

Abordagem da violência familiar pelos serviços de saúde: contribuições do pensamento sistêmico

Beatriz Schmidt
Daniela Ribeiro Schneider
Maria Aparecida Crepaldi

*Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis, SC, Brasil*

RESUMO

A violência familiar, considerada um importante problema de saúde pública, acarreta impactos na trajetória de desenvolvimento e na saúde daqueles que a vivenciam. O presente trabalho tem o objetivo de caracterizar o fenômeno da violência familiar e avaliar a aplicabilidade da teoria sistêmica na compreensão das dinâmicas familiares violentas. São apresentadas, brevemente, as origens históricas e epistemológicas do pensamento sistêmico. Discutem-se características dos serviços atualmente disponíveis para atendimento de famílias cujas relações são permeadas pela violência, analisando-se possibilidades de atuação profissional pautadas na perspectiva sistêmica. Aponta-se a importância da intervenção interdisciplinar, realizada de maneira integrada entre distintas instituições, considerando a integralidade enquanto princípio do SUS. Ressalta-se a necessidade de dirigir a atenção para além do usuário e da queixa, buscando incluir dados do contexto familiar e social. Enfatiza-se a relevância de produções científicas sobre o tema, visando a oferecer subsídios para elaboração de programas de assistência à clientela e de capacitação profissional.

Palavras-chave: Violência na família; serviços de saúde; pensamento sistêmico.

ABSTRACT

Approach to family violence by health care services: contributions of systemic thinking

Family violence, considered an important public health problem, brings impacts on the trajectory of development and on health of those who experience it. The present work aims to characterize the phenomenon of family violence and to evaluate the applicability of the systemic theory to understand the family dynamics of violence. The historical and epistemological origins of the systemic thinking are briefly presented. The features of the services currently available to care for families whose relationships are permeated by violence are discussed, analyzing possibilities of professional performance guided by the systemic perspective. This article emphasizes the importance of interdisciplinary intervention conducted in an integrated form including different institutions and considering the principle of integrality from SUS. The need for paying attention on elements that are beyond the user and his complaints, trying to include data from family and social context, is emphasized. The article shows the relevance of scientific production on this issue to provide grants for the development of assistance programs and professional specialization.

Keywords: Family violence; health care services; systemic thinking.

RESUMEN

Abordaje de la violencia familiar por los servicios de salud: contribuciones del pensamiento sistémico

La violencia familiar, considerada un importante problema de salud pública, acarrea impactos en la trayectoria de desenvolvimiento y en la salud de aquellos que la experimentan. El presente trabajo tiene el objetivo de caracterizar el fenómeno de la violencia familiar, abordar brevemente los orígenes históricos y epistemológicos del pensamiento sistémico, indicando la aplicabilidad de esta teoría en la comprensión de las dinámicas familiares violentas. Se discuten características de los servicios actualmente disponibles para atención de familias cuyas relaciones son permeadas por la violencia, presentándose posibilidades de actuación profesional pautadas en la perspectiva sistémica. Se destaca la importancia de la intervención interdisciplinaria y realizada de manera integrada entre distintas Instituciones, considerando la integralidad en cuanto al principio del SUS. Se resalta la necesidad de dirigir la atención más allá del usuario y de la queja, buscando incluir datos del contexto familiar y social. Se enfatiza la relevancia de producciones científicas sobre el tema, procurando ofrecer subsidios para la elaboración de programas de asistencia a la clientela y capacitación profesional.

Palabras clave: Violencia doméstica; servicios de salud; pensamiento sistémico.

INTRODUÇÃO

A violência, palavra cuja origem etimológica remonta ao latim *vis* que significa vigor, potência, emprego de força física, mas também quantidade, abundância e essência, foi definida pela Organização Mundial da Saúde (2002) como “uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (p. 05).

Embora, em virtude do aumento de sua incidência, a violência esteja se tornando cada vez mais naturalizada aos olhos da sociedade contemporânea, ela gera graves repercussões, imediatas e de longo prazo, na saúde e no desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, sendo considerada como um dos principais problemas de saúde pública no mundo (OMS, 2002). De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a violência se distribui em toda a sociedade, acarretando custos sociais para as famílias, com impactos na saúde populacional e perda de anos potenciais de vida, além de grandes gastos econômicos para o Estado.

Ocorrendo em espaços privados e públicos, em relações interpessoais, grupais ou institucionais, tanto em tempos de paz como de guerra, a violência é reconhecida como questão de saúde e social, em âmbito nacional e internacional (Schraiber, D’Oliveira e Couto, 2006). No Brasil, notadamente, as mortes causadas pela violência ocupam o terceiro lugar no *ranking de mortalidade*, perdendo apenas para doenças circulatórias e para os cânceres (Ministério da Saúde, 2008; 2010). As causas externas (acidentes e violência) foram responsáveis por 133.644 dos 1.066.842 óbitos registrados no Brasil no ano de 2008, o que representa 12% das causas de morte ocorridas nesse período no país (Ministério da Saúde, 2010). Em adolescentes e crianças a partir de um ano de idade, a violência constitui a primeira causa de morte (Ministério da Saúde, 2009).

