JANAINA CONIARIC

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Área de Concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Dra. Kayoko
Yamamoto

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Coniaric, Janaina.

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto / Janaina
Coniaric; orientadora Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2011.

150 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada 2. Adaptação
3. Família 4. Prevenção 5. Psicodiagnóstico interventivo I. Título.

BF176

CONIARIC, Janaina.

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª Dra. Kayoko Yamamoto

Julgamento: _____

Instituição: Instituto de Psicologia USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: Instituto de Psicologia USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

À

Deus

e às veneráveis

fraternidades do espaço.

Aos meus pais, meu irmão e minha avó,

Herbert, Izabel, Júnior e Benita

“Pelo amor que sempre tive e agora posso dar.”

Ao meu amado,

Daniel

Meu incansável companheiro e primeiro leitor

Sem o qual, minha vida não teria a mesma graça, a mesma cor e sabor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Kayoko Yamamoto, minha orientadora, pela perspicácia em conduzir-me ao pensar e fazer científico, por sua paciência em tolerar os meus tropeços de iniciante, pela delicadeza expressa em seus apontamentos sem deixar de exigir a profundidade necessária ao trabalho e, principalmente, por seu acolhimento em momentos significativos para além do mestrado.

Às famílias que participaram da pesquisas, pelas portas abertas de suas casas e de seus corações.

À equipe do Programa Saúde na Família (PSF) pela confiança que depositaram em meu trabalho e pela disposição genuína em apresentar-me às famílias desta pesquisa.

Às professoras Ângela Gebara e Ivonise Fernandes da Motta pela leitura atenta do trabalho apresentado na Qualificação e pelas valorosas sugestões.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

Ao Instituto Familiaie que colocou sua Clínica Psicológica à disposição para receber os encaminhamentos das famílias desta pesquisa.

À família USP representada por professores queridos, atenciosos funcionários e colegas inestimáveis os quais abrilhantaram minha passagem pela Universidade.

À minha amiga Nirã pela generosidade e companheirismo desde os primórdios desta jornada.

À Cristiane Alves Lopes, minha psicóloga, por seu acolhimento nos momentos mais árduos, por emprestar-me sua capacidade de pensar, quando a minha estava nublada por indisponibilidades emocionais e pelo amor que é possível desenvolver-se no encontro terapêutico.

As famílias felizes parecem-se todas; as famílias infelizes são infelizes cada uma à sua maneira.

Léon Tolstoi

Os estabelecimentos de ensino, propriamente do mundo, podem instruir, mas só o instituto da família pode educar. É por essa razão que a universidade poderá fazer o cidadão, mas somente o lar pode edificar o homem.

Emmanuel

RESUMO

CONIARIC, J. Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, com o intuito de aprimorar modelos de intervenção clínica que possibilitem a promoção de saúde e a prevenção de problemas psíquicos na comunidade. O atendimento preventivo familiar é um meio de se alcançar a comunidade. Em projetos psicossociais com famílias, constatou-se a necessidade de um instrumento diagnóstico familiar que abrangesse a detecção precoce de sinais e sintomas, abreviando uma ação mais eficaz. Perante essa demanda, o presente trabalho teve por objetivo geral: o estudo piloto de um modelo diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), para utilização no campo da Prevenção em Psicologia Clínica; e por objetivos específicos: 1) avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos; 2) verificar as situações-problema intrafamiliares; e, 3) averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família. Para tanto, foram realizadas entrevistas preventivas domiciliares com cinco famílias inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF). Verificou-se que três a quatro entrevistas preventivas, com duração de uma hora e meia, foram suficientes para obter os dados dos setores adaptativos e definir as situações-problema intrafamiliares. Os principais fatores que influenciaram na duração das entrevistas foram: indicação de brevidade, motivação de cada família, interrupções, capacidade da família em abordar assuntos ansiógenos, a superação ou não de resistências e, a participação de vários membros familiares. Uma das famílias interrompeu sua participação, mas seus dados puderam ser considerados na análise de resultados. A avaliação da adequação setorial indicou que: nenhuma família apresentou respostas adequadas no setor Afetivo-relacional, somente, uma apresentou pouco adequada e, a maioria apresentou pouquíssimo adequadas; no setor Produtividade: duas famílias apresentaram respostas adequadas, duas apresentaram pouco adequadas e, uma pouquíssimo adequadas; no Orgânico duas famílias apresentaram respostas adequadas, uma pouco adequadas e duas pouquíssimo adequadas; já no Sociocultural todas as famílias apresentaram respostas adequadas. As situações-problemas foram passíveis de definição e, eram desencadeadas predominantemente por conflitos no setor Afetivo-relacional. Estes dados revelaram maior comprometimento no setor Afetivo-relacional com influência no setor Orgânico. Assim, o estudo mostrou que este modelo de diagnóstico é uma proposta possível no que tange ao trabalho preventivo com famílias. Entende-se que a importância deste estudo, recai na possibilidade de promover recursos teóricos e técnicos que inspirem trabalho clínico e preventivo com famílias.

