.

O pós-modernismo desenvolvido por autores como Foucault e Deleuze forneceu alguns conceitos para os terapeutas que seguem essa tendência. Segundo White e Epston (1990), o conceito de poder desenvolvido por Foucault, por exemplo, forneceu uma saída para impasses que estavam presentes nas práticas dos terapeutas ao longo dos anos. Através dessa teoria é possível focar nos efeitos constitutivos do poder, seus efeitos positivos (constrói a vida das pessoas) e permite a construção de novas técnicas que mudem a forma de compreender/saber os jogos de forças que envolvem a todos. Acrescenta-se a esse, a noção de discurso como prática (Foucault, 2004). A análise das relações discursivas permite que se perceba um feixe de relações que o discurso efetua para poder falar de uns objetos e deixar outros de fora. Essa escolha está determinando o modo como as pessoas se constituem e definem as relações com os demais.

Não existe ainda muito clara uma definição de escolas ou abordagens que constituem esse período (até porque ainda o estamos vivenciando). Algumas abordagens que surgem vinculadas a essa tendência são: conversacional (na qual a crença de que a alteração nas representações da

comunicação é o caminho para a mudança); cooperativa (os terapeutas perdem o poder de “curar” e passam a ser facilitadores do processo); pós-milanesa (na qual há uma revisão de conceitos sistêmicos e uma valorização das perguntas circulares); terapia centrada na solução (os terapeutas passam a focar nos recursos da família e a auxiliar sua evolução); e narrativa (a reconstrução da história da família permite o acesso a áreas esquecidas que contradizem o problema que vem sendo apresentado).

Os modelos mais tradicionais encontram-se, segundo Cipolletta, Bianchin e Rodriguez (2005), praticamente ausentes na prática clínica atual de terapeutas italianos e espanhóis. Os autores perceberam que a maioria dos participantes (62,8%) do estudo com profissionais que participaram do Encontro Europeu de Terapia Familiar não se considera suficientemente representada por um modelo teórico único ou puro. Os autores identificaram que os terapeutas atualmente tendem a integrar a teoria de modelos mais antigos com orientações práticas de modelos mais novos. Essa integração é possível *irreverência*, verificada nos terapeutas italianos e espanhóis, supõe-se que aconteça em outros lugares, inclusive na realidade brasileira. O amplo número de “terapeutas-referência” ou condutores de linhas acarreta a construção de um estilo pessoal por parte de cada profissional, ao acessar, conhecer e assimilar cada teoria e prática.

Ao descrever brevemente a história da terapia familiar, percebe-se que há mais uma sobreposição de conceitos do que um abandono de teorias. A única idéia realmente abandonada por terapeutas de família, independente de sua abordagem, foi a de neutralidade. Porém, esse abandono gerou um questionar de inúmeros posicionamentos e técnicas que vinham sendo adotadas, iluminando pré-conceitos, conduções e pontos cegos das práticas desenvolvidas.

O campo teórico e prático da terapia familiar continua se desenvolvendo e essa evolução não é realizado sem a contribuição de todos que trabalham e se envolvem com o sistema terapêutico. A revisão de modelos parte de pessoas ou pequenos grupos e afetam a grande comunidade de terapeutas familiares. Gera, portanto, uma influência ecossistêmica que está em constante mudança. Por isso, a história da terapia familiar não termina aqui. Faz-se apenas uma pausa na história para discutir os reflexos desta construção na realidade brasileira, cultura específica na qual esse trabalho irá se desenvolver.

### *Os Reflexos Macrossistêmicos na Terapia Familiar Brasileira*

Desde o início da terapia familiar no Brasil (na década de 70), não há uma oposição inconciliável entre fontes que consideram o intrapsíquico (interno) e o relacional (externo) com fundamentais para o atendimento familiar. Sempre se percebeu uma articulação (e um desejo consciente de aproximação) entre a psicanálise e a sistêmica. Atualmente, há uma diminuição da

predominância da teoria sistêmica apoiada na cibernética de primeira ordem e uma ampliação das tendências pós-modernas ou apoiadas na segunda cibernética. Os terapeutas familiares brasileiros têm optado por embasar sua prática no construtivismo, no construcionismo social e no resgate da psicanálise. Entretanto, defendem a necessidade de uma reflexão que torne explícita as escolhas teóricas e práticas de cada terapeuta. Assim, se podem caracterizar as semelhanças, contradições e tensões de cada síntese pessoal (Ponciano & Féres-Carneiro, 2001).

O acesso às contradições presentes nos terapeutas que transitam entre o modelo tradicional da terapia familiar (sistêmico ou psicanalítico) e a proposta pós-moderna pode sugerir recursos e contribuições desta área do conhecimento para outras áreas que vivem o mesmo dilema. Os novos desenvolvimentos teóricos e práticos podem construir noções e atitudes que valorizem e mantenham a complexidade na atuação com seres humanos em desenvolvimento (Neubern, 2000).

A terapia familiar brasileira trabalha “com a família real, presente, na busca de desvendar aspectos relacionais que estão emperrando uma comunicação efetiva e o desenvolvimento saudável de seus membros” (Gomes, 1986, p. 30). Também busca o crescimento individual dos membros da família, atingindo um *self* individuado, a objetividade madura. Assumem a crença de que o que acontece com o indivíduo que vive numa família não é resultado apenas de condições internas, mas também do constante intercâmbio com o contexto mais amplo no qual está inserido.

A compreensão da influência dos terapeutas na construção de sua forma de trabalhar foi ampliada. Hoje é possível que dentro de uma mesma posição epistemológica se encontrem incontáveis modelos de atendimento. Distinções que se estabelecem em função das características pessoais dos terapeutas acionadas na interação com os sistemas familiares (Féres-Carneiro, 1996a).

A *irreverência teórica* é um desafio para os terapeutas que buscam uma definição única para a terapia familiar. Inclusive, em uma primeira aproximação com o campo essa *irreverência* pode ser entendida como negativa por não ser possível estabelecer alguns elementos característicos a todos que trabalham com famílias. Entretanto a *irreverência teórica* é percebida, pelos que estudam a terapia de família (apesar de utilizarem diversos termos para a ela se referirem), como positiva. A troca constante entre as teorias é o que permite a criação de novas formas de atuação que possibilita o trabalho eficaz com as inúmeras configurações familiares que buscam a terapia. Para acessar a identidade da terapia de família é preciso ter acesso à dinâmica da diversidade que a constitui (Ponciano & Féres-Carneiro, 2001).

Atualmente, o campo teórico da terapia familiar brasileira pode ser resumidamente descrito como composto pela cibernética de segunda ordem (entrelaçada com a teoria sistêmica), construtivismo, construcionismo social e teorias da pós-modernidade. Assim, o observador e o observado compõem uma unidade na clínica, de forma a não ser possível distingui-los (Neubern,

2000).

Desidério (1988) afirmou que a divisão entre as escolas de terapia familiar é pouco nítida na realidade clínica brasileira. As escolas possuem muitos aspectos em comum e as diferenças percebidas referem-se ao grau de importância de determinados itens e não a dicotomias propriamente ditas. Dias e Ferro-Bucher (1996) indicaram que todas as linhas teóricas existentes na terapia familiar são apresentadas aos alunos em formação no Brasil. Alguns centros, inclusive, apresentam uma clara tentativa de integrá-las. Essa integração ocorre por pressuporem que o conhecimento teórico deve se integrar com a realidade sócio-cultural da família. Para essas autoras, o principal objetivo do supervisor é possibilitar o ensino de forma que o aluno consiga organizar os objetivos da terapia e compreender o contexto dos clientes, criando estratégias de intervenção consistentes com os dados obtidos na interação com a família.

Os terapeutas brasileiros construíram espaços de trocas entre profissionais, mostrando-se preocupados com a formação e buscando uma constante atualização. É nesse contexto que são constituídas a Associação Brasileira de Terapia Familiar (ABRATEF) e suas associações. Alguns grupos de profissionais apontam para a necessidade de integração de teorias e construção de modelos adequadas à realidade das famílias brasileiras (Groisman, 2006; Osório, 2006; Rosset, 2008). A pessoa do(a) terapeuta interage nos sistemas clínicos e é possível supor que os impasses clínicos surgem nas sobreposições entre história da família e do profissional.

Em função disso, os terapeutas familiares brasileiros utilizam um “rigor elástico” (Féres-Carneiro, 1996) para articular o referencial psicanalítico e o sistêmico. Utilizando-se de intuição e das características subjetivas dos terapeutas, constroem sua forma específica de trabalhar. Desta forma, os terapeutas têm acesso às diversas abordagens sem sentirem-se prisioneiros de uma ou outra teoria. Terzis (1992) chega a afirmar que agrupando os diversos estudos sobre a família pode-se ter a impressão de que diferentes autores têm trabalhado com a mesma gama de fenômenos, compondo linguagens distintas para se referir às mesmas situações.

A realidade na qual os modelos terapêuticos se desenvolveram influenciaram a forma como os terapeutas atuam e compreendem a família. Com essa compreensão, qualquer estudo que pretenda acessar essa complexidade, deve levar em conta seu contexto. A abordagem bioecológica do desenvolvimento humano, por considerar a evolução e as instabilidades do processo de desenvolvimento passa a ser uma ferramenta teórico-metodológica fundamental para a pesquisa da terapia familiar no seu próprio contexto. Ao permitir o estudo e valorizar as interações de indivíduos, objetos e símbolos, apresenta um método adequado para capturar as particularidades do desenvolvimento da terapia familiar brasileira.

Compreendendo cada atendimento como um microssistema, a condução e direção do

processo terapêutico serão influenciadas por vivências da família e do(a) terapeuta, em outros contextos. A história da terapia familiar brasileira é um dos aspectos que influencia a forma como os terapeutas trabalham. Além dos aspectos pessoais, existe uma interação com outros profissionais, com diversas teorias e com o movimento geral da profissão na contemporaneidade. Essa complexidade pode e deve ser valorizada quando se estuda o desenvolvimento da terapia familiar através do modelo de desenvolvimento humano desenvolvido por Urie Bronfenbrenner (1979/1996).

É apoiada nessa crença de múltiplos fatores influenciando decisões e formas de agir na clínica terapêutica que esse Estudo investigou a configuração teórica presente nas práticas dos terapeutas familiares brasileiros. Para ser possível acessar os diversos níveis que influenciam essa configuração, foram realizados três estudos que se interrelacionam, compondo um contexto bioecológico rico para a compreensão do desenvolvimento da terapia familiar no Brasil.

## Capítulo III

### Estudo I

#### Os Formadores

##### *Objetivos*

O objetivo geral do Estudo I foi identificar os referenciais teóricos disponíveis aos terapeutas familiares em nível exossistêmico. Segundo a abordagem bioecológica do desenvolvimento humano, este nível diz respeito a contextos que talvez uma pessoa em desenvolvimento nunca tenha tido contato direto, mas que influenciam o seu ambiente imediato. Os objetivos específicos do estudo foram: 1) Descrever características biossociodemográficas dos profissionais formadores de terapia familiar; 2) Descrever os contextos nos quais esta amostra atua como terapeuta familiar; 3) Identificar linhas teóricas de identificação, bem como autores utilizados na prática clínica; 4) Criar agrupamentos de tendências teóricas a partir das teorias e autores citados; 5) Descrever características principais da clínica dos formadores; 6) Identificar os componentes principais da formação em terapia familiar, na opinião da amostra investigada; 7) Identificar autores considerados indispensáveis à formação em terapia familiar no Brasil pelos formadores participantes do estudo; 8) Criar agrupamentos de autores considerados fundamentais à formação; e 9) Descrever os maiores desafios dos formadores em terapia familiar brasileiros. Além disso, buscou-se explorar agrupamentos entre as escolas de identificação e os autores utilizados na clínica e, também, entre os autores utilizados na clínica e ensinados na formação, ampliando a compreensão da configuração teórica disponibilizada no Brasil.

Esse estudo serviu de base para contextualização dos dois estudos que também compõem essa tese. O Estudo II acessou algumas premissas teóricas dos terapeutas familiares atuantes no Brasil (estudo quantitativo) e o Estudo III explorou a aplicação de referências por terapeutas durante o atendimento (grupo focal discutindo um caso clínico).

##### *Método*

##### *Delineamento*

O Estudo I apresenta um delineamento exploratório descritivo, com a investigação de correspondências entre variáveis (como autores utilizados na clínica, abordagens terapêuticas de identificação, e autores fundamentais para a formação) visando a identificação e compreensão de



agrupamentos entre os profissionais. Ainda foram realizadas análises descritivas quanto a: características das famílias e motivos de busca por atendimento; palavras que caracterizam a clínica; desafios da formação (na opinião dos formadores) e características esperadas nos alunos que buscam o curso de formação.

### *Participantes*

A amostra foi composta por 57 formadores dos terapeutas familiares brasileiros, acessados através de contatos com a Associação Brasileira de Terapia Familiar (ABRATEF) e suas regionais. Os formadores puderam participar do estudo de duas formas: pessoalmente durante o encontro de formadores que ocorreu em Gramado, RS, em março de 2005 (44 participantes) e através de questionário *online* (13 participantes). Mais detalhes da amostra são apresentados na seção de resultados do Estudo I.

### *Instrumentos e Procedimentos*

Foram realizados contatos com as associações de terapia familiar (regionais e nacional) mencionando os objetivos e procedimentos desse estudo. A partir desses contatos, foi organizada a apresentação da proposta para a diretoria da Associação Gaúcha de Terapia Familiar (AGATEF) e a aplicação do instrumento em um Encontro de Formadores que estava sendo organizada por essa associação. Os encontros de formadores ocorrem bianualmente e reúne profissionais de todo o Brasil que estão diretamente envolvidos com as formações (cursos de especialização *lato senso*). O encontro no qual o instrumento foi aplicado foi o de número VI.

Durante as reuniões com a diretoria da AGATEF, foram realizados alguns ajustes no instrumento e a combinação de apresentar alguns resultados preliminares já no encontro no qual o instrumento seria aplicado. Os principais ajustes se referiram a tornar mais claras algumas questões e retirar algumas informações que poderiam identificar facilmente os profissionais. Com a concordância da associação, foi solicitado, durante o encontro, aos formadores participantes o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e o preenchimento de um questionário (Anexo B). No dia posterior à aplicação do instrumento foram apresentados alguns resultados preliminares, cumprindo com a combinação feita junto à associação.

O questionário foi composto de três partes que possibilitaram uma análise ecológica do contexto profissional das participantes. A primeira parte buscou alguns dados de identificação biossociodemográfico (idade e sexo) das pessoas e dados dos seus contextos de desenvolvimento (estado de origem, curso de graduação, trajetória profissional, local de trabalho e tempo de atuação, características das famílias que buscam atendimento nestes locais). A segunda parte investigou

aspectos relacionados aos processos proximais que se desencadeiam na clínica desses profissionais (linhas teóricas de identificação, autores utilizados na clínica, caracterização do processo de terapia e atitudes em situações de impasse). A terceira parte explorou aspectos fundamentais na formação brasileira [componentes da formação, autores fundamentais e desafios do(a) formador(a)]. Por esse instrumento, foram possíveis as descrições de aspectos como: quem eram os profissionais responsáveis pela formação dos terapeutas familiares brasileiros (pessoa); tempo de atuação como profissionais clínicos e formadores de terapeutas familiares (tempo); local de formação e atuação (contexto); características das famílias que buscam atendimento (processo), influências internacionais e nacionais que permeavam as suas práticas (processo); como lidavam com impasses na clínica (pessoa e processo); quais os componentes essenciais da formação, os autores indispensáveis (contexto) e os desafios do(a) formador(a) (processo).

Ao avaliar-se que 44 formadores que responderam o questionário presencialmente eram da região Sul e Sudeste, foram realizados contatos com todas as regionais da Associação Brasileira de Terapia Familiar (ABRATEF) para ter acesso aos *e-mails* dos formadores reconhecidos pelas associações. No total, 143 endereços eletrônicos foram fornecidos e foi realizado apenas um contato (via *e-mail*) com esses profissionais. A decisão de enviar apenas um *e-mail* para estes profissionais foi devido ao fato da coleta presencial ter acontecido em um único momento, ou seja, buscou-se garantir que os formadores fossem convidados apenas uma vez para participar do estudo. Através de contato via *e-mail* foi solicitado o preenchimento do mesmo questionário, porém neste momento já disponibilizado *online*. Para a apresentação *online* do instrumento foi utilizado um *site* de *surveys online* ([www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)) que garantia o sigilo e um excelente sistema de armazenamento dos dados. Antes de acessar o instrumento, os formadores deveriam confirmar sua participação através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado no *site* (Anexo C). Cada *e-mail* dos formadores tinha um *link* único de acesso, garantindo que apenas a pessoa com acesso a esse *e-mail* pudesse visualizar o instrumento. Terminado o preenchimento do questionário, os participantes não tiveram mais acesso às suas respostas. Procurou-se manter a característica de questionário aberto, permitindo que questões fossem deixadas em branco. Os *links* foram enviados para 143 formadores. Destes, quatro *e-mails* retornaram, quatro profissionais optaram por não participar do estudo; dezoito profissionais iniciaram o preenchimento do questionário, e 13 destes completaram todas as questões.

A complementação da amostra via *e-mail* foi utilizada pela pesquisadora por ser esta uma opção regularmente utilizada pelos formadores (as comunicações regulares da ABRATEF são realizadas desta forma). Além disso, Hewson (2008) afirma ser possível comparar e integrar dados coletados *online* com dados coletados *offline*, garantindo assim a ampliação da amostra. O autor

compara o preenchimento do questionário *online* ao envio de questionário pelo correio padrão (com a vantagem da diminuição de custos e maior agilidade de acesso aos participantes). Como os participantes deste estudo aparentaram ter familiaridade com o sistema de *e-mails*, optou-se por este meio, que seria uma forma mais eficiente de entrar em contato com os profissionais do restante do país.

### *Aspectos Éticos*

O projeto relativo ao presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo n.º. 04/2006).

### *Resultados e Discussão*

Para que os objetivos do Estudo I fossem atingidos foram necessários diversos níveis de análise. Algumas questões necessitaram de tratamento antes de poderem ser utilizadas para as análises descritivas. Por serem em sua maioria questões abertas, foi realizada uma leitura atenta a todas as respostas de forma a construir categorias que pudessem facilitar a compreensão dos dados. As respostas relativas às questões sobre linhas teóricas de identificação e autores utilizados foram trabalhadas para que fosse possível identificar quais os autores e as linhas mais citados. Após identificados os autores e as linhas teóricas mais citados esses foram inseridos como variáveis no SPSS e cada formador(a) tinha indicado se havia citado ou não essa variável. Diversas outras questões passaram por uma categorização de respostas, possibilitando uma maior compreensão das tendências dos formadores.

Foram realizados dois níveis de análises estatísticas. A Análise Descritiva Univariada teve o objetivo de descrever: 1) características biossociodemográficas (idade, profissão, tempo de atuação, local de atuação e caracterização das famílias que buscam terapia); 2) a composição teórica dos formadores (autores, linhas); 3) características da clínica (caracterização e impasses); 4) características da formação (componentes, autores e desafios dos formadores).

Como a Análise Descritiva Univariada permitiu a identificação de diversos autores e linhas teóricas utilizadas pelos formadores, optou-se por realizar-se uma exploração de agrupamentos entre essas variáveis. Para isso, passou-se a realizar a Análise Exploratória, através da Análise Fatorial de Correspondências Múltiplas (AFCM) visando à identificação de relações entre as linhas teóricas, os autores utilizados na clínica e os autores considerados indispensáveis à formação. A AFCM é um método multivariado de redução de dados que trabalha com variáveis categóricas. A partir deste método, foi composto um diagrama (mapa perceptual) que enfatizou associações entre objetos ou variáveis, aspectos definidos *a priori* pela pesquisadora (conforme Hair, Black, Babin,

Anderson, & Tatham, 2006). Neste estudo utilizou-se a AFCM para atribuir coordenadas cartesianas às categorias das variáveis “autores utilizados na clínica”, “autores indispensáveis à formação” e “linhas teóricas de identificação”, buscando maximizar as diferenças entre elas. Os fatores calculados na AFCM maximizam a distância entre duas categorias, representando a distância qui-quadrado de seus perfis em um plano cartesiano. Quanto mais próximas estão duas categorias, mais estas se relacionam. Quanto mais próxima dos eixos das ordenadas (X) com o das abscissas (Y), maior a frequência (maior número de participantes) de uma categoria (Neiva-Silva, 2008).

Os resultados foram submetidos a uma análise ecológica dos dados, ou seja, buscou-se uma compreensão de quatro aspectos complementares: pessoa, processo, contexto e tempo. Através dessa análise, foi possível uma compreensão da complexidade do campo teórico-prático utilizado por formadores.

#### *As Pessoas*

A investigação sobre quem são os formadores brasileiros indicou que 34 (60%) eram psicólogos, dez (17%) assistentes sociais, dez (17%) médicos, dois (4%) pedagogos e um (2%) terapeuta ocupacional. A idade média dos formadores foi de 57,38 anos ( $SD=9,1$ ), sendo a variação de 41 a 85 anos de idade. O tempo de atuação médio como terapeutas de família foi de 20,12 anos ( $SD=8,63$ ). A maioria dos formadores que participou do estudo foi feminina (82%), contando somente com dez homens (18%). Esses profissionais atuam em diferentes estados do Brasil (Tabela 1), apresentando uma concentração acentuada de formadores na região Sul e Sudeste.

Tabela 1.  
*Frequências de Profissões Distribuídas por Estado de Atuação dos Formadores de Terapia Familiar (N=57)*

Profissão	Estados							
	RS	SP	RJ	PR	SC	MG	DF	PE
Psicologia	12	10	5	2	3	1	2	
Serviço Social	2	5	1			1		
Medicina	3	2	1	1	2			1
Terapia Ocupacional	1							
Pedagogia		2						

A concentração no Sul e Sudeste é indicativa dos contextos com maior número de instituições formativas vinculadas às associações regionais do sul e sudeste do país. Na região Norte não existe institutos formadores reconhecidos pela ABRATEF.

Os participantes informaram atuar em diferentes locais (Tabela 2), sendo os mais frequentes: o consultório particular (74%); os institutos formadores (70%); ou as universidades (30%). Os formadores não atuam como professores em todos os locais que atuam. Principalmente em clínicas privadas ou em hospitais, o trabalho dos terapeutas está vinculado à clínica e não à formação. Nestes lugares os principais motivos de busca (Tabela 3) são conflitos entre casais (44%) e dificuldades de relacionamento entre os membros da família (40%). Famílias de classe média e alta foram citadas como presentes nos consultórios e famílias de baixa renda são atendidas, principalmente, nos centros de formação. Ainda foi citada por 35% dos formadores a existência de transtornos mentais e de comportamento em um membro da família. Essa pessoa é vista com o paciente identificado e é por ele que se começa a trabalhar o sistema familiar.

Tabela 2.  
*Frequências e Porcentagens Relativas aos Locais de Atuação dos Formadores em Terapia Familiar (Respostas Múltiplas, N=57)*

Respostas	$f^a$	%	% casos
Consultório particular	42	30	74
Instituto formador	40	28	70
Universidade	17	12	30
Hospitais	14	10	25
Clínica social	12	9	21
Políticas públicas/secretarias	7	5	12
Escolas/instituições	5	4	9
Consultorias/supervisões	3	2	5
Pesquisa	1	1	2
Total	141	100	

Nota. <sup>a</sup> N<sup>o</sup>. de respostas múltiplas = 141

Tabela 3.

*Frequências e Porcentagens dos Motivos de Busca Apresentados por Famílias Atendidas por Formadores (Respostas Múltiplas, N=57)*

<i>Respostas</i>	<i>f<sup>a</sup></i>	<i>%</i>	<i>% casos</i>
Casais em conflito/separação/divórcio	25	14	44
Dificuldades de relacionamento	23	13	40
Transtornos mentais e de comportamento	20	12	35
Violência/abuso sexual	17	10	30
Drogadição/alcoolismo/jogo	13	8	23
Crianças com dificuldades escolares	13	8	23
Dificuldades com o papel parental	10	6	18
Perdas e traumas	9	5	16
Adolescentes desorganizados	8	5	14
Situação de crise	8	5	14
Problemas de sexualidade	7	4	12
Famílias em vulnerabilidade	5	3	9
Dificuldades de comunicação	4	2	7
Infidelidade	4	2	7
Trabalhar questões de adoção	3	2	5
Famílias uniparentais	2	1	4
Família com idoso	2	1	4
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>	

*Nota.* <sup>a</sup> N<sup>o</sup>. de respostas múltiplas = 173

### *O Processo Terapêutico*

A fim de compreender como se estabelece o processo terapêutico conduzido pelos formadores brasileiros, um aspecto investigado foi o referencial teórico de identificação dos formadores. Para isso, foi feita uma pergunta indireta sobre as influências nacionais e internacionais que permeavam as práticas (através da descrição dos momentos relevantes da trajetória profissional) e perguntas diretas (quais linhas teóricas são utilizadas e qual a preferencial, e que autores auxiliam sua prática clínica). Tendo em vista que a descrição dos momentos relevantes não teve um padrão de respostas, trabalhou-se somente com as perguntas diretas.

Poucos foram os profissionais que citaram somente uma escola ou um autor que auxilia sua prática profissional. Sendo assim, os resultados foram tratados através de uma análise descritiva univariada (análise descritiva e de *Multiple Response* quando a resposta permitia respostas múltiplas) possibilitando a descrição das teorias utilizadas pelos formadores. Além disso, foi realizada uma análise exploratória (através da Análise de Correspondências Múltiplas) a fim de identificar relações entre autores e linhas citadas pelos mesmos.

A Tabela 4 apresenta a listagem de linhas teóricas utilizadas pelos formadores em terapia familiar. A maioria indicou adotar a orientação sistêmica (54%) e o construcionismo social (44%) como abordagens preferenciais. Enfatiza-se que há uma diversidade de escolas que orientam a compreensão do(a) formador(a) em terapia familiar, sem poder-se identificar uma escola única que unifique a profissão.

Tabela 4.

*Frequências e Porcentagens das Linhas Teóricas de Identificação dos Formadores de Terapia Familiar (Respostas Múltiplas, N=57)*

	<i>f<sup>a</sup></i>	%	% casos
Sistêmica	31	19	54
Construcionismo social	25	15	44
Construtivismo	15	9	26
Narrativa	14	9	25
Estrutural	13	8	23
Estratégica	11	7	19
Psicanálise	10	6	18
Pós-moderna	8	5	14
Psicodinâmica	6	4	11
Psicodrama	5	3	9
Intergeracional	4	2	7
Trigeracional	3	2	5
Cognitivo-comportamental	2	1	4
Escola de Roma	2	1	4
Grupo de Milão	2	1	4
Teoria dos vínculos	2	1	4
Terapia breve	2	1	4
Colaborativa	1	1	2
Comunicacional	1	1	2
Dinâmica de grupo	1	1	2
Experiencial-simbólica	1	1	2
Teoría do objeto originário concreto (Prof. Armando Ferrari)	1	1	2
Terapia corporal	1	1	2
Várias	1	1	2
Total	162	100	

*Nota.*<sup>a</sup> N°. de respostas múltiplas = 162

Essa diversidade de abordagens teóricas também se refletiu na amplitude de autores considerados referência para as práticas na terapia familiar (Tabela 5). Foram listados 91 autores de diversas nacionalidades. Entre os mais freqüentes encontram-se Salvador Minuchin (citado por 44% dos participantes), Maurizio Andolfi (40%), Michael White (32%) e Tom Andersen (32%). Entre os autores nacionais, destacam-se Maria José Esteves de Vasconcelos (citada por 14% dos formadores), Marilene Grandesso (5%) e Sandra Colombo (5%). Nesta listagem é interessante perceber que existem influências de autores de países como Estados Unidos, Itália, Argentina,

Inglaterra, Nova Zelândia, entre outros (Tabela 5). Essa diversidade mostra a riqueza das abordagens terapêuticas disponibilizadas na realidade brasileira.

Tabela 5.

*Frequências e Porcentagens de Autores Utilizados na Prática Clínica por Países*

Autor por país	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	%casos	Autor por país	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	%casos
<i>Estados Unidos</i>				<i>Brasil</i>			
Salvador Minuchin	25	7,5	44	M. J. Esteves de Vasconcellos	8	2,4	14
Gregory Bateson	15	4,5	26	Marilene Grandesso	3	0,9	5
Mônica McGoldrick	10	3,0	18	Sandra Fedulo Colombo	3	0,9	5
Carlos Sluzki	9	2,7	16	Gládis Brum	2	0,6	4
Carl Whitaker	8	2,4	14	Moisés Groisman	2	0,6	4
Peggy Papp	8	2,4	14	Adalberto Barreto	1	0,3	2
Murray Bowen	7	2,1	12	Arturo Molina	1	0,3	2
Jay Haley	6	1,8	11	Ceneide Cerverny	1	0,3	2
Cloé Madanes	4	1,2	7	David Zimmerman	1	0,3	2
Harlene Anderson	4	1,2	7	Heloisa Szymanski	1	0,3	2
Harold Goolishian	4	1,2	7	José Fonseca	1	0,3	2
Kennet Gergen	4	1,2	7	Juares Soares Costa	1	0,3	2
Marcelo Packman	4	1,2	7	Júlia Bucher	1	0,3	2
Paul Watzlawick	4	1,2	7	Luiz Carlos Osório	1	0,3	2
Virgínia Satir	4	1,2	7	Luiz Carlos Prado	1	0,3	2
Evan Imber-black	3	0,9	5	Paulo Freire	1	0,3	2
Froma Walsh	3	0,9	5	Rosana Rapizo	1	0,3	2
Boszormenyi-Nagy	3	0,9	5	Taki Athanássios Cordás	1	0,3	2
Linn Hoffman	3	0,9	5	Theresinha Feres Carneiro	1	0,3	2
Charles Fishman	2	0,6	4	<i>Itália</i>			
Fritjof Kapra	2	0,6	4	Maurizio Andolfi	23	6,9	40
Joel Bergman	2	0,6	4	Gianfranco Cecchin	9	2,7	16
Berry Brazelton	1	0,3	2	Carmine Saccu	2	0,6	4
Don D. Jackson	1	0,3	2	Luiggi Boscolo	2	0,6	4
Ema Genijovich	1	0,3	2	Mara Selvini Pallazzoli	1	0,3	2
Gardner	1	0,3	2	N. Ferrari	1	0,3	2
John Shotter	1	0,3	2	Stefano Cirillo	1	0,3	2
Jonh Pearce	1	0,3	2	<i>França</i>			
Lorraine Wright	1	0,3	2	Edgar Morin	7	2,1	12
Nathan Ackerman	1	0,3	2	Jacques Lacan	2	0,6	4
Ola W. Barnett	1	0,3	2	Michael Foucault	2	0,6	4
R. McKay Rorty	1	0,3	2	Élida Romano	1	0,3	2
Robert Davidson	1	0,3	2	Maurice Merleau-Ponty	1	0,3	2
Vicente Foley	1	0,3	2	<i>Inglaterra</i>			
Von Foester	1	0,3	2	Donald Winnicott	5	1,5	9
<i>Argentina</i>				John Bowlby	4	1,2	7
Cecile Herscovici	1	0,3	2	Melanie Klein	2	0,6	4
Cristina Ravazzola	1	0,3	2	<i>Outros</i>			
E. Pichon-Rivière	1	0,3	2	Michael White	18	5,4	32
Luiza Bay	1	0,3	2	Tom Andersen	18	5,4	32
<i>Bélgica</i>				Jacob Levy Moreno	2	0,6	4
Mony Elkain	13	3,9	23	Wilfred Bion	2	0,6	4
Edith Tilmans-Ostyn	2	0,6	4	K. Tomu	1	0,3	2
<i>Chile</i>				David Epston	1	0,3	2
Humberto Maturana	16	4,8	28	Carl Jung	1	0,3	2
Francisco Varela	1	0,3	2	Haim Omer	1	0,3	2
<i>Áustria</i>				Ilia Prigogine	1	0,3	2
Sigmund Freud	6	1,8	11	Donald Alan Schön	1	0,3	2
L. Von Bertalanffy	2	0,6	4				
Ludwig Wittgenstein	1	0,3	2				
Total					333	100	

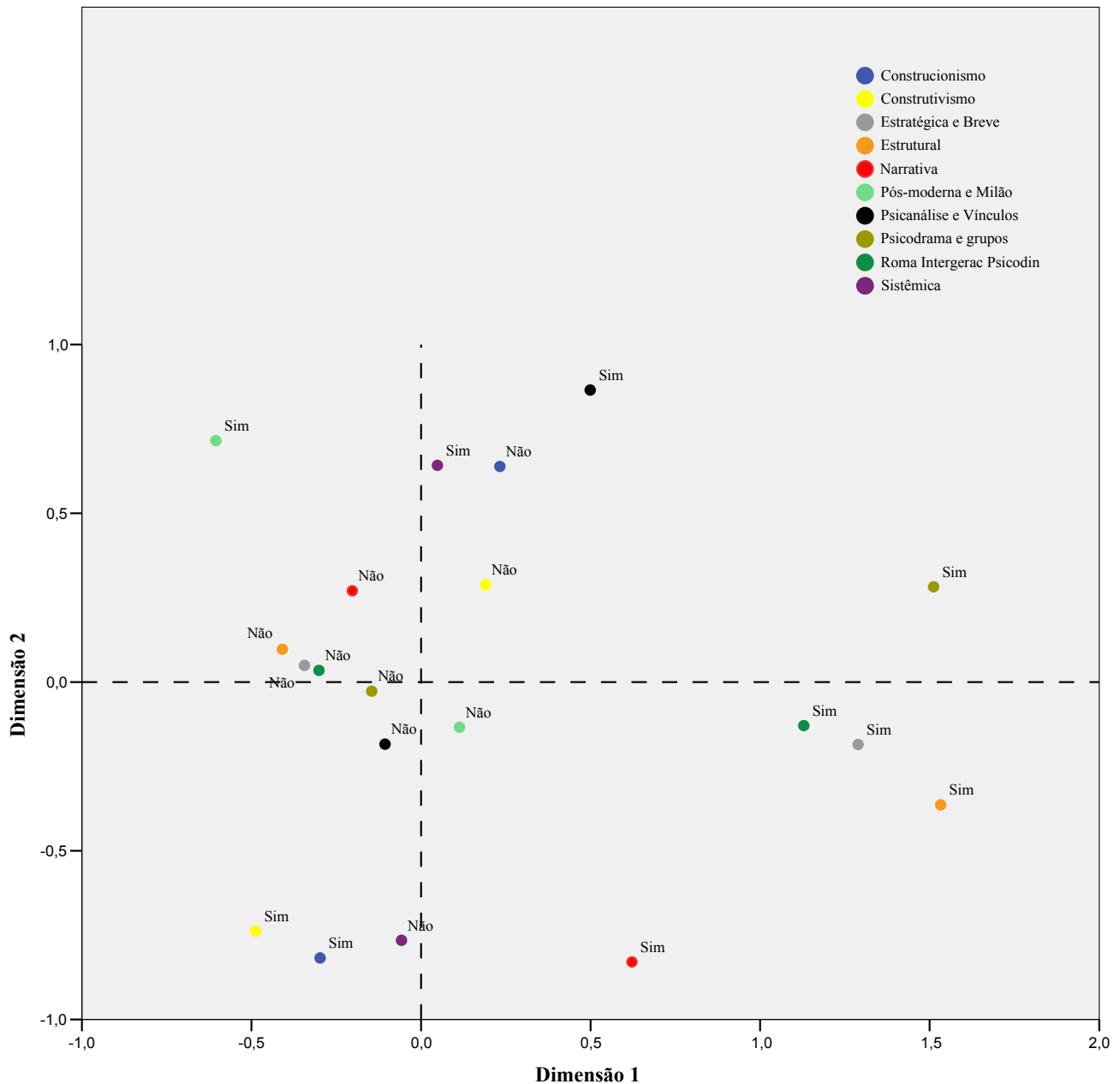
Nota. <sup>a</sup> N°. de respostas múltiplas = 333



Tendo em vista que os formadores de terapeutas familiares brasileiros utilizam várias escolas e diversos autores, investigaram-se as possíveis relações entre essas variáveis através da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM). Não seria possível trabalhar com todas as linhas teóricas e todos os autores listados. Optou-se, assim, a trabalhar com os mais citados.