Definida por Cantera (2007) como toda a ação física e simbólica de caráter hostil, a violência caracteriza-se como um fenômeno complexo e polissêmico (Dimenstein et al., 2005), podendo expressar-se de forma ativa ou passiva. Na expressão ativa, estão compreendidas as violências de natureza física, sexual ou psicológica, enquanto na expressão passiva, a negligência (que decorre por ação ou omissão – deixar de prover cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social) e o abandono, forma extrema de negligência. A OMS (2002) apresenta uma classificação que divide a violência em três categorias

gerais, de acordo com a sua tipologia: (a) violência autoinfligida que compreende o comportamento suicida e as autolesões; (b) violência interpessoal que se divide nas subcategorias intrafamiliar ou comunitária; e (c) violência coletiva que se subdivide em social, política e econômica.

Reconhecendo a multiplicidade de formas que a violência pode assumir e os distintos contextos em que pode acontecer, e levando em consideração a impossibilidade de abarcá-los em um só estudo, priorizar-se-á, no presente trabalho, a abordagem da violência familiar, compreendida como um fenômeno multifacetado que tende a envolver todos os integrantes do núcleo familiar, não se restringindo a uma relação ou indivíduo em específico (Reichenheim, Dias e Moraes, 2006). Na família, a violência ocorre por meio de ação ou omissão prejudicial à integridade física ou psicológica, à liberdade, ao bem-estar e ao direito de desenvolvimento pleno de um membro do núcleo familiar, incluindo laços consanguíneos ou não consanguíneos (Narvaz e Koller, 2006). Sendo assim, as situações de violência podem acontecer, por exemplo, contra idosos, entre os cônjuges, dos pais em direção aos filhos, e ainda, dos filhos em direção aos pais, fenômeno que terapeutas familiares que atuam junto a jovens com transtornos de conduta estão habituados a lidar em seu cotidiano de trabalho (Ravazzola, 1997).

Pesquisas apontam a violência na família como um evento bem mais recorrente do que se supõe no senso comum, deixando de ser considerado um problema privado para ser encarado como crime que requer intervenção estatal apenas nas últimas três décadas, aproximadamente (Andrade e Fonseca, 2008; Jaffe, Crooks e Wolfe, 2003). No Brasil, em especial, há evidências de que se trata de um relevante problema de saúde pública (Lima et al., 2006). Tanto pelo aumento da incidência, quanto pela gravidade, os casos de violência familiar têm se revelado uma grande preocupação para a sociedade brasileira. A gravidade da violência se relaciona aos impactos no desenvolvimento físico, psicológico e social das pessoas envolvidas e do sistema familiar e social (Antoni, Barone e Koller, 2007).

Diversos estudos têm mostrado os prejuízos que a violência praticada nos lares pode acarretar na infância, fase da vida crucial para o desenvolvimento humano (Pesce, 2009; Antoni et al., 2007; Lima et al., 2006). Entretanto não só as crianças são atingidas pela violência praticada em âmbito familiar. Deeke, Boing, Oliveira e Coelho (2009), a partir de uma análise da dinâmica da violência familiar junto a 30 casais do Sul do Brasil, verificaram, entre outras questões, maior uso de medicamentos pelas mulheres participantes, justificando-o como uma expressão possível de suporte

da ansiedade e das emoções negativas pela vivência da situação de violência. Nesse mesmo estudo foi constatado, ainda, que o uso de álcool pelos participantes do sexo masculino desempenha um importante papel no contexto da violência na família, pois o ato de beber surge tanto como fator desencadeante da violência quanto como motivo que se associa diretamente aos conflitos conjugais.

A abordagem da violência familiar pelos serviços de saúde é imprescindível, haja vista seus impactos nos processos de saúde-doença e de desenvolvimento de pessoas, famílias, comunidades e na sociedade, de modo geral. Essa medida é premente, pois o ciclo da violência se reproduz, tendendo à perpetuação, caso não sejam realizadas intervenções capazes de interrompê-lo (Ravazzola, 1997; Tavares, 2006). Segundo Andrade e Fonseca (2008), os episódios de violência doméstica tendem a ser repetitivos, tornando-se progressivamente mais graves.

Na mesma magnitude em que crescem as evidências sobre os prejuízos causados pela violência familiar na saúde e no desenvolvimento dos indivíduos, cresce também o reconhecimento da importância dos serviços de saúde na sua abordagem (Reichenheim et al., 2006). Contudo, o que se percebe, na atualidade, são poucas respostas práticas à violência praticada nos lares e programas desintegrados, contemplando perspectivas diferentes e trajetórias paralelas (Luna, Ferreira e Viera, 2010; Reichenheim et al., 2006). O fato de alguns serviços não trabalharem de forma integrada implica em descontinuidades no atendimento oferecido, o que pode vir a repercutir, inclusive, em situações de revitimização. Além disso, com frequência o foco de atenção dos programas volta-se exclusivamente ao indivíduo agredido, dando pouca ou nenhuma ênfase para o atendimento ao agressor.