Palavras-chave: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO. Adaptação. Família. Prevenção. Psicodiagnóstico Interventivo.

ABSTRACT

CONIARIC, J. Adaptive family diagnosis: a pilot study. 2011. 150 f. Master's Dissertation – Psychology Institute of the University of São Paulo, São Paulo, 2011

Preventive Clinical Psychology has been developing in the research and practical fields with a view to improving clinical intervention models to enable health promotion and psychic-problem prevention in the community. Preventive family assistance is understood as tool to reach the community. In psychosocial projects involving families, the author found the need for a family diagnosis tool to cover the early detection of signs and symptoms, therefore accelerating a more effective action. In view of such demand, the general purpose of this paper is: to develop a pilot study for a family diagnosis model, based on the concept of the Adaptation Theory and Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO, in Portuguese) to be used in the field of Clinical Psychology Prevention; its specific purposes were: 1) to evaluate the adequacy of family relations in the adaptive areas; 2) to check intra-family problem situations; and 3) to investigate how many preventive interviews are sufficient to cover the psychodynamic/adaptive understanding of the family. For this reason, preventive home interviews were conducted with five families registered with the Family Health Program (PSF, in Portuguese). We observed that three to four one-hour-and-a-half preventive interviews were sufficient to obtain data from adaptive areas and define intra-family problem situations. The main factors affecting the duration of interviews were: indication of brevity, motivation of each family, interruptions, family ability to address anxiogenic matters, overcoming or not resistance, and participation of several family members. One of the families discontinued participation, but their data could be considered in the results analysis. The evaluation of area adequacy suggested that: none of the families presented proper responses in the affection-relational area, only one of them presented a poor response, most of them presented very poor response; in the productivity area: two families presented proper responses, two presented poor response and one of them presented very poor responses; in the organic area, two families presented proper responses, one of them presented poor responses and two of them presented very poor responses; however, in the social-cultural area, all families presented proper responses. Problem situations were possible to define and were triggered predominantly by conflicts in the affection-relational area. Those data revealed greater commitment in the affection-relational area with influence on the organic area. Therefore, the study showed that this diagnosis model is a viable proposal in regard to preventive work with families. The importance of this study is understood to be related to the possibility of promoting theoretical and technical courses to make feasible a clinical and preventive work with families.