Quanto às linhas teóricas utilizadas foram incluídas na AFCM: o construcionismo social, o construtivismo, o modelo estrutural, a narrativa e a sistêmica. Além destas escolas, foram realizados agrupamentos de escolas que teoricamente apresentam características semelhantes. Os agrupamentos foram: 1) o modelo estratégico com a terapia breve; 2) o grupo de Milão e abordagens pós-modernas; 3) a psicanálise com a teoria dos vínculos; 4) o modelo de Roma, abordagens intergeracionais e a psicodinâmica; e 5) psicodrama e teoria dos grupos. Os modelos cognitivo comportamental e experiencial simbólico não permaneceram na análise final porque, devido a baixa frequência, não se aproximaram de nenhuma outra escola. A Figura 2 apresenta o mapa perceptual da AFCM das escolas de identificação dos formadores em terapia familiar.

Diagrama conjunto de pontos de categorias



*Figura 2.* Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Linhas Teóricas (Construcionismo Social, Construtivismo, Estratégica e Breve, Estrutural, Narrativa, Pós-Moderna e Milão, Psicanálise e Vínculos, Psicodrama e Grupos, Roma, Intergeracional e Psicodinâmica, e Sistêmica) Utilizadas na Clínica”

Complementando a Figura 2, a Tabela 6 apresenta o resumo do modelo resultante da AFCM das variáveis investigadas. Através da Tabela 6 pode-se observar que a dimensão 1 explica um percentual maior da variabilidade.

Tabela 6.  
*Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Linhas Teóricas de Identificação.*

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância explicada		
		Total (Autovalores)	Inércia	%
1	0,567	2,041	0,204	20,413
2	0,480	1,762	0,176	17,617
Total		3,803	0,380	
Média	0,527 <sup>a</sup>	1,902	0,190	19,015

Nota: <sup>a</sup> O alfa de Cronbach médio está baseado em autovalores (*eigenvalues*) médios.

A análise da Dimensão 1 (expressa no eixo X e dividida verticalmente no valor zero, ou seja, entre os planos direito e esquerdo; Figura 2), apresenta uma divisão de abordagens entre tendências mais atuais (plano esquerdo) e modelos mais tradicionais ou mais conhecidos da terapia familiar (plano direito). De acordo com a Tabela 6, esta divisão é responsável por 20% da variância explicada.

Ao se realizar uma análise mais específica dessa dimensão, surgem características específicas para cada quadrante. No quadrante 1 (direita superior) é percebida uma aproximação entre a psicanálise/teoria dos vínculos e a sistêmica. Essa aproximação pode indicar que profissionais que tenham uma formação psicanalítica, ao atuarem com famílias, utilizam uma visão sistêmica. No quadrante 2 (direita inferior; Figura 2) há uma nítida aproximação entre a escola de Roma, do Modelo Intergeracional e a compreensão psicodinâmica com a escola estratégica/terapia breve e com o modelo estrutural. Essa aproximação é compreensível, pois, na prática, essas abordagens se complementam, sugerindo os mesmos objetivos terapêuticos e a mesma postura do profissional (Elkaïm, 1998d). Pode-se afirmar que esse quadrante representa os modelos mais tradicionais e conhecidos da terapia familiar. O quadrante 3 (esquerda inferior; Figura 2) aproxima o construtivismo do construcionismo social. Esses dois referenciais teóricos invadem o referencial da terapia familiar como tendências pós-modernas, e esse fato torna coerente a aproximação entre eles. Entretanto, as diferenças entre estas abordagens parecem não estar claras aos profissionais participantes do estudo, uma vez que muitos profissionais citaram estar identificados com ambas. No quadrante 4 (esquerda superior) estão o modelo de Milão e a abordagem pós-moderna. Ambos defendem a integração teórica (em especial o grupo de Milão que fala em irreverência teórica; Cecchin et al., 2001) e se opõem às escolas mais diretivas.

Quanto aos autores incluídos na Análise Fatorial de Correspondência Múltipla, foram utilizados os mais citados (Tom Andersen, Maurício Andolfi, Gregory Bateson, Murray Bowen, Gianfranco Cecchin, Mony Elkaïm, Maria José Esteves de Vasconcellos, Sigmund Freud, Humberto Maturana, Mônica McGoldrick, Salvador Minuchin, Edgar Morin, Peggy Papp, Carlos Sluzki, e

Michael White) e um grupo de autores formado por Bowlby, Winnicott e Whitaker. A Figura 3 apresenta o mapa perceptual da AFCM dos autores utilizados pelos formadores.

### Diagrama conjunto de pontos de categorias

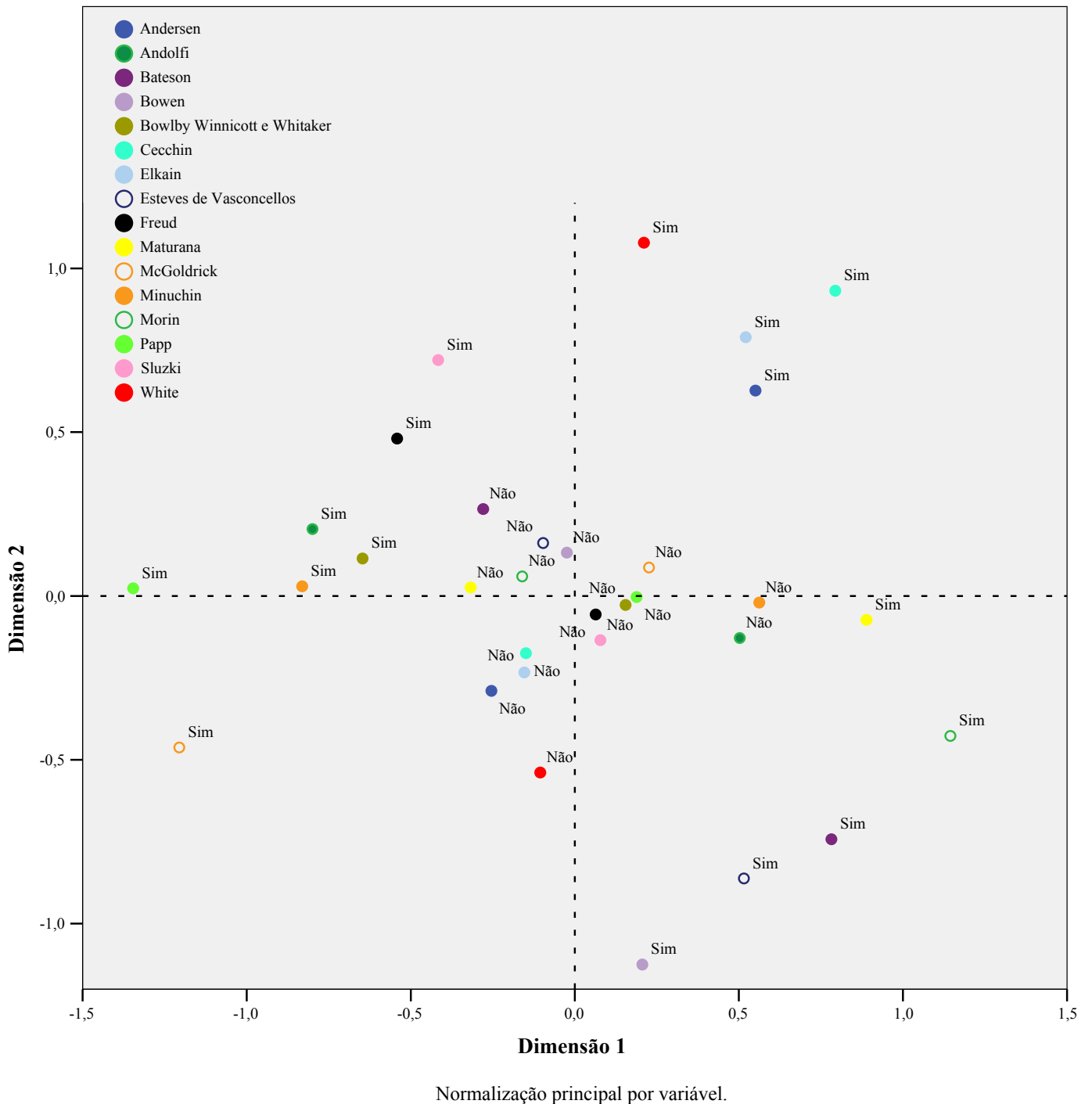


Figura 3. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Bowen, Bowlby, Winnicott e Whitaker, Cecchin, Elkain, Esteves de Vasconcellos, Freud, Maturana, McGoldrick, Salvador Minuchin, Morin, Papp, Sluzki, White) Utilizados na Clínica”

Complementando a Figura 3, a Tabela 7 descreve o resumo do modelo resultante da AFCM dos autores investigados, e percebe-se que a dimensão 1 explica um percentual maior de variabilidade, apesar de explicar pouco da variância total.

Tabela 7.

*Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Utilizados na Clínica*

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância explicada		
		Total (Autovalores)	Inércia	%
1	0,666	2,661	0,166	16,631
2	0,480	1,817	0,114	11,355
Total		4,478	0,280	
Média	0,590 <sup>a</sup>	2,239	0,140	13,993

Nota: <sup>a</sup> O alfa de Cronbach médio está baseado em autovalores (*eigenvalues*) médios.

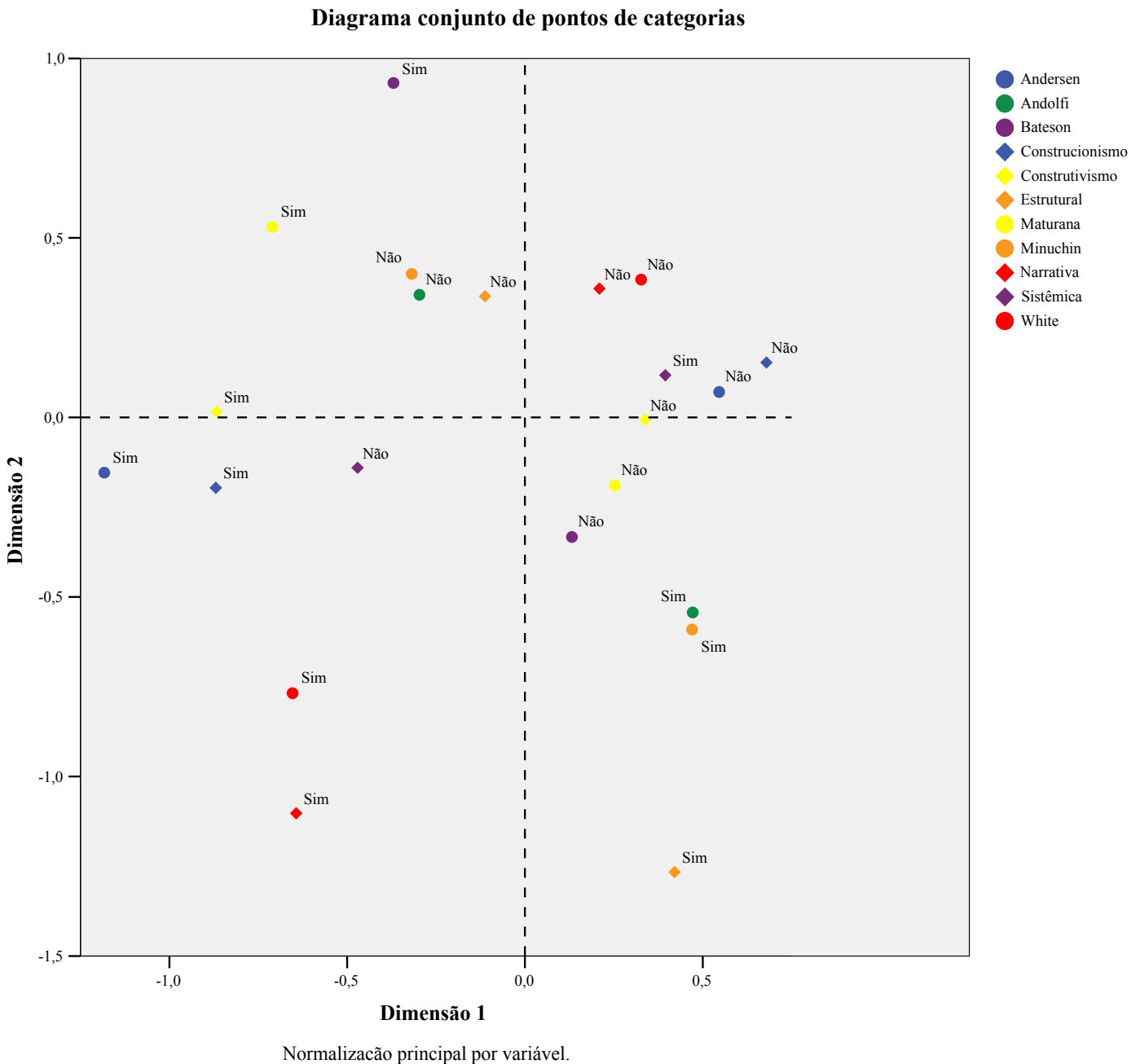
A análise da Dimensão 1 (planos direito e esquerdo; Figura 3) indica uma divisão entre autores que se identificam com escolas mais contemporâneas e pós-modernas (plano direito) e autores que representam modelos mais tradicionais (plano esquerdo). A Dimensão 2 (expressa no eixo Y e dividida horizontalmente no valor zero, ou seja, entre os planos superior e inferior; Figura 3), apresenta uma divisão entre autores mais teóricos (plano inferior) e autores que tem seu trabalho vinculado a determinada escola, com suas técnicas próprias (plano superior).

Novamente, a análise de quadrantes indica diferenças entre os 4 grupos. No quadrante 1 (superior direito) encontram-se autores representantes de escolas pós-modernas. No quadrante 2 (inferior direito) são agrupados os teóricos que embasam escolas pós-modernas. No quadrante 3 (inferior esquerdo) está somente a autora McGoldrick que está vinculada a construção de teorias que embasam as escolas do quarto quadrante. O quadrante 4, portanto, agrupa autores que são expoentes de abordagens mais tradicionais da terapia familiar. Essa análise de quadrantes permite identificar o agrupamento de formadores entre aqueles que utilizam autores que se identificam com abordagens mais tradicionais e outros que utilizam autores de tendências mais contemporâneas.

Por estar-se fazendo um estudo exploratório, considerou-se interessante investigar se os formadores eram coerentes entre os referências teóricos que utilizavam e os autores escolhidos para listar no estudo. Em função de número muito grande de variáveis, optou-se por realizar uma Análise Fatorial de Correspondência Múltipla somente com as cinco escolas mais citadas (construcionismo social, construtivismo, estrutural, narrativa e sistêmica) e com os seis autores mais citados (Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin e White). Foram incluídos seis autores para que cada escola estivesse representada por pelo menos um expoente.

A Figura 4 apresenta o mapa perceptual da AFCM das referências teóricas e dos autores

utilizados pelos formadores. Para deixar mais claro, as abordagens teóricas foram identificadas por losango e os autores por círculos no diagrama. As cores adotadas identificam a proximidade (definida teoricamente) entre autor e abordagem.



*Figura 4.* Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin e White) Utilizados na Clínica” e “Linhas Teóricas (Construcionismo Social, Construtivismo, Estrutural, Narrativa e Sistêmica) Utilizadas na Clínica”

Para complementar a Figura 4, a Tabela 8 descreve o resumo do modelo resultante da AFCM da relação entre referências de identificação e os autores utilizados na clínica dos formadores. Percebe-se que a dimensão 1 explica 23% da variância.

Tabela 8.

*Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Utilizados na Clínica*

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância explicada		
		Total (Autovalores)	Inércia	%
1	0,682	2,630	0,239	23,913
2	0,552	2,007	0,182	18,250
Total		4,638	0,422	
Média	0,626 <sup>a</sup>	2,319	0,211	21,081

Nota: <sup>a</sup> O alfa de Cronbach médio está baseado em autovalores (*eigenvalues*) médios.

A análise da Dimensão 1 (planos direito e esquerdo; Figura 4) indica novamente a divisão entre modelos e autores pós-modernos (plano esquerdo) e autores ou modelos tradicionais (plano direito). A Dimensão 2 (planos superior e inferior; Figura 4), apresenta uma divisão entre autores ou abordagens que são mais identificadas como referenciais teóricos (plano superior) e autores ou referências que se relacionam diretamente com a prática clínica (plano inferior).

A análise de quadrantes evidencia uma relação entre teorias e autores bastante coerente entre os formadores de terapia familiar. Essa coerência se evidencia, especialmente, nos quadrantes 3 (inferior esquerdo) e 4 (superior esquerdo). Nesses quadrantes, uma possível confusão entre o construtivismo e o construcionismo social fica descartada. A evidência disso está no fato de no quadrante 3 estar citado Michael White, a escola narrativa e o construcionismo social. Essa diferenciação se amplifica ao perceber-se que no quadrante 4 o construtivismo está relacionado com Bateson e Maturana. O quadrante 2 (inferior direito) aparece o modelo estrutural com seu expoente máximo (Salvador Minuchin). Há uma aproximação descrita extensamente na literatura entre o modelo estrutural e a abordagem proposta por Andolfi, demonstrando a coerência da aproximação entre os autores percebida nesta análise de correspondência. O quadrante 1 (superior direito) apresenta o referencial sistêmico se opondo ao referencial narrativo e construcionista. Ao considerar que a abordagem narrativa apóia na segunda cibernética, é esperado que autores que seguem essa tendência tenham realizado uma revisão dos conceitos da teoria sistêmica. Sendo assim, formadores que se identificam com o referencial sistêmico podem estar em discordância com os conceitos propostos pelas abordagens mais narrativistas.

Com essa exploração sobre os referenciais teóricos de identificação e os autores utilizados na clínica e a constatação de uma coerência nessa integração de abordagens, passou-se a investigar

algumas características mais específicas do contexto clínico. A Tabela 9 apresenta as categorias construídas a partir das respostas à questão: “caracterize sua prática clínica em três ou quatro palavras-chave”.

Tabela 9.  
*Frequência e Percentagem das Respostas sobre a Caracterização da Clínica (n=57)*

Respostas	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	% casos
<b>Características do(a) profissional</b>			
Postura ética	13	7	23
Experiência	9	5	16
Disponibilidade	8	5	14
Escuta	8	5	14
Acolhimento	8	5	14
Integração teórica	7	4	12
Afeto	6	3	11
Reflexão	5	3	9
Empatia	5	3	9
Criatividade	5	3	9
Crença nas possibilidades	4	2	7
Espontaneidade	3	2	5
<b>Características do processo terapêutico</b>			
Técnicas	12	7	21
Processo de mudança	11	6	19
Abordagens terapêuticas	8	5	14
Desafio	7	4	12
Busca de recursos	6	3	11
Interdisciplinar	4	2	7
<b>Características da relação terapêutica</b>			
Coconstrução	11	6	19
Vínculo	8	5	14
Ressonâncias	6	3	11
Diálogo	5	3	9
<b>Conceitos</b>			
Família de origem	4	2	7
Novo-paradigma	3	2	5
Aspectos da personalidade do paciente	2	1	4
Narrativas	2	1	4
Ciclo vital	1	1	2
Modelos mentais	1	1	2
Polivocalidade	1	1	2
Proposição analítica	1	1	2
Redescrição	1	1	2
Relações familiares	1	1	2
Vozes internas	1	1	2
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	

Nota. <sup>a</sup> N°. de respostas múltiplas = 177



Segundo os formadores, os terapeutas precisam “principalmente manter uma postura ética, ter experiência e estar disponíveis para o processo clínico”. A escuta, o acolhimento, o afeto e a empatia também foram listados como posturas importantes para o(a) terapeuta.

O processo de terapia, por sua vez, é composto de diversas técnicas que procuram desencadear um processo de mudança na interação do sistema que busca terapia. Os formadores citam diversas abordagens terapêuticas que são acionadas para responder ao desafio de identificar e valorizar recursos esquecidos do sistema familiar. Para isso, o(a) terapeuta deve estabelecer um ambiente de coconstrução com a família, utilizando-se de um bom vínculo e de das ressonâncias que a família desperta no(a) terapeuta para ampliar o diálogo que possibilite o acesso aos objetivos terapêuticos.

Também foi investigado como o(a) formador(a) age diante de impasses clínicos. Ao analisarem-se as respostas a essa questão (Tabela 10) percebe-se que há uma coerência com a caracterização da clínica.

Tabela 10.

*Frequência e Percentagem das Respostas sobre Atitudes em Situações de Impasse (N=57)*

Respostas	$f^a$	%	% casos
Conversa com a família	22	24	39
Coterapia ou equipe	11	12	19
Supervisão/consultoria	9	10	16
Reflexão	8	9	14
Técnicas em sessão	8	9	14
Trabalho de <i>self</i> /ressonâncias	7	8	12
Busca de possibilidades / novas visões	7	8	12
Busca apoio teórico	3	3	5
Usa a criatividade	3	3	5
Validação de múltiplas opiniões	3	3	5
Usa o impasse no processo clínico	3	3	5
Prescrição de tarefas	2	2	4
Interrompe o tratamento	2	2	4
Desconstrução do discurso de impasse	1	1	2
Usa a rede social	1	1	2
Desfocar, buscar outra área de interesse	1	1	2
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	

*Nota.* <sup>a</sup> N<sup>o</sup>. de respostas múltiplas = 91

A principal atitude frente a um impasse clínico é a conversa aberta com o sistema que busca terapia. Essa postura é coerente com a postura ética que caracteriza a postura do profissional e com o ambiente de coconstrução que caracteriza o processo terapêutico. Outra opção para resolver

impasses clínicos é buscar apoio em outros profissionais (co-terapia, equipe, supervisão ou consultoria). Além disso, os formadores afirmam buscar compreender como estão influenciando esse impasse (através do trabalho de *self* e identificação de ressonâncias) ou ainda buscam referenciais teóricos que os ajude a romper com o impasse.

### *A Formação*

A última parte do questionário procurava investigar diversos aspectos sobre a prática formativa que é ministrada por esse grupo de participantes. A Tabela 11 apresenta as respostas sobre os componentes considerados indispensáveis à formação em terapia familiar no Brasil.

Os formadores familiares, seguindo uma tendência internacional (Ceberio & Linares, 2006), defendem uma formação apoiada em três eixos: teoria, prática e trabalho de *self*. Trinta profissionais falam que o embasamento teórico diversificado é fundamental na formação. Salientam que é importante conhecer varias teorias e autores da terapia familiar, possibilitando a interdisciplinaridade.

Soma-se à teoria, o atendimento clínico supervisionado utilizando diversas técnicas e diferentes supervisores. A importância da prática clínica foi apontada 39 vezes. O atendimento em coterapia e a observação de atendimentos através de espelho unidirecional também complementam a formação.

O trabalho de *self* é indicado 32 vezes, envolvendo desde conhecimento da história familiar até identificação de capacidades e dificuldades pessoais. Somente um profissional indicou a necessidade de manter terapia pessoal como importante na formação. O trabalho de *self*, portanto, não necessariamente é participar de terapia, mas é importante conhecer-se e utilizar-se como recurso na clínica.

A importância da integração destes aspectos foi apontada oito vezes. Portanto, os formadores não somente querem enfatizar um ou outro aspecto formativo, mas buscar uma articulação desses aspectos, possibilitando que os estudantes encontrem uma forma pessoal de articulação teórico-prática.

Os formadores também indicaram ser importante desenvolver posturas de constante aprendizado e consistência ética nos que freqüentam os cursos de formação. Essas características também estão presentes nas palavras que identificam os aspectos fundamentais da clínica dos formadores e pode indicar uma coerência entre o que é praticado e o que é ensinado.

Tabela 11.  
*Frequência e Percentagem das Respostas sobre Componentes da Formação em Terapia Familiar (N=57)*

<b>Respostas</b>	<i>f<sup>a</sup></i>	%	% casos
<b>Teoria</b>			
Embasamento teórico	25	18	44
Conhecimento de várias teorias após a mudança de paradigma	2	1	4
Estudo teórico de temas e autores na terapia familiar	2	1	4
Saber interdisciplinar	1	1	2
<b>Prática clínica</b>			
Atendimento clínico de família	19	13	33
Prática supervisionada	12	8	21
Atendimento em coterapia	2	1	4
Conhecimento de técnicas	3	2	5
Observação de atendimentos	2	1	4
Conhecer diferentes supervisores	1	1	2
<b>Trabalho de Self</b>			
Conhecimento de seu <i>self</i>	13	9	23
Trabalho pessoal focado na família de origem e família atual	5	4	9
Desenvolvimento da pessoa do(a) terapeuta	6	4	11
Trabalhar a história do(a) terapeuta	4	3	7
Capacidade de criticar-se e receber comentários	1	1	2
Consideração às capacidades pessoais	1	1	2
Mudança paradigmática	1	1	2
Terapia pessoal ou familiar	1	1	2
<b>Articulação do tripé formativo</b>			
Articulação entre o estudo teórico e a reflexão sobre a prática	5	4	9
Desenvolvimento do(a) terapeuta para articular teoria e prática	2	1	4
Teoria associada à prática clínica e ao trabalho do <i>self</i>	1	1	2
<b>Posturas</b>			
Clareza do que está fazendo e para quê (paradigma)	5	4	9
Manutenção de um estado de permanente aprendizado	4	3	7
Desenvolver habilidades – competências	2	1	4
Saber conviver	3	2	5
Saber fazer	3	2	5
Saber aprender	3	2	5
Saber ser	2	1	4
Consistência ética	1	1	2
<b>Grupo</b>			
Discussão em grupos/abertura para trocas	4	3	7
Exercícios simulados	2	1	4
<b>Aspectos práticos da formação</b>			
Conhecer outros institutos	1	1	2
Curso de quatro anos com aulas teóricas e práticas	1	1	2
Didática de ensino	1	1	2
Envolvimento com os problemas sociais da comunidade	1	1	2
<b>Totais</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	

Nota. <sup>a</sup> N<sup>o</sup>. de respostas múltiplas = 142

Há uma preocupação em possibilitar aos estudantes uma clareza sobre os paradigmas que embasam suas práticas a fim de poderem compreender e justificar suas opções no processo terapêutico. Além disso, há um desejo em possibilitar trocas entre os estudantes e outros institutos e em manter um curso de quatro anos com aulas teóricas e práticas.

Uma das questões do questionário investigou os autores considerados fundamentais à formação. Foram listados 75 autores (Tabela 12) de diferentes abordagens e países.

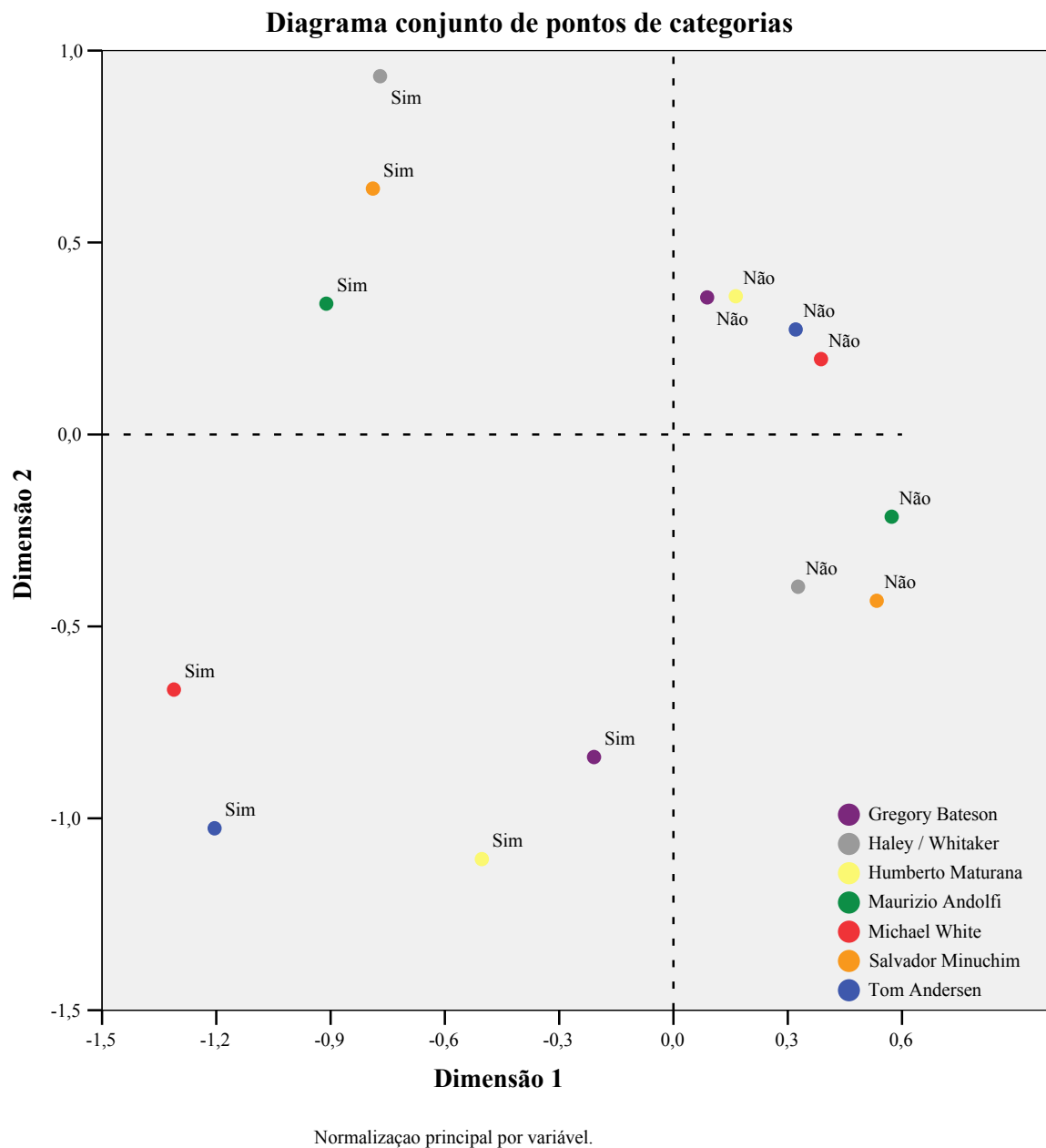
Tabela 12.

*Frequência e Percentagem das Respostas sobre Autores Indispensáveis à Formação em Terapia Familiar (N=57)*

Respostas	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	% casos	Respostas	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	% casos
Salvador Minuchin	22	8	39	Boszormenyi-Nagy	1	0	2
Maurizio Andolfi	20	7	35	Carl Fishman	1	0	2
Gregory Bateson	18	7	32	Ceneide Cervený	1	0	2
Humberto Maturana	14	5	25	Chomsky	1	0	2
Jay Haley	13	5	23	Clara Coria	1	0	2
Tom Andersen	13	5	23	Cristina Ravazzola	1	0	2
Michael White	11	4	19	David Epston	1	0	2
Murray Bowen	10	4	18	David Levinsky	1	0	2
Carl Whitaker	9	3	16	Di Loreto	1	0	2
Gianfranco Cecchin	7	3	12	Don Jackson	1	0	2
Mony Elkain	7	3	12	Donald Schon	1	0	2
Virginia Satir	7	3	12	Dora Schnitman	1	0	2
Carlos Sluzky	6	2	11	Edith Tilmans-Ostyn	1	0	2
Edgar Morin	6	2	11	Francisco Varela	1	0	2
Peggy Papp	6	2	11	Frijof Capra	1	0	2
Lynn Hoffman	5	2	9	Haim Omer	1	0	2
Maria José Esteves de Vasconcellos	5	2	9	Ilia Prigogine	1	0	2
Mônica McGoldrick	5	2	9	Joel Bergman	1	0	2
Paul Watzlawick	5	2	9	John Shotter	1	0	2
Harold Goolishian	4	1	7	Júlia Bucher	1	0	2
Ludwig Von Bertalanffy	4	1	7	Kenneth Gergen	1	0	2
Mara Selvini-Palazzoli	4	1	7	Marilene Grandesso	1	0	2
Marcelo Pakman	4	1	7	Melanie Klein	1	0	2
Betty Carter	3	1	5	Michael Nichols	1	0	2
Evan Imber Black	3	1	5	Milton Erikson	1	0	2
Harlene Anderson	3	1	5	Moisés Groisman	1	0	2
Von Foerster	3	1	5	Moreno	1	0	2
Bion	2	1	4	O. Silvestein	1	0	2
Cloé Madanes	2	1	4	Outeiral	1	0	2
Froma Walsh	2	1	4	Paulo Freire	1	0	2
John Bowlby	2	1	4	Richard Schwartz	1	0	2
Luigi Boscolo	2	1	4	Rios Gonzales	1	0	2
Nathan Ackerman	2	1	4	Sheila McNamee	1	0	2
Sandra Colombo	2	1	4	Terezinha Feres Carneiro	1	0	2
Sigmund Freud	2	1	4	Vera Calil	1	0	2
Antonino Ferro	1	0	2	Winnicott	1	0	2
Armando Ferrari	1	0	2	Zimmerman	1	0	2
B. Keeney	1	0	2	Totais	<b>273</b>	<b>100</b>	

Nota. <sup>a</sup> N°. de respostas múltiplas = 273

Como a diversidade de autores considerada fundamental à clínica também foi consideravelmente extensa (similarmente aos autores utilizados na clínica), optou-se por realizar a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM) para identificar se surgem agrupamentos entre os autores ensinados. Novamente, não foi possível incluir todos os autores citados na análise e foram privilegiados os autores mais citados. São eles: Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin e White. Os autores Haley e Whitaker foram agrupados. A Figura 5 apresenta o mapa perceptual da AFCM dos autores considerados fundamentais à formação.