Uma das medidas legais tomada nos casos de violência familiar refere-se à separação da vítima e do abusador. Contudo, a violência não necessariamente acaba com essa separação; em muitos casos, ela tende a continuar, caso não haja intervenção adequada capaz de contê-la (Jaffe et al., 2003). Assim, é possível pensar na necessidade de mudança no foco das intervenções, abordando, ao invés do indivíduo, os sistemas humanos. Aponta-se, nesse sentido, a relevância da perspectiva sistêmica na atenção aos membros das famílias permeadas pela violência como uma via possível para a compreensão do fenômeno. O objetivo do presente trabalho é caracterizar o fenômeno da violência familiar no Brasil, abordar brevemente as origens históricas e epistemológicas do pensamento sistêmico, indicando a aplicabilidade dessa teoria na compreensão da dinâmica das relações violentas, além de apresentar

possibilidades de intervenção junto a famílias cujas relações são permeadas pela violência.

CONTRIBUIÇÕES DO PENSAMENTO SISTÊMICO

Passou a ocorrer a partir do século XX, de diferentes formas e com diferentes velocidades, a mudança do paradigma mecanicista para o paradigma sistêmico.¹ Essa mudança, contudo, não acontece de maneira uniforme. Como todas as mudanças paradigmáticas, ela é lenta e difícil, envolvendo oscilações, avanços e retrocessos. Essas oscilações acontecem entre a posição que enfatiza as partes, chamada de reducionista, mecanicista ou atomística (ligada à ciência tradicional ou ciência moderna), e a posição que enfatiza o todo, conhecida por ecológica ou sistêmica (relacionada à ciência novo-paradigmática) (Capra, 1996; Vasconcellos, 2002).

O mecanicismo traz a noção de mundo como máquina e baseia-se no pensamento analítico que busca dividir os fenômenos complexos em segmentos, visando à compreensão do todo através das propriedades de suas partes (Capra, 1996). Essa concepção embasa a ciência tradicional ou ciência moderna, sendo caracterizada por três pressupostos: o da simplicidade, o da estabilidade e o da objetividade. O pressuposto da simplicidade refere-se à necessidade de separar as partes para entender o todo, resultando, daí, a busca de relações causais lineares e a atitude de análise. A estabilidade é a compreensão do mundo como sendo estável, o que possibilita a determinação, em virtude da previsibilidade dos fenômenos, assim como a crença na reversibilidade e na controlabilidade. A objetividade, por fim, diz respeito à crença de que os fenômenos podem ser conhecidos objetivamente, tal como se apresentam na realidade (Vasconcellos, 2002).

Considerando-se esses pressupostos, um dos principais objetivos da ciência tradicional ou moderna é a busca por leis gerais e atemporais. Com a virada pós-moderna, que ocupa lugar de referência especialmente a partir da década de 1970, as verdades universais passam a ser questionadas (Grandesso, 2000). O novo paradigma da ciência envolve mudanças nas três dimensões que caracterizam a ciência tradicional. Passa a considerar a complexidade ao invés da simplicidade, uma vez que as simplificações dificultam a compreensão das inter-relações entre os fenômenos; a instabilidade ao invés da estabilidade, enfatizando-se a indeterminação, a imprevisibilidade, a irreversibilidade e a incontrolabilidade; e, finalmente, a intersubjetividade ao invés da objetividade, ou seja, o reconhecimento de que o conhecimento científico é uma

construção social – não existe realidade independente do observador (Vasconcellos, 2002). Em contraposição ao paradigma tradicional, o paradigma sistêmico considera conexidade, contexto, interações e relações entre as partes, sendo essas propriedades destruídas quando os sistemas são separados em partes. Vale dizer, então, que, ao contrário do pensamento analítico, o pensamento sistêmico é contextual (Capra, 1996).

As origens do pensamento sistêmico estão situadas no tripé composto por três teorias: a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), a Teoria da Comunicação e a Teoria da Cibernética. No que diz respeito à TGS, pode-se afirmar que foi inaugurada por Ludwig Von Bertalanffy (1901-1972), biólogo austríaco que conceituou sistema como um complexo de elementos em estado de interação – essa interação caracteriza o sistema e o diferencia do conjunto de partes independentes, sendo as relações responsáveis pela sua coesão, o que confere o caráter de globalidade ou totalidade, definidor do sistema. O objetivo da TGS consistia em estudar princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, sendo eles de natureza biológica, sociológica ou física (Vasconcellos, 2002).

A Teoria da Cibernética, também chamada de “ciência da correção”, foi desenvolvida pelo matemático americano Norbert Wiener (1894-1964), em meados de 1950. O propósito dessa teoria relaciona-se ao desenvolvimento de técnicas e linguagem enfatizando o problema da comunicação e do controle em geral. Sendo assim, a mensagem era considerada o elemento central, tanto no controle quanto na comunicação. Dessa forma, a Teoria da Comunicação, postulada pelo antropólogo Gregory Bateson, contribui no sentido de melhorar as máquinas cibernéticas (Vasconcellos, 2002).

Distinguiram-se, no campo da Teoria Cibernética, dois grandes momentos. O primeiro deles, denominado Cibernética de Primeira Ordem que se subdivide em primeira cibernética e segunda cibernética. Destaca-se, no segundo momento, a Cibernética de Segunda Ordem. A primeira cibernética ocupa-se de processos morfostáticos, ou de manutenção da mesma forma, resultantes da retroação negativa: sempre que a maneira de operar do sistema se afastasse da meta, a informação do desvio seria fornecida pelo *feedback* negativo que o corrigiria, buscando neutralizá-lo. É considerada, portanto, homeostática. A segunda cibernética, em contrapartida, aborda os processos morfogenéticos, ou seja, de gênese de novas formas. Esses processos seriam resultantes do *feedback* ou retroalimentação positiva que amplifica desvios, possibilitando mudanças nos sistemas, o que se relaciona à possibilidade de novas formas de funcionar. É possível considerar que

a segunda cibernética é, portanto, homeodinâmica (Grandesso, 2000; Vasconcellos, 2002).

A cibernética evoluiu com a inclusão de conceitos que, mesmo que pudessem ser ciberneticamente pensados, não eram explicados como decorrentes de processos homeostáticos. Considerada por Grandesso (2000) como um salto qualitativo, a Cibernética de Segunda Ordem, também chamada de Si-Cibernética, articula a Cibernética de Primeira Ordem, integrando-a com os pressupostos da ciência novo-paradigmática (Vasconcellos, 2002). Nesse sentido, destacam-se os conceitos de complexidade, relacionado a sistemas, causalidade circular, recursividade e pensamento complexo; instabilidade, ou seja, desordem, imprevisibilidade e incontrolabilidade; e, por fim, intersubjetividade, com a inclusão do observador, autorreferência e coconstrução.

A terceira teoria componente do tripé que embasa o pensamento sistêmico é a Teoria da Comunicação, postulada pelo biólogo e antropólogo inglês Gregory Bateson (1904-1980). Em conjunto com colaboradores de Palo Alto (Califórnia), Bateson estudou a comunicação patológica na família do esquizofrênico, supondo que esse “deve viver num universo onde as seqüências de acontecimentos são de tal natureza que os seus hábitos comunicacionais não-convencionais resultarão, em certo sentido, adequados” (Bateson, Jackson, Haley e Weakland, 1956, p. 253, in Watzlawick, Beavin e Jackson, 1973, p. 191).

Com base nesse tipo de comunicação, Bateson postulou a hipótese de duplo vínculo que diz respeito a uma forma paradoxal de comunicação, profundamente implicada nas relações interpessoais. Segundo Watzlawick et al. (1973), é impossível não comunicar, uma vez que tanto a atividade quanto a inatividade, tanto as palavras quanto o silêncio caracterizam-se como mensagens, o que influencia os outros e os provoca, também, a se comunicar. Destaca-se, a partir dessa teoria, a importância que os padrões comunicacionais representam nas relações interpessoais, como, por exemplo, as relações familiares.

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS DO PENSAMENTO SISTÊMICO

Tendo abordado as origens históricas do pensamento sistêmico, passa-se à abordagem de seus fundamentos epistemológicos. Contudo, é importante definir, inicialmente, o que se entende por epistemologia. De acordo com Bunge (1980) “a Epistemologia, ou Filosofia da ciência, é o ramo da Filosofia que estuda a investigação científica e seu produto, o conhecimento científico” (p. 05).

Para Schneider (2010), toda teoria, sistema ou prática está sustentada, necessariamente, em uma: (a) *Ontologia*: teoria geral acerca do ser da realidade – em que consiste a realidade? O que é o mundo?; (b) *Antropologia*: teoria geral acerca do ser do homem – quem é o homem? Como concebê-lo?; (c) *Epistemologia*: teoria geral acerca do modo de produzir o conhecimento – o que é o conhecimento? Como ele é produzido? Como se dá a relação entre o sujeito e o objeto?

No que diz respeito à ontologia do Pensamento Sistêmico, é possível dividi-la em dois momentos. Considera-se que, na Cibernética de Primeira Ordem, a ontologia é materialista, ou seja, a realidade é da ordem da matéria e da objetividade. A Cibernética de Segunda Ordem, em contrapartida, pode ser compreendida a partir da ontologia racionalista, sendo a realidade da ordem da racionalidade – apenas racionalmente chega-se às verdades acerca do mundo.