*Figura 5.* Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Whitaker, Haley, Maturana, Salvador Minuchin, White) Utilizados na Formação”

Complementando as informações apresentadas no diagrama (Figura 5), a Tabela 13 apresenta o resumo do modelo resultante da AFCM sobre os autores ensinados na formação. A dimensão 1 explica 31% da variância.

Tabela 13.

*Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Fundamentais à Formação*

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância explicada		
		Total (Autovalores)	Inércia	%
1	0,634	2,191	0,313	31,296
2	0,529	1,830	0,261	26,149
Total		4,021	0,574	
Média	0,586 <sup>a</sup>	2,011	0,287	28,723

Nota: <sup>a</sup> O alfa de Cronbach médio está baseado em autovalores (*eigenvalues*) médios.

A análise da Dimensão 1 (planos direito e esquerdo) da Figura 5 indica um agrupamento dos formadores que citam os autores incluídos na Análise de Correspondência (plano esquerdo) e dos formadores que não citam estes autores (plano direito). A Dimensão 2 (planos superior e inferior; Figura 5) apresenta uma divisão entre autores identificados com escolas mais tradicionais (plano superior) e autores que estão vinculados a abordagens pós-modernas (plano inferior). Esta configuração cria, no quadrante 3, um agrupamento dos formadores que consideram fundamental ensinar Michael White, Tom Andersen, Maturana e Gregory Bateson. No quadrante 4 estão os formadores que defendem o ensino de Salvador Minuchin, Andolfi, Whitaker e Haley (autores da primeira fase da terapia familiar). Nos quadrantes 1 e 2 estão, respectivamente, os profissionais que não consideram relevante ensinar os autores pós-modernos e os tradicionais.

Tendo-se em vista que foram feitas perguntas diretas sobre autores que eram utilizados na clínica e autores fundamentais na formação, considerou-se relevante investigar um pouco mais a configuração teórica dos formadores nesses dois contextos. A análise das tabelas de frequências dos autores utilizados na clínica (Tabela 5) e os autores indispensáveis à formação (Tabela 12) indicam que diversos autores são citados em ambas as listagens. Sendo assim, buscou-se identificar se havia uma correspondência entre as duas listas de autores e se esses autores se agrupavam de algum modo. Novamente, optou-se por utilizar a Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM), para identificar essas variações. Como a listagem de autores era muito grande, optou-se por estabelecer esta correspondência somente entre os seis autores mais citados: Tom Andersen, Maurizio Andolfi, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Salvador Minuchin, Michael White. Optou-se por não se realizar agrupamentos nessa análise. Para facilitar a visualização do mapa perceptual da AFCM (Figura 6) os autores apresentam a mesma cor no diagrama, sendo

identificados por círculo quando se referem à clínica e por losango quando se referem à formação.

### Diagrama conjunto de pontos de categorias

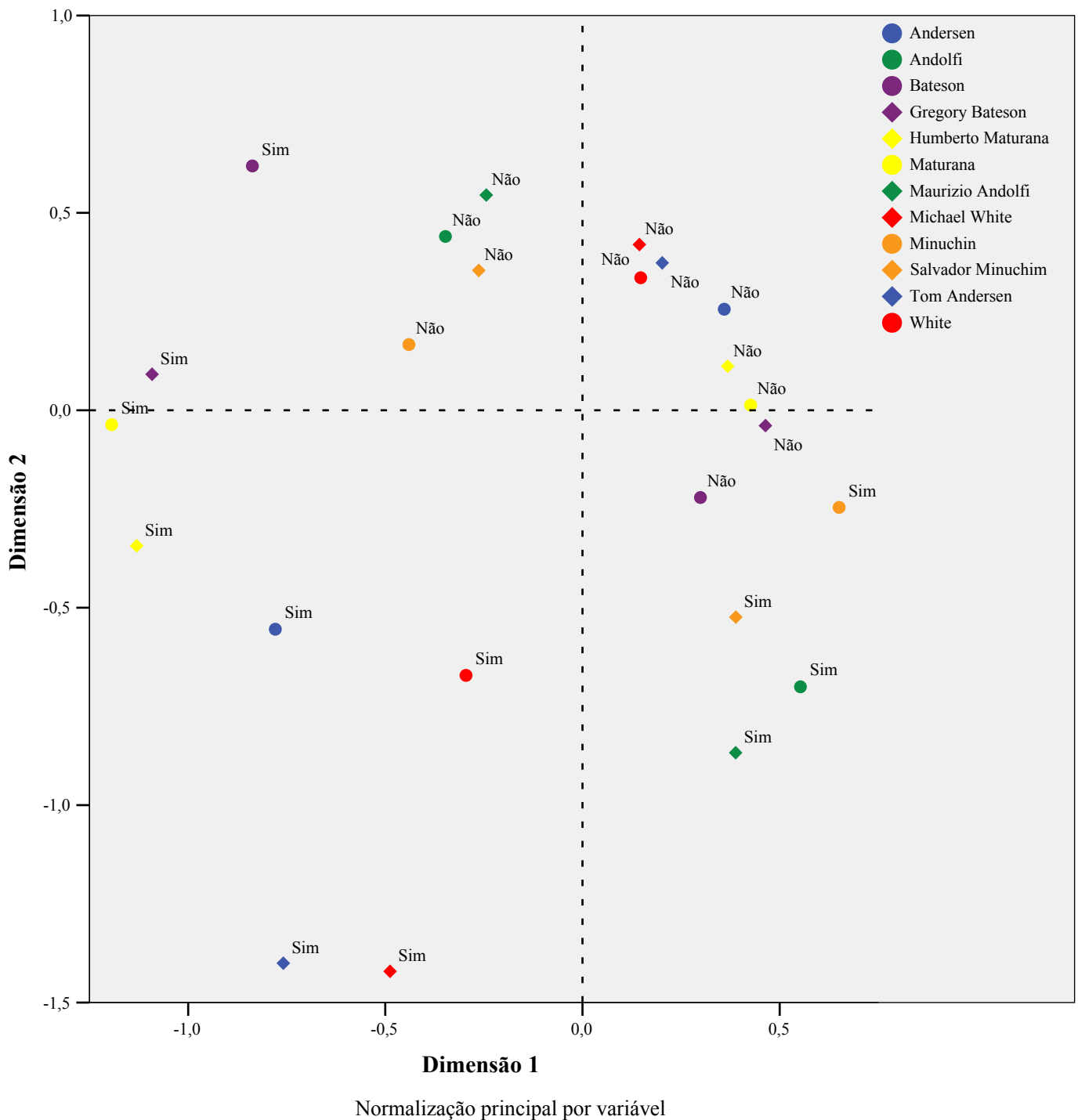


Figura 6. Diagrama Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis “Autores (Tom Andersen, Maurizio Andolfi, Gregory Bateson, Humberto Maturana, Salvador Minuchin, Michael White) Utilizados na Formação” e “Autores (Andersen, Andolfi, Bateson, Maturana, Salvador Minuchin, White) Utilizados na Clínica”

Complementando as informações apresentadas no plano cartesiano (Figura 6), a Tabela 14 apresenta o resumo do modelo resultante da AFCM sobre a comparação entre os autores utilizados na clínica e os autores ensinados na formação. A dimensão 1 explica 24% da variância.

Tabela 14.

*Resumo do Modelo Resultante da Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das Variáveis Autores Fundamentais à Formação*

Dimensão	Alfa de Cronbach	Variância explicada		
		Total (Autovalores)	Inércia	%
1	0,715	2,904	0,242	24,203
2	0,683	2,673	0,223	22,277
Total		5,578	0,465	
Média	0,700 <sup>a</sup>	2,789	0,232	23,240

Nota: <sup>a</sup> O alfa de Cronbach médio está baseado em autovalores (*eigenvalues*) médios.

Ao analisar-se a Dimensão 1 (planos direito e esquerdo) da Figura 6, é possível identificar que os autores do plano esquerdo assumem posturas mais conversacionais e pós-modernas quando sugerem atitudes clínicas. Já os citados no plano direito (Salvador Minuchin e Andolfi) assumem uma postura mais diretiva, estabelecendo um objetivo a ser atendido que envolve, necessariamente, a reestruturação da dinâmica familiar. A Dimensão 2 (planos superior e inferior; Figura 6), apresenta uma divisão entre o autores considerado referência desde o primeiro modelo sistêmico de atendimento familiar – Gregory Bateson (plano superior) e autores que surgem durante a evolução histórica da terapia familiar (plano inferior). Esta configuração cria, no quadrante 2 uma aproximação entre Salvador Minuchin e Andolfi (profissionais mais diretivos) e, no quadrante 3, os autores mais pós-modernos (Michael White, Tom Andersen e Humberto Maturana). No quadrante 1 estão profissionais que não utilizam nem ensinam autores pós-modernos e no quadrante 4 se localizam os formadores que utilizam e ensinam a teoria desenvolvida por Bateson.

A última questão do questionário investigava os desafios dos formadores. As respostas foram categorizadas e estão apresentadas na Tabela 15. Vinte e uma colocações se referiram ao desafio de auxiliar o aluno a se desenvolver. Os formadores participantes deste estudo se sentem responsáveis por auxiliar o aluno a trabalhar seu *self*, identificando ressonâncias e retroalimentações que podem interferir no processo clínico. O(A) aluno(a) deve estar mobilizado para ampliar referenciais teóricos e práticos, agindo eticamente na clínica com seres humanos.



Tabela 15.  
*Frequência e Percentagem das Respostas sobre Desafios do(a) Formador(a) (N=57)*

Respostas	<i>f</i> <sup>a</sup>	%	% casos
<b>Auxílio ao desenvolvimento do(a) aluno(a)</b>			
Trabalhar a pessoa do(a) terapeuta (competências, conhecimento)	5	7	9
Auxiliar na compreensão de ressonâncias e retro-alimentações	4	5	7
Mobilizar o profissional a ampliar os paradigmas teóricos e práticos	3	4	5
Capacidade de valorizar o que está sendo bem feito	3	4	5
Passar ética e valores ligados à prática clínica com seres humanos	2	3	4
Suportar e conter as angústias do aprendiz	2	3	4
Propor uma formação abrangente a alunos com limites de recursos	1	1	2
Comentar mudanças possíveis sem magoar	1	1	2
<b>Preocupação quanto a fornecer modelos</b>			
Treinamento dos terapeutas, respeitando as características de cada um	4	5	7
Equilibrar um ensino consistente sem moldar ou fazer pelo aluno	4	5	7
Contexto para aluno gerar o seu próprio "estilo" como terapeuta	3	4	5
Lidar com as expectativas de alunos de receberem modelos prontos	1	1	2
Informar, construir e oferecer modelo para e com o aluno	1	1	2
Ajudar os alunos a começarem como cópias e terminarem como originais	1	1	2
<b>Mudança de pensamento linear para circular</b>			
Reformar o pensamento linear em sistêmico (circular/complexo)	4	5	7
Sair de um paradigma intrapsíquico, para um interpessoal (relacional)	2	3	4
<b>Abertura para o novo/criatividade</b>			
Aceitar a diversidade, o pensamento complexo e a imprevisibilidade	5	7	9
Integrar conhecimentos da área com conhecimentos prévios	4	5	7
Desenvolve a tensão entre estar sujeito a um modelo e ser criativo	3	4	5
Criação de novos paradigmas	2	3	4
<b>Formação pessoal do(a) formador(a)</b>			
Consideração e respeito aos alunos e às famílias	5	7	9
Ter a noção de que ensinar e aprender é um só processo	5	7	9
Nunca se considerar pronto	4	5	7
Buscar a coerência entre epistemologia, teórica e prática	4	5	7
Consciência dos novos papéis de gênero	1	1	2
Desafio por si só	1	1	2
Respostas	75	100	

Nota. <sup>a</sup> N°. de respostas múltiplas = 75

Outro desafio apontado pelos formadores é a preocupação quanto a fornecer modelos (citado 13 vezes). Falam que é fundamental fornecer ao aluno um ensino consistente, que permita ao aluno construir sua própria forma de agir na terapia. Os alunos, segundo estes profissionais, chegam à formação em busca de modelos prontos e é importante oferecer modelos, mas não constituí-los como inquestionáveis e imutáveis.

Outro desafio apontado pelos formadores refere-se à necessidade de modificar o pensamento do estudante, rompendo com uma lógica linear para assumir uma leitura da complexidade, do relacional e sistêmico. Essa mudança de paradigma está intimamente relacionada

com o desafio de estar aberto ao novo e lidar com a criatividade. Por trabalharem com a complexidade, os formadores participantes do estudo parecem ter noção da tensão pela qual passa o profissional em formação: integrar conhecimentos novos e prévios a fim de possibilitar o desprendimento de modelos prontos e a construção de uma forma de trabalho própria.

Por fim, outro grande desafio dos formadores é a constante preocupação com sua própria formação. Além de nunca considerar-se pronto e buscar constantemente a coerência profissional, os formadores precisam desenvolver habilidades que se referem à metodologia de ensino e transmissão de conteúdos nem sempre de fácil ensino. Muitos conhecimentos da terapia familiar envolvem a postura e a construção do profissional e essa transmissão é um desafio por si só para o(a) formador(a).

### *Conclusões*

A partir deste estudo percebeu-se que os formadores são em sua maioria mulheres e psicólogas que atuam nas regiões sudeste e sul do Brasil. Esses profissionais atuam em clínicas privadas, em clínicas sociais formativas ou em universidades e têm suas práticas clínicas relacionadas com as práticas formativas. As famílias que buscam atendimento têm características diversificadas, apresentando principalmente dificuldades de relacionamento interpessoal.

Ao investigarem-se os referenciais teóricos utilizados na clínica dos formadores, identificou-se uma tendência a identificarem-se como sistêmicos, mas não se apóiam em um referencial teórico único. Os autores mais utilizados são Salvador Minuchin, Maurizio Andolfi, Tom Andersen, Michael White, Gregory Bateson e Humberto Maturana. Esses autores também são os considerados fundamentais para a formação pelo maior número de profissionais. Essa integração entre teorias e autores é realizada de forma coerente pelos profissionais, havendo uma divisão entre os formadores que adotam autores e abordagens mais tradicionais e aqueles que seguem posturas mais pós-modernas.

O processo clínico é caracterizado por um espaço de diálogo e interação no qual o profissional deve atuar com ética e respeito para possibilitar a mudança na interação familiar. O(A) formador(a) é sua ferramenta de trabalho e o trabalho de *self* é percebido como fundamental para a compreensão da evolução da terapia e dissolução de impasses.

A formação em terapia familiar envolve o trabalho de três eixos: os referenciais teóricos, a prática supervisionada e o trabalho de *self*. Esse tripé, na opinião dos participantes, deve ser desenvolvido constantemente – seja durante a formação como após ela. Analisando-se as respostas sobre os desafios da formação e características da clínica, percebe-se que os formadores continuam trabalhando seu tripé: buscam constantemente novos autores referência, mantêm sua prática clínica

e pensam em supervisão e trabalho de *self* sempre que surge algum impasse na clínica.

Os formadores sentem-se responsáveis pelo processo de mudança da lógica de pensamento dos estudantes (da linearidade para a complexidade), alterando também a forma de compreender e agir no processo clínico. Ai está a importância de planejar uma formação que não seja somente uma apresentação de teorias e modelos. Os terapeutas precisam se apropriar de diversas teorias para serem capazes de compor suas formas próprias de agir com famílias.

Os autores ensinados pelos formadores são os mesmos utilizados na clínica pelos formadores. Identificou-se que os formadores que seguem uma tendência mais tradicional na clínica ensinam essas escolas e os autores que as embasam. Já os autores que seguem uma tendência pós-moderna consideram importante utilizar esse referencial também na formação.

Os desafios dos formadores envolvem a preocupação em constante atualização pessoal e a consciência de que existem diversos modelos de atuação. O grande objetivo da formação é apresentar diversos modelos para que os estudantes “comecem como cópias e terminem como originais” (expressão utilizada por um participante do estudo).

Apesar dessa vontade, os formadores acabam apresentando suas próprias vivências clínicas e pessoais como modelo para os terapeutas. Isso fica evidente ao se constatar o agrupamento dos formadores ensinando e utilizando ou autores mais contemporâneos ou mais tradicionais na terapia familiar. Autores mais tradicionais consideram importante ensinar Minuchin e Andolfi para os estudantes e os mais contemporâneos não abrem mão dos ensinamentos de Andersen e White. Essa união de autores pode transmitir uma mensagem de que escolas complementares se fundem em um modelo único (estrutural e trigeracional ou construcionismo social e construtivismo). É tanta a integração, principalmente da segunda dupla, que os termos construcionismo e construtivismo podem ser utilizados como sinônimos por terapeutas familiares (Barbetta, comunicação pessoal em 16 de janeiro de 2006).

Chama a atenção uma desvinculação dos formadores que utilizam Gregory Bateson e também seguem a teoria sistêmica. Nos resultados dos formadores ele está mais próximo aos profissionais que adotam a abordagem construtivista do que daqueles que se denominam sistêmicos. Esse resultado pode indicar que os autores acompanham o resgate feito à obra batesoniana realizada pelo grupo de Milão (rompendo com a leitura pragmática proposta pelo *Mental Research Institute*) ou que os próprios formadores brasileiros estão retomando os conceitos propostos por Bateson, ampliando a compreensão dos conceitos por ele apresentados. Essa segunda opção foi corroborada por se evidenciar um grupo específico de formadores que consideram importante o estudo das idéias de Gregory Bateson, especificamente.

A análise dos referencias teóricos disponibilizados pelos formadores em terapia familiar

indica que há uma permanência dos autores mais tradicionais da terapia familiar somado aos autores mais contemporâneos. Mesmo autores menos utilizados na clínica dos formadores, quando considerados expoentes e importantes, permanecem sendo estudados e ensinados.

Essa manutenção gera nos terapeutas que cursam a formação no Brasil uma visão bastante rica de recursos terapêuticos. Não há a construção de dicotomias e oposições, mas de complementação e de adequação ao estilo particular de cada profissional. Antes de apresentar uma escola como mais importante ou útil do que outra, o(a) formador(a) apresenta os diferentes modelos como possibilidades e recursos a serem acionados de acordo com a necessidade e forma de funcionar do(a) terapeuta. Essa postura teórica é complementada pela postura do(a) formador(a) durante a supervisão clínica.

Por buscarem uma postura de respeito e coconstrução com as famílias que estão em atendimento, os formadores despertam nos estudantes essa mesma necessidade de estar vinculados genuinamente ao processo terapêutico. É como se os formadores estimulassem o surgimento de processos proximais em qualquer intervenção clínica: a construção da terapia modifica a família em atendimento, o(a) terapeuta e, conforme o caso, o(a) supervisor/formador(a).

## Capítulo IV

### Estudo II

#### Os Terapeutas Brasileiros

##### *Objetivos*

A partir dos resultados obtidos no Estudo I quanto a objetivos da formação e autores ensinados, esse estudo investigou o modo como estes aparecem nos profissionais atuantes do Brasil. Essa visão é apoiada no modelo bioecológico de Bronfenbrenner que indica que o que está disponibilizado no exossistema interfere o mesossistema das pessoas. O mesossistema é composto por todos os ambientes nos quais os profissionais circulam, estabelecendo interações proximais. Especificamente, investigou: 1) a profissão de origem dos terapeutas familiares; 2) os locais (estado) de formação; 3) premissas epistemológicas que influenciam a clínica; 4) escolas ou linhas teóricas de identificação; 5) técnicas utilizadas; e 6) conceitos utilizados pelos familiares brasileiros. Esses elementos possibilitaram a compreensão da composição teórica proposta aos que buscam formação em instituições reconhecidas pela Associação Brasileira de Terapia Familiar (ABRATEF), de acordo com os resultados do Estudo I.

O Estudo II também teve o objetivo de subsidiar o Estudo III, que envolve a investigação qualitativa de possibilidades terapêuticas, a partir da discussão de um caso (em grupo focal). Escolas e técnicas conhecidas e utilizadas pelos terapeutas brasileiros servirão de apoio para a compreensão e a análise dos resultados dos grupos focais.

##### *Método*

##### *Delineamento*

O Estudo II apresenta um delineamento exploratório descritivo, através de estudo quantitativo com análises fatoriais, correlacionais e de variância. Através de um questionário *online* acessou-se alguns dados sócio-demográficos dos terapeutas familiares (identidade profissional, local de formação, idade). Investigou-se posicionamentos (concordo até discordo) dos profissionais atuantes da área de família quanto a 26 premissas teóricas e o quanto 12 escolas/abordagens eram utilizadas na clínica por estes. Ainda procurou-se descrever a utilização ou não de técnicas e conceitos pelos profissionais participantes deste estudo. As

premissas e as abordagens foram submetidas à análise fatorial para possibilitar a análise de correlações e de variância entre estes fatores e as demais variáveis.

### *Participantes*

Trezentos e oito terapeutas de família, inscritos da ABRATEF fizeram parte da amostra. Os membros titulares e os fundadores de todas as regionais, que possuíam *e-mail* credenciado junto à instituição, foram convidados a participar do estudo (cerca de 1400 profissionais de acordo com levantamento realizado pela ABRATEF, em outubro de 2005), sendo eles formadores ou terapeutas formados. Membros aspirantes não foram incluídos neste estudo por não terem terminado os cursos de formação. Os membros colaboradores também não foram convidados por não terem, necessariamente, formação em terapia de família. Mais detalhes da amostra são descritos na seção de resultados deste Estudo II.

### *Instrumentos e Procedimentos*

Os terapeutas de família vinculados à ABRATEF foram convidados a preencher um questionário *online*, conhecendo anteriormente os objetivos do estudo. Esse processo de recrutamento de participantes é identificado por Hewson (2008) como um método reativo de coleta de dados em uma pesquisa mediada pela internet. Uma coleta reativa acontece quando a pessoa tem consciência *a priori* dos objetivos e dos procedimentos do estudo e opta voluntariamente em participar da mesma.

Tendo em vista que esse estudo foi realizado de forma *online* e estudos dessa ordem ainda são novidade no contexto científico é relevante uma explicação mais detalhada dos cuidados éticos adotados. Para a captação dos participantes foram tomados os seguintes cuidados: (1) foi enviado um *e-mail* (sem o *link* do questionário) à lista de endereços eletrônicos disponibilizada pela ABRATEF, apresentando o estudo e solicitando o aviso à pesquisadora caso o receptor da mensagem não fosse terapeuta de família. Este poderia ainda não querer participar, sendo assim removido da listagem de participantes; (2) todos os contatos posteriores (por *e-mail*) continham um *link* para acesso ao questionário do estudo, um *link* para remoção automática da lista de participantes e os contatos da pesquisadora (telefone e *e-mail*); (3) antes de acessar ao instrumento, os participantes precisavam, necessariamente, ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Anexo D) disponibilizado *online*. Somente com sua concordância os terapeutas iniciavam sua participação no estudo. Em caso de não concordância, os terapeutas eram diretamente conduzidos à página de agradecimento, não tendo acesso ao instrumento. Após o preenchimento do questionário o *link* era desativado e os

terapeutas não tinham mais acesso ao instrumento.

Optou-se por utilizar um *site* pago de organização e envio de instrumentos de pesquisa, por buscar-se uma maior garantia de bom funcionamento da coleta e análise de dados. O *site* escolhido foi o [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) por parecer confiável e possibilitar a execução dos procedimentos éticos antes descritos. A seriedade do *site* foi confirmada quando enviaram à pesquisadora um *e-mail* antes de autorizar o envio dos *links* do questionário aos participantes. Esse contato visava à confirmação dos objetivos do estudo e a tomada de conhecimento da origem da listagem de *e-mails*. Somente após esse retorno da pesquisadora, as mensagens eletrônicas de convite para participação foram enviadas aos participantes.

Foram contatados 1094 terapeutas familiares. Destes 749 não responderam, 46 optaram por não participar e dez não concordaram com o TCLE. Cento e seis terapeutas de família iniciaram a responder o questionário e não o concluíram, não sendo, portanto, considerados nesse estudo. Foram enviados dez *e-mails* convidando os terapeutas a participarem do estudo e cinco *e-mails* solicitando a conclusão do questionário (somente para aqueles que já haviam começado o preenchimento do mesmo).

A listagem de *e-mail* foi organizada a partir de lista disponibilizada pela ABRATEF por ocasião do VII Congresso Brasileiro de Terapia Familiar que aconteceu em julho de 2006 em São Paulo e contatos posteriores feitos às regionais. Além disso, os próprios participantes do estudo poderiam sugerir outros *e-mails*, ampliando a lista de participantes.

Cada terapeuta teve acesso a um *link* único (vinculado ao *e-mail*) que permitiu acessar o TCLE (Anexo D) e ao questionário (Anexo E). Além dos dados de identificação dos participantes, o questionário era composto de quatro partes. A primeira parte investigou 26 premissas teóricas referentes à prática clínica que o(a) terapeuta avaliou se concordava ou não com a afirmação (segundo uma escala *Likert* de sete pontos – desde o discordo totalmente até o concordo totalmente). A segunda parte da escala apresentava uma listagem com 28 técnicas solicitando que os terapeutas indicassem sua utilização (nunca utiliza, às vezes, frequentemente e não conheço). A terceira parte explorou o conhecimento e a utilização de nove conceitos da terapia de família (desconheço, conheço e não utilizo e conheço e utilizo). A quarta parte pediu para os terapeutas indicarem a frequência com que 12 escolas eram utilizadas em suas práticas (também em escala tipo *Likert* – não conheço, nunca utilizo, raramente utilizo, algumas vezes utilizo, seguidamente utilizo, quase sempre utilizo, sempre utilizo).

Esse questionário foi elaborado e divulgado por Cipoletta, Massimiliano e Alberto (2005). Foi submetido à versão e tradução, por um processo de *translation/backtranslation* por pesquisadores e terapeutas familiares, sendo também entregue em italiano e português a grupos

de estudo na área para verificação dos termos utilizados. Em função disso, foi necessária a adaptação de alguns termos, utilizando os mais comuns à realidade brasileira. Alguns novos itens foram integrados ao questionário original, contemplando dados fornecidos pelo Estudo I, especialmente na parte que investigava as premissas epistemológicas dos atendimentos (o original tinha somente as 16 primeiras afirmações).

### *Aspectos Éticos*

A participação neste estudo apresentou risco mínimo para os seus participantes, apesar do uso do computador como instrumento de coleta de dados. O projeto relativo ao presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo nº. 04/2006).

### *Resultados e Discussão*

Seguindo a análise de dados realizada por Cipoletta, Massimiliano e Alberto (2005), os dados foram submetidos a análises descritivas univariadas que descreveram: 1) a caracterização dos participantes no estudo (idade, identidade profissional e local de realização do curso de formação); 2) as frequências de concordância ou não com as premissas epistemológicas apresentadas; 3) grau de conhecimento e utilização de técnicas; 4) a utilização e conhecimento de conceitos desenvolvidos por escolas da terapia familiar; e 5) o grau de utilização pelos terapeutas familiares brasileiros de diversas abordagens teóricas. Foram realizadas ainda análises de variância (ANOVA *one way*; *post hoc Tukey*) para identificar diferenças nas médias dos grupos de profissionais formados em função das profissões de origem e locais de formação nas variáveis descritivas citadas anteriormente.

Tendo em vista o amplo número de variáveis que foram investigadas nesse instrumento, ainda foi necessária a utilização de análise fatorial exploratória com o método dos componentes principais e rotação *oblimin*. A análise fatorial teve o objetivo de reduzir o número de variáveis que estavam sendo investigadas (especificamente sobre as premissas teóricas e as abordagens utilizadas) para ser possível a análise de correlação entre estes fatores e as demais variáveis investigadas no estudo. Desta forma, buscou-se uma melhor compreensão bioecológica dos dados.

### *As Pessoas*

Os participantes deste estudo têm, em média 51 anos ( $SD= 10,5$ ), tendo o mais jovem 23 anos e o mais velho 76. A caracterização mais detalhada desta população está descrita na



Tabela 16. A partir da análise da Tabela 16 pode-se perceber que a maioria dos terapeutas familiares brasileiros participantes do estudo são mulheres e psicólogas (64%). Em função de uma distribuição desigual da amostra quanto ao local de formação (segundo a tendência que surgiu no Estudo I), optou-se por utilizar um agrupamento por regiões das cidades indicadas como local de realização da formação. Entretanto, na Tabela 17 encontra-se uma listagem dos estados e, quando a formação foi realizada no exterior, dos países citados pelos participantes do estudo.

Tabela 16.  
*Frequências de Identidade Profissional Distribuída por Sexo e Local de Formação*  
(N=308)

<i>Identidade Profissional</i>	<i>Sexo</i>	<i>Local de formação</i>				<b>Total</b>
		<i>Região Sul</i>	<i>Região Sudeste</i>	<i>Demais Regiões</i>	<i>Exterior</i>	
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	
Psicologia	F	81	93	15	8	<b>197</b>
	M	2	11	3	1	<b>17</b>
Serviço Social Saúde	F	14	14	7	3	<b>38</b>
	F	1	9	3	2	<b>15</b>
Educação	M	4	4		2	<b>10</b>
	F	7	7	7		<b>21</b>
Outros	M	2	3			<b>5</b>
	F	1		2	1	<b>4</b>
	M		1			<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>112</b>	<b>142</b>	<b>37</b>	<b>17</b>	

Da mesma forma, foi realizado um agrupamento das identidades profissionais dos terapeutas familiares. Os psicólogos e os assistentes sociais, por serem os grupos maiores, não foram agrupados. O grupo “Saúde” é composto por: Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Gerontologia Social, Nutrição e Odontologia. O grupo “educação” inclui profissionais formados em Pedagogia, Letras, Teologia, Filosofia, História, Educação Artística e Educação Física. No grupo “outros” foram incluídos os cursos de: Ciências Sociais, Direito, Engenharia Civil e um profissional que não identificou seu curso (mas marcou a opção “Outro”).

Tabela 17.

*Frequência dos Estados e Países de Formação dos Terapeutas Familiares (N=308)*

<i>Locais de formação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Região Sul		
Rio Grande do Sul	84	27,3
Santa Catarina	17	5,5
Paraná	11	3,6
Região Sudeste		
São Paulo	64	20,8
Rio de Janeiro	61	19,8
Minas Gerais	13	4,2
Espírito Santo	4	1,3
Demais regiões		
Bahia	15	4,9
Distrito Federal	12	3,9
Pernambuco	4	1,3
Goiás	2	0,6
Amazonas	1	0,3
Ceará	1	0,3
Maranhão	1	0,3
Sergipe	1	0,3
Exterior		
Estados Unidos	6	1,9
Argentina	3	1,0
Espanha	3	1,0
Itália	3	1,0
Equador	1	0,3
Inglaterra	1	0,3
<b>Total</b>	<b>308</b>	<b>100</b>

Essa configuração da pessoa da terapeuta familiar (mulheres, psicólogas e formadas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil) é semelhante à configuração que surgiu no Estudo I (com os formadores). O número significativamente maior de psicólogas e assistentes sociais, seguido por médicas reflete uma tendência proposta pela ABRATEF às instituições associadas de restringir o ingresso aos cursos de formação somente aos profissionais destas áreas. Há um debate sobre esse assunto e uma possibilidade de ampliar a gama de profissões para incluir profissionais da saúde e da educação. Haveria, portanto, uma preocupação com os profissionais com outras formações (1,6% da amostra) que já fizeram seus cursos de formação e poderão ter seus consultórios abertos (sem supervisão de nenhum conselho profissional).

#### *Premissas teóricas*

O questionário continha 26 afirmações sobre posturas e crenças dos terapeutas e os participantes foram solicitados a, numa escala *Likert* de sete pontos, indicar se concordavam ou

não com cada uma das afirmações. A Tabela 18 apresenta as afirmações e as frequências de respostas destas afirmações.

Através desta tabela é possível identificar algumas tendências na atuação dos terapeutas familiares. Entre as afirmações que mais profissionais indicam concordância estão: “Questões éticas estão sempre permeando a prática clínica.” (sendo que 82% concordam totalmente e 14% concordam bastante com ela); “O trabalho do *self* do(a) terapeuta é fundamental na formação do terapeuta familiar.” (65% dos profissionais concordam totalmente e 24% concordam bastante com essa premissa); e “A terapia só acontece quando terapeuta e família constroem um espaço de confiança e acolhimento.” (59% concordam totalmente e 33% concordam bastante).

No outro extremo estão as afirmações que a maioria discorda. São elas: “Para produzir uma mudança duradoura nas famílias não somente precisa modificar as transações, mas precisa também mudar a estrutura de personalidade.” (sendo que 50% discordam totalmente e 27% discordam bastante desta afirmação); “Para a evolução do processo terapêutico é fundamental que o terapeuta se mantenha neutro e distante.” (43% discordam totalmente e 26% discordam bastante desta premissa); e “A resistência é um construto teórico sem utilidade prática.” (sendo que 32% discordam totalmente e 24% discordam bastante).

Diferentemente dos terapeutas italianos e espanhóis (Cipoletta et al., 2005), houve diversas afirmações que concentraram a maioria dos posicionamentos dos participantes nos extremos da escala. Esse dado pode indicar um posicionamento bastante claro dos terapeutas brasileiros quanto ao que considera a prática profissional desempenhada.

Procurou-se investigar mais a fundo esse resultado através de análises de variância (ANOVA *one way*) quanto às premissas teóricas (com distribuição normal) e locais de atuação. Duas frases diferenciam as médias dos profissionais que fizeram suas formações em estados diferentes. A premissa “Quanto maior e complexo é um problema, tanto mais complicado será resolvê-lo.” diferencia os profissionais da região sul ( $M=3,88$ ;  $SD=1,77$ ) dos profissionais da região Sudeste ( $M=3,27$ ;  $SD=1,80$ ) e demais regiões ( $M= 2,86$   $SD=1,68$ ). Os profissionais da região Sul concordam mais com a afirmação do que os profissionais que realizaram suas formações nos demais estados ( $F=4,169$ ;  $df=3$   $p<0,01$ ). A outra premissa que diferencia a região sul ( $M=4,04$   $SD=1,90$ ) da Sudeste ( $M=4,72$   $SD=2,04$ ) é “É ótimo pensar que a realidade em psicoterapia não existe, mas que a construímos”. Sendo que a região sudeste concorda mais com essa afirmação do que os profissionais da região Sul ( $F=2,872$ ;  $df=3$   $p<0,05$ ).

A análise de variância das premissas com relação à identidade profissional dos participantes indicou diferença estatisticamente significativa com relação a duas afirmações. Os psicólogos ( $M=3,64$   $SD=1,82$ ) da amostra concordam mais do que os assistentes sociais

( $M=2,71$   $SD=1,59$ ) com a afirmação “Quanto maior e complexo é um problema, tanto mais complicado será resolvê-lo” ( $F=2,619$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$ ). Já a afirmação “O terapeuta deve possuir objetivos terapêuticos próprios, os quais não está, necessariamente, obrigado a comunicar aos clientes” diferencia assistentes sociais ( $M=2,50$ ;  $SD=1,92$ ) dos profissionais da educação ( $M=4,27$ ;  $SD=1,84$ ), sendo que o primeiro grupo concorda menos com a frase do que o segundo ( $F=3,51$ ;  $df=4$ ;  $p<0,01$ ).

Tabela 18.

*Frequências de Concordância ou Não com Relação às Premissas Teóricas Investigadas (N=308)*

	Disc. total		Disc. Bast.		Disc. pouco		N conc. N disc.		Conc. pouco		Conc. total	
	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	f
Para ajudar as pessoas e as famílias é imprescindível possuir um modelo relativo ao que se considera normal.	81	59	45	18	51	43	11					
A posição do terapeuta deve ser determinada por seu desejo de adaptar-se ao que os clientes pedem em cada momento.	50	62	42	26	57	58	13					
O processo terapêutico é como um caminho com fases que precisam ser percorridas uma a uma quando se deseja chegar ao fim.	20	36	28	18	53	92	61					
Qualquer família, quando chega à terapia, apresenta uma forte tendência a manter a homeostase.	25	40	24	14	65	98	42					
O terapeuta deve analisar as informações para verificar o que está realmente acontecendo na família.	30	14	13	13	46	82	110					
Quanto maior é um problema, tanto mais complicada será resolvê-lo.	45	74	52	30	53	45	9					
O terapeuta deve possuir objetivos terapêuticos próprios, os quais não está necessariamente obrigado a comunicar aos clientes.	82	72	29	19	50	39	17					
Para produzir uma mudança duradoura nas famílias não somente precisa modificar as transações, mas precisa também mudar a estrutura de personalidade.	153	83	38	8	13	10	3					
Os modelos de normalidade - patologia que são oferecidos por nossas teorias são imprescindíveis, porque assinalam o caminho do nosso trabalho.	75	64	39	18	57	50	5					
Estabelecer uma boa aliança terapêutica é o objetivo fundamental de cada primeira entrevista.	8	7	13	10	29	107	134					
São os progressos de meus clientes que determinam o ritmo da progressão do tratamento.	6	9	17	20	34	134	88					
A resistência é um construto teórico sem utilidade prática.	99	75	35	35	27	24	13					
É ótimo pensar que a realidade de em psicoterapia não existe, mas que a construímos.	27	44	32	36	45	71	53					
É útil pensar que os clientes trazem à consulta histórias saturadas de problemas que os mantêm aprisionados.	19	33	19	24	48	109	56					
É importante negociar com a família objetivos concretos e atingíveis.	7	6	8	12	30	122	123					
Para produzir uma mudança estável é suficiente mudar uma pequena parte do sistema	22	59	37	28	80	69	13					
A história de vida do terapeuta entra em ressonância com a história de vida da família.	4	4	5	16	71	131	77					
Entre os recursos disponíveis aos terapeutas familiares estão suas próprias experiências de vida.	4	5	5	6	43	119	126					
O contrato conjugal é feito embasado em diversos aspectos inconscientes.	6	7	8	12	45	131	99					
A terapia só acontece quando terapeuta e família constroem um espaço de confiança e acolhimento.	3	0	2	3	14	103	183					
A evolução da terapia se dá através de conversações seguras e sinceras entre os membros do sistema terapêutico (família - terapeuta).	2	4	4	5	27	100	166					
Para a evolução do processo terapêutico é fundamental que o terapeuta se mantenha neutro e distante.	132	80	44	9	23	16	4					
O trabalho do <i>self</i> do terapeuta é fundamental na formação do terapeuta familiar.	7	4	4	4	12	75	202					
O objetivo principal da terapia é construir novas formas de se relacionar com a cultura.	24	36	24	46	81	77	20					
É fundamental estar atento a cultura da família para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos.	2	3	2	3	26	117	155					
Questões éticas estão sempre permeando a prática clínica.	4	0	0	3	6	42	253					

A simples constatação dessas frequências já indica tendências de posturas e crenças dos terapeutas familiares brasileiros. Mas, para uma análise mais aprofundada (através de análises correlacionais entre estas variáveis e os outros aspectos investigados no estudo) foi necessário realizar uma análise fatorial, a fim de reduzir o número de variáveis. A análise fatorial permite a redução de variáveis em fatores que indicam uma relação subjacente entre as variáveis. Optou-se pela manutenção de três fatores (que explicam 37% da variância) e utilizou-se rotação *oblimin*. A Tabela 19 apresenta como cada variável se distribuiu nos fatores. O Primeiro Fator concentrou variáveis que investigavam aspectos sobre a relação entre terapeutas e clientes no contexto de terapia, sendo denominado “clínico”. O Segundo Fator agrupou as variáveis que exploravam a relação entre o(a) terapeuta e premissas teóricas que conduzem sua forma de atuação clínica, sendo denominado “teórico”. O Terceiro Fator concentrou as afirmações de acordo com as abordagens mais contemporâneas da terapia familiar, recebendo a denominação de “Pós-moderno”. A única afirmação que foi excluída da análise fatorial foi a “Para produzir uma mudança estável é suficiente mudar uma pequena parte do sistema”, por não assumir uma carga fatorial relevante em nenhum dos três fatores.

Com a realização desta análise fatorial e construção de três fatores (clínico, teórico e pós-moderno), foi possível investigar de que forma essas premissas compõem as práticas dos terapeutas familiares. A primeira etapa consistiu na correlação entre os fatores e as escolas adotadas pelos terapeutas familiares (Tabela 20)<sup>1</sup>. Desta forma, investigou-se se há uma vinculação entre as premissas teóricas adotadas e a utilização de uma abordagem teórica específica. Para estabelecer a correlação utilizou-se o teste de *Pearson*, considerando apenas os participantes que indicaram conhecer as escolas (a opção “não conheço” foi tratada como *missing*).

---

<sup>1</sup> A análise das frequências da utilização das abordagens por terapeutas familiares brasileiros será apresentada logo após a descrição das correlações entre os fatores criados a partir das premissas teóricas. Essa inversão dos dados foi necessária para deixar mais fluente a apresentação dos demais resultados (uma vez que todos serão correlacionados com os fatores que foram construídos a partir das abordagens adotadas).

Tabela 19.  
*Matriz Padrão da Análise Fatorial das Variáveis sobre Premissas Teóricas*

Padrão Matricial <sup>a</sup>	Componentes		
	1	2	3
A terapia só acontece quando terapeuta e família constroem um espaço de confiança e acolhimento.	,761		
É fundamental estar atento à cultura da família para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos.	,698		
A evolução da terapia se dá através de conversações seguras e sinceras entre os membros do sistema terapêutico (família + terapeuta).	,690		
Questões éticas estão sempre permeando a prática clínica.	,681		
O trabalho do self do terapeuta é fundamental na formação do terapeuta familiar.	,631		
O contrato conjugal é feito embasado em diversos aspectos inconscientes.	,525		
É importante negociar com a família objetivos concretos e atingíveis.	,508		
A história de vida do terapeuta entra em ressonância com a história de vida da família.	,475		
Estabelecer uma boa aliança terapêutica é o objetivo fundamental de cada primeira entrevista.	,435		
Entre os recursos disponíveis aos terapeutas familiares estão suas próprias experiências de vida.	,430		,311
São os progressos de meus clientes que determinam o ritmo da progressão do tratamento.	,384		,334
Os modelos de normalidade - patologia que são oferecidos por nossas teorias são imprescindíveis, porque assinalam o caminho do nosso trabalho.		,722	
Quanto maior e complexo é um problema, tanto mais complicado será resolvê-lo.		,626	
O terapeuta deve analisar as informações para verificar o que está realmente acontecendo na família.	,312	,616	
O terapeuta deve possuir objetivos terapêuticos próprios, os quais não está necessariamente obrigado a comunicar aos clientes.		,604	
Para ajudar as pessoas e as famílias é imprescindível possuir um modelo relativo ao que se considera normal.		,578	
O processo terapêutico é como um caminho com fases que precisam ser percorridas uma a uma quando se deseja chegar ao fim.		,532	
Qualquer família, quando chega à terapia, apresenta uma forte tendência a manter a homeostase.		,520	
Para produzir uma mudança duradoura nas famílias não somente precisa modificar as transações, mas precisa também mudar a estrutura de personalidade.		,486	
Para a evolução do processo terapêutico é fundamental que o terapeuta se mantenha neutro e distante.		,466	
É ótimo pensar que a realidade em psicoterapia não existe, mas que a construímos.			,756
É útil pensar que os clientes trazem à consulta histórias saturadas de problemas que os mantêm aprisionados.			,610
A resistência é um construto teórico sem utilidade prática.			,549
A posição do terapeuta deve ser determinada por seu desejo de adaptar-se ao que os clientes pedem em cada momento.			,419
O objetivo principal da terapia é construir novas formas de se relacionar com a cultura.			,405

Para produzir uma mudança estável é suficiente mudar uma pequena parte do sistema

Método de Extração: Análise de componentes principais

Método de rotação: *Oblimin* com normalização de Kaiser

Nota: <sup>a</sup> Rotação convergente em 8 interações.

Tabela 20.

*Correlações entre Escolas Adotadas na Clínica pelos Terapeutas Familiares e Fatores Criados a Partir das Premissas Teóricas Investigadas*

	Fator 1 Clínico	Fator 2 Teórico	Fator 3 Pós-moderno
Centrado em soluções ( $n=180^a$ )	,010	,171*	,046
Centrado nos problemas ( $n=253$ )	,021	,126*	-,012
Grupo de Milão ( $n=294$ )	,126*	<b>,184**</b>	,058
Estratégico ( $n=296$ )	,083	<b>,362**</b>	-,133*
Estrutural ( $n=296$ )	<b>,174**</b>	<b>,239**</b>	-,008
Sistêmicoconstrutivista ( $n=300$ )	,088	<b>-,172**</b>	,080
Trigeracional ( $n=296$ )	<b>,199**</b>	<b>,165**</b>	-,011
Cognitivo-comportamental ( $n=285$ )	,047	<b>,306**</b>	-,142*
Psicodinâmica ( $n=287$ )	,144*	<b>,268**</b>	-,134*
Sistêmico-humanista ( $n=233$ )	,011	,034	,001
Narrativa ( $n=286$ )	,080	<b>-,198**</b>	<b>,243**</b>
Construcionista social ( $n=285$ )	,094	<b>-,273**</b>	<b>,267**</b>

Notas: \*  $p < 0,05$       \*\*  $p < 0,01$

<sup>a</sup> O  $n$  de cada abordagem varia, porque foram considerados apenas os terapeutas que conhecem o modelo referido.

A análise das correlações entre as premissas e as abordagens evidencia que o Fator 2, que se refere às questões teóricas, apresenta correlação estatisticamente significativa com quase todas as abordagens (exceção à abordagem cognitivo-comportamental). O teste de correlação não define uma relação de causa-efeito, mas evidencia que há uma relação entre as escolas e os preceitos teóricos investigados. Portanto, o fator teórico apresenta correlação positiva com o grupo de Milão ( $r=0,184$ ;  $p<0,01$ ), modelo estratégico ( $r=0,362$ ;  $p<0,01$ ), estrutural ( $r=0,239$ ;  $p<0,01$ ), trigeracional ( $r=0,165$ ;  $p<0,01$ ), cognitivo comportamental ( $r=0,306$ ;  $p<0,01$ ), psicodinâmica ( $r=0,268$ ;  $p<0,01$ ) e modelo centrado em soluções ( $r=0,171$ ;  $p<0,05$ ) e centrado os problemas ( $r=0,126$ ;  $p<0,05$ ). A correlação positiva indica que quanto mais a pessoa utiliza determinada escola, mais está de acordo com as premissas agrupadas no fator analisado. De forma oposta, a correlação negativa indica que quanto mais a pessoa utiliza determinada abordagem menos concorda com as premissas apresentadas. O Fator Teórico apresenta correlações negativas com as abordagens: sistêmico-construtivista ( $r=0,172$   $p<0,01$ ), narrativa ( $r=0,198$ ;  $p<0,01$ ) e construcionista social ( $r=0,273$ ;  $p<0,01$ ).

Duas das escolas que apresentam correlações negativas com o Fator Teórico apresentam correlações estatisticamente significativas com o Fator Pós-moderno. Ambas as abordagens (narrativa e construcionista social) estão teoricamente vinculadas às afirmações agrupadas nesse fator (respectivamente,  $r= 0,243$ ; e  $0,267$ ;  $p<0,01$ ). Essa correlação, portanto,



indica que há uma coerência entre as escolas adotadas e as avaliações das afirmações que compõem esse fator. Ainda indicando a coerência teórica dos profissionais, estão os casos de correlações negativas. As abordagens psicodinâmica ( $r=0,134$ ;  $p<0,05$ ), cognitivo-comportamental ( $r=0,142$ ;  $p<0,05$ ) e o modelo estratégico ( $r=0,133$ ;  $p<0,05$ ) se correlacionam negativamente com o fator pós-moderno. Esse dado é corroborado pela literatura que indicam que os profissionais que adotam essas abordagens não seguem o pensamento pós-moderno em suas atuações clínicas.

O Fator Clínico correlaciona-se positivamente com os modelos estrutural ( $r=0,174$ ;  $p<0,01$ ) e trigeracional ( $r=0,199$ ;  $p<0,01$ ) e com o grupo de Milão ( $r=0,126$ ;  $p<0,05$ ) e a psicodinâmica ( $r=0,144$ ;  $p<0,05$ ). Não foram identificadas correlações negativas. Esse dado indica que os terapeutas que adotam estas escolas estão mais preocupados com a relação terapêutica. Também indica uma proximidade de postura do profissional que adota essas escolas quando atuando com as pessoas que buscam terapia.

Foram testadas diferenças de médias nos fatores 2 e 3<sup>2</sup> criados pela análise fatorial das premissas teóricas para as seguintes variáveis sociodemográficas: identidade profissional e local de formação. Quanto às premissas do fator teórico, os profissionais que se formaram na Região Sul ( $M=0,31$   $SD=0,93$ ) se diferenciam dos profissionais da região Sudeste ( $M=-0,22$ ;  $SD=1,005$ ), por concordarem mais com as premissas deste fator ( $F=6,7722$ ;  $df=3$ ;  $p<0,01$ ). Quanto à identidade profissional, houve diferença de média estatisticamente significativa também no Fator Teórico entre assistente sociais ( $M= -0,02$ ;  $SD=1,002$ ) e profissionais da educação ( $M=0,46$ ;  $SD=0,77$ ), sendo que os profissionais da educação concordam mais com essas premissas do que os formados em serviço social ( $F= 3,178$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$ ).

Após essas análises de correlações e de variância, surgiram várias hipóteses sobre as abordagens adotadas pelos terapeutas familiares. Apesar de ser possível encontrar correlações que corroboram os dados da literatura, considerou-se fundamental uma exploração mais detalhada das abordagens, correlacionando-as com as técnicas e conceitos utilizados pelos mesmos profissionais. A Tabela 21 mostra a frequência com que os terapeutas brasileiros utilizam determinada abordagem. Um primeiro dado a se evidenciar que não há um modelo único utilizado sempre por todos os profissionais. Há, ao contrário, uma distribuição dos profissionais em diversas utilizações dos modelos

---

<sup>2</sup> O Fator 1 não foi considerado na análise por não apresentar distribuição normal.

Tabela 21.

*Frequências e Porcentagens de Utilização de Abordagens Clínicas por Terapeutas Familiares Brasileiros (N=308)*

	Não conheço		Nunca utilize		Raramente utilizo		Algumas vezes utilizo		Seguidamente a utilizo		Quase sempre a utilizo		Sempre a utilizo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Modelo centrado em soluções	128	42	54	18	43	14	60	19	12	4	7	2	4	1
Modelo centrado nos problemas	55	18	65	21	66	21	86	28	20	6	9	3	7	2
Modelo do grupo de milão	14	5	27	9	48	16	98	32	58	19	39	13	24	8
Modelo estratégico	12	4	37	12	55	18	87	28	59	19	44	14	14	5
Modelo estrutural	12	4	20	6	49	16	77	25	67	22	47	15	36	12
Modelo sistêmico-construtivista	8	3	17	6	17	6	64	21	67	22	78	25	57	19
Modelo trigeracional	12	4	17	6	21	7	76	25	62	20	61	20	59	19
Terapia familiar cognitivo- comportamental	23	7	120	39	49	16	61	20	24	8	25	8	6	2
Terapia familiar psicodinâmica	21	7	97	31	50	16	53	17	45	15	25	8	17	6
Terapia sistêmico-humanista	75	24	61	20	39	13	51	17	29	9	33	11	20	6
Terapia narrativa	22	7	35	11	41	13	68	22	51	17	42	14	49	16
Modelo construcionista social	23	7	33	11	38	12	70	23	50	16	48	16	46	15

O modelo menos conhecido é o Centrado em Soluções (42% dos participantes afirmam não conhecê-lo). O menos utilizado é a Terapia Familiar Cognitivo-comportamental (39% afirmam nunca utilizar esse modelo). Há uma tendência do modelo sistêmico-construtivista ser o mais utilizado pelos terapeutas familiares brasileiros: 25% dos profissionais afirmam utilizá-lo quase sempre e 19% dizem utilizá-lo sempre. Entretanto, a percentagem é baixa para considerá-lo o modelo mais adotado na realidade brasileira.

A análise desse contínuo de utilizações das diversas abordagens clínicas na realidade brasileira confirma dois dados já apresentados pela literatura: não existem terapeutas utilizando um único modelo terapêutico (Cipoletta et al., 2005) e a integração teórica é bem vinda na realidade brasileira (Desidério, 1988).

A análise da variância das médias dos grupos de profissionais com identidades profissionais diferentes em comparação com as escolas que apresentaram distribuição estatística normal só identificou uma diferença entre grupos. Os profissionais da psicologia ( $M=2,28$ ;  $SD=1,12$ ) utilizam menos do que os profissionais da educação ( $M=3,21$ ;  $SD=1,26$ ) o modelo centrado em soluções ( $F=2,238$ ;  $df=4$ ;  $p<0,05$ ).

Já a análise de variância da utilização das escolas por regiões possibilitou a diferenciação de três tendências: os profissionais do sudeste ( $M=3,11$ ;  $SD=1,37$ ) usam menos do que os das regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste ( $M=3,85$ ;  $SD=1,50$ ) o Grupo de Milão ( $F=3,643$ ;  $df=3$ ;  $p<0,05$ ). Já o modelo estrutural ( $F=4,414$ ;  $df=4$ ;  $p<0,01$ ) é utilizado mais pelos profissionais que fizeram sua formação no exterior ( $M=4,44$   $SD=1,63$ ) do que pelos profissionais formados na região Sudeste ( $M=3,38$ ;  $SD=1,45$ ). A última diferença foi percebida entre os profissionais da região Sul ( $M=2,89$ ;  $SD=1,53$ ) e os das regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste ( $M=2,06$   $SD=1,31$ ) quanto a utilização da abordagem Psicodinâmica ( $F=2,566$ ;  $df=3$ ;  $p<0,05$ ), havendo uma predominância da mesma na primeira região.

Tendo em vista a impossibilidade de identificar uma escola preferencial na realidade brasileira optou-se por realizar uma análise fatorial em busca da identificação de algum padrão que agrupasse as escolas em fatores maiores. O agrupamento das escolas se deu em três fatores que explicam 53% da variância. A Tabela 22 apresenta a matriz padrão da distribuição das variáveis nos fatores. O Fator 1 agrupou escolas que se identificam com a teoria cibernética-sistêmica, recendo o nome “modelos sistêmicos”. O Fator 2 agrupou tendências mais contemporâneas, sendo denominado “modelos pós-modernos”. O Fator 3 reuniu escolas pouco utilizadas ou pouco conhecidas pelos terapeutas brasileiros e, em função disso, recebeu a denominação de “modelos de pouca identificação”.

Tabela 22.

*Matriz Padrão da Análise Fatorial das Variáveis sobre Utilização de Abordagens Clínicas*

Padrão Matricial <sup>a</sup>	Component		
	1	2	3
Modelo estrutural	,850		
Modelo estratégico	,838		
Modelo do grupo de Milão	,756		
Modelo trigeracional	,628		
Modelo centrado nos problemas	,417		
Modelo construcionista social		,844	
Terapia narrativa		,774	
Modelo sistêmicoconstrutivista		,705	
Terapia familiar cognitivo-comportamental			,747
Terapia sistêmico-humanista			,740
Terapia familiar psicodinâmica			,538
Modelo centrado em soluções			,459

Notas: Método de Extração: Análise de componentes principais

Método de rotação: *Oblimin* com normalização de Kaiser

Nota: <sup>a</sup> Rotação convergente em 6 iterações.

Essa organização dos fatores reproduz as divisões encontradas entre os formadores (Estudo I), nas diversas análises de correspondências realizadas. É possível, portanto, começar a identificar uma tendência de divisão entre os terapeutas familiares brasileiros: entre os que seguem abordagens mais tradicionais da terapia familiar e os que adotam uma perspectiva mais pós-moderna. Esse dado também é confirmado pela análise fatorial rodada nas premissas teóricas. Mas esse indício precisava ser mais bem investigado. O fato de um profissional indicar o uso ou não de uma abordagem não quer dizer que ele se diferencie das demais. Para identificar essas diferenças, utilizou-se da análise de variância das médias e se analisou correlações das abordagens com as técnicas e os conceitos utilizados pelos terapeutas familiares brasileiros.

Buscou-se saber se haveriam diferenças estatísticas significativas entre as médias dos fatores sobre as escolas de utilização quanto a duas variáveis sociodemográficas: identidade profissional e local de formação. Percebeu-se que os profissionais que se formaram na região sul ( $M= 0,22$ ;  $SD=0,83$ ) tendem a utilizar mais do que os profissionais da região sudeste ( $M=-0,207$ ;  $SD=1,02$ ) as escolas sistêmicas (Fator 1;  $F=6,264$ ;  $df=2$ ;  $p<0,01$ ). O mesmo acontece quando se observam as médias dos modelos de menor identificação (Fator 3;  $F=3,74$ ;  $df=2$ ;  $p<0,05$ ), sendo que os profissionais da região sul ( $M=0,195$ ;  $SD=0,91$ ) também utilizam mais essas abordagens do que os da região sudeste ( $M=-0,131$ ;  $SD=1,054$ ). O Fator 2 (Modelos pós-modernos) não foi analisado porque não apresentou distribuição normal. Quanto à identidade profissional, não foram identificadas diferenças significativas nas médias dos fatores.

*A Prática Terapêutica*

A Tabela 23 apresenta as frequências de utilização de algumas técnicas disponíveis aos terapeutas familiares. Salienta-se que não foram alterados os itens, mantendo-se as técnicas apresentadas no instrumento original (Cipoletta et al., 2005). Foi acrescentada, em relação ao instrumento original, a opção “não conheço” por sugestão dos próprios autores.

Tabela 23.  
*Frequência e Porcentagem da Utilização de Técnicas por Terapeutas Familiares (N=308)*

Técnicas utilizadas	Nunca		Às Vezes		Frequentemente		Não Conheço	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Confrontação	45	15	159	52	100	32	4	1
Conotação positiva do sintoma	17	6	112	36	179	58	0	0
Contrato terapêutico	10	3	17	6	280	91	1	0
Definição de contexto	24	8	94	31	183	59	7	2
Definição de limites	21	7	115	37	154	50	18	6
Definição de objetivos	11	4	94	31	200	65	3	1
Desequilíbrio de aliança	66	21	155	50	53	17	34	11
Dramatizações	35	11	174	56	97	31	2	1
Elogios	10	3	120	39	174	56	4	1
Equipe como coro grego	169	55	41	13	11	4	87	28
Equipe reflexiva	93	30	137	44	69	22	9	3
Genograma	9	3	72	23	224	73	3	1
Hipnose	280	91	14	5	5	2	9	3
Linguagem de pressuposições	41	13	131	43	60	19	76	25
Metáforas	4	1	44	14	260	84	0	0
Mudanças pré-tratamento	111	36	66	21	19	6	112	36
Pacto com o diabo	152	49	18	6	1	0	137	44
Perguntas circulares	6	2	74	24	224	73	4	1
Perguntas de projeção ao futuro	5	2	96	31	203	66	4	1
Prescrições invariáveis	109	35	126	41	32	10	41	13
Provações	85	28	81	26	36	12	106	34
Redefinição ou reestruturação	14	5	95	31	196	64	3	1
Registo em video	161	52	113	37	33	11	1	0
Rituais	32	10	171	56	104	34	1	0
Tarefas diretas	19	6	143	46	144	47	2	1
Tarefas paradoxais	76	25	172	56	54	18	6	2
Trabalho em equipe	33	11	152	49	123	40	0	0
Trabalho sobre o progresso dos clientes	16	5	110	36	163	53	19	6

A análise das frequências indica que as duas técnicas menos conhecidas são também as menos utilizadas (por quem a conhece). São elas: Mudanças pré-tratamento (não conhecida por 36% e não utilizada por 36% dos participantes) e Pacto com o Diabo (44% dos participantes não conhecem essa técnica e 49% nunca a utilizam). Outra técnica não utilizada por 91% dos terapeutas familiares é a hipnose. Esse dado já começa a indicar uma sobreposição de teorias.

Ou seja, nenhuma abordagem investigada apresentou 90% de desconhecimento ou não utilização. O fato da maioria dos terapeutas familiares não utilizarem uma determinada técnica, portanto, não indica a escola que ele adota na clínica.

O mesmo ocorre com a análise das técnicas mais utilizadas: 91% dos terapeutas utilizam frequentemente do contrato terapêutico, 84% usam metáforas e 73% adotam a construção de genograma e a realização de perguntas circulares na clínica. Nenhuma abordagem é frequentemente utilizada por 91% dos terapeutas (o máximo foi o sistêmico construtivista com 25% dos participantes adotando essa escola quase sempre).

Com a constatação de que as técnicas não estão diretamente relacionadas com as abordagens adotadas pelos terapeutas, optou-se por realizar a análise de correlações entre as técnicas e os três fatores que surgiram na análise fatorial das escolas adotadas (modelos sistêmicos, modelos pós-modernos e modelos de menor identificação). A Tabela 24 apresenta as correlações encontradas.

Uma primeira correlação que chama a atenção se refere ao contrato terapêutico. Apesar de ser utilizada por 91% dos terapeutas familiares, essa técnica se correlaciona de forma estatisticamente significativa somente com os modelos sistêmicos ( $r=0,191$ ;  $p<0,01$ ). Essa é a única técnica que tem correlação significativa somente com esse fator.

Somente uma técnica que tem correlação única com o modelo pós-moderno: a equipe reflexiva ( $r= 0,279$ ;  $p<0,01$ ). Ao olharem-se os modelos de menor identificação não existe nenhuma técnica que se correlacione exclusivamente com ele. Mas a análise da técnica “mudanças pré-tratamento” apresenta uma correlação estatisticamente mais significativa com relação ao fator 3 ( $r= 0,252$ ;  $p<0,01$ ) do que com relação aos modelos sistêmicos ( $r=0,149$ ;  $p<0,05$ ). Essas duas correlações indicam uma coerência teórica na utilização das técnicas. A abordagem comunicacional, criadora da equipe reflexiva, adota teorias pós-modernas. Da mesma forma, a terapia breve centrada nas soluções, criadora das mudanças pré-tratamento, inseriu-se no fator dos modelos de menor identificação.

Tabela 24.

*Correlações entre Técnicas Utilizadas na Clínica e Fatores Identificados a partir das Escolas Adotadas por Terapeutas Familiares Brasileiros*

	Modelos sistêmicos	Modelos pós-modernos	Modelos de menor identificação
Confrontação ( $n=304^a$ )	<b>,264**</b>	<b>-,175**</b>	<b>,333**</b>
Conotação positiva do sintoma ( $n=308$ )	<b>,333**</b>	,066	<b>,164**</b>
Contrato terapêutico ( $n=307$ )	<b>,191**</b>	,090	,088
Definição de contexto ( $n=301$ )	<b>,166**</b>	,067	<b>,178**</b>
Definição de limites ( $n=290$ )	<b>,314**</b>	-,079	<b>,316**</b>
Definição de objetivos ( $n=305$ )	<b>,184**</b>	,039	<b>,322**</b>
Desequilíbrio de aliança ( $n=274$ )	<b>,323**</b>	-,129*	<b>,288**</b>
Dramatizações ( $n=306$ )	<b>,170**</b>	,068	<b>,182**</b>
Elogios ( $n=304$ )	<b>,182**</b>	,026	<b>,188**</b>
Equipe como coro grego ( $n=221$ )	,157*	,156*	,055
Equipe reflexiva ( $n=299$ )	,015	<b>,279**</b>	,066
Genograma ( $n=305$ )	<b>,296**</b>	<b>,193**</b>	,068
Hipnose ( $n=299$ )	,060	,059	,001
Linguagem de pressuposições ( $n=232$ )	,161*	<b>,351**</b>	,151*
Metáforas ( $n=308$ )	<b>,172**</b>	<b>,215**</b>	,074
Mudanças pré-tratamento ( $n=196$ )	,149*	,013	<b>,252**</b>
Pacto com o diabo ( $n=171$ )	,134	,012	,123
Perguntas circulares ( $n=304$ )	<b>,231**</b>	<b>,299**</b>	-,090
Perguntas de projeção ao futuro ( $n=304$ )	,117*	<b>,293**</b>	<b>,164**</b>
Prescrições invariáveis ( $n=267$ )	<b>,361**</b>	-,081	<b>,219**</b>
Provações ( $n=202$ )	<b>,228**</b>	-,055	<b>,277**</b>
Redefinição ou reestruturação ( $n=305$ )	<b>,351**</b>	,032	<b>,317**</b>
Registro em vídeo ( $n=307$ )	,128*	<b>,229**</b>	,086
Rituais ( $n=307$ )	<b>,329**</b>	,038	,120*
Tarefas diretas ( $n=306$ )	<b>,390**</b>	-,095	<b>,351**</b>
Tarefas paradoxais ( $n=302$ )	<b>,290**</b>	-,092	<b>,303**</b>
Trabalho em equipe ( $n=308$ )	,078	<b>,194**</b>	,118*
Trabalho sobre o progresso dos clientes ( $n=289$ )	,139*	<b>,224**</b>	<b>,183**</b>

Notas: \*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>a</sup> O  $n$  de cada técnica varia porque foram considerados apenas os terapeutas que conhecem a técnica referida. Os que marcaram “não conheço” foram considerados “missing”.

Apesar de serem encontradas algumas técnicas que identificam cada fator, a maioria das técnicas se relaciona com dois ou mais fatores, aproximando abordagens. Salientam-se algumas aproximações que caracterizam a amostra investigada.

Os profissionais que utilizam os modelos sistêmicos e os pós-modernos também utilizam de metáforas (respectivamente,  $r= 0,172$ ;  $p<0,01$  e  $r= 0,215$ ;  $p<0,01$ ). O uso de genograma foi correlacionado tanto com os modelos sistêmicos ( $r= 0,296$ ;  $p<0,01$ ) quanto com os modelos pós-modernos ( $r= 0,193$ ;  $p<0,01$ ). Ainda vinculado a esses dois fatores, salienta-se a utilização de perguntas circulares. Essa técnica foi desenvolvida pelo Grupo de Milão (incluído no Fator 1) e é amplamente utilizada pelos modelos pós-modernos. Ao verificar-se a correlação de perguntas circulares com o Fator 1 ( $r=0,231$ ;  $p<0,01$ ) e com o Fator 2 ( $r=0,299$ ;  $p<0,01$ ) pode-se verificar que a teoria novamente está se refletindo nas práticas dos terapeutas familiares.

Três técnicas aproximam os modelos sistêmicos dos com menor identificação, além das mudanças pré-tratamento. São elas: tarefas paradoxais ( $r=0,290$ ;  $p<0,01$  com relação ao Fator 1 e  $r=0,303$ ;  $p<0,01$  referente ao Fator 3), prescrições invariáveis ( $r=0,361$ ;  $p<0,01$  com relação ao Fator 1 e  $r=0,219$ ;  $p<0,01$  referente ao Fator 3) e rituais ( $r=0,329$ ;  $p<0,01$  com relação ao Fator 1 e  $r=0,120$ ;  $p<0,05$  referente ao Fator 3).