Compreende-se a Epistemologia Sistêmica a partir das epistemologias características da virada pós-moderna: o construtivismo e o construcionismo social. A epistemologia construtivista, para Grandesso (2000), tem como principal característica a interdependência entre o universo observado e o observador. Concebe, então, que o observador constrói ativamente o mundo que conhece, o que possibilita a existência de inúmeras interpretações do que se chama de “realidade”. Nota-se, na epistemologia construtivista, uma oposição ao pressuposto da objetividade que é característico da ciência moderna, ao destacar a impossibilidade de separar sujeito e objeto, convivendo com a incerteza e a diversidade. Para o construtivismo, o conhecimento é considerado uma construção mental dentro de um campo social.

O construcionismo social, em contrapartida, considera que o conhecimento localiza-se no espaço social presente entre o objeto observado e o observador, sendo construído pelo intercâmbio social. Não há postulação de uma base objetiva para o conhecimento, uma vez que “os critérios para identificar eventos no mundo não são objetivos, mas circunscritos em uma cultura, história ou contexto social” (Grandesso, 2000, p. 83).

Na Antropologia Sistêmica, destaca-se uma visão de homem inter-relacional e intersubjetiva. O homem, visto como um sistema vivo, é compreendido dentro de uma teia interconexa de relações. O foco, então, não está no objeto, mas nas relações (Capra, 1996). Os sistemas vivos, entendidos como totalidades integradas, formam um todo em relação às suas partes, sendo também parte de um todo maior (Vasconcellos, 2002).

O PENSAMENTO SISTÊMICO COMO POSSIBILIDADE TEÓRICA PARA ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de atenção às famílias, de modo geral, são bem intencionados, mas costumam apresentar dificuldades, notadamente no que diz respeito ao fato de ser uma atenção oferecida de forma descoordenada e fragmentada, o que diminui a sua eficácia (Minuchin, Colapinto e Minuchin, 1999). A desconsideração dos recursos familiares e comunitários é característica recorrente desses serviços, uma vez que o foco está voltado à pessoa e às queixas individuais. Considerando que a perspectiva sistêmica diz respeito às conexões, ou seja, à maneira como as partes se relacionam, serviços que se baseiam nessa abordagem exigem uma forma mais integrada de apoio às famílias. Sendo assim, o foco das intervenções deve ir além dos indivíduos, passando para os sistemas humanos (Grandesso, 2000; Vasconcellos, 2002). As intervenções que consideram a pessoa em seu contexto familiar e, também, em sua rede social mais ampla, garantem maior conectividade e efetividades às ações desenvolvidas pelas instituições (Moré e Cantera, 2010; Santos, Costa e Silva, 2011).

Os membros de uma família apresentam o sentimento e a percepção de uma ligação especial entre si – o vínculo familiar. Em virtude dos laços que unem uma família, há o desejo e o interesse de apoio, proteção e defesa por parte de seus membros. Por outro lado, conflitos e tensões também são inevitáveis nas relações familiares, podendo desdobrar-se em situações de violência. Desacordos estão presentes em todas as famílias, mas é necessário que se negocie se os métodos de resolução de conflitos são adequados e satisfatórios, por meio da abertura de espaços conversacionais. Algumas famílias podem apresentar um padrão recorrente de resolução de conflitos, sustentado em comportamentos prejudiciais que exploram a fraqueza de alguns de seus participantes, colocando a sua segurança em risco. Em situações desse tipo, como é o caso da violência familiar, por exemplo, faz-se necessário que as equipes assumam uma postura ética e protejam as pessoas vitimizadas, assim como trabalhem com o sistema familiar com vistas a alterar padrões potencialmente perigosos que causem sofrimento ou danos às pessoas e às relações familiares (Minuchin et al., 1999).

Já existem, tanto nacional quanto internacionalmente, programas cujo objetivo específico é a abordagem da violência familiar. O que os estudos indicam, contudo, é que essas ações costumam ocorrer de forma paralela e desintegrada, contemplando perspectivas diferentes

(Luna et al., 2010; Reichenheim et al., 2006). Na maior parte dos casos, esses programas visam a atender à vítima, isoladamente, sem levar em conta seus familiares ou pessoas de sua rede significativa (Santos et al., 2011). Ao agressor é dada pouca ou nenhuma atenção. Além disso, as medidas de proteção legais tomadas nos casos de violência preveem separar vítima e agressor, o que nem sempre faz com que os episódios violentos cessem (Jaffe et al., 2003).

Percebe-se que as características desses serviços estão fortemente relacionadas aos pressupostos epistemológicos da ciência tradicional, referentes à simplicidade, estabilidade e objetividade. O embasamento por esses pressupostos se evidencia através da forma linear adotada na consideração do fenômeno da violência, com atenção descontextualizada e fragmentada, uma vez que não são levados em conta o conjunto das relações interpessoais e outros membros da família. Ademais, em muitas situações o foco de atenção nem é direcionado à pessoa, mas sim, às marcas deixadas pela violência, especialmente aquelas que se caracterizam por serem físicas, como ferimentos, escoriações e hematomas.