Os modelos pós-modernos se aproximam dos de menor identificação através do trabalho em equipe. Há uma correlação um pouco mais forte estatisticamente entre o trabalho em equipe e os modelos pós-modernos ( $r=0,194$ ;  $p<0,01$ ) se comparado com os modelos de menor identificação ( $r=0,118$ ;  $p<0,05$ ).

Essa análise de correlação também evidenciou algumas técnicas que são utilizadas de forma estatisticamente significativas pelos profissionais que se identificam com os três fatores. A confrontação é utilizada por terapeutas que seguem os modelos sistêmicos ( $r=0,264$ ;  $p<0,01$ ) e de menor identificação ( $r=0,333$ ;  $p<0,01$ ) e mantém uma correlação negativa com os modelos pós-modernos ( $r=0,175$ ;  $p<0,01$ ). Essa mesma configuração acontece com o desequilíbrio de aliança ( $r=0,323$ ;  $p<0,01$  na correlação com os modelos sistêmicos;  $r=0,288$ ;  $p<0,01$  com relação aos modelos de menor identificação; e correlação negativa com os modelos pós-modernos ( $r=0,129$ ;  $p<0,05$ ). As três técnicas que se correlacionam de forma estatisticamente significativa com todas as escolas são: linguagem de pressuposições ( $r=0,161$ ;  $p<0,05$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,351$ ;  $p<0,01$  no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,151$ ;  $p<0,05$  na correlação com os modelos de menor identificação), perguntas de projeção ao futuro ( $r=0,117$ ;  $p<0,05$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,293$ ;  $p<0,01$  no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,164$ ;  $p<0,01$  na correlação com os modelos de menor identificação) e trabalho sobre o progresso dos clientes ( $r=0,139$ ;  $p<0,05$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,224$ ;  $p<0,01$  no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,183$ ;  $p<0,01$  na correlação com os modelos de menor identificação).

Ao perceber-se que havia uma sobreposição de utilização de técnicas por diversas



escolas, buscou-se identificar alguma diferença quanto à identidade profissional dos profissionais participantes do estudo. Utilizou-se *One way ANOVA (Post Hoc Tukey)* a fim de identificar diferenças estatisticamente significativas entre as identidades profissionais e as técnicas que apresentaram distribuição normal<sup>3</sup>. A análise da diferença entre as médias identificou que os profissionais da saúde (M=2,00; SD=0,707) utilizam mais vezes o registro em vídeo do que os profissionais da Educação (M=1,42 SD=0,703) e da Psicologia (M= 1,52; SD=0,64; F=3,839; df=4; p<0,01). Da mesma forma, os profissionais do serviço social (M=2,61; SD=0,595) utilizam mais vezes o trabalho em equipe do que os profissionais da Psicologia (M= 2,24; SD=0,66; F= 2,673; df= 4; p<0,05).

Além de identificar diferenças entre as profissões de origem, buscou-se identificar diferenças entre as pessoas que realizaram suas formações em locais diferentes. Foi possível identificar diferenças entre as regiões brasileiras na média de utilização de diversas técnicas (Tabela 25). Os dados da ANOVA entre médias na utilização das técnicas pelos profissionais participantes do Estudo Indicam que os terapeutas familiares da Região Sul utilizam mais da Confrontação, Desequilíbrio de alianças e de Tarefas diretas do que os profissionais que se formaram no restante do Brasil. Indicam ainda que as regiões Sul e Sudeste utilizam de forma diferente as seguintes técnicas: Definição de limites, Mudanças pré-tratamento, Provações, e trabalho sobre o progresso dos clientes. Todas são utilizadas com maior frequência pelos profissionais da região Sul. A única técnica mais utilizada pelos profissionais da região Sudeste do que pela região Sul é o ritual. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa com relação a profissionais que realizaram suas formações no exterior.

Tabela 25.

*Descrição de Médias e Desvio Padrão de Utilização de Técnicas por Profissionais Distribuídos por Regiões e Valor da ANOVA<sup>1</sup>*

Técnica	Região Sul M(SD)	Região Sudeste M(SD)	Demais Regiões M(SD)	F	df	P
Confrontação	2,40 (0,57)	2,04 (0,65)	2,05 (0,74)	7,172	3	<0,01
Definição de limites	2,59 (0,56)	2,30 (0,62)		5,471	3	<0,01
Desequilíbrio de aliança	2,17 (0,61)	1,80 (0,65)	1,82 (0,58)	6,940	3	<0,01
Mudanças pré-tratamento	1,74 (0,70)	1,40 (0,59)		3,909	3	<0,01
Provações	1,96 (0,74)	1,57 (0,69)		4,171	3	<0,01
Rituais	1,96 (0,74)	2,14 (0,63)		2,971	3	<0,05
Tarefas diretas	2,62 (0,50)	2,28 (0,61)	2,31 (0,66)	7,372	3	<0,01
Trabalho sobre o progresso dos clientes	2,64 (0,55)	2,40 (0,62)		3,363	3	<0,05

Nota: <sup>1</sup>Foram listadas somente as técnicas com distribuição normal e que apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação das médias dos grupos.

<sup>3</sup> A distribuição normal foi avaliada através do teste de Levene.

Além de investigar as técnicas adotadas pelos profissionais brasileiros, esse estudo também teve acesso aos conceitos utilizados por estes. A Tabela 26 apresenta a frequência e percentagem de conhecimento e utilização de alguns conceitos investigados. Os conceitos investigados foram os mesmos propostos por Cipoletta et al. (2005). Optou-se por não modificar os conceitos investigados uma vez que eles representavam diversas escolas de terapia familiar e os formadores (Estudo I) não identificaram claramente conceitos que gostariam de trabalhar com os terapeutas em formação.

Tabela 26.  
*Frequência e Porcentagem de Utilização de Conceitos Teóricos por Terapeutas Familiares Brasileiros (N=308)*

Conceitos investigados	Utilizo		Não utilizo		Desconheço	
	Count	%	Count	%	Count	%
comunicação paradoxal	208	68	89	29	11	4
estilo de cooperação	225	73	26	8	57	19
estrutura familiar	282	92	20	6	6	2
Exceções	86	28	56	18	166	54
hierarquia de poder	233	76	64	21	11	4
jogo patológico da família	126	41	132	43	50	16
norma familiar	214	69	51	17	43	14
Relatos	275	89	22	7	11	4
tentativas ineficazes de solução	134	44	71	23	103	33

A análise das frequências indica que o conceito menos conhecido é o de exceções (54% dos terapeutas não o conhecem) e o menos utilizado é o conceito de jogo patológico da família (43% não o utilizam). Os conceitos mais utilizados são o de estrutura familiar (citado por 92% dos terapeutas) e o de relatos (indicado por 89% dos participantes do estudo). Como a mesma situação identificada com relação à utilização das técnicas foi identificada (mais terapeutas utilizam os conceitos do que os que afirmam utilizar as abordagens, foi realizada outra análise correlacional para identificar possíveis padrões na forma de construção teórica dos terapeutas familiares brasileiros.

A Tabela 27 apresenta os resultados das correlações. Para estabelecer as correlações, as indicações de “desconheço” foram retiradas na análise, sendo consideradas como “missing”. Desta forma pode-se constatar que três conceitos se correlacionam com todos os fatores. São eles: estrutura familiar ( $r=0,269$ ;  $p<0,01$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,117$ ;  $p<0,05$

no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,224$ ;  $p<0,01$  na correlação com os modelos de menor identificação); hierarquia de poder ( $r=0,277$ ;  $p<0,01$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,125$ ;  $p<0,05$  no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,178$ ;  $p<0,01$  na correlação com os modelos de menor identificação); e jogo patológico da família ( $r=0,158$ ;  $p<0,05$  com relação aos modelos sistêmicos;  $r=0,134$ ;  $p<0,05$  no que se refere aos modelos pós-modernos; e  $r=0,143$ ;  $p<0,05$  na correlação com os modelos de menor identificação).

Tabela 27.

*Correlações Entre Conceitos Utilizadas e Fatores Identificados a Partir das Escolas Adotadas por Terapeutas Familiares Brasileiros*

	Modelos sistêmicos	Modelos pós-modernos	Modelos de menor identificação
Comunicação paradoxal ( $N=297^a$ )	<b>-,302**</b>	,100	<b>-,175**</b>
Estilo de cooperação ( $N=251$ )	,019	-,142*	-,148*
Estrutura familiar ( $N=302$ )	<b>-,269**</b>	,117*	<b>-,224**</b>
Exceções ( $N=142$ )	,025	-,014	-,010
Hierarquia de poder ( $N=297$ )	<b>-,277**</b>	,125*	<b>-,178**</b>
Jogo patológico da família ( $N=258$ )	-,158*	,134*	-,143*
Norma familiar ( $N=265$ )	-,067	,128*	-,100
Relatos ( $N=297$ )	-,048	-,142*	<b>-,165**</b>
Tentativas ineficazes de solução ( $N=205$ )	-,109	-,030	,066

Notas: \*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

<sup>a</sup> O N de cada conceito varia porque foram considerados apenas os terapeutas que conhecem o referido conceito.

O conceito de comunicação paradoxal apresenta correlação estatisticamente significativa com os modelos sistêmicos ( $r=0,302$ ;  $p<0,01$ ) e com os modelos de menor identificação ( $r=0,175$ ;  $p<0,01$ ). Estes fatores também apresentam uma correlação significativa com a técnica de tarefas paradoxais. Esses resultados indicam que autores pós-modernos não costumam utilizar a linguagem de paradoxos em suas intervenções clínicas.

Já as abordagens pós-modernas se aproximam dos modelos de menor identificação na utilização dos conceitos estilos de cooperação ( $r=0,142$ ;  $p<0,05$  quanto ao fator 2 e  $r=0,148$ ;  $p<0,05$  referente ao fator 3) e de relatos ( $r=0,142$ ;  $p<0,05$  nas escolas pós-modernas e  $r=0,165$ ;  $p<0,01$  nos modelos de menor identificação). Essas correlações indicam que terapeutas vinculados a essa abordagem tem uma maior atenção ao diálogo e a construção de um espaço cooperativo na intervenção clínica.

Na análise das correlações entre abordagens e conceitos não foi percebida uma coerência teórica entre elas como o que aconteceu na análise das técnicas e suas correlações com

as escolas. Por exemplo, não é teoricamente esperado que terapeutas que adotam modelos pós-modernos utilizem o conceito de estrutura familiar ou de norma familiar. Ambos esses conceitos trazem implícita a noção de normalidade e padrão, o que é questionado por autores pós-modernos.

Com esse resultado, levanta-se a hipótese de que o(a) terapeuta familiar é mais preocupado em construir uma forma de trabalho bem estruturada tecnicamente, sem prestar muito atenção nos conceitos que apóiam essas práticas. É como se a prática não exigisse um conhecimento teórico que constitua um referencial sólido aos terapeutas.

### *Conclusões*

A pessoa da terapeuta familiar é caracteristicamente mulher e psicóloga com 51 anos em média. Há uma concentração de terapeutas formados na região sul e sudeste por serem esses os estados com maior número de centros formadores. Além de psicólogos, assistentes sociais e profissionais da saúde compõem as categorias que mais atuam como terapeutas familiares.

Os terapeutas familiares, ao se comparar local de formação e identidade profissional, pouco diferem quanto a concordar ou discordar das premissas teóricas estudadas. Foram identificadas algumas diferenças de posicionamento frente às afirmações que indicam uma postura diversa dos profissionais da região sul em comparação com os que se formaram em outros estados. Os profissionais na região sul parecem estar mais conectados com premissas do primeiro momento da terapia familiar, enquanto na região sudeste já se percebe um movimento maior de apropriação de conceitos pós-modernos.

Das 26 premissas analisadas, uma frase diferenciou psicólogos de assistentes sociais e outra frase, assistentes sociais de profissionais da educação. Isso indica que a profissão de origem pouco influencia nas crenças adotadas pelos profissionais quando em atuação. Os terapeutas familiares mantêm uma unidade epistemológica, seguindo os mesmos preceitos e mantendo as mesmas preocupações (quanto a clínica e a dinâmica do caso).

Com a criação de três fatores, a partir dessas 26 premissas teóricas (Fator clínico, teórico e pós-moderno), foi possível identificar que os aspectos teóricos conduzem mais a prática dos terapeutas da região sul do que dos terapeutas da região sudeste. Da mesma forma, os profissionais da educação também são bastante guiados pela teoria.

Quanto a escolas adotadas pelos terapeutas familiares, esse estudo evidenciou que não há um modelo predominante na realidade brasileira. Os terapeutas utilizam diversas abordagens teóricas, sem constituírem grupos excludentes. Foi percebido que os profissionais da psicologia se diferenciam dos profissionais da educação quanto à utilização da abordagem centrada em

soluções. Outras diferenças são percebidas nas práticas dos profissionais ao se comparar o local de formação: a região sul tem uma tendência psicanalítica, os formados nas regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste são mais orientados pelo grupo de Milão, os que fizeram a formação no exterior apresentam uma tendência a utilizar o modelo estrutural. Não foi identificada uma tendência dos profissionais da região sudeste que fosse estatisticamente significativa. A criação de fatores das escolas (Modelos Sistêmicos, Modelos Pós-Modernos e Modelos de Pouca Identificação) permitiu uma melhor compreensão da integração teórica no Brasil. Há um grupo que adota uma abordagem mais tradicional na terapia familiar e outro que vem adotando uma postura pós-moderna na compreensão das e atuação com as famílias.

Há uma coerência entre técnicas adotadas, abordagens utilizadas e premissas teóricas em concordância nos profissionais brasileiros. Há uma sobreposição de técnicas, ampliando modelos tradicionais e compondo formas pessoais de se lidar com as famílias. Percebe-se que há uma preferência de utilização de determinadas técnicas de acordo com os locais de formação.

Apesar de ser possível de se identificar uma coerência entre três dos aspectos analisados por esse estudo, não há essa mesma constatação ao se realizar a análise dos conceitos adotados pelos terapeutas familiares. Esse dado pode indicar uma preocupação maior em tornar efetivo o processo clínico, focando na técnica e deixando de lado aspectos teóricos conceituais que não interferem no processo de atendimento (mas modifica a compreensão e o foco terapêutico).

## **Capítulo V**

### **Estudo III**

#### **A clínica**

##### *Objetivos*

O objetivo desse estudo foi qualificar em detalhes a prática clínica dos profissionais terapeutas de família através da discussão de um caso fictício. Através da discussão clínica buscou-se acessar as principais tendências teóricas dos profissionais, sem questioná-los diretamente. O contexto de grupo focal permitiu, portanto, o estabelecimento de interações proximais, estabelecendo uma interação de trocas mútuas que se assemelham ao contexto clínico da terapia familiar.

##### *Método*

##### *Delineamento*

Estudo exploratório de caráter qualitativo, através de grupos focais, com amostra intencional e por conveniência. Durante dois encontros nos grupos focais, investigou-se abordagens terapêuticas que conduzem o trabalho clínico das profissionais participantes através da discussão de um caso hipotético. Não foram estabelecidas categorias a priori para ser possível o rastreamento da forma de pensamento de terapeutas familiares durante o processo clínico.

##### *Participantes*

Oito terapeutas de família formados em Porto Alegre membros da AGATEF. Participaram do primeiro grupo, cinco profissionais inscritos como membros titulares na AGATEF no ano de 2004 e, do segundo grupo, três profissionais inscritos no ano de 1999. Todos esses profissionais atuavam como terapeutas de família em seus locais de trabalho. Além do tempo do término da formação em terapia familiar, buscaram-se profissionais com diferentes identidades profissionais e que tivessem realizado os cursos de formação em diferentes escolas formadoras. A caracterização dos profissionais está apresentada na Tabela 28.

O convite para participação do estudo foi feito por contato telefônico. A partir de uma listagem disponibilizada pela AGATEF com dados de todos os associados (nome, local de formação, identidade profissional, ano de conclusão da formação, telefone, endereço e e-mail), foram organizados grupos aleatórios dos profissionais. Em cada grupo, todas as instituições formadoras reconhecidas pela AGATEF estavam representadas por um(a) aluno(a). Foram criados três grupos de contato. Quando uma pessoa do primeiro grupo não podia participar era

contatada outra, formada na mesma instituição, do grupo dois e assim por diante. O contato telefônico foi realizado com no mínimo 15 dias de antecedência do primeiro encontro e na véspera do encontro foi realizado um novo contato para confirmar a participação.

Tabela 28.  
*Identificação dos Participantes*

Nome <sup>4</sup>	Identidade profissional	Local de atuação	Anos conclusão curso de TF
<i>Grupo 1</i>			
Ana	Psicóloga	Consultório e Faculdade	2
Elis	Assistente social	Judiciário	3
Maria	Psicóloga	Consultório e clínica	2
Raquel	Pedagoga	Consultório e escola	2
Rosa	Pedagoga	Clínica social e hospital	3
<i>Grupo 2</i>			
Fernanda	Assistente social	Hospital	11
Marina	Pedagoga	Consultório particular	11
Nina	Psicóloga	Consultório particular	11

Ao iniciarem-se os contatos telefônicos, percebeu-se que vários telefones estavam desatualizados, o que dificultou um pouco o contato com os profissionais (especialmente do grupo 2 por estarem a mais tempo vinculados à AGATEF). Foi feito o contato com seis profissionais convidando para participar do grupo 1. Destas uma disse estar impossibilitada de participar do grupo com antecedência e outra disse não poder comparecer no grupo no contato um dia antes do grupo. Foi possível entrar em contato com outra profissional e realizar o grupo com 5 participantes. Já para a constituição do Grupo 2, houve mais dificuldades. Ligou-se para mais de 12 profissionais e muitas estavam ocupadas no horário do grupo. Cinco profissionais confirmaram a participação no contato com antecedência e na ligação no dia anterior ao grupo duas afirmaram não poder participar. Tentou-se contato com outras três profissionais para completar o grupo, mas não foi possível a participação. Optou-se por realizar o encontro com três profissionais de qualquer forma por esperar que as contribuições fossem ricas e relevantes para esse trabalho.

#### *Instrumentos e procedimentos*

Os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com o tempo de atuação, e foram convidados a participar em dois encontros com duração de 90 minutos. O motivo da

<sup>4</sup> Os nomes utilizados ao longo do estudo foram sugeridos pelas participantes dos grupos focais.

divisão em grupos de acordo com o tempo de formação baseia-se em autores que indicam que quanto maior o tempo em que o(a) terapeuta tem contato com a clínica, menor sua preocupação com ter respostas e justificar os seus atos através da referência a autores reconhecidos. Passa a ser mais fácil a assimilação das ferramentas apresentadas pelos formadores em seu estilo pessoal, construindo, assim, novas ferramentas na atuação profissional (Elkaïm, 1988).

Os grupos foram, portanto, organizados segundo a estrutura de grupos focais repetidos (Morgan, Fellows, & Guevara, 2008) para coletar informações sobre premissas teóricas que se fazem presentes ao se levantar hipóteses e pensar intervenções no atendimento a um grupo familiar. Segundo De Antoni et al. (2001), ao organizar-se uma pesquisa com essa estrutura, é necessário atentar para diversos aspectos que caracterizam essa opção metodológica. Entre os aspectos a serem observados destacam-se: o número de participantes, as sessões serem semi-estruturadas (com questões-chave a serem respondidas), a existência de um *setting* informal (um bom ambiente de trocas entre os participantes) e a presença de um moderador (flexível e capaz de propiciar as trocas entre os membros do grupo) que coordena e lidera as atividades e os participantes. O termo focal é designado pela proposta de coletar informações sobre um tópico específico (no caso, a prática clínica dos terapeutas de família).

Durante a execução dos grupos focais, contou-se também com uma equipe de observadores formada por três estudantes de graduação e um de pós-graduação em Psicologia que vinham, há três anos, participando de grupos de estudo sobre terapia familiar. Os objetivos da participação desse grupo eram: colaborar na identificação das escolas e modelos citados pelos terapeutas no primeiro encontro, a realização de uma reunião para construção desse mapeamento entre o primeiro e segundo encontro e a apresentação das escolas identificadas para confirmação pelas profissionais no segundo e último encontro com o grupo focal.

No primeiro encontro foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo F) e o Consentimento para Gravação (Anexo G). Partiu-se da discussão de um genograma de um sistema familiar (Anexo H) que, conforme orientação dada pela facilitadora, deveria ser visto como uma família que busca atendimento. O genograma foi escolhido entre as famílias estudadas na tese de doutorado de Silva (2006). Nesta tese, além do genograma, estavam descritas a estrutura e a dinâmica das relações familiares. Essas informações foram utilizadas para responder as questões formuladas pelas terapeutas familiares participantes nos grupos. A partir do genograma, as terapeutas presentes nos grupos fizeram perguntas sobre o sistema e após um período passaram a elaborar possíveis intervenções. O uso de materiais de estímulo tem diferentes objetivos em grupos focais. O objetivo de usar o genograma, neste estudo, foi para que os participantes pudessem ser estimulados a apresentarem



respostas imaginativas e não se deterem a julgar/avaliar o trabalho realizado pelas colegas. Ainda o fato das participantes estarem bastante engajadas na terapia familiar, o estímulo da família através do genograma serviu para organizar os dados relevantes a serem apresentados no estudo (Morgan, Fellows, & Guevara, 2008). A facilitadora ia apresentando os dados constantes na tese de acordo com as perguntas das participantes dos grupos. Quando era perguntada alguma informação que não estava relatada a resposta era “não sei informar”.

O segundo encontro voltou-se a conversar sobre as intervenções propostas no primeiro encontro buscando identificar o que estava embasando as escolhas feitas pelos participantes no grupo (desde teorias até vivências pessoais). Este encontro também serviu para confirmar algumas impressões que a facilitadora teve sobre o grupo no que se refere às questões investigadas. A intenção desse segundo encontro era de aprofundar ainda mais as informações apresentadas pelo grupo e explorar mais detalhes sobre as premissas teóricas que norteiam o trabalho clínico das profissionais.

Os dados coletados nos encontros focais foram submetidos à análise ecológica, focando especialmente as interações proximais dos terapeutas em seus mesossistemas. A constituição do grupo focal permitiu o acesso a esse âmbito ecológico por possibilitar a interação entre colegas que não trabalham sempre juntos. As informações trazidas por cada participante foram compreendidas como posicionamentos do grupo. Estas refletiram o que cada profissional propõe e a união desses posicionamentos resulta na compreensão coletiva dos temas trabalhados nos grupos (De Antoni et al., 2001).

Tendo em vista que a colocação de uma pessoa influenciou a participação das outras pessoas no grupo (por interações proximais) não se considera adequado realizar uma análise dos dados que considerassem a frequência com que determinado tema surgiu na discussão (Iervolino & Pelitioni, 2001). Buscou-se, portanto, um método de análise de conteúdo que valorizasse a diversidade, possibilitasse a compreensão ecológica dos resultados e enfatizasse os inúmeros enfoques de trabalho clínico que foram citados pelos profissionais presentes nos grupos focais.

Maxwell e Miller (2008) propõem uma análise qualitativa dos dados composta pelos seguintes passos: (1) leitura inicial dos dados que resultará em anotações pessoais na tentativa de propor categorias e estabelecer relações entre os dados; (2) identificação de unidades de dados que possam ser utilizados no processo de análise, limpando a transcrição de trechos irrelevantes ao estudo; (3) segmentação dos dados para a análise das categorias; (4) análise das categorias; e (5) compreensão das categorias no contexto da entrevista. Salienta-se que esses passos não são sequenciais, ou seja, é esperado que os pesquisadores avancem e retrocedam entre essas etapas, mantendo sua atenção tanto na análise das categorias quanto no contexto no

qual ela foi produzida. Esse exercício permite a compreensão dos dados de forma rica, profunda e contextualizada, não se perdendo a compreensão bioecológica dos resultados.

Durante o processo de segmentação dos dados algumas falas foram descontextualizadas da evolução dos grupos focais. Entretanto, esse exercício possibilitou a vinculação destas falas em contextos mais abrangentes, permitindo, então, a compreensão/conexão das categorias entre si e a compreensão da lógica de pensamento das participantes no processo clínico (Maxwell & Miller, 2008). Por existir muita semelhança entre as colocações dos dois grupos de profissionais, a análise dos resultados integrou as colocações dos quatro encontros realizados.

Não se partiu de categorias estabelecidas *a priori*. A leitura atenta das transcrições das entrevistas e a organização dos dados por unidade de análise foi o que definiu as categorias. Tendo em vista que esse estudo procura compreender a diversidade teórica presente nas práticas clínicas, as colocações que se referiam ao *self* do(a) terapeuta (características pessoais consideradas importantes, construções realizadas a partir de atendimentos e vivências pessoais e atitudes e posturas consideradas relevantes pelos participantes) não foram analisados neste momento. Essa opção foi necessária para conseguir-se dar maior visibilidade ao objetivo principal do estudo.

#### *Aspectos Éticos*

O projeto relativo ao presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo n°. 04/2006).

#### *Resultados e discussão*

As colocações apresentadas pelos participantes dos grupos focais foram reunidas em cinco grandes categorias (Tabela 29). As duas primeiras categorias se referem às perguntas realizadas para conhecer a dinâmica familiar e do problema. Os terapeutas familiares, partindo da exploração do problema ou do Paciente Identificado (PI), buscam ter uma compreensão ampla do sistema familiar. Investigam aspectos da relação intrafamiliar, da família com sua rede social, e a forma como o sistema familiar se relaciona com a cultura na qual está inserida. Há uma preocupação em compor uma compreensão ecológica dos dados da família, considerando múltiplos níveis de interação familiar (por isso a divisão em microssistema e mesossistema).

A categoria três refere-se a um momento dos grupos nos quais as terapeutas de família participantes exploraram hipóteses de trabalho ou intervenção. Podem ser percebidas hipóteses contraditórias ou complementares. A preocupação maior era em ampliar o problema apresentado

para a família de forma a inserir os outros membros do sistema na dinâmica do problema. A partir dessas hipóteses surgiam, então, as diferentes posturas de intervenção (quarta categoria). Nessa categoria também se pode perceber diferentes compreensões sobre as possibilidades clínicas. O importante foi captar essa diversidade para posteriormente explorar os autores que embasavam as práticas destes profissionais.

Tabela 29.  
*Categorias e Subcategorias de Análise*

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>
Perguntas exploratórias mesossistêmicas	PI – Porta de entrada Investigando o problema Contextualização cultural Investigação de demanda para tratamento
Perguntas exploratórias microssistêmicas	Investigação da família nuclear Investigação sobre membros da família e da família de origem Investigação das relações das pessoas da família com o PI Investigação sobre a relação do casal
Hipóteses clínicas	Poder - do PI (ausência paterna – filho parentalizado), da mãe Questões de gênero – identificação filho-pai, diferenças de papéis, força do grupo de mulheres Abuso sexual ou Violência doméstica – vergonha e sofrimento, Filha ser dada para a avó – proteção, garantia de melhor futuro Isolamento do PI – normal do ciclo vital, característica da família Questões culturais influenciando a compreensão da família
Posturas de intervenção	Avaliação de demanda Investigação do problema (função do sintoma) Definição de foco de intervenção Recontratos ao longo do processo terapêutico Trabalho com a estrutura, funcionamento e papéis familiares Período de diagnóstico/compreensão da dinâmica familiar Construção com a família, empatia Visão sistêmica da mudança Visão sistêmica do problema (do PI ao mais amplo) Ênfase no positivo
Construções sobre a integração teórica	Influências da formação e tempo de prática Sensação de integração teórica

Por último surge a discussão direta sobre a integração teórica presente nas práticas dos profissionais. Ao longo de todo o processo, foram sendo citados alguns teóricos pelas participantes. Além disso, no segundo encontro a facilitadora apresentou alguns nomes que tinha identificado em uma leitura preliminar dos resultados – de forma a confirmar ou refutar impressões despertadas pela leitura atenta ao material coletado. Os autores não estão considerados nos quadros de discussão das categorias, mas serão discutidos ao longo da apresentação dos resultados e no final, apresentando as conclusões deste estudo.

A proposta de análise das categorias envolve não somente contextualizar as afirmações no contexto dos grupos focais, mas também apresentar possíveis relações com teorias identificadas pela pesquisadora e confirmadas no grupo durante os segundos encontros. Portanto, cada subcategoria será contextualizada no grupo focal e na realidade clínica e, após, relacionada com um ou mais autores que podem estar embasando essa postura do profissional.

#### *Categoria 1- Perguntas Exploratórias Mesossistêmicas*

O primeiro momento de exploração do genograma proposto para ambos os grupos focais começou com perguntas sobre “o que traz a família ao atendimento”. Houve uma preocupação evidente nas profissionais em compreender o contexto do problema que estava sendo apresentado na terapia. Para isso, as perguntas iniciaram buscando explorar o mesossistema da família (Tabela 30).

Tabela 30.

#### *Análise da Categoria 1- Perguntas Exploratórias Mesossistêmicas*

<i>Subcategorias</i>	<i>Exemplos</i>
<i>Porta de entrada – PI</i>	Qual é o Paciente Identificado?
<i>Quem buscou atendimento</i>	Quem é que buscou o atendimento, quem é que ligou marcando?
<i>Motivo de busca</i>	O que ta acontecendo com o PI? Além disso, o que mais?
<i>História do problema</i>	Desde quando que a escola observa isso? Como é que ele era antes?
<i>Característica do PI</i>	Como é PI, o jeito dele? Ele era uma criança que se posicionava? Ele é agressivo? O PI tem amigos, assim da idade deles ou só é família e escola?
<i>Onde ocorre</i>	Em casa ele também mudou?
<i>Contextualização cultural: Cultura local</i>	Só pra eu entender, é Belém lá do norte, Belém do Pará? Família nortista. [A família de origem mora] na mesma comunidade?
<i>Contextualização cultural: Religião</i>	Me conta um pouquinho sobre o pai ter encontrado Jesus. Quanto tempo faz que ele entrou para a religião? E todo mundo vai à igreja?
<i>Contextualização cultural: Trabalho</i>	E como é que eles sobrevivem? E o açaí eles batem, eles fazem tudo em casa? Vem dinheiro dessa fonte e do transporte [trabalho do pai].
<i>Conversa com o PI</i>	Já conversaram com ele, perguntaram por que ele fica quieto na escola, por que ele se isola?
<i>Para quem é um problema</i>	E os pais já foram ouvidos, com relação ao problema? Qual é a interpretação deles em relação a esse comportamento do PI?
<i>Investigação de demanda para tratamento</i>	Fora esse problema, a família enxerga outro problema? Essa família tem outro objetivo terapêutico? O pai acha que não tem porque fazer terapia, a mãe também é dessa opinião?

Durante vários momentos as terapeutas direcionavam o foco das perguntas no PI e a partir dessas informações ampliavam outros possíveis enfoques terapêuticos (criando novas hipóteses clínicas). Um exemplo de ampliação é o fato de investigar mudanças de comportamento no PI em outros contextos nos quais ele participa (escola, família, futebol). Aqui fica bem clara a noção de mesossistema e a importância das interações entre Pessoa (PI) – Pessoas – Contexto. A noção bioecológica de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979/1996) é bastante coerente com a visão sistêmica desenvolvida pelos autores citados pelas participantes do estudo.

A pergunta “Quem é o PI?” foi utilizada como primeira forma de acesso à dinâmica familiar. No momento em que se tinha identificado um membro sintomático houve uma preocupação em compreender que problema ele estava apresentando, que lugares, e para quem era um problema. Essa postura (foco no problema) é característica de escolas da primeira fase da terapia familiar. Em especial o modelo de terapia breve focado no problema de Palo Alto (Bodin, 1981), o modelo estratégico (Nichols & Schwartz, 2007), o modelo estrutural (Minuchin & Fishman, 1990) e o modelo trigeracional (Andolfi, 1995). Estas escolas partem do problema apresentado pela família e logo buscam ampliar o problema, compreendendo-o na rede comunicacional/relacional da família. Há, subjacente, a crença de que o PI é o portavoz de um problema da família (que pode ou não envolver a trigeração). Parte-se do PI (que é o tema esperado pela família), mas busca-se diluir o foco de intervenção compondo um problema relacional na família. O tempo de exploração sobre o problema também colabora com a diminuição da resistência (homeostase) da família à terapia.

A exploração de “quem buscou o atendimento” permite a identificação da pessoa mais disponível à mudança. Esse é um aspecto chave das terapias breves, em especial o modelo de Palo Alto (Fisch, Weakland, & Segal, 1982). Nesse modelo, a pessoa que liga é percebida como “cliente” e a partir dela são propostas alterações de comportamento. No caso discutido, o problema era uma situação percebida pela escola e todos os membros da família não percebiam a situação como problemática. As perguntas sobre “quem ligou marcando” e sobre o motivo da busca permitiram a avaliação da disponibilidade à mudança da família para os terapeutas.

Ao explorarem o motivo de busca, os terapeutas não se contentaram com apenas uma resposta. Ao ser falado que o motivo era o comportamento do PI, logo surgiu a pergunta “o que mais? Teria mais algum aspecto da dinâmica familiar que poderia ser trabalhado?”. Essa postura confirma a importância de ampliar o foco, de buscar um tema terapêutico que envolva as relações entre os membros da família e não a patologização de um membro. Essa pergunta serviu de base para a construção de muitas hipóteses clínicas. Ao explorar a dinâmica familiar e

as relações da família com a comunidade, diversos aspectos foram chamando a atenção das terapeutas e foram considerados como aspectos que poderiam ser mais trabalhados no processo terapêutico. A ampliação do foco é característica dos modelos estratégicos (Piercy & Sprenkle, 1986c), estruturais (Minuchin & Fishman, 1990) e também aparece na abordagem do grupo de Milão (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1993).

Após investigar se havia mais algum ponto a ser trabalhado na família, as terapeutas voltam a tentar entender o problema apresentado. Exploram: a história do problema, as características do PI e onde o problema ocorre. Essas perguntas podem tanto dar mais informações sobre a dinâmica familiar como apontar áreas saudáveis do PI. O Modelo Narrativo trabalha muito com o resgate da história do problema para encontrar áreas saudáveis (do PI e da Família) que possam ser úteis na terapia (Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990; Zimmerman & Dickerson, 1998). Também é uma característica do modelo de terapia Breve voltado às soluções (De Shazer & Hopwood, 1998; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1997). Essas questões indicam que as terapeutas participantes do Estudo integram as escolas do início da terapia familiar sistêmica com alguns modelos mais contemporâneos. Não é percebido um abandono às primeiras fases, uma vez que o positivo ou áreas saudáveis surgem como uma consequência de explorar mais detalhadamente o problema e as influências do mesmo na dinâmica familiar e social.