Desse modo, além da própria violência familiar que levou seus membros a procurarem os serviços de saúde, a violência pode ser perpetrada, de alguma maneira, pela forma como as instituições abordam a problemática, numa perspectiva individualizante, curativa, pautada no paradigma tradicional. Assim, essa segunda modalidade de violência decorre do fato de que são desconsiderados as interconexões familiares, sua estrutura, seus padrões e vínculos (Minuchin et al., 1999).

Nesse sentido, as famílias que vivenciam situações de violência podem ainda enfrentar outras barreiras no momento em que procuram apoio institucional. Dentre tais barreiras, destacam-se o acolhimento inadequado, o descrédito e a culpabilização por parte dos profissionais, além de repetidos encaminhamentos de um serviço para o outro, o que gera extremo esgotamento e exposição de seus membros e da família, bem como a falsa ideia de resolução do caso para a equipe que efetua o encaminhamento (Santos et al., 2011). Como obstáculos a uma abordagem sistêmica da família, Minuchin et al. (1999) indicam a opressão da burocracia das instituições – com procedimentos inflexíveis e ordens padronizadas a serem seguidas em todos os casos – e o treinamento profissional que enfatiza personalidade, patologia e tratamento, enfocando exclusivamente habilidades para lidar com o indivíduo.

A partir desse panorama, considera-se fundamental que o atendimento dispensado às famílias com relações

permeadas pela violência seja realizado com vistas à atenção integral aos seus membros, preferencialmente através da intervenção interdisciplinar e desempenhada de maneira interconectada entre instituições, com o objetivo de prevenir episódios de revitimização, por exemplo. Ademais, destaca-se ainda a importância do trabalho em rede, no qual todos os integrantes interatuem de maneira horizontal, com vistas ao alcance de um objetivo único (Santos et al., 2011).

O trabalho rumo à alteração desse quadro de desintegração e fragmentação, pautado em pressupostos da ciência tradicional, requer que a equipe pense a família como um recurso, e de maneira sistêmica, considerando as noções de instabilidade, intersubjetividade e complexidade no processo de violência familiar. Contudo, essa tarefa não é fácil, tendo em vista que as instituições também são sistemas complexos – assim como as famílias – e, como tal, apresentam forte resistência à mudança. De qualquer forma, para que seja possível apoiar as famílias de maneira efetiva, são necessárias habilidades conceituais para compreender e organizar informações sobre o sistema familiar, e habilidades práticas, no sentido de contribuir para que as famílias se mobilizem e desenvolvam os seus recursos (Minuchin et al., 1999).

A visão sistêmica estabelece a relação de dependência e coconstrução do processo de violência familiar. Assim, aquele que violenta pode também ser violentado e vice-versa. Segundo essa perspectiva, as propriedades de um organismo são propriedades do todo, e não apenas de suas partes (Levy, 2005). Considerando, portanto, a violência familiar como um fenômeno relacional, é conveniente que se perceba esse processo em termos de interações, com padrões prevalentes. Nesse sentido, é necessária uma visão mais ampla de todos os envolvidos.

Assim, o genograma familiar, que é uma representação gráfica que contempla o desenho ou mapa da família, pode ser útil (Wendt e Crepaldi, 2008). Esse instrumento tem sido vastamente adotado na atenção primária à saúde (Rocha, Nascimento e Lima, 2002) e, também, na terapia familiar (McGoldrick e Gerson, 1995). O genograma pode ser elaborado conjuntamente pela equipe e pela família, o que contribui para verificar a composição familiar, identificar os padrões relacionais (inclusive os violentos), reconhecer as alianças ou antagonismos, destravar o sistema e engajar a família (Wendt e Crepaldi, 2008). Além do genograma, outro instrumento que pode ser utilizado se refere ao mapa de redes (Sluzki, 1997) que possibilita a caracterização das redes significativas de apoio familiar. Tanto o genograma quanto o mapa de redes fornecem dados que favorecem diálogos interdisciplinares relevantes

para as intervenções, notadamente no que tange ao acolhimento e à responsabilidade no processo de cuidado às famílias com relações permeadas pela violência (Moré e Cantera, 2010).

A equipe pode dar especial atenção aos subsistemas que apresentam interações abusivas, visando a identificar padrões repetitivos que estejam levando os membros ao sofrimento, com o objetivo de levar as famílias a redefini-los. Isso contribui para que os membros explorem novas possibilidades de interação, formas diferentes de conexão, expressão de sentimentos e resolução de conflitos (Minuchin et al., 1999). Conforme indicam Moré e Cantera (2010), considerando que a violência familiar se caracteriza por um silêncio coconstruído pelos integrantes, interferindo-se nesse silêncio é possível intervir no processo histórico que alimenta a violência, acolher e dar voz aos membros da família, possibilitando novas formas de vivenciar a situação. É fundamental que a família possa refletir e conversar sobre os fatos, numa postura de questionamento sobre as circunstâncias vivenciadas, para que a repetição das interações violentas seja evitada. Isso porque as dificuldades de comunicação podem ser geradoras e mantenedoras da violência familiar (Levy, 2005).

Dessa forma, o papel do profissional e da equipe como meros transmissores de informações não é o suficiente para evitar que a violência seja mantida ou intensificada. A equipe pode ser a catalisadora da mudança, mas o objetivo-fim é que a família seja a protagonista do processo de implantação de novas possibilidades de se relacionar em situações de estresse. Dessa maneira, a equipe trabalha o conflito, mas também capacita a família em seus recursos e suas potencialidades (Minuchin et al., 1999).

Sendo assim, uma abordagem da violência familiar pautada na perspectiva sistêmica busca contextualizar o fenômeno, ao tirar o foco do indivíduo agredido e colocá-lo sobre todos os envolvidos no processo. Isso não significa dizer, contudo, que a vítima não deva ser acolhida nos serviços de saúde e o agressor responsabilizado. Porém, é necessário analisar e considerar as interações bidirecionais e o estudo da intergeracionalidade para compreender o processo, considerando que quando não se aborda a violência, seus ciclos tendem a se perpetuar, tornando-se cada vez mais graves (Andrade e Fonseca, 2008; Tavares, 2006). Outro aspecto que merece atenção das equipes de saúde é o referente a estereótipos de gênero (por exemplo, homem-violento e mulher-pacífica) que podem vir a invisibilizar determinadas formas de violência mais aceitas socialmente (Cantera e Gamero, 2007).

É importante considerar que abordar a temática da violência familiar não garante a obtenção de uma

resposta objetiva, mas traz a possibilidade de criação de espaços para se pensar à luz das particularidades de cada caso. Nesse sentido, destaca-se a dificuldade de adoção de “receitas prontas” sobre ações que façam cessar a violência. Além disso, evidencia-se, também, o risco em oferecer atenção profissional pautada estritamente no passo a passo de protocolos preestabelecidos, tendo em vista que as características das interações violentas diferem de acordo com a estrutura e a dinâmica de cada sistema familiar. Destaca-se, finalmente, a necessidade de garantir às famílias o direito de proteção e de cuidado, não deixando de reconhecer e de honrar, porém, o seu protagonismo (Moré e Cantera, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a necessidade de atendimento aos casos de violência familiar, levando em consideração a integralidade enquanto um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade se corporifica através de ações combinadas, voltadas ao mesmo tempo para a promoção, prevenção, diminuição de riscos e recuperação de danos causados por situações de violência familiar, observando-se a família e cada um de seus membros de modo integral, do ponto de vista de suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, bem como dos impactos ocasionados pela violência familiar em todos esses âmbitos.

O princípio da integralidade demanda, portanto, um novo olhar para os fenômenos da saúde, exigindo considerar sua complexidade, ou seja, sua multideterminação dinâmica. Implica em mudar o foco da intervenção centrado na situação problemática para o contexto em que ela ocorre. Também exige que se considere além da objetividade da situação, a dimensão subjetiva ali presente, ou seja, ponderar as subjetividades envolvidas na situação de violência: vítima, agressor, outros familiares, pessoas do entorno (Pinheiro e Mattos, 2003).

Dessa forma, é possível pensar na prática da “clínica ampliada” na abordagem realizada pelas equipes de saúde junto às famílias permeadas por relações violentas. Esse tipo de intervenção dirige-se para além do foco no usuário e na queixa, buscando incluir informações sobre a história interacional do sujeito, quer sejam estas interações proximais ou distais, além do contexto mais amplo, isto é, da família e do sistema social. Conforme indicam Moré, Crepaldi, Gonçalves e Menezes (2009), “o pensamento sistêmico oferece importantes contribuições para a área da saúde, pois a compreensão da complexidade dos seres vivos e de suas relações em contextos precisa ser levada em conta na produção da saúde humana” (p. 468). Consideran-

do-se as inter-relações entre o sujeito e o contexto, vale destacar que mesmo a intervenção direta junto a apenas um membro da família pode desencadear modificações em todo o circuito de violência e maus-tratos, alterando o sistema familiar (Ravazzola, 1997), desde que os profissionais envolvidos considerem o fenômeno da violência de forma contextual.

Ademais, destaca-se, ainda, que a concepção da violência na perspectiva sistêmica implica na consideração das inter-relações entre os sistemas; dessa forma, não somente o indivíduo e a família são responsáveis pela violência familiar – é preciso incluir também a sociedade na análise do interjogo de fatores envolvidos nesse processo. Assim, os sistemas que interatuam como coautores da violência são os seguintes: a sociedade, por ser branda e tolerar a violência, descumprindo sua função de proteger e cuidar de indivíduos e famílias; a família que pode perpetuar e sofisticar os modos violentos de interação; e o sujeito que é aquele que realiza a ação (Levy, 2005).