Ainda vinculado à exploração do problema, houve um pequeno movimento das terapeutas em compreender o contexto cultural no qual a família está inserida. Foi considerado um pequeno movimento porque houve uma ênfase muito maior em compreender a dinâmica família e buscar nesse espaço a explicação do problema. É uma tendência contemporânea estar atenta ao pluralismo cultural que surge em terapia (Nichols & Schwartz, 2007). Há no Brasil uma sensação de miscigenação de raças, entretanto as terapeutas participantes se mostraram atentas à microcultura na qual a família convive e constrói sua forma de fazer. Há inclusive a investigação de se o sintoma do PI não é reflexo da sociedade na qual vive e de se aspectos culturais poderiam estar influenciando a dinâmica familiar. Além de situar a família no seu contexto (família ribeirinha de Belém do Pará), houve uma preocupação com a religião e a forma de subsistência familiar. Esses aspectos não estão diretamente relacionados com o problema da família, e indicam a preocupação das terapeutas e manter uma visão macrossistêmica da família que chega à terapia. A organização familiar é influenciada pela organização do trabalho e a relação entre as pessoas pode ser influenciada pela religião. Essas hipóteses foram exploradas pelas terapeutas.

Ainda nesse primeiro momento de acesso à realidade familiar houve uma preocupação

em saber explicitamente se havia demanda para tratamento. O PI foi colocado na posição de alguém que tem opinião e que pode dar informações sobre o que está acontecendo com ele. Essa postura indica que o Paciente Identificado, não é “paciente” e sim agente no processo terapêutico. Essa compreensão é característica das terapias sistêmicas desde seu surgimento especialmente por ir contra a postura psiquiátrica de redução da pessoa ao seu problema (Barbetta, 2003). A irreverência da pergunta pode ser identificada com a abordagem experiencial (Connell, Mitten, & Whitaker, 1998) que estimula a criatividade e a exploração de novos olhares no processo clínico. O fato de se buscar diferentes opiniões sobre o mesmo problema (o que a mãe, o pai, o PI e a escola dizem sobre o que está acontecendo) pode indicar que os terapeutas estão buscando diferentes formas de explicar e compreender o que está acontecendo com a família. Essa visão de complementaridade nas informações é coerente com a teoria da comunicação humana (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1999) que é considerada um dos tripés da terapia sistêmica.

A exploração do desejo da mudança ou da crença no processo terapêutico surge nesse momento de investigação e se reflete nas proposições terapêuticas. No primeiro momento da terapia familiar um aspecto que deveria ser avaliado era a dificuldade da mudança (tendência à homeostase) presente em todas as famílias (Becvar & Becvar, 1999). A ênfase na homeostase foi perdendo forças ao longo dos anos, mas a demanda por atendimento e a disponibilidade em mudar ainda são consideradas necessárias para a realização eficaz do processo terapêutico.

#### *Categoria 2- Perguntas Exploratórias Microssistêmicas*

Essa categoria agrupa as questões feitas a fim de investigar as relações familiares (Tabela 31). Identificam-se claramente dois modelos de terapia sistêmica: o estrutural (Minuchim, 1982) e o Trigeracional (Andolfi & Ângelo, 1989). O modelo estrutural investiga o funcionamento, os papéis e a hierarquia presente na família nuclear, prioritariamente. Pode-se ampliar o olhar para outros sistemas que interfiram nessa dinâmica (sejam famílias de origem ou outros sistemas sociais). Já o modelo Trigeracional dá ênfase nas transmissões de valores e legados através das gerações. Andolfi (1998) afirma que o problema tem uma história e o início desta história pode estar nas gerações anteriores.

Após entenderem um pouco o motivo de busca à terapia, através da exploração do sintoma, as terapeutas investigaram como esse problema refletia nas relações familiares. Houve a exploração da relação do PI com cada pessoa da família. Esse rastreamento possibilitou a compreensão do funcionamento e da estrutura da família. Foi identificada uma preocupação com a divisão dos papéis de gênero (masculino e feminino) e uma compreensão das relações entre

pais e filhos. A leitura das fronteiras e da indiferenciação entre os membros da família foi se evidenciando a partir dessas questões.

Tabela 31.  
*Análise da Categoria 2 – Perguntas Exploratórias Microssistêmicas*

<i>Subcategorias</i>	<i>Exemplos</i>
<i>Investigação de relações entre as pessoas com o PI</i>	Dá pra falar um pouco da relação do PI com a mãe? Porque ele é o único homem entre os irmãos. Eu queria que tu contasses um pouco da relação do PI com o pai. Tem alguma irmã que tenha mais vínculo com o PI?
<i>Investigação da família nuclear</i>	Eu queria saber quem é que mora na casa? A mãe tem a mesma idade do pai? As crianças estão na escola? Quando esse casal fala da família deles, o que eles dizem? Eles acham que é uma família que está bem? Têm orgulho da família?
<i>Investigação sobre membros da família e das famílias de origem</i>	É possível a gente falar um pouco das famílias de origem, tanto da Mãe quanto do Pai. Tem alguma coisa de uma irmã que tu falaste que não foi criada junto? Ela foi adotada?
<i>Investigação da relação do casal</i>	Sabes como o casal se conheceu? Como se conheceram? Tens informação sobre a questão sexual deles? Como é essa intimidade? Como eles fazem, para numa casa tão cheia, encontrar essa intimidade. E como é essa intimidade para a mãe? E para o pai?

Sendo assim, ampliou-se o foco do PI e passou-se a investigar outros aspectos da dinâmica familiar (tanto no que se refere às irmãs do PI, à história do casal e à família de origem). Esse deslocamento de foco é defendido pelos autores estratégicos (Papp, 1992) e estruturais (Nichols, 1990). Encontrar uma disfunção no casal quando um filho sintomático chega à terapia era uma constante no início da terapia familiar (Ackerman, 1986) e essa postura permanece até hoje nas práticas terapêuticas das participantes do estudo. Isso se transparece ao perceber-se o deslocamento das perguntas: das relações entre as pessoas da família e o PI, passando por relações entre as pessoas da família e as famílias de origem, até chegar na relação do casal (sua história e interação atual).

A exploração de aspectos de estrutura, funcionamento, papéis, fronteiras e limites foi realizada de inúmeras maneiras. Na Tabela 30 só estão presentes alguns exemplos que indicam as principais investigações das participantes do estudo, bem como sobre as relações da família nuclear com a família de um irmão do pai. A proximidade de moradia possibilitava uma integração diária entre esses dois núcleos familiares.

Houve um ponto de exploração que foi compreendido diferente por cada um dos grupos focais: a criação da filha mais velha pela família de origem do pai. Um grupo considerou isso adequado e esperado no contexto social no qual a família está inserida. Outro grupo levantou a



hipótese dessa configuração ter-se criado em função de violência sexual intrafamiliar. Essa divergência de opiniões pode ter surgido em função de apoios teóricos diferentes. O grupo que levantou a hipótese de abuso sexual tinha suas impressões confirmadas na forma de funcionamento familiar. O isolamento, desleixo, fraca rede social e dificuldades de relacionamento (agressividade) e alcoolismo são características de famílias com violência (Furniss, 1993; Marques, 1994) e foram encontradas na família discutida. Já o grupo que percebeu como normal e saudável a adoção de uma filha por parte dos avós pode estar conectada com teorias mais comunitárias, focadas na cultura e na rede social (Coelho, 2005; Nichols & Schwartz, 2007; Trimble & Kliman, 1998).

É possível ainda identificar-se a construção de perguntas que focam no positivo. Por exemplo: “Os pais têm orgulho da família?” ou “Alguma irmã tem mais vínculo com o PI?”. Apesar das terapeutas estarem em busca da compreensão da dinâmica interacional da família (característica das escolas da primeira fase da terapia familiar), percebe-se uma preocupação em encontrar áreas saudáveis e aspectos positivos no meio do problema relatado pela família. Essa forma de aproximar-se das famílias pode ser visto como uma estratégia para mudança de olhar do sistema familiar (saindo do problema e focando no recurso) ou como uma forma de coconstruir uma nova visão da dinâmica familiar (mais positiva do que a anterior). Esse ponto pode refletir novamente uma integração entre escolas de dois momentos da terapia familiar sistêmica. A opção por uma escola não exclui a outra explicação. Ou seja, que opta por utilizar a mudança de foco como estratégia de mudança não deixa de construir uma nova visão da família, e vice-versa.

A investigação sobre as famílias de origem foi vista como necessária para poder complexificar a compreensão do sintoma a partir da história familiar. A influência das famílias de origem na dinâmica atual da família é um ponto explorado por diversos autores da terapia de familiar (Andolfi & Ângelo, 1989; Framo, 1981; Papero, 1998). A construção de genograma normalmente defende a colocação de no mínimo três gerações para que padrões e legados possam ser percebidos (Carter & McGoldrick, 1995). Como o genograma apresentado só continha informações sobre a família atual, era esperado – ao considerarem-se os referenciais teóricos apresentados nos estudos anteriores - que houvesse questionamentos sobre as famílias de origem.

Aspectos sobre o relacionamento conjugal foram explorados desde o início da história do casal. As noções de ciclo vital da família (Carter & McGoldrick, 1995) e de resgate de recursos da família ao compreenderem essa história (White & Epston, 1990) são evidenciadas ao analisarem-se as perguntas feitas e as hipóteses construídas a partir das respostas obtidas. A

intimidade/sexualidade do casal chegou a ser explorada, mesmo não tendo relação direta com o problema trazido à terapia. Entretanto, esse tipo de investigação pode corroborar as propostas estruturais e triggeracionais uma vez que ambas apresentam um modelo de “normalidade” que deve ser atingido. Ou seja, os profissionais que utilizam esses referenciais têm um padrão considerado saudável para as famílias (uma família nuclear com limites nítidos em relação às famílias de origem, com os pais no papel executivo e com filhos que respeitam essa hierarquia e sentem possuir um espaço de negociação com os pais). Ao investigar a dinâmica familiar exploram se a família está muito longe deste padrão e buscam intervir para aproximá-la deste funcionamento.

### *Categoria 3 – Hipóteses Clínicas*

Após a exploração das características do problema apresentado pela família, investigação do cotidiano do PI e das relações familiares, as terapeutas familiares partiram para a discussão de hipóteses clínicas. Na dinâmica do grupo, as hipóteses eram apresentadas concomitantemente com as questões exploratórias apresentadas. A opção por configurar os resultados desta forma se deu para visualizar mais claramente as teorias que embasam as práticas dos terapeutas familiares. A Tabela 32 apresenta as principais hipóteses clínicas exploradas pelas profissionais.

Quando ao problema apresentado pelo PI, havia uma preocupação nas terapeutas em não focalizar só em patologia, mas permitir que aspectos normativos do ciclo evolutivo também fossem considerados. Surgiu como hipótese de compreensão do problema tanto a possibilidade de um quadro de Esquizofrenia quanto o isolamento normal e característico da adolescência. Essa amplitude de hipóteses mostra a diversidade de teorias que são acionadas para a compreensão de um sistema que chega para atendimento: desde um modelo mais médico até um mais contextual. As perguntas exploratórias serviram para refutar ou confirmar essas hipóteses e grupo tendeu a ver de forma mais normativa a postura do adolescente. Outro fator que fez os grupos penderem para o lado de uma conduta normal do jovem foi a característica de isolamento da família como um todo. Quando surge a hipótese da família toda funcionar de forma mais isolada da comunidade houve uma normalização da conduta do adolescente (e a justificativa para os pais não apresentarem uma demanda para o tratamento do problema identificado pela escola).

Tabela 32.  
Análise da Categoria 3 – Hipóteses Clínicas

<i>Subcategorias</i>	<i>Exemplos</i>
Isolamento do PI: - normal do ciclo vital, - característica da família	O que fala sobre esse isolamento, sobre ele não interagir com colegas, sobre ele não interagir na sala de aula com os professores? Essa família é muito isolada do contato social do apoio de uma rede. Por que essas meninas não têm colegas? Por que elas só se sentam entre elas? Então, teria um Q de isolamento que não é só do PI.
Poder - do PI (ausência paterna – filho parentalizado) - da mãe	Ele parece ser um filho parental. E um filho parental muitas vezes, ao invés de estar vivendo questões e aproveitando o desenvolvimento da adolescência, quem sabe ele acaba fazendo coisas que não condizem com a idade dele. Olha o poder dessa mãe! Essa mãe é poderosíssima! Por que os depressivos têm um poder enorme.
Questões de gênero – identificação filho-pai, diferenças de papéis, força do grupo de mulheres	Eu só queria levantar uma hipótese, será que esse sintoma que ele faz no colégio pode estar relacionado com essa sensação de ficar sozinho com o pai no sentido de estar se sentindo só com a mãe. Eu trabalho um pouco dentro disso e com [o objetivo de] ressignificar o papel feminino de cuidadora. Nessa família tem uma divisão clara de que ele provém e ela é núcleo? Ele agride as irmãs, quando ele está em casa de manhã com as pequenas?
Violência doméstica – vergonha e sofrimento	A violência por si só pode gerar, em determinados momentos, uma vergonha. Mas me parece aqui que essa aliança que eles fazem entre eles, uma aliança que não entra ninguém da comunidade, as meninas na escola sentam juntas, o pai quando sai o rapaz fica junto, então existe uma proteção.
Filha ser dada para a avó – proteção ou garantia de melhor futuro	Isso é muito comum na comunidade deles, com tio “1” mora com o fulano, o outro mora com o vizinho. É, isso é muito comum. Para a gente meio que choca, mas para eles é a coisa mais natural do mundo. E essa menina será que tem privilégio morando com avó? Os avós será que têm uma condição melhor? Podem atendê-la de uma forma diferenciada e estudar numa escola boa. A menina tem algum tipo de privilégio? Deve ter.
Questões culturais influenciando a compreensão da família	Eu fico um pouco preocupada porque a questão cultural é bem diferente da vida da gente. Como é que é, nas outras famílias, o funcionamento dos adolescentes nessa faixa etária? Acho isso fundamental a gente ter presente porque senão a gente vai ficar só nas suposições, para fazer uma comparação com o nosso meio cultural

O grupo passou então, a buscar outras explicações para a conduta do PI. Logo foi levantada a questão de desequilíbrio de poder (característica das escolas estrutural e estratégica). A noção de filho parentalizado indica tanto uma disfunção no casal (que não consegue assumir o papel executivo) quanto uma ausência de fronteiras entre sistema parental e filial. Com essa hipótese, o sintoma do PI indica que há essa disfunção familiar que precisa ser trabalhada – os pais precisam ser fortalecidos para que o filho adolescente possa crescer e se independizar.

Nessa hipótese o modelo estrutural (Minuchin, 1982) se mostra de forma bastante evidente. As terapeutas praticamente construíram um mapa das hierarquias e fronteiras da família, encontrando as disfuncionalidades (aspectos que devem ser trabalhados). Ainda foi explorada a hipótese de o filho estar respondendo ao poder da mãe (que por estar deprimida, faz com que todos a sua volta correspondam às expectativas). A leitura do poder é bastante característica do modelo estratégico de Haley (Nichols & Schwartz, 2007). Essa forma de compreender e descrever o poder entre os membros é criticada pelas escolas pós-modernas (Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990). Esse fato corrobora a indicação de que essa hipótese corresponde aos autores da primeira fase da terapia familiar.

Por outro lado, a hipótese que explora as diferenças de gênero aproxima as terapeutas de abordagens mais contemporâneas, como as abordagens feministas da terapia familiar (Avis, 1986; Narvaz & Koller, 2007). As terapeutas familiares parecem estar atentas às diferenças de gênero e sua relação com a cultura relativizando papéis e buscando o empoderamento das mulheres nas famílias brasileiras. A família discutida apresentava uma forte divisão de papéis e a hipótese de se modificar essa realidade (através da ressignificação do papel feminino ou da valorização da mãe) surgiu como uma hipótese de trabalho para o grupo de profissionais. Essa postura indica que as profissionais também estão conectadas com as escolas mais contemporâneas da terapia familiar.

Um aspecto bastante investigado (especialmente pelo primeiro grupo) foi a possibilidade de situações de violência física e sexual estarem afetando a dinâmica familiar. Quando uma terapeuta levantou essa hipótese, o grupo começou a encontrar muitos indícios confirmatórios da mesma. A sensação de vergonha e o sentimento de proteção foram os mais abordados pelas terapeutas. Houve uma preocupação em encontrar mecanismos de proteção para que a violência não se perpetuasse na família. Novamente nessa hipótese levantada percebeu-se nas profissionais uma preocupação em romper com um padrão que poderia estar prejudicando o desenvolvimento de todos, especialmente das crianças. Essa postura é coerente com as abordagens que autores nacionais e internacionais contemporâneos que defendem uma atitude de proteção aos direitos dos seres humanos, e a interrupção da violência (Pinto, 2008; Ravazzola, 2007; Ricci, 2006; Werner, 2008).

O fator desencadeante para a preocupação com a violência no grupo um foi a hipótese construída sobre a filha que foi dada para a avó paterna. Uma das hipóteses levantadas foi a de que a menina tinha sido entregue para a avó protegê-la de uma possível situação de abuso. Além disso, foi cogitado ser uma atitude normal na cultura, ser resultado de uma lealdade familiar ou por ser uma forma de garantir um melhor futuro para um dos filhos. Nenhum grupo teve

interesse em ficar com uma única versão de compreensão desse fato. A construção de diversas hipóteses foi interessante por tornar visível a riqueza de portas de entrada que o(a) terapeuta familiar tem ao seu dispor. Ou seja, a construção de uma hipótese cria outras hipóteses e a verificação das mesmas (refutando-as ou confirmando-as) exige um reajuste de lentes e a construção de outras formas de atuação. Essa postura indica a forma como as terapeutas se apropriam das teorias disponíveis ao campo clínico: trabalhando com múltiplas vozes que surgem da prática clínica e de ressonâncias com as próprias vivências pessoais (Gergen, 2006).

A última hipótese discutida pode ser considerada bastante vinculada às abordagens pós-modernas. O fato de o(a) terapeuta estar atento à sua própria cultura e ao fato de que suas vivências pessoais e profissionais estão influenciando suas decisões é bastante adequado aos modelos da segunda cibernética (Aun, Esteves de Vasconcellos, & Coelho, 2005; Barbeta & Toffanetti, 2006; Ceruti, 2006; Esteves de Vasconcellos, 2002; Von Foerster, 1987), e pós-modernos (Andersen, 2002; Bertando & Toffanetti, 2004; Elkaïm, 2000; Hoffman, 1992; McNamee & Gergen, 1998; Rapizo, 2002; Seixas, 2005). As terapeutas participantes estão atentas a própria cultura e percebem a não neutralidade de seu olhar, indicando uma atenção na clínica aos movimentos contemporâneos da ciência e da teoria sistêmica.

#### *Categoria 4 – Posturas de Intervenção*

A Categoria 4 explicita algumas posturas das terapeutas no que se refere especificamente à forma como trabalhariam com a família caso essa viesse à terapia (Tabela 33). As subcategorias evidenciam uma estrutura flexível na forma de trabalho das terapeutas. Não que exista uma fórmula a ser seguida, mas existe uma sequência de etapas a serem vencidas para o sucesso terapêutico.

O primeiro ponto a ser avaliado é a demanda ou disponibilidade para mudança. Algumas terapeutas participantes deste estudo foram radicais ao afirmar que sem demanda não era possível trabalhar. Outras colocaram que a ausência de demanda poderia tornar o trabalho mais difícil, mas tentariam trabalhar. Diversos modelos teóricos avaliam a demanda para a mudança (Bergman, 1996; Papp, 1992; Fisch, Weakland & Segal, 1982) e indicam que é mais produtivo dispensar a família resistente à mudança ou ampliar o sistema terapêutico incluindo outras gerações (Whitaker, Sluski, Boscolo & Elkaïm, 2000).

Tabela 33.  
Análise da Categoria 4 - Posturas de Intervenção

<i>Subcategorias</i>	<i>Exemplos</i>
Avaliação de demanda	Sem demanda não tem como fazer trabalho nenhum, se a família não está disponível não se tem como trabalhar.
Investigação do problema (função do sintoma)	Eu pelo menos me pergunto “o que essa família ta querendo me dizer com isso?” Que pode ter isso a ver com a história, com os outros relatos, com as outras falas? Eu vou sempre atrás daquele sintoma que a família está trazendo. Um pouco a serviço do quê, também. E muda o foco, vem com uma questão, e aquilo vai, no trabalho, se diluindo e vão aparecendo outras coisas.
Período de diagnóstico da dinâmica familiar	Primeiro eu aproximaria a família, ouviria todos. Depois eu acho que eu dividiria assim: ouviria o casal na próxima vez; depois só o sistema de irmãos. Mas primeiro eu viria a família eu acho que umas três sessões pra entender.
Foco de intervenção	Se gente segue sempre através do foco que vai aparecendo me dá a sensação de que nunca vai terminar. Eu tenho um problema, tenho um foco nesse problema e considero o contexto. As questões de solução positiva são bem importantes.
Recontratos do processo terapêutico	É interessante trabalhar focado no problema. Se eu começo a atender uma família eu sempre digo que não vamos ter tempo, não temos uma data para interromper o atendimento. Mas eu costumo recontratar.
Estrutura e funcionamento	[O problema] está num contexto de uma família onde os pais não ocupam seu papel de pais com autoridade. Então talvez o foco que poderia ser trabalhar com essa família a autoridade deles.
Visão sistêmica - da mudança - do problema	Eu acho que a mudança dela vai repercutir no sistema. Sempre tem aquela idéia do PI. Palavra dura, dizer ele é o PI. Ele é o PI, mas isso tem que estar diluído. Não pode carregar sozinho. Eu vejo mais a escuta da família. Tem uma questão maior, mas eu respeito o que eles estão trazendo naquele momento. O que mais está angustiando.
Construção com a família, empatia	Eu acho que a questão da empatia com a família a gente tem que ter. Mesmo que a gente vá trabalhar a questão da história oficial, tu tens que empatizar com o sentimento da família. Eu acho que isso é uma coisa que a gente tem que ter.
Ênfase no positivo	A gente amplia aspectos positivos dessa família, possibilidade de resolução do problema, aumenta a busca de solução mesmo quanto se está atenta a outras coisas que contribuem para manter o problema.

Após a avaliação da demanda, as terapeutas investigam a função do sintoma (Andolfi, & Ângelo, 1989; Minuchin & Fishman, 1990; Papp, 1992). Acreditar que o PI é o portavoz da família e que é importante não aceitar o “pacote” que a família traz para a terapia é uma postura sistêmica desde o início do modelo. A construção sistêmica da compreensão do sintoma (envolvendo as relações e captando como a família se organiza em função do problema) é um ponto chave para a construção clínica brasileira. Há uma crença implícita de que se começa a perguntar sobre o problema e logo surgem outras demandas, outras dificuldades que estão sendo

escondidas pelo sintoma do PI.

Os terapeutas, no entanto, parecem não tentar desbravar esse território de segredos e disfunções logo no primeiro momento terapêutico. A terceira subcategoria enfatiza a importância de se dar um tempo para compreender e investigar o problema que está sendo trazido para terapia antes de se mudar o foco. Obviamente a construção de novas leituras já está sendo traçada desde o primeiro momento do encontro terapêutico (Andolfi, 1996). Seja através das perguntas realizadas pelo(a) terapeuta seja pela relação que se estabelece na clínica.

Ainda no período de diagnóstico familiar, surge a possibilidade de trabalho com subsistemas. O trabalho com subsistemas é característico da escola estrutural (Minuchin, 1982). Essa forma de trabalhar está bastante coerente com as perguntas exploratórias realizadas pelas participantes do estudo. Elas investigaram diversos detalhes da interação familiar como um todo e nos seus subsistemas. Sendo assim, o modelo estrutural volta a predominar quando se focaliza em uma leitura de compreensão/diagnóstico das relações familiares.

Após o diagnóstico das relações o grupo de profissionais levantou a importância de se definir um foco claro de atuação. Aqui se percebe uma tendência a utilizações de escolas breves de terapia (Epstein & Bishop, 1981; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1997; Palomo & Celis, 2006). Como se fosse mais produtivo o trabalho com um foco claro e objetivo construído em comum acordo com a família. Há a crença de que essa postura também possibilita à família a sensação de acompanhamento do processo clínico (uma vez que ela também pode avaliar o sucesso e/ou fracasso terapêutico).

Entretanto, a postura de terapia breve não significa uma rigidez em trabalhar somente um aspecto da vida da família em atendimento. As terapeutas colocaram que muitas vezes renegociam o foco de trabalho conforme a terapia evolui. Seja porque surgiram novos temas a serem trabalhando ou mudanças sociais exigem modificações no trabalho. O importante é deixar claro o objetivo do trabalho e o que se está buscando em cada momento. A postura de negociação de metas ou esclarecimento de objetivos concretos é coerente tanto com o modelo de terapia breve focado no problema (Fisch, comunicação pessoal dia 24 de janeiro de 1999) quanto com abordagens comunicacionais, nas quais os terapeutas devem dividir a responsabilidade do tratamento com a pessoa que busca terapia (Hoffman, 1998).

Um dos objetivos terapêuticos a ser negociado com a família é o trabalho na estrutura ou no funcionamento familiar. Essa compreensão da dinâmica familiar como mantenedora do problema apareceu em diversos momentos dos grupos focais. Novamente aqui há o predomínio do modelo estrutural, conduzindo o(a) terapeuta à construção de hipóteses que visem ao melhor funcionamento da família (papeis claros, fronteiras nítidas e papel executivo com os pais;

Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990).

Também, é possível de ser identificada uma compreensão sistêmica da mudança familiar e do problema. Fica claro que a mudança em um dos membros da família afeta o funcionamento de todos os membros do sistema. As terapeutas ficam atentas a promover a mudança em um dos membros (por exemplo, a mãe – que foi considerada deprimida, sem poder ou sofrendo violência) e ao mesmo tempo atentar para outros sintomas que possam surgir em outros. O trabalho com o PI ou com o casal, que foram as possibilidades de intervenção mais citadas, exige um cuidado dos terapeutas quanto a mudanças que possam surgir nos filhos e nas interações com a comunidade. Da mesma forma, ao trabalhar-se o PI, as terapeutas consideram importante levar a família a perceber-se colaborando para um problema relacional e não que o PI seja portador de uma patologia. Somente construindo essa postura de corresponsabilidade com a família será possível mobilizar todo o sistema familiar a encontrar uma forma mais saudável de funcionamento.

Para conseguir essa mobilização, entram em jogo recursos pessoais dos terapeutas. O mais presente foi a questão da empatia. As participantes do estudo concordam e valorizam a necessidade de conectar-se com o sentimento da família de forma genuína. A exploração do problema da família, além de dar dados sobre a dinâmica familiar, possibilita a conexão entre a família e o(a) terapeuta. Essa conexão é o que compõe o encontro terapêutico (Andolfi, 1996). É a partir dessa conexão que ressonâncias são acionadas na família e no(a) terapeuta e o processo clínico de mudança se desencadeia (Elkaïm, 1990). A colocação de respeito e conexão com as pessoas indica, mais uma vez, que os terapeutas estão utilizando princípios de escolas pós-modernas – construtivistas (Andersen, 1996) e comunicacionais (Anderson & Goolishian, 1998) - para estruturar a sua relação com as pessoas que chegam à terapia.

Além disso, surge a necessidade de buscar aspectos positivos na dinâmica familiar. É interessante perceber que a forma de justificar essa busca não é em função somente da terapia breve focada em soluções (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1997). A busca pelo positivo está vinculada a uma postura narrativa (White & Epston, 1990). Ao afirmarem que investigam os recursos, mas estão atentas aos aspectos que contribuem para o problema, estão agindo de acordo com a proposta narrativa de “busca de exceções” e de construções de histórias alternativas ao problema. A Psicologia Positiva (Gillham & Seligman, 1999) também parece influenciar essa preocupação das terapeutas participantes no estudo. Essa proposta terapêutica faz com que a pessoa identifique sua contribuição para a manutenção do problema e busque agir de forma diferente no futuro. Esse parece ser um dos objetivos a serem atingidos pelas terapeutas familiares.



### *Categoria 5 – Construções sobre a Integração Teórica*

A quinta e última categoria apresenta e discute aspectos sobre a integração teórica que foram comentados pelas participantes durante a discussão sobre o trabalho clínico (Tabela 34). Esses comentários surgiram espontaneamente quando foram apresentados os objetivos do estudo e também quando, nos segundos encontros, foram apresentados para serem discutidos os autores e linhas teóricas identificadas pela equipe de pesquisa.

Tabela 34.

#### *Análise da Categoria 5 – Construções sobre a Integração Teórica*

<i>Subcategorias</i>	<i>Exemplos</i>
Sensação de integração teórica	Acho que a gente nem pensa mais! Nessa altura já é um mix, né? É interessante porque a gente vê tanto autor na formação e a gente fica tentando ou pelo menos tenta pensar com eles, mas e agora? O que é que está aí? Na realidade é um compêndio!
Influências da formação e tempo de prática	Eu penso, em função da nossa própria formação ainda que seja recente, que a gente leu primórdios dos terapeutas. Os terapeutas familiares mais do início da terapia familiar. E acho que, pelo menos na minha experiência, a intenção de leitura, estudos, hoje em dia é muito mais centrado em estratégias, de repensar a prática em si. Eu me enxergo assim, busco, leio, estou sempre lendo, relendo, buscando novas formas de intervenção. Claro que nisso está também os entendimentos subjacentes. Mas quem sabe a gente está com vícios de histórias.

A surpresa com a diversidade encontrada foi bastante grande. Havia a sensação de integração teórica e a verbalização de não saber identificar os autores que apóiam a prática clínica e a compreensão da dinâmica do caso. Não que as terapeutas não soubessem que apóiam suas práticas em diversos profissionais, pelo contrário. As leituras realizadas durante a formação e posteriormente (busca espontânea) permitem uma integração teórica coerente. A coerência é dada, segundo informam, pela experiência clínica. Colocações como “é um mix”, “é um compêndio” indicam que reconhecem a influência de teóricos, mas não há um hábito em nominá-los quando estão atuando na clínica.

Apesar de não haver essa preocupação em nominar os profissionais, foi identificada uma tendência a buscar mais técnicas e recursos que “combinem com o estilo pessoal” ou que pareçam úteis às situações que surgem na clínica. As terapeutas do grupo estão sempre estudando, sempre buscando referenciais que enriqueçam seu trabalho e as auxiliem a ajudar as famílias que buscam atendimento.

Ao se propor o exercício de focalizar em autores que influenciam a prática, as profissionais citaram alguns teóricos ou escolas da terapia familiar que reconhecem influenciar sua forma de trabalhar. Dentre estes estão: Aaron Beck, Betty Carter, Carlos Sluzki, Ferrè,

Goleman, Gregory Bateson, Harlene Anderson, Jay Haley, Joel Bergman, Marcelo Packman, Michael White, Mônica McGoldrick, Nichols, Piaget, Salvador Minuchim, Schart, Wallershtein, Whitaker, além de autores comunicacionais, de Rede e da abordagem ecológica.

Percebeu-se que os autores que surgiram na discussão do caso não eram todos os reconhecidamente estudados e utilizados pelas terapeutas de família participantes. Ficou-se com a sensação de que existe uma diversidade de escolas, autores e teorias que são apropriadas pelos terapeutas, mas são acionadas somente quando o caso faz o(a) terapeuta lembrar-se das colocações do teórico. Assim, tem-se a sensação de que os terapeutas familiares focalizam nas escolas e teorias como ferramentas que estão à disposição e que podem ser acionadas conforme a necessidade da família que chega a terapia.

### *Conclusões*

A análise da pessoa, segundo a abordagem bioecológica, permite identificar que terapeutas que cursaram suas formações em diferentes instituições do Rio Grande do Sul possuem uma mesma lógica para compreender e agir com as famílias que chegam à terapia. Apesar de trabalharem em locais diferentes e possuírem identidades profissionais diversas, ao se depararem com um caso clínico, as pessoas seguem uma mesma lógica de investigação e compreensão da dinâmica familiar. Seu ponto de partida para compreender a dinâmica familiar é o sintoma apresentado como problema. Após um período de exploração desse sintoma (investigando as consequências do problema nas relações familiares) há uma ampliação de foco em busca de recursos na história familiar. Durante esse processo, os profissionais não se preocupam tanto com a delimitação clara das teorias que estão sendo utilizadas para acessar a família. Mais importante do que isso é o estabelecimento de uma relação de empatia entre os profissionais e a família que busca terapia.

Há uma preocupação em manter-se atualizado quanto a autores e escolas que são desenvolvidos no contexto da terapia familiar, mas não há uma lealdade a uma ou outra abordagem terapêutica. Diversos autores são lidos, e cada pessoa, individualmente, elege aqueles conceitos e técnicas que parecem mais úteis e coerentes para o processo clínico que está sendo desenvolvido. Há um amplo processo de construção de hipóteses e conforme estas vão sendo confirmadas ou refutadas alguma abordagem terapêutica vai ganhando destaque. Esse processo de escolha de teorias está intimamente relacionado com a caminhada individual de cada formador: suas experiências clínicas, seus locais de trabalho e suas vivências pessoais influenciam essas escolhas.

A atividade em grupo focal desvelou o processo de pensamento dos terapeutas ao longo

dos atendimentos clínicos. Há uma intenção em mudar o foco do Paciente Identificado para a dinâmica interacional de todos os membros da família. É esperado que a família resista um pouco a esse movimento e cabe ao terapeuta avaliar o processo clínico e quando é mais adequado propor essa modificação de foco terapêutico. A terapia é um espaço onde processos proximais entre membros da família e profissional devem ocorrer. Sem trocas e modificações mútuas de compreensão do contexto não ocorre desenvolvimento, e por consequência, não há sucesso clínico. A preocupação com a não neutralidade e com a constituição de um processo empático indica que a pessoa do profissional é percebida como atuante nessas interações e participante ativo do processo clínico.

As profissionais que participaram do estudo atuavam em diferentes locais (clínicas privadas, hospitais, clínicas sociais, judiciário e instituições de ensino). Apesar de contextos de atuação diversos, quando se partia para a análise do caso havia a intenção de compor um olhar para a diferença e para o positivo. Nenhuma participante contentou-se em explorar um único enfoque para o problema. Essa diversidade de olhar parece ter sido possibilitada pelo trabalho exaustivo em levantar e confirmar/refutar inúmeras hipóteses clínicas. A construção dessas hipóteses clínicas está apoiada em teorias que, mesmo sem ter uma consciência plena, são acionadas pelos profissionais. O(A) terapeuta familiar, segundo as verbalizações do grupo, serve como um catalizador de potencialidades da família. Afirmam que se seguirem as leituras institucionalizadas dos seus contextos de atuação isso nem sempre é possível. Novamente aqui, a pessoa do(a) terapeuta passa a ser decisiva para a construção de novas leituras sobre o mesmo problema.

A contextualização do caso em seus diversos níveis ecológicos também indica a visão complexificadora dos terapeutas sistêmicos. Ao fazerem perguntas sobre o caso clínico, as terapeutas familiares exploraram aspectos microssistêmicos (interações entre os membros da família), mesossistêmicos (interações da família com vizinhos, família de origem e escola), exossistêmicos (espaços de trabalho e lazer de cada membro da família) e macrossistêmicos (cultura, religião e história familiar). Esses níveis foram considerados na construção de hipóteses e na proposição de intervenções clínicas.

O tempo de formação dos terapeutas não definiu uma diferença na forma de atuar e compreender a dinâmica familiar. Entretanto, pode ser percebida uma alteração no tempo disponibilizado para o levantamento de hipóteses antes de partir para uma definição de intervenção. O grupo com mais tempo de formado ficaria mais tempo investigando possibilidades de compreensão do problema, já o grupo com menos tempo de formada, assim que teve uma hipótese confirmada por vários indícios (teóricos) começou a explorá-la mais à

fundo. Essa diferença possa ser influenciada pelo número de autores que já foram lidos pelos grupos de profissionais. Se há um maior leque de teóricos lidos (o que é provável no grupo com maior tempo de formação), existem mais áreas a serem exploradas antes de se começar a intervir. Outro fator que influencia esse tempo maior de exploração de hipóteses é a experiência clínica. No grupo com mais tempo de formado, foram citados muitos casos já atendido que apresentavam características semelhantes ao caso discutido. Como as dinâmicas familiares eram distintas, surgia a necessidade de explorar todas essas possibilidades antes de definir como agir.

Ao analisar as escolas e teorias presentes na discussão clínica proposta para os grupos focais percebeu-se uma característica que identifica as práticas das terapeutas participantes: há uma tendência a utilizarem escolas do primeiro momento da terapia familiar para a construção da compreensão da dinâmica do caso e autores mais contemporâneos e pós-modernos para a construção da relação terapêutica e definição da postura do profissional.

Foram identificadas, mais especificamente a adoção de dois grupos de teorias:

- Para a compreensão do caso: a abordagem estrutural (investigação de fronteiras, limites, distribuição de poder, segredos), a abordagem estratégica (identificação de PI, diluição de poder), a abordagem trigeracional (exploração de legados e relações com a família de origem), e a psicanálise (vínculos).

- Para a postura do(a) terapeuta em sessão: terapia breve voltada ao problema (investigação do problema para construção de uma visão sistêmica do mesmo); terapia breve focada em soluções (investigação de aspectos positivos na dinâmica familiar), escola Narrativa (coconstrução de histórias alternativas à história do problema), Cognitivo comportamental (possibilidades de mudança de comportamento ou de compreensão do problema).

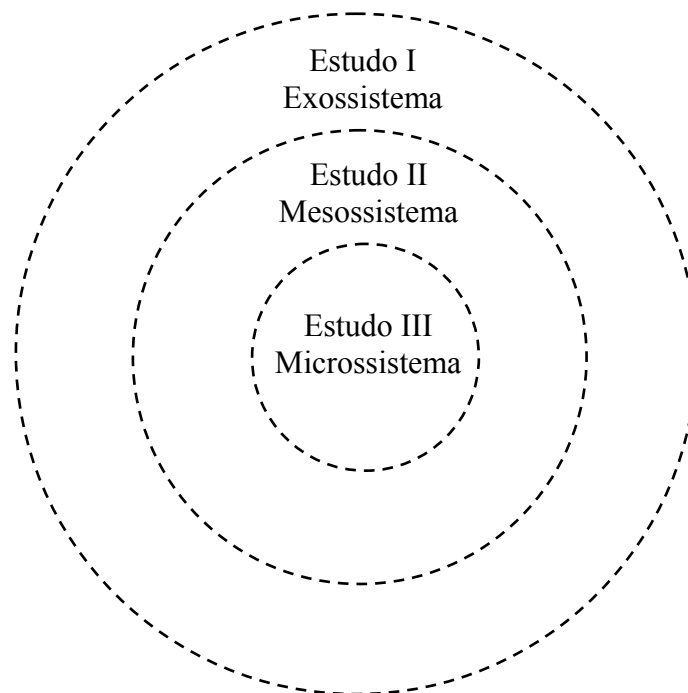
Apesar de serem denominadas essas escolas, é importante enfatizar que não há uma fidelidade a uma ou outra abordagem. Cada profissional sente-se livre para conhecer diversas escolas e autores e utilizá-los de acordo com o que a família o aciona. Sendo assim, os próprios terapeutas passam a ser sua principal ferramenta de trabalho. A partir das teorias que mais fazem sentido ele vai compondo sua própria forma de agir, seu próprio modelo de terapia.

## Capítulo VI

### Conclusão

#### Compreensão Bioecológica da Configuração Teórica da Terapia Familiar Brasileira

O objetivo principal deste estudo foi conhecer a configuração teórica da terapia familiar brasileira. Para isso, visou-se a compreender os dados de três estudos como complementares, compondo o contexto bioecológico dos profissionais que trabalham com famílias. A ideia de compreensão dos três estudos como complementares é representada na Figura 7.



*Figura 7.* Distribuição dos estudos no contexto bioecológico da terapia familiar brasileira

O desenvolvimento da terapia familiar no Brasil acontece através de interações das pessoas com diversos contextos, símbolos e outras pessoas. É, portanto, semelhante ao desenvolvimento humano como proposto por Bronfenbrenner (1996/1979). Cada contexto mais amplo influencia os menores, compondo espaços de intensa interação no qual o desenvolvimento vai acontecendo.

Sendo assim, a ideia de estudos complementares permitiu acessar construções teóricas e práticas que são partilhadas desde um nível macrossistêmico até o microsistêmico. Considerou-se macrossistema todos os referencias teóricos da terapia familiar, disponibilizados através de publicações reconhecidas. O Estudo I foi considerado exossistêmico, pois pressupôs que os formadores precisam selecionar autores e abordagens a serem transmitidas para os

estudantes em formação. Sendo assim, eles organizam a literatura disponível reconhecendo ou desqualificando os diversos referenciais do macrosistema. Desta forma, há uma influência direta na constituição da base teórica dos terapeutas familiares brasileiros (Estudo II) definindo algumas possibilidades mais difundidas para a atuação dos profissionais no Brasil. O Estudo II verificou os resultados desta organização na atuação dos profissionais brasileiros. Ele foi percebido como mesossistêmico, porque acessou terapeutas que atuam em diversos locais e que fizeram suas formações em diversas regiões brasileiras. Além de explorar possíveis diferenças entre diferenças regionais, focalizou em uma racionalização sobre as práticas que vêm sendo adotadas na clínica com famílias. Não se explorou as atitudes dos terapeutas frente a uma família específica, mas buscou-se identificar posicionamentos e recursos que poderiam ser acionados quando no contexto clínico. Estas atitudes na clínica foram mais aprofundadas no terceiro estudo. O Estudo III foi considerado microsistêmico, porque investigou as interações que surgiram na prática, quando o(a) terapeuta precisava lidar com um caso real e parar de racionalizar sobre suas atuações (Estudo II).

Um contexto não pode ser compreendido sem estar em relação com os demais, uma vez que há uma troca recíproca de informações entre eles (Bronfenbrenner & Morris, 1998). É esse movimento que possibilita o crescimento da terapia familiar. Sendo assim, serão discutidos os principais resultados de cada estudo, buscando compor o ambiente bioecológico do desenvolvimento da Terapia Familiar Brasileira.

Parte-se da constatação macrosistêmica de que há, na realidade brasileira, um movimento pela integração teórica, bem como a busca por novos referenciais e conhecimentos. Para os terapeutas, a utilização de diversas abordagens é percebida como um leque de recursos clínicos. Há uma crença de que quanto mais se conhecem técnicas, abordagens e escolas, maior a capacidade dos terapeutas em usar recursos pessoais para compor uma forma pessoal de trabalho, que possibilite o desenvolvimento da família que busca terapia (Aun et al., 2005; Cecchin et al., 2001; Dias & Ferro-Bucher, 1996; McNamee, 2004; Rycroft, 2004). A efetivação terapêutica tem, na opinião dos formadores participantes do estudo, uma relação direta com a competência técnica, o conhecimento teórico dos terapeutas e sua habilidade pessoal de lidar com o caso em atendimento.

A configuração teórica da terapia familiar brasileira começa a ser definida em nível exossistêmico com a constatação de que os formadores elegem linhas e alguns autores para serem mais utilizados em suas próprias práticas clínicas (Tabelas 4 e 5). Não é identificada uma única linha prevalente ou um autor referência nas práticas dos formadores brasileiros. Mantém-se, portanto, nesse nível bioecológico, a proposta de integrar modelos e compor uma prática

multi-teórica.

Ao investigar os autores que são utilizados pelos formadores para conduzir suas posturas na clínica com famílias, foram identificados três grupos de profissionais (Figura 3). O primeiro grupo está identificado com autores referência da terapia familiar (considerados clássicos). Houve uma aproximação dos profissionais que utilizam tanto Andolfi, Minuchin, Papp, Whitaker e Sluzki (expoentes sistêmicos) quanto Bowlby, Winnicott e Freud (expoentes psicanalíticos). Pode-se pensar em uma inconsistência teórica por haver uma aproximação de autores reconhecidamente sistêmicos com outros identificados com a psicanálise. A coerência teórica nesse primeiro grupo está no fato de utilizarem escolas bastante reconhecidas na construção de seu jeito de trabalhar. Ou seja, há um conhecimento e valorização da caminhada que os profissionais já desenvolveram. Na realidade brasileira, assim como em outros países, a psicanálise era a base teórica que predominava nos consultórios na década de 60-70. Com o crescimento da abordagem sistêmica, alguns terapeutas passaram a conhecer e adotar as propostas clínicas dessa teoria. Entretanto, no contexto brasileiro não houve um movimento de abandono das teorias já utilizadas. Desde o primeiro momento há uma integração de abordagens, e, sendo assim, a construção de uma forma de trabalho que aproxima expoentes das duas abordagens (psicanalítica e sistêmica) representa esse movimento de integração constantemente vivenciado no Brasil.

O segundo grupo aproxima-se mais de autores identificados como Pós-Modernos. Houve um agrupamento de profissionais que utilizam Andersen, Cecchin, Elkaïm e White nas suas práticas clínicas. O terceiro grupo identificado foi o que apóia suas práticas em autores que construíram e desenvolveram mais aspectos teóricos do que práticos na terapia familiar. Os autores identificados como referências na clínica por esse grupo de formadores são: Bateson, Bowen, Esteves de Vasconcellos, Maturana e Morin. Salienta-se a presença de uma autora brasileira (Esteves de Vasconcellos, 2002) entre os expoentes teóricos utilizados pelos formadores. Isso indica que há uma valorização das construções realizadas entre os profissionais brasileiros, somada às contribuições internacionais.

Os formadores de terapeutas familiares no Brasil apresentaram uma boa consistência teórica quanto às linhas de identificação e aos autores utilizados na clínica (Figura 4). Essa mesma coerência apresentou-se na análise dos autores considerados fundamentais para a formação em terapia familiar (Figura 5).

Através da análise das palavras que caracterizam a clínica (Tabela 9) e dos desafios dos formadores (Tabela 15), é possível identificar que os formadores se percebem como uma ferramenta fundamental na clínica e no processo de formação. Os formadores propõem-se a

desenvolver esta atividade apoiada em três eixos: construção de referências teóricas; prática clínica supervisionada; e trabalho de *self* (Tabela 11). Visam, portanto, a transmitir tanto premissas clínicas quanto teóricas aos que cursam a formação em terapia nas suas instituições de ensino. Não têm a proposta de apresentar modelos a serem seguidos, mas estão atentos a proporcionar uma base teórica sólida que permita a construção de uma postura pessoal que permita uma coerência entre estilo pessoal e abordagens teóricas utilizadas.

Os principais autores ensinados indicam duas tendências dos formadores (Figura 5). Um grupo tem uma preferência por ensinar autores pós-modernos (White, Andersen, Maturana e Bateson) e o outro ensina autores sistêmicos clássicos (Haley, Whitaker, Andolfi e Minuchin).

Ao analisarem-se os autores ensinados e utilizados na clínica fica evidente que há uma coerência entre os grupos (Figura 6). Ou seja, os formadores que apresentam uma tendência mais pós-moderna na clínica consideram que os autores desta abordagem são indispensáveis à formação. O mesmo acontece com o grupo de teóricos tradicionais. Os três grupos de identificação das práticas clínicas dos formadores voltam a se repetir na clínica: aqueles que ensinam e utilizam autores teóricos (Bateson), os que utilizam e ensinam autores pós-modernos (Andersen, Maturana e White) e os que utilizam e ensinam autores clássicos da terapia familiar (Minuchin e Andolfi). Essa constatação indica que as interações que se desencadeiam durante a formação possibilitam trocas construtivas nas quais os estudantes aprendem não apenas os autores que os formadores consideram válidos, mas aprendem também a forma como os terapeutas formadores integram esses autores na sua prática clínica.

Os terapeutas que fazem sua formação no Brasil passam por um processo de conhecimento de diversas abordagens. O acesso a essa diversidade é um ponto positivo uma vez que não limita o conhecimento destes profissionais. Os formadores ensinam a forma de trabalhar de diversos autores reconhecidos internacionalmente (através de seminários teóricos) e como eles próprios as utilizam (supervisão de atendimentos clínicos). A supervisão (direta ou indireta) e o trabalho de *self* permitem que cada estudante encontre uma forma pessoal de agir frente às famílias em atendimento, integrando os modelos ensinados, com as posturas sugeridas pelas práticas dos formadores e seu próprio estilo pessoal. Entretanto, a forma como os formadores integram os conhecimentos teóricos para compor a sua própria forma de trabalhar acaba por influenciar as práticas dos terapeutas que fazem formação com eles. São poucos os terapeutas brasileiros que defendem sua forma de trabalho com um modelo terapêutico. Entretanto, há um movimento internacional de que cada forma de trabalho indica uma possibilidade e, mais importante do que compor escolas e buscar seguidores, cada forma de trabalhar passa a ser um possível modelo de inspiração para novos profissionais (Hoffman, 2002). Como o processo de



formação envolve a explicitação da forma de trabalhar de um profissional reconhecido no meio profissional pode haver uma tendência dos alunos a considerarem essa forma de trabalho adequada a sua própria realidade e construir um grupo de seguidores, não se apropriando de outras formas de trabalho. Algumas diferenças entre os alunos que fizeram formações em diversas regiões no Brasil são discutidas nos resultados do Estudo II.

O objetivo do Estudo II foi descobrir quais os reflexos das escolhas dos formadores na atuação dos terapeutas brasileiros. Este estudo se propôs, portanto, a realizar uma investigação sobre o mesossistema relacionado à composição teórica da terapia familiar brasileira. Buscou-se compreender de que forma essas condutas dos formadores (ensinando diversas escolas de forma coerente com sua própria prática pessoal) influenciam as práticas dos terapeutas brasileiros (seja no que se refere a opiniões teóricas quanto a opções técnicas). Desta forma, a compreensão bioecológica das práticas terapêuticas em terapia familiar continua a ser privilegiada.

Um primeiro ponto que chama a atenção é que os terapeutas brasileiros estão atentos a questões éticas. De acordo com o Estudo II (Tabela 18), os profissionais concordam com a afirmação de que estas estão sempre permeando a prática clínica. Tendo em vista que os formadores também apontam que postura ética é fundamental na caracterização da clínica (Tabela 9), percebe-se que durante a formação há a transmissão não somente dos autores e teorias a serem utilizadas, mas também da forma de trabalho clínico. Da mesma forma, os terapeutas familiares também buscam a construção de um espaço de confiança e acolhimento para a garantia de um bom processo terapêutico, confirmando a caracterização da clínica dos formadores. Os profissionais não concordam com a necessidade de mudar a estrutura de personalidade das pessoas para gerar a mudança do funcionamento do sistema familiar e também não pressupõem a neutralidade do(a) profissional. A resistência revelou-se um conceito útil para o processo clínico. Essas três últimas posições dos terapeutas familiares indicam que pelo menos um dos desafios propostos pelos formadores está sendo atingido: transformar um pensamento linear em sistêmico (Tabela 15).

Um aspecto que ficou bastante evidenciado no Estudo I foi que cada profissional transmite aos alunos a sua forma de integrar teorias e utilizá-las pra clínica sem a intenção de servir de modelo. O principal objetivo é permitir que os profissionais encontrem sua própria forma de agir. Esse desejo dos formadores, de acordo com o Estudo II é parcialmente atingido. Apesar de serem identificados inúmeros posicionamentos semelhantes nos participantes do estudo, pode-se identificar que os profissionais que realizaram sua formação na região Sul têm um posicionamento um pouco diferente dos profissionais de outras regiões. Em comparação com os profissionais da região Sudeste, os profissionais da região Sul concordam mais com a

afirmação de que a complexidade do problema influencia o tempo de resolução do mesmo. Ao mesmo tempo, os profissionais da região Sudeste concordam mais com a ideia de construção da realidade ser útil no processo clínico. Essas diferenças podem estar sendo influenciadas pelas vivências durante a formação (que foram conduzidas por profissionais diferentes).

Os terapeutas de família participantes do Estudo II indicaram não adotar uma única abordagem teórica. Apesar disso, assumem posturas coerentes com uma linha de atuação. Os resultados mostraram que aspectos teóricos estão orientando as opções por abordagens a serem seguidas (Tabela 20), o que indica que os profissionais fazem escolhas de forma a manter uma consistência teórica. As premissas que abordam aspectos teóricos se correlacionam com quase todas as abordagens adotadas pelos profissionais (com exceção da abordagem cognitivo-comportamental). As premissas que enfocam aspectos clínicos são mais valorizadas pelos modelos: estrutural, trigeracional, grupo de Milão e psicodinâmico. Todas estas abordagens defendem que é no encontro terapêutico que ocorrem as principais mudanças do processo clínico (Andolfi, 1996b). É fundamental, portanto, estar atendo à constituição de um espaço de confiança e trocas que possibilite o repensar de comportamentos e a mudança para uma atitude mais positiva.

Ao analisar-se mais detalhadamente esse dado, novamente se evidencia uma diferença entre os profissionais formados na região Sul e os da região Sudeste. Os profissionais da região Sul concordam mais com as afirmações propostas que compõem o fator teórico. Além dessa constatação, também foi identificado que os profissionais da educação concordam mais com essas premissas do que os assistentes sociais brasileiros (Tabela 20). Isso pode indicar que os profissionais da educação e os profissionais da região Sul têm suas condutas mais apoiadas em conceitos e orientações propostas por teóricos da área de família. Mas seria fundamental a realização de outros estudos para confirmar essa tendência.

Ao se investigarem as abordagens utilizadas pelos profissionais brasileiros não é possível identificar um modelo que identifique uma única tendência de atuação pelos profissionais como um todo. O modelo mais utilizado (mesmo sendo por um pequeno grupo da amostra) é o sistêmico-constructivista. Percebeu-se que os profissionais da educação utilizam mais do que os psicólogos o modelo centrado em soluções. Essa diferença pode estar no fato de os educadores estarem mais habituados a focar em aspectos positivos ao invés de problemas do que os psicólogos. Novamente, esse ponto também poderia ser melhor investigado.

A análise da escola mais utilizada e das variâncias quanto ao local de formação indica com um pouco mais de detalhes as diferenciações identificadas entre os profissionais brasileiros. Essa foi a única variável que apresentou algumas tendências que diferenciam as formas de

trabalhar em todas as regiões brasileiras. Segundo os participantes do estudo, os profissionais formados no Centro Oeste, Norte e Nordeste usam mais as orientações do Grupo de Milão do que os profissionais do Sudeste. Os com formação no Exterior usam mais o Modelo Estrutural do que os profissionais do Sudeste. Ainda identificou-se que os profissionais da região Sul usam mais conceitos psicodinâmicos do que os profissionais do Centro Oeste, Norte e Nordeste do país. Não foi identificada uma tendência predominante na região Sudeste. Estas diferenças nunca foram apontadas na literatura. Os textos publicados no Brasil, em sua maioria, apresentam uma tendência em divulgar o que está sendo desenvolvido pelo autor, sem apontar características da sua região. Os textos organizados por Macedo (2008), apresentando diversas experiências vivenciadas pelos terapeutas, também não identificam essas tendências.

Apesar destas diferenças, não é possível identificar a predominância de alguma abordagem na prática brasileira. Ao agruparem-se as escolas através da análise fatorial (Tabela 22) houve uma divisão semelhante à percebida na prática dos formadores (Figura 2): modelos sistêmicos, pós-modernos e de pouca identificação. Há um grupo de profissionais que utiliza abordagens tradicionais da terapia familiar e outro grupo que adota posturas pós-modernas. O terceiro grupo dos formadores indicou uma preocupação com autores teóricos, e neste Estudo indicam escolas de menores identificações (que não são ensinadas explicitamente pelos formadores). Percebe-se no Brasil uma preocupação em discutir novas integrações teóricas, o que indica uma constante expansão das abordagens que são utilizadas por terapeutas familiares (Fernandes, 2008; Rodrigues, Horta, & Costa, 2008). Esse resultado pode ser um reflexo da busca por novas abordagens pelos terapeutas (mesossistêmicas) que exige uma atualização constante por parte dos formadores (exossistêmicas).

A análise da variância dos fatores estruturados a partir das abordagens teóricas quanto às regiões de formação indicou novamente diferenças entre a região Sul e Sudeste. Os terapeutas formados na região Sul utilizam mais os modelos sistêmicos e de menor identificação que os profissionais da região Sudeste. Novamente aqui as diferenças podem estar sendo definidas pelas práticas dos formadores, mas não é possível uma confirmação teórica dessas diferenças através destes estudos. É possível identificar, através de uma leitura macrossistêmica, que alguns expoentes da terapia familiar de São Paulo e Rio de Janeiro publicam artigos utilizando conceitos pós-modernos (por exemplo, Rapizo, 2002) e que autores da região sul utilizam autores mais tradicionais em seus estudos (por exemplo, Osório, 2006). Entretanto, esse ponto merece ser aprofundado a partir de outros estudos.

A análise quanto a técnicas utilizadas pelos terapeutas familiares brasileiros indicou uma sobreposição e ampliação da utilização das técnicas propostas por determinadas escolas

para outras abordagens clínicas (Tabela 24). Neste ponto do estudo, especificamente, torna-se evidente a não preocupação em diferenciar as escolas que propõem determinadas técnicas, mas todas são utilizadas pelos terapeutas, conforme a necessidade do caso em atendimento. Percebeu-se que existem correlações estatisticamente significativas entre as técnicas: Linguagem de Pressuposições, Perguntas de Projeção de Futuro e Trabalho sobre o Progresso dos Clientes e os três fatores de agrupamento das escolas. Estas técnicas são propostas de tendências pós-modernas (abordagens comunicacionais e terapia breve focada na solução). A correlação destas com os três fatores indica que há uma alteração na relação terapêutica: através destas técnicas, os terapeutas encontram outras formas de acessar a família. Entretanto, os objetivos durante a utilização das mesmas podem estar coerentes com os objetivos que são estabelecidos pelos profissionais (que são ou não coerentes com essas abordagens). Por exemplo, podem utilizar perguntas de projeção ao futuro (abordagem comunicacional) para ampliar a visibilidade de um funcionamento disfuncional, permitindo uma reflexão da forma como a família vem funcionando neste momento (abordagem estrutural).

A utilização das técnicas Confrontação e Desequilíbrio de Aliança diferenciam os terapeutas que utilizam os modelos pós-moderno dos demais fatores (correlações negativas com o pós-moderno e positiva com os demais). Esse resultado indica uma coerência da postura teórica com as técnicas utilizadas. Nas tendências pós-modernas os terapeutas tendem a assumir posturas de maior igualdade de poder com as famílias que chegam à terapia. Essa atitude é contrária ao uso da confrontação (por exigir que o terapeuta utilize de uma postura “mais poderosa” do que a família) e a de desequilíbrio de aliança. A forma de compreensão do poder familiar é um aspecto que pode estar definindo esta diferença entre os dois fatores (White & Epston, 1990).

Os terapeutas que adotam modelos sistêmicos utilizam-se do Contrato Terapêutico. Os terapeutas identificados com os modelos pós-modernos utilizam a Equipe Reflexiva e os que seguem os modelos de menor identificação costumam utilizar as Mudanças Pré-Tratamento. Essa última técnica é característica da terapia breve focada em soluções, incluída neste fator. Esses resultados indicam que apesar de haver uma ampliação de utilização de técnicas, sobrepondo abordagens teóricas, ainda é possível identificar uma coerência entre a postura terapêutica de identificação e as técnicas utilizadas por eles. Estas três correlações são exemplos de que a formação de terapeutas familiares no Brasil, apesar de propor um ensino de diversas teorias para que o terapeuta componha uma forma pessoal de trabalhar, mantém uma coerência entre referencial teórico e técnicas utilizadas pelos terapeutas. Como o Estudo I revelou que os formadores que utilizam determinada abordagem tendem a ensiná-la aos estudantes, pode-se

pensar que o ensino (teórico e prático) vem mantendo uma consistência teórica suficiente para orientar as práticas dos novos terapeutas familiares.

Foi percebida uma maior diferenciação quanto à utilização de técnicas entre os terapeutas que seguem tendências sistêmicas (tradicionais) e os pós-modernos. Essa divisão é esperada e coerente com a literatura disponível sobre a evolução da terapia familiar. Entretanto, ao se analisarem as técnicas que apresentam correlações com os três fatores, começa-se a configurar uma proposta de integração das teorias mais modernas com as mais tradicionais. Ou seja, há a inclusão de técnicas mais narrativas e comunicacionais no leque de opções dos terapeutas mais tradicionais. As técnicas tradicionais não são abandonadas por estes profissionais, mas há uma inclusão de técnicas pós-modernas nas práticas desenvolvidas pelos terapeutas identificados com os modelos sistêmicos. Quanto aos terapeutas se identificam com modelos pós-modernos, há uma tendência mais evidente em abandonar algumas técnicas sistêmicas. Esse abandono se dá por ser necessário o reenquadramento da relação terapêutica, utilizando uma postura mais comunicacional e de igualdade de poder entre terapeuta e família em atendimento. A abordagem pós-moderna questiona diversos pontos das abordagens sistêmicas tradicionais. As diferenças criam discussões públicas entre expoentes da área indicando que estas são polêmicas e que há realmente, uma visão diferenciada de terapia e processo terapêutico nestas duas abordagens (Anderson, 1999; Combs & Freedman, 1998; Minuchin, 1998; Sluzky, 1998; Schwartz, 1999).

A análise da variância das técnicas utilizadas de acordo com o local de formação novamente mostra uma diferença na forma de atuação dos profissionais da região Sul, em comparação ao restante do Brasil (Tabela 25). Os terapeutas familiares formados na região Sul utilizam mais da Confrontação, Desequilíbrio de Alianças e de Tarefas Diretas do que os profissionais que se formaram no restante do Brasil. Ainda em comparação com os profissionais que se formaram no Sudeste, os da região Sul utilizam mais as seguintes técnicas: Definição de limites, Mudanças pré-tratamento, Provações, e Trabalho Sobre o Progresso dos Clientes. Os profissionais da região Sudeste se diferenciam dos formados na região Sul por utilizarem mais Rituais. Essas diferenças confirmam as tendências teóricas dos profissionais (região Sul mais tradicional do que as outras regiões). Esse dado pode estar refletindo uma questão cultural, ou perspectivas da formação (abordagens utilizadas pelos formadores). De qualquer forma, são aspectos macrossistêmicos e exossistêmicos que estão influenciando as atitudes e posturas dos terapeutas durante os atendimentos. São necessários estudos para esclarecer melhor os motivos destas diferenças.

A análise da utilização de conceitos pelos terapeutas familiares brasileiros indica uma

pequena fragilidade na construção teórica dos profissionais (Tabela 26). Os conceitos mais conhecidos e utilizados são os de estrutura e relatos. O primeiro é característico do modelo estrutural (agrupado no Fator sistêmico) e o segundo é um conceito mais trabalhado pelas abordagens comunicacionais (Pós-modernas).

Entretanto, o conceito de estrutura, bem como os de hierarquia de poder e jogo patológico da família, são utilizados por profissionais que se identificam com os três fatores construídos a partir da investigação fatorial das abordagens utilizadas. Ou seja, a compreensão de estrutura, hierarquia e jogos relacionais conduzem os olhares de todos os terapeutas familiares brasileiros participantes do estudo, independente de abordagens teóricas utilizadas por eles (Tabela 27). O conceito de relato é mais utilizado por profissionais que se identificam tanto com abordagens pós-modernas quanto com os modelos de menor identificação.

A análise da correlação dos conceitos com as abordagens teóricas pode indicar uma prática apoiada em conceitos teóricos inconsistentes uma vez que algumas correlações fogem ao esperado pelo apresentado pela literatura. Por exemplo, o conceito de estrutura familiar – característico da escola estrutural (agrupada nos Modelos sistêmicos) – se correlaciona negativamente com este fator e positivamente com os modelos pós-modernos. Outra possibilidade de compreensão destas incoerências é considerar que os terapeutas estão mais preocupados com o sucesso das intervenções na clínica (resolução dos problemas apresentados pelas famílias) e menos atentos aos conceitos que estão permeando a forma como compreendem a lidar com os sistemas em tratamento. Essa dúvida foi melhor investigada através da análise do microssistema terapêutico através do Estudo III.

Os resultados do Estudo III indicaram que o processo clínico tem etapas que são seguidas por todos os profissionais participantes sem perceberem uma orientação teórica de referência. O primeiro momento é caracterizado pela investigação da dinâmica familiar e do problema apresentado pela família. Vinculado a essa exploração, há um trabalho de levantamento e verificação de hipóteses clínicas, caracterizando o segundo momento. Quando surge uma hipótese que é verificada na dinâmica familiar, o(a) terapeuta passa para o terceiro momento: definição da abordagem e do foco do tratamento. Estas etapas são semelhantes às propostas por terapeutas estruturais (Minuchin & Fishman, 1990) e breves (Fish et al., 1982).

A porta de entrada na família é o Paciente Identificado (PI). Os terapeutas investigam o problema apresentado pela família, mas têm o objetivo de construir uma visão sistêmica do problema (diluindo a responsabilidade do PI e criando uma compreensão do problema que envolva a todos da família). Durante a exploração do problema e a verificação de hipóteses fica evidente a construção de um entendimento do caso apoiado em modelos tradicionais da terapia

familiar. Em especial é possível identificar o modelo estrutural. Este modelo é bastante difundido pelos formadores (Minuchin é o autor mais citado por eles) e o conceito de estrutura familiar é um dos mais conhecidos e utilizados por todos os terapeutas participantes do Estudo II.

Na discussão do caso clínico foram identificadas: a abordagem estrutural (investigação de fronteiras, limites, distribuição de poder, segredos), a abordagem estratégica (identificação do PI, diluição de poder), a abordagem trigeracional (exploração de legados e relações com a família de origem), e a psicanálise (vínculos). Todas essas abordagens auxiliaram os participantes do estudo a construir hipóteses e perguntas que verificassem a veracidade destas ou não.

Entretanto, quando se passou a investigar as formas de trabalhar com a família, a postura do(a) terapeuta seguiu tendências mais pós-modernas e dos modelos identificados como de menor identificação (no Estudo II). Especificamente foram identificados: a terapia breve voltada ao problema (investigação do problema para construção de uma visão sistêmica do mesmo); a terapia breve focada em soluções (investigação de aspectos positivos na dinâmica familiar), a escola Narrativa (coconstrução de histórias alternativas à história do problema), e a Terapia Familiar Cognitivo-comportamental (possibilidades de mudança de comportamento ou de compreensão do problema).

Essa constatação indica, novamente, a integração de modelos tradicionais com abordagens mais contemporâneas, corroborando os resultados dos Estudos I e II. Ao se analisarem as interações que ocorrem no microsistema terapêutico, é possível identificar que os terapeutas utilizam conceitos tradicionais para compreender o caso e conceitos pós-modernos para estabelecer uma relação terapêutica. A relação clínica é caracterizada por maior proximidade e igualdade entre terapeuta e família, seguindo uma tendência pós-moderna. Essa aproximação de abordagens não chega a compor um cenário de incoerências nas práticas da terapia familiar. Esta postura indica uma forma de trabalhar que é resultado da integração dos três eixos propostos pela formação em terapia familiar no Brasil: referencial teórico, prática supervisionada e trabalho de *self*. Neste ponto também se percebe a influência do exossistema no microsistema terapêutico.

Os terapeutas familiares participantes do Estudo III indicam, portanto, a integração de leituras tradicionais da família com a postura clínica das abordagens mais contemporâneas. Com este movimento, há uma ampliação na noção de si mesmo como recurso clínico. Tanto suas vivências pessoais quanto outras experiências na clínica são acionadas para a definição do foco clínico. Esse envolvimento pessoal apareceu nos três estudos, indicando, portanto, que o

trabalho de *self* é fundamental para o bom funcionamento da clínica brasileira.

O Estudo III evidenciou que os terapeutas estavam mais preocupados em definir um foco no trabalho que estivesse de acordo com a demanda da família, mas partiam de experiências pessoais e estudos teóricos para investigar determinadas hipóteses. O posicionamento dos terapeutas era de que só haveria possibilidade de mudança se a família se engajasse no processo e, para que isso acontecesse, era fundamental estabelecer objetivos claros e concretos. Era importante ainda que terapeuta e família concordassem com os objetivos combinados, mesmo que fossem recontratados ao longo do processo.