Considerando que a produção científica sobre a violência praticada nas famílias é escassa e recente como foco de pesquisas (Penna, Santos e Souza, 2004), coloca-se a necessidade de mais estudos sobre a temática, em virtude de sua relevância. Com base nos resultados de novas pesquisas, pode-se contribuir para o aprimoramento da atenção oferecida às famílias que buscam apoio em serviços de saúde, levando-se em conta a necessidade de prevenção de riscos e agravos, bem como a recuperação de danos acarretados pelas interações familiares violentas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, C.J. & Fonseca, R.M. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 591-595.
- Antoni, C., Barone, L.R. & Koller, S.H. (2007). Indicadores de risco e proteção em famílias fisicamente abusivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 125-132.
- Bunge, M. (1980). *Epistemologia: curso de atualização*, (2ª ed.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Cantera, L.M. (2007). *Casais e violência: um enfoque além do gênero*, (1ª ed.). Porto Alegre: Dom Quixote.
- Cantera, L. & Gamero, V. (2007). La violencia en la pareja a la luz de los estereotipos de género. *Psico*, 38(3), 233-237.
- Capra, F. (1996). *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*, (1ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Deeke, L.P., Boing, A.F., Oliveira, W.F. & Coelho, E.B. (2009). A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde & Sociedade*, 18(2), 248-258.
- Dimenstein, M., Lima, E.B., Moura, A., Brito, M., Cardoso, R. & Medeiros, V. (2005). Bases de apoio familiares e comunitárias como estratégia de enfrentamento à violência. *Psico*, 36(1), 55-63.
- Grandesso, M.A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*, (1ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jaffe, P.G., Crooks, C.V. & Wolfe, D.A. (2003). Legal and policy responses to children exposed to domestic violence: the need to evaluate intended and unintended consequences. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 205-213.
- Levy, S.J. (2005). *Cansados de guerra: um estudo clínico sobre a co-autoria na violência familiar*. Dissertação não publicada, Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 219p.
- Lima, C.A. et al. (2006). *Violência faz mal à saúde* (1ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Luna, G.L., Ferreira, R.C. & Vieira, L.J. (2010). Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 481-491.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.): (pp. 144-166). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde (2008). *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- Ministério da Saúde (2009). *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes*. Brasília: Editora MS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_impacto_violencia_final.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2010.
- Ministério da Saúde (2010). *Saúde Brasil 2009*. Brasília: Editora MS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12002>. Acesso em: 16 dez. 2010.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moré, C.L. & Cantera, L. (2010). La violencia contra la mujer y la practica profesional: la perspectiva de la familia, redes de apoyo interdisciplinaria. In: I Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres: la intervención multidisciplinaria. Sevilla/España: Junta de Andalucía.
- Moré, C.L., Crepaldi, M.A., Gonçalves, J.R. & Menezes, M. (2009). Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 465-473.
- Narvaz, M.G. & Koller, S.H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico*, 37(1), 7-13.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *World report on violence and health*. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/>. Acesso em: 10 nov. 2009.
- Penna, L.H., Santos, N.C. & Souza, E.R. (2004). A produção científica sobre violência doméstica na área da saúde pública. *Revista Enfermagem UERJ*, 12(2), 192-98.
- Pesce, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 507-518.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. (2003). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO.
- Ravazzola, M.C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Reichenheim, M.E., Dias, A.S. & Moraes, C.L. (2006). Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 595-603.

- Rocha, S.M., Nascimento, L.C. & Lima, R.A. (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 709-714.
- Santos, V.A., Costa, L.F. & Silva, A.X. (2011). As medidas protetivas na perspectiva de famílias em situação de violência sexual. *Psico*, 42(1), 77-86.
- Schraiber, L.B., D'Oliveira, A.F. & Couto, M.T. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40(n.esp.), 112-120.
- Schneider, D.M. (2010). Aula ministrada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, no primeiro semestre de 2010.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tavares, M.L. (2006). A abordagem da violência intrafamiliar pelo programa saúde da família. In C.A. Lima (Coord.). *Violência faz mal à saúde* (1ª ed.): (pp. 205-217). Brasília: Ministério da Saúde.
- Vasconcellos, M.J. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*, (8ª ed.). Campinas: Papirus Editora.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D. (1973). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação* (1ª ed.). São Paulo: Cultrix.

Wendt, N.C. & Crepaldi, M.A. (2008). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.

Recebido em: 28/02/2011. Aceito em: 30/05/2011.

Nota:

¹ Adotou-se, no presente trabalho, a noção de paradigma apresentada por Vasconcellos (2002), que se refere à maneira de perceber e atuar no mundo, ou seja, às regras utilizadas para ver o mundo.

Autores:

Beatriz Schmidt: Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Psicóloga; Especialista em Saúde da Família.

Daniela Ribeiro Schneider: Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Psicóloga; Mestre em Educação; Doutora em Psicologia Clínica. <danischneiderpsi@uol.com.br>.

Maria Aparecida Crepaldi: Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina; Psicóloga; Mestre em Psicologia Clínica; Doutora em Saúde Mental. <maria.crepaldi@gmail.com>.

Enviar correspondência para:

Beatriz Schmidt
Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC)
Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário Trindade
CEP 88040-970, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: psi.beatriz@gmail.com