Nem todos os autores utilizados pelos participantes do Estudo III foram citados pelos formadores do Estudo I. Essa ampliação é considerada indispensável ao processo de formação. Os formadores esperam que os terapeutas busquem modelos e autores diferentes dos ensinados por eles, indicando assim caminhadas pessoais de contínuo aprendizado.

Os terapeutas participantes do Estudo III tinham noção de que suas práticas são apoiadas em diversas teorias. Entretanto, não estavam acostumados com o exercício de identificar o que está permeando as decisões do(a) terapeuta no processo clínico e verificar se havia coerência entre eles. Foi percebida uma sensação de não ser necessária essa identificação (de autores e conceitos que conduzem a clínica) por perceberem que suas atitudes estavam colaborando para o sucesso terapêutico. Suas experiências pessoais eram percebidas como influenciando suas práticas mais do que os modelos teóricos aprendidos na formação. A postura de aparente despreocupação com a teoria utilizada na clínica pode ser compreendida como apropriação dos conceitos utilizados. Após um tempo de familiarização e apropriação de uma teoria, seus conceitos e técnicas são somados aos demais recursos do terapeuta (sejam eles recursos disponibilizados por outras teorias quanto por vivências pessoais). Quando a teoria não apresenta uma diretriz de atuação clara, o terapeuta acessa recursos pessoais, sem refletir se as posturas que está adotando são definidas por uma determinada teoria, se são construídas a partir de uma integração teórica ou se são resultado de uma vivência pessoal (Rycroft, 2004).

O que se pode identificar, portanto, é que a abordagem integrativa utilizada pelos terapeutas familiares brasileiros permite a construção de um estilo que possibilite a utilização de diversos recursos pessoais de forma criativa e consistente. Percebe-se que os conceitos tradicionais permanecem conduzindo a construção de hipóteses clínicas e que conceitos pós-modernos definem a forma de condução do processo da terapia. Entretanto não há uma preocupação com identificar e definir essas posturas pelos terapeutas familiares. Estes profissionais estão sempre preocupados em acionar recursos (independente de abordagens teóricas) que possibilitem a mudança e crescimento dos que chegam à terapia. Esse objetivo da



clínica é apresentado tanto pelos terapeutas quanto pelos formadores, indicando uma unidade na definição de objetivos no campo da terapia familiar.

A análise ecológica dos três estudos realizados indica que são utilizadas e ensinadas as abordagens teóricas que “fazem sentido” para a realidade brasileira. O processo acontece tanto do nível exossistema para o microsistema quanto do micro para o exossistema. Por exemplo, o(a) formador(a) tem contato com uma determinada abordagem, estuda e coloca em prática as técnicas e conceitos propostos pela mesma. Se essa proposta terapêutica faz sentido, ela é incorporada à formação. Cada terapeuta que está cursando a formação pode escolher utilizá-la ou não, respeitando seu estilo pessoal e suas próprias vivências clínicas. Quando o terapeuta acessa outras teorias e as considera úteis busca ou conversar com seus formadores ou colocar as idéias em prática (na terapia) para confirmar a utilidade ou não desta abordagem. Isso gera um espaço de discussão e trocas entre os diversos níveis ecológicos.

Identificou-se uma coerência entre o que é ensinado e o que é colocado em prática por terapeutas brasileiros, seja tanto no que se refere aos modelos adotados quanto às técnicas utilizadas. Não se percebeu tanta coerência no que se refere aos conceitos. Essa incoerência pode ser resultado do foco maior estar na prática clínica do que no estudo de referenciais teóricos por parte dos terapeutas familiares.

Este estudo, que adota uma compreensão ecológica da terapia familiar, revela que cada terapeuta cria seu modelo “ampliando as possibilidades” da família e percebendo todos os modelos terapêuticos como possíveis recursos a serem utilizados quando necessário. Tanto a dinâmica familiar quanto a história do(a) terapeuta constroem o processo terapêutico e ambas se modificam durante a evolução da terapia. Escolas mais tradicionais orientam o diagnóstico da família e os modelos mais pós-modernos conduzem a postura em atendimento.

Foram encontradas diferenças entre os terapeutas formados na região Sul e os formados nas demais regiões brasileiras, especialmente os que fizeram seus cursos na região Sudeste. É uma limitação deste estudo não poder explicar exatamente o que leva os profissionais a terem posturas diferentes. Esse seria um bom tópico para ser melhor explorado por novas pesquisas.

A diversidade teórica, a postura de contínua adaptação e mudança por parte dos terapeutas familiares e a preocupação com o sucesso terapêutico (foco maior nas técnicas do que nas teorias) acaba por construir uma unidade na terapia familiar brasileira. Apesar de diferentes locais de formação e de diferentes identidades profissionais, os terapeutas familiares brasileiros construíram um ambiente ecológico rico que possibilita o desenvolvimento dessa profissão de forma teoricamente coerente e com a possibilidade de compor um estilo pessoal único.

## Referências

- Ackerman, N. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andersen, T. (1996). *Processos Reflexivos*. Rio de Janeiro: NOOS.
- Andersen, T. (2002). Uma colaboração de algo chamado psicoterapia: ligações recheadas de expressões e expressões recheadas de significado. *Pensando Famílias*, 4, 88-103.
- Anderson, H. (1999). Reimagining Family Therapy: Reflections On Minuchin's Invisible Family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(1), 1-8.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. In: S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *A terapia como construção social* (pp.34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M. & Ângelo, C. (1989). *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M. (1995) Crise de casal e família trigeracional. In: M. Andolfi, C. Ângelo, & C. Saccu (Eds.), *O casal em crise* (pp. 105- 119). São Paulo: Summus.
- Andolfi, M. (1996) O retorno ao Social: Utopia ou necessidade para os terapeutas de família? *Pensando Famílias*, 10(2), 11-23.
- Andolfi, M. (1996b) *A Linguagem do Encontro Terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andolfi, M. (1998). Família/Indivíduo: um modelos trigeracional. In: M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (vol. 1, 2ª Ed., pp.119-142). São Paulo: Summus.
- Aponte, H. J. & VanDeusen, J. M. (1981). Structural family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 310- 360). New York: Brunner/Mazel.
- Apter, M. J. (1973). *Cibernética e Psicologia*. Petrópolis: Vozes.
- Aun, J. G. (2005). Da terapia de família ao atendimento sistêmico à família. In J. G. Aun, M. J. Esteves de Vasconcellos & S. J. Coelho (Eds.). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais* (pp. 16- 57). Belo Horizonte: Ophicina de arte & prosa.
- Aun, J., Esteves de Vasconcellos, M. J., & Coelho, S. (2005). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais* (vol. 1 – Fundamentos teóricos e epistemológicos). Belo Horizonte: Ophicina de arte & prosa.
- Avis, J. M. (1986). Feminist issues in family therapy. In F. Pierce & D. Sprenkle (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 213-242). New York: Guilford Press.
- Barbetta P. & Toffanetti, D. (2006) *Divenire umano: Von Foerster e l'analisi Del discorso clinico*. Roma: Meltemi.
- Barbetta, P. (2003). *Le radici culturali della diagnosi*. Roma: Meltemi.

- Barbetta, P. (2005). O conflito das interpretações em psicoterapia: uma perspectiva etnográfica. *Pensando Famílias* 9, 91-108.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Chandler Publishing.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1968). Toward a theory of schizophrenia. Em: D. Jackson. *Communication, family, and marriage: Human communication* (Vol.1.; pp. 31- 54). Palo Alto: Science and Behavior Books. (Original publicado em 1956 na *Behavioral Science*, 1(4), 251-264).
- Becvar, D. & Becvar, R. (1999). *Systems theory and family therapy* (2<sup>a</sup> ed.). Lanham, Mariland: University Press of America.
- Bergman, J. (1996). *Pescando Barracudas: a pragmática da terapia sistêmica breve*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bertalanffy, L. v. (1975). *Teoria geral dos sistemas*. (2<sup>a</sup> ed) Petrópolis: Vozes.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar – los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bloch, D. A. & Rambo, A. (1998). O início da terapia familiar: temas e pessoas. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 25-56). São Paulo: Summus.
- Bodin, A. (1981). The interactional view: Family therapy approaches of the mental research institute. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 267- 309). New York: Brunner/Mazel.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1993). *A terapia familiar sistêmica de Milão – conversações sobre a teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowen, M. (1972). On the differentiation of the self. In M. Bowen (Ed.), *Family therapy in clinical practice* (pp. 203-245). Nova York: Jason Aronson.
- Broderick, C. B. & Schrader, S. S. (1981). The history of professional marriage and family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 5-35). New York: Brunner/Mazel.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol.1, pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 32(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1979).

- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Biocological perspectives on human development*. London: Sage.
- Carlson, D. (1999). The Importance of Creativity in Family Therapy: A Preliminary consideration. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 7(4), 326-334.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ceberio, M. & Linares, J. (2006). *Ser y hacer en terapia sistémica*. Buenos Aires: Paidós.
- Cecchin, G. (1996). Construcionismo social e irreverência terapêutica. In D. F. Schnitman (ed.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade* (pp. 216-227). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. (2001) *Irreverenza: una strategia di sopravvivenza per I terapeuti*. (2<sup>a</sup> ed). Milano: Franco Angeli.
- Ceruti, M. (2006). *La danza che crea: evoluzione e cognizione nell'epistemologia genetica*. Milano: Feltrinelli.
- Cipolletta, S., Bianchin, M., Rodriguez Morejon, A. (2005). Analisi delle epistemologie soggettive e dei modelli in terapia sistemica: Ricerca con un gruppo di terapeuti italiani e spagnoli. *Terapia Familiare*, 78.
- Coelho, S. J. (2005), Relações intergeracionais na família. In J. G. Aun, M. J. Esteves de Vasconcellos & S. J. Coelho (Eds.). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais* (pp. 197- 210). Belo Horizonte: Oficina de arte & prosa.
- Combs, G. & Freedman, J. (1998). Tellings and Retellings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 405-408.
- Connell, G. M., Mitten, T. J. & Whitaker, C. A. (1998). As raízes da terapia simbólico-experiencial. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp. 69-95). São Paulo: Summus.
- De Antoni, C., Martins, C., Ferronato, M. A., Simões, A., Maurenente, V., Costa, F., & Koller, S. H. (2001). Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 53(2), 38-53.
- De Shazer, S. & Hopwood, L. (1998) Daqui pra lá, não se sabe para onde: a contínua evolução da terapia breve voltada para a solução. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp.275-296). São Paulo: Summus.
- Deleuze, G. (1988). *Diferença e repetição*. Rio de Janeiro: Graal.
- Derrida, J. (1995). *A escritura e a diferença*. (2<sup>a</sup> ed). Sao Paulo: Perspectiva.
- Desidério, F. (1988). Terapia familiar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 1, 7-13.

- Dias, C. M. & Ferro-Bucher, J. (1996). Modalidades de supervisão em terapia familiar e a realidade brasileira. *Mudanças*, 4(5/6), 41-58.
- Duhl, B. S. & Duhl, F. J. (1981). Integrative family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 483-513). New York: Brunner/Mazel.
- Elkaïm, M. (1988). *Formações e práticas em terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Elkaïm, M. (1990) *Se você me ama, não me ame: abordagem sistêmica em psicoterapia familiar e conjugal*. Campinas, SP: Papyrus.
- Elkaïm, M. (1998). *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1). São Paulo: Summus.
- Elkaïm, M. (1998a). *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2). São Paulo: Summus.
- Elkaïm, M. (1998b). Descrição de uma evolução. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp. 306-332) São Paulo: Summus.
- Elkaïm, M. (1998c). Construtivismo, construcionismo social e técnicas narrativas: limites da teoria sistêmica. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp. 223-251) São Paulo: Summus.
- Elkaïm, M. (1998d). As abordagens sistêmica, estrutural e estratégica da terapia familiar. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 165-179) São Paulo: Summus.
- Elkaïm, M. (2000). Auto referência, interseções e conjuntos. In: M. Elkaïm (Ed.) *Terapia Familiar em Transformação* (pp. 131-134). São Paulo: Summus.
- Epstein, N. B. & Bishop, D. S. (1981) Problem-centered systems therapy of the family. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 444-482). New York: Brunner/Mazel.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. (2002). *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papyrus.
- Felipim, L. (1992). Cibernética e terapia familiar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 4(3), 81-88.
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 485-493.
- Féres-Carneiro, T. (1994). Diferentes abordagens em terapia de casal: uma articulação possível? *Temas em Psicologia*, 2, 53-63.
- Féres-Carneiro, T. (1996). Terapia Familiar: das divergências às possibilidades de articulação dos diferentes enfoques. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 16, 38-42.
- Féres-Carneiro, T. (1996a). *Família: diagnóstico e terapia*. (2ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fernandes, M. (2008) Contribuições da Abordagem Gestáltica para a Terapia Familiar. In: R. M. Macedo. *Terapia Familiar no Brasil na última década* (pp. 48-55). São Paulo: Roca.

- Ferro-Bucher, J. S. (1989). Dos estudos da família à terapia familiar no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 4(1/2), 43-58.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1982). *The tactics of change: doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Foley, V. (1990) *Introdução à terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Foucault, M. (2004). *A arqueologia do saber*. (7ª ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Framo, J. (1981). The integration of marital therapy with sessions with family of origin. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 133-158). New York: Brunner/Mazel.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: the social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton & company.
- Furniss, T. (1993). *Abuso Sexual da Criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Arte Médicas.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gillham, J. E. & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S163-S173.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (1998). A abordagem estrutural na terapia familiar. In M. Elkaïm (Eds.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 225-258) São Paulo: Summus.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2001). *Family therapy – An overview* (5ª ed). Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole.
- Gomes, H. (1986). Terapia de família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 6(2), 29-32.
- Groisman, M. (2006). *Família trama e terapia: a responsabilidade repartida* (2ª ed). Rio de Janeiro: Núcleo Pesquisas.
- Gurman, A. & Kniskern, D. (1981). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Hair, J. , Black, W., Babin, B. Anderson, R. & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Hewson, C. (2008). Internet-Mediated Research as an Emergent Method and Its Potential Role in Facilitating Mixed Methods Research. In: S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (Eds.), *Handbook of Emergent Methods* (pp.453-570). New York: Guilford Press.
- Hoffman, L. (1992) *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. (2ª reimp.) México: Fondo de cultura Económica.
- Hoffman, L. (1998) Uma postura reflexiva para a terapia de família. In: S. McNamee & K. Gergen (eds.), *Terapia como construção social* (pp. 13-33). Porto Alegre: Artes Médicas

- Hoffman, L. (2002) *Family Therapy: an intimate story*. New York: W.W. Norton & Company.
- Iervolino, S. & Pelitioni, M. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista Esc. Enf USP*, 35(2), 115-121.
- Jones, S. (1980). *Family therapy – A comparison of approaches*. Bowie, Mariland: Brady.
- Keeney, B. P. & Thomas, F. N. (1986). Cybernetic foundations of family therapy. In F. Pierce & D. Sprenkle (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 262-287). New York: Guilford Press.
- Keim, J. (1998). A terapia estratégica. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 259-296). São Paulo: Summus.
- Macedo, R. M. (2008). *Terapia familiar no Brasil na última década*. São Paulo: Roca.
- Marques, M. A. (1994). *Violência doméstica contra crianças e adolescents*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Maturana, H. & Varela, F. (2004). *A árvore do conhecimento – as bases biológicas da compreensão humana*. (4ª ed). São Paulo: Palas Athena. (Original publicado em 1984).
- Maxwell, J. & Miller, B. (2008). Categorizing and Connecting Strategies in Qualitative Data Analysis. In: S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (Eds.), *Handbook of Emergent Methods* (pp.461-477). New York: Guilford Press.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1998). *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McNamee, S. (2004). Promiscuity in the practice of family therapy. *Journal of Family Therapy*, 26, 224-244.
- Miermont, J. (1994) *Dicionário de terapias familiares: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1998). Where is the family in narrative family therapy? *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 397-403.
- Morgan, D., Fellows, C., & Guevara, H. (2008). Emergent Approaches to Focus Group Research. In: S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (Eds.), *Handbook of Emergent Methods* (pp.189-205). New York: Guilford Press.
- Narvaz, M. & Koller, S. (2007). Feminismo e terapia: a terapia feminista da família – por uma psicologia comprometida. *Psicologia clínica*, 19(2), 117-131.
- Neiva-Silva, L. (2008) *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: um estudo longitudinal. Tese de doutorado não-publicada. Curso de pós-graduação em Psicologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Neubern, M. (2000). As emoções como caminho para uma epistemologia complexa da psicologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(2), 153-164.
- Nichols, M. & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos* (7ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Nichols, M. (1990) *O poder da Família: A dinâmica das relações familiares*. São Paulo: Saraiva.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1997). *En busca de soluciones: um nuevo enfoque em psicoterapia*. (2ª reim.). Paidós: Barcelona.
- Onnis, L. (1998). Um modelo de terapia familiar inspirado na óptica da complexidade. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp. 297-305). São Paulo: Summus.
- Osório, L. C. (2006). *Novos paradigmas em psicoterapia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pakman, M. (2004). The epistemology of witnessing: Memory, testimony, and ethics in family therapy. *Family Process*, 43(2), 265-274.
- Palomo, J.L. & Celis, M. (2006). *Terapia Familiar Breve: Guía para sistematizar El tratamiento psicoterapêutico*. Madrid: Editorial CCS.
- Papero, D. V. (1998). A teoria sobre os sistemas familiares de Bowen. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 71-100). São Paulo: Summus.
- Papp, P. (1992). *O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pierce, F. & Sprenkle, D. (1986). *Family therapy sourcebook*. New York: Guilford Press.
- Pierce, F. & Sprenkle, D. (1986a). Transgenerational family therapies. In F. Pierce & D. Sprenkle (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 1-23). New York: Guilford Press.
- Pierce, F. & Sprenkle, D. (1986b). Experiential family therapies. In F. Pierce & D. Sprenkle (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 51-68). New York: Guilford Press.
- Pierce, F. & Sprenkle, D. (1986c). Structural, strategic, and systemic family therapies. In F. Pierce & D. Sprenkle (Eds.), *Family therapy sourcebook* (pp. 24-50). New York: Guilford Press.
- Pinto, D. (2008). O perigo pode estar em casa: uma visão sistêmica da violência doméstica na infância. In: R. M. Macedo (Ed.), *Terapia familiar no Brasil na última década* (pp.466-478). São Paulo: Roca.
- Ponciano, E. & Féres-Carneiro, T. (2001). Diversidade de fontes de inspiração: uma perspectiva histórica da terapia de família. *Psico*, 32(2), 131-147.
- Prigogine, I. (1984). *A nova aliança : a metamorfose da ciência*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.



- Rapiso, R. (2002) *Terapia Sistêmica de Família: da instrução à construção* (2ª Ed). Rio de Janeiro: NOOS.
- Ravazzola, C. (2007) Violência nas relações familiares: por que uma visão sistêmica e de gênero? *Pensando Famílias*, 11(1), 11-28.
- Ricci, M. B. (2006). Algumas reflexões sobre o profissional que trabalha em context de violência. *Pensando Famílias*, 10(2), 141-157.
- Robin Skynner, A. C. (1981). An open-system, group-analytic approach to family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 39-84). New York: Brunner/Mazel.
- Rodrigues, V. S., Horta, R. L., & Costa, L. G. (2008). Construção de consensos: Paradigma Sistêmico e Modelo Cognitivo-comportamental em Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas. In: R. M. Macedo. *Terapia Familiar no Brasil na última década* (pp. 72-78). São Paulo: Roca.
- Rojano, R. (2004). The practice of community family therapy. *Family Process*, 43, 49-77.
- Rosset, S. M. (2008). *Terapia Relacional Sistêmica: famílias, casais, indivíduos, grupos*. Curitiba: Editora Sol.
- Rycroft, P. (2004). When theory abandon us – wading through the ‘swampy lowlands’ of practice. *Journal of Family Therapy*, 26, 245-259.
- Schwartz, R. (1999). Narrative Therapy Expands And Contracts Family Therapy's Horizons. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2) 263-267.
- Seixas, M. R. (2005) A família na atualidade: adequação dos recursos terapêuticos e valores do terapeuta. *Pensando Famílias*, 9, 109-120.
- Silva, S. S. da C. (2006) *Estrutura e dinâmica das relações familiares de uma comunidade ribeirinha da região amazônica*. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Brasília. UNB, Brasília, DF.
- Sluzky, C. (1998). In Search Of The Lost Family: A Footnote To Minuchin's Essay. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 415-417.
- Sluzky, C. (2000). A transformação dos depoimentos na terapia. In M. Elkaïm (Ed.), *Terapia familiar em transformação* (pp. 62-67). São Paulo: Summus.
- Stanton, M. D. (1981) Strategic approaches to family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 361- 402). New York: Brunner/Mazel.
- Terzis, A. (1992). A psicologia e a psicoterapia do grupo familiar. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 80-91.

- Trimble, D. W. & Kliman, J. (1998). Intervenção na rede. In M. Elkaïm (org.), *Panorama das terapias familiares* (vol. 2, pp. 163-188). São Paulo: Summus.
- Von Foerster, H. (1987) *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Von Foerster, H. (1988). Construyendo una realidad. In P. Watzlawick (Ed.), *La realidad inventada* (pp. 38-56). Barcelona: Gedisa.
- Von Neumann, J. (1953). *Theory of games and economic behavior*. Princeton: Princeton University Press.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1999). *Pragmática da comunicação humana* (12ª ed). São Paulo: Cultrix.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1988). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. San Francisco: Norton & Company.
- Werner, M. C. (2008). Dinâmica do abuso sexual incestuoso à luz dos conceitos da teoria sistêmica. In: R. M. Macedo (Ed.), *Terapia familiar no Brasil na última década* (pp.492-498). São Paulo: Roca.
- Whitaker, C. A. & Keith, D. V. (1981). Symbolic-experiential family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 187-225). New York: Brunner/Mazel.
- Whitaker, C., Sluski, C., Boscolo, L., & Elkaïm, M. (2000). Simulação de uma consulta de terapia familiar. In: M. Elkaïm (Ed.) *Terapia familiar em transformação* (pp. 15-53). São Paulo: Summus.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton & cia.
- Wiener, N. (1988). *Cibernética y sociedad*. (3ª ed.) Buenos Aires: Sudamericana.
- Witzezaele, J. J. & Garcia, T. (1998). A abordagem clínica de Palo Alto. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1, pp. 180-224). São Paulo: Summus.
- Zimmerman, J. & Dickerson, V. C. (1998). A técnica da narração no campo da psiquiatria e o trabalho de Michael White. In M. Elkaïm (Ed.), *Panorama das terapias familiares* (Vol. 2, pp. 252 -274), São Paulo: Summus.

## Anexo A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo I (presencial)

#### **Pesquisa: Terapia familiar: possibilidades e ampliações teóricas no Brasil**

**Coordenadora: Laíssa Eschiletti Prati / Orientadora: Sílvia Helena Koller**

1. *Natureza da pesquisa:* Você é convidado a participar desta pesquisa que tem a intenção de acessar as bases teóricas que compõem as práticas dos formadores de terapeutas de família, coletar informações sobre a prática clínica do mesmo e sobre a formação de terapeutas no Brasil;
2. *Participantes:* Formadores de terapeutas de família brasileiros.
3. *Envolvimento na pesquisa:* A participação no presente estudo envolve o preenchimento de um questionário e, se necessário, alguns contatos por *e-mail* para esclarecimento de respostas que não tenham ficado claras para a pesquisadora. Você tem a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo. É assegurada a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, ao final do estudo. O contato, em qualquer momento com a coordenadora da pesquisa Laíssa Eschiletti Prati (E-mail: [laissa.prati@terra.com.br](mailto:laissa.prati@terra.com.br) fone: (51)9965.1194) ou com a orientadora Dra. Sílvia Helena Koller (Fone: (51) 3316.5150).
4. *Sobre o preenchimento do questionário:* O questionário é composto por perguntas abertas sobre os referenciais teóricos e situações vivenciadas na prática clínica e sobre o processo de formação em terapia familiar brasileiro.
5. *Questões éticas:* Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários serão identificados através de um código, não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados, se for necessário contato posterior para esclarecimentos.

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) sobre os procedimentos envolvidos na realização da pesquisa e, considerando-me livre e esclarecido(a), coloco-me à disposição para a realização pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Instituição a que estás vinculado: \_\_\_\_\_  
E-mail para contato: \_\_\_\_\_

## **Anexo B**

### **Questionário Estudo I**

1. Dados de identificação

Cidade onde trabalha:

2. Informações sobre a formação pessoal

Formação de origem (curso e instituição)/Identidade Profissional:

Tempo de atuação como terapeuta de família (desde o período de formação):

Momentos relevantes da formação (trajetória curricular: encontros, contatos, cursos...)?

3. Prática clínica - pessoal

Locais de atuação como terapeuta familiar e tempo de atuação em cada um deles:

Quais os motivos de busca de atendimento pelas famílias em cada um desses locais

Quais as características das famílias atendidas mais frequentemente

Linhas teóricas utilizadas na prática clínica e qual a linha preferencial

Autores que auxiliam na prática clínica (autores referência)

Caracterização da prática clínica em três ou quatro palavras-chave:

O que dificulta a prática clínica

O que auxilia a prática clínica

Em situação de impasse durante a sessão terapêutica, que estratégias são utilizadas para sair dessa situação

Descrição de um caso de sucesso. Justifica o porquê dessa avaliação.

Descrição de um caso de fracasso. Justifica o porquê dessa avaliação.

4. Prática formativa

Componentes da formação do(a) terapeuta familiar

Autores indispensáveis para a formação

Maiores desafios do(a) formador(a) em terapia familiar

Atitudes/posturas esperadas em um terapeuta em formação

Caso descrito (publicado) indispensável para a formação

## Anexo C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo I (versão *online*)

www.ailha.com.br/ceprtia

**Formadores de TF**

**1. Apresentação da pesquisa**

1 / 8

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem a intenção de acessar os referenciais teóricos dos formadores em terapia familiar brasileiros. Seu e-mail foi disponibilizado pela ABRATEF, instituição apoiadora a essa pesquisa realizada junto a UFRGS. Os formadores participantes do VII Encontro de Formadores em Gramado 2005 já responderam ao questionário. A intenção da coleta atual é atingir formadores de outros estados do Brasil (tendo em vista que no encontro só estavam presentes formadores das regiões sul e sudeste). A participação no presente estudo envolve o preenchimento de um questionário online. Você tem a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários serão identificados através de um código, não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados de identificação.

É assegurada a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, ao final do estudo, e o contato, em qualquer momento, com a coordenadora da pesquisa Laissa Eschiletti Prati (E-mail: laissa.prati@gmail.com fone: (51) 9335.0354) ou com a orientadora Dra. Sílvia H. Koller (Fone: (51) 3308.5150).

**1. Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) sobre os procedimentos envolvidos na realização da pesquisa e, considerando-me livre e esclarecido(a), coloco-me à disposição para a realização da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.**

Eu concordo.

Eu não concordo.

[Próximo >>](#)

## Anexo D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo II

1 / 7

14%

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem a intenção de acessar as bases teóricas que compõem as práticas de terapeutas de família no Brasil. Seu e-mail foi disponibilizado pela ABRATEF, instituição apoiadora a essa pesquisa realizada junto a UFRGS. A participação no presente estudo envolve o preenchimento de um questionário online. Você tem a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos a sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários serão identificados através de um código, não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados de identificação.

É assegurada a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, ao final do estudo, e o contato, em qualquer momento, com a coordenadora da pesquisa Laissa Eschiletti Prati (E-mail: laissa.prati@gmail.com fone:(51) 9335.0354) ou com a orientadora Dra. Sílvia H. Koller (Fone: (51) 3308.5150).

**1. Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) sobre os procedimentos envolvidos na realização da pesquisa e, considerando-me livre e esclarecido(a), coloco-me à disposição para a realização da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.**

Eu concordo.

Eu não concordo.

Próximo >>



**8. Leia cada uma das seguintes afirmações e avalie o quanto concorda.**

	discordo totalmente	discordo bastante	discordo um pouco	nem concordo, nem discordo	concordo um pouco	concordo bastante	concordo totalmente
Para produzir uma mudança estável é suficiente mudar uma pequena parte do sistema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A história de vida do terapeuta entra em ressonância com a história de vida da família.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entre os recursos disponíveis aos terapeutas familiares estão suas próprias experiências de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O contrato conjugal é feito embasado em diversos aspectos inconscientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A terapia só acontece quando terapeuta e família constroem um espaço de confiança e acolhimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A evolução da terapia se dá através de conversações seguras e sinceras entre os membros do sistema terapêutico (família + terapeuta).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para a evolução do processo terapêutico é fundamental que o terapeuta se mantenha neutro e distante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O trabalho do self do terapeuta é fundamental na formação do terapeuta familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O objetivo principal da terapia é construir novas formas de se relacionar com a cultura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É fundamental estar atento à cultura da família para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questões éticas estão sempre permeando a prática clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Técnicas Utilizadas

**9. A seguir apresentamos uma lista de técnicas referentes ao contexto da terapia familiar. Assinale aquelas que utiliza, indicando a frequência.**

	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Não conheço
Registro em vídeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definição do contexto antes de iniciar a sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrato terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho em equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe reflexiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe como coro grego!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras técnicas (especificar)	<input type="text"/>			

**10. Segue uma lista de técnicas utilizadas como intervenções no atendimento clínico. Assinale aquelas que utiliza, indicando a frequência.**

	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Não conheço
Metáforas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Provações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pacto com o diabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conotação positiva do sintoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elogios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rituais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescrições invariáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefas diretas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefas paradoxais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras técnicas (especificar)	<input type="text"/>			



**11. Ainda apresentamos uma lista de técnicas utilizadas nas sessões. Assinale aquelas que utiliza, indicando a frequência.**

	Nunca	Às vezes	Freqüentemente	Não conheço
Perguntas circulares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confrontação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicas para definir os limites do sistema familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desequilíbrio de aliança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redefinição ou reestruturação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dramatizações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definição dos objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mudanças pré-tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genograma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perguntas de projeção ao futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho sobre o progresso dos clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linguagem de pressuposições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras técnicas (especificar)	<input type="text"/>			

## Conceitos

**12. Assinale, entre os seguintes conceitos, aqueles que "conhece e utiliza", "conhece e não utiliza" e "não conhece".**

	Conheço e utilizo	Conheço e não utilizo	Não conheço
Comunicação paradoxal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estilo de cooperação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrutura familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exceções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hierarquia de poder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jogo patológico da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Norma familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentativas ineficazes de soluções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros construtos (especificar)	<input type="text"/>		

## Escolas

### 13. A última coisa que gostaríamos de saber são as escolas com as quais mais se identifica.

	não conheço	nunca utilizo	raramente utilizo	algumas vezes utilizo	seguidamente a utilizo	quase sempre a utilizo	sempre a utilizo
Modelo centrado em soluções (Grupo de Milwaukee)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo centrado nos problemas (M.R.I.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo construcionista social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo do grupo de Milão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo estratégico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo estrutural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo sistêmico-construtivista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modelo trigeracional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia familiar cognitivo-comportamental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia familiar psicodinâmica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia narrativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia sistêmico-humanista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras escolas (especificar)	<input type="text"/>						

Obrigada pela colaboração.

Gostaríamos de reafirmar a disponibilidade para entrar em contato, em qualquer momento, com a coordenadora da pesquisa Laíssa Eschiletti Prati (E-mail: laissa.prati@gmail.com fone:(51) 9335.0354) ou com a orientadora Dra. Sílvia Helena Koller (Fone: (51) 3308.5150).

**14. Se você conhece outro profissional que poderia colaborar com a pesquisa, por favor, indique o e-mail do mesmo (se possível, indique ao menos 1 e-mail válido).**

<< Anterior

Fim >>

## Anexo F

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo III

#### **Pesquisa: Terapia familiar: possibilidades e ampliações teóricas no Brasil**

**Coordenadora: Laíssa Eschiletti Prati / Orientadora: Sílvia Helena Koller**

1. *Natureza da pesquisa:* Você é convidado a participar desta pesquisa que tem a intenção de acessar as bases teóricas que compõem as práticas dos terapeutas de família e coletar informações sobre a prática clínica dos mesmos, principalmente frente a impasses terapêuticos.
2. *Participantes:* Terapeutas de família vinculados à AGATEF.
3. *Envolvimento na pesquisa:* A participação no presente estudo envolve a participação em dois encontros de um grupo focal com duração de 80 a 90 minutos. Você tem a liberdade de participar ou não da atividade, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo. É assegurada a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, ao final do estudo. O contato pode ser feito, em qualquer momento, com a coordenadora da pesquisa Laíssa Eschiletti Prati (E-mail: [laíssa.prati@terra.com.br](mailto:laíssa.prati@terra.com.br) fone:(51)9965.1194) ou com a orientadora Dra. Sílvia Helena Koller (Fone: (51) 3316.5150).
4. *Sobre o preenchimento do questionário:* O questionário é composto por perguntas abertas sobre os referenciais teóricos e situações vivenciadas na prática clínica.
5. *Sobre a participação no grupo focal:* Os grupos serão organizados de acordo com o tempo de atuação com famílias. Há um limite de participantes em cada grupo e haverá uma preocupação em incluir terapeutas formados por diferentes instituições de Porto Alegre. Nos encontros serão discutidas questões referentes a famílias em atendimento, técnicas e teorias que auxiliam nos atendimentos. Os mesmos serão gravados e filmados.
6. *Questões éticas:* Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários e as transcrições dos grupos serão identificados através de um código, não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados.

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) sobre os procedimentos envolvidos na realização da pesquisa e, considerando-me livre e esclarecido(a), coloco-me à disposição para a realização da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

## **Anexo G**

### **Consentimento para Gravação**

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) sobre os procedimentos quanto à gravação envolvidos na realização da pesquisa: Terapia familiar: possibilidades e ampliações teóricas no Brasil

Autorizo, portanto, a gravação do encontro no qual participarei tendo assegurado a preservação de minha identidade na elaboração e divulgação dos resultados desse estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Sugestão de codinome na transcrição e publicação futura: \_\_\_\_\_

## Anexo H

### Genograma da família discutida no grupo focal