Keywords: Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO), Adaptive, Family, Prevention, Interventive Psychodiagnosis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Prevenção e adaptação.....	15
1.1.1	Psicologia preventiva.....	15
1.1.2	Teoria da adaptação e Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada.....	16
1.2	Algumas considerações sobre a família.....	20
1.2.1	A Família como paciente.....	21
1.2.2	Família e prevenção.....	23
1.3.	Outros subsídios teóricos.....	26
1.3.1	Transmissão psíquica transgeracional.....	26
1.3.2	Contribuições de Dejours sobre o adoecer.....	27
1.4	Considerações sobre a técnica.....	29
1.4.1	Entrevista preventiva.....	29
1.4.2	Atendimento em domicílio.....	30
1.5	Justificativa.....	32
1.6	Objetivos.....	33
2	MÉTODO.....	34
2.1	Participantes.....	36
2.2	Ambiente.....	37
2.3	Coleta de Dados.....	37
2.4	Procedimento.....	38
2.5	Tratamento dos resultados e análise dos aspectos éticos.....	40
3	RESULTADOS	42
3.1	Vicissitudes e limites do estudo.....	42
3.2	Apresentação dos casos.....	43
3.2.1	Família Oliveira: Quem é que cuida?.....	44
3.2.1.1	Análise adaptativa.....	69
	a) Setor Afetivo-relacional (A-R).....	69
	b) Setor Produtividade (Pr).....	73
	c) Setor Sócio-cultural (S-C).....	75

	d)Setor Orgânico (Or).....	76
3.2.2	Família Arrais: Enlaço ou Desenlaço?.....	78
3.2.2.1	Análise adaptativa.....	81
	a) Setor Afetivo-relacional (A-R).....	81
	b) Setor Produtividade (Pr).....	82
	c) Setor Sócio-cultural (S-C).....	83
	d)Setor Orgânico (Or).....	84
3.2.3	Família Carvalho:Palavras para crescer.....	84
3.2.3.1	Análise adaptativa.....	88
	a) Setor Afetivo-relacional (A-R).....	88
	b) Setor Produtividade (Pr).....	89
	c) Setor Sócio-cultural (S-C).....	91
	d)Setor Orgânico (Or).....	91
3.2.4	Família Gouveia: O nascimento de uma família.....	92
3.2.4.1	Análise adaptativa.....	102
	a) Setor Afetivo-relacional (A-R).....	102
	b) Setor Produtividade (Pr).....	104
	c) Setor Sócio-cultural (S-C).....	105
	d)Setor Orgânico (Or).....	106
3.2.5	Família Batista: Para deixar de ser fantasma.....	106
3.2.5.1	Análise adaptativa.....	109
	a) Setor Afetivo-relacional (A-R).....	110
	b) Setor Produtividade (Pr).....	110
	c) Setor Sócio-cultural (S-C).....	111
	d)Setor Orgânico (Or).....	111
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	112
4.1	Duração das entrevistas.....	113
	a) Tempo de duração de cada entrevista.....	114
4.2	Lidando com as interrupções.....	116
4.3	“Entradas e “saídas” dos membros familiares.....	119
4.4	Considerações sobre os setores adaptativo.....	121
4.4.1	Setor Afetivo-relacional (A-R).....	121

	a)Transmissão transgeracional.....	122
4.4.2	Setor Produtividade (Pr).....	123
4.4.3	Setor Sócio-cultural (S-C).....	124
4.4.4	Setor Orgânico (Or).....	126
4.5	Sobre a situação-problema.....	127
	a)Queixa manifesta x situação-problema.....	127
4.6	Postura do entrevistador diante das angústias e resistências das famílias.....	129
4.7	Efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa das famílias.....	131
5	CONCLUSÃO	135
REFERÊNCIAS.....		141
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....		149

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta inicial o estudo de um modelo de diagnóstico familiar com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), a fim de oferecer contribuições instrumentais que possibilitem ações preventivas.

Em minha formação de psicóloga clínica, certas indagações e constatações promovidas pela prática em consultório e instituição, culminaram no interesse crescente pela Clínica Preventiva, então, em concordância com Bleger (1984), o qual descreve que o psicólogo não pode esperar que a pessoa adoeça para então interferir; pus-me a estudar e participar de projetos de prevenção em saúde mental. Foi dessa forma que tomei contato com o trabalho do Dr. Ryad Simon e da Dra. Kayoko Yamamoto, os quais tiveram significativa importância na inspiração deste trabalho.

O estudo que me proponho a realizar foi, justamente, suscitado a partir da atuação profissional em programas psicossociais com famílias, em que fui convocada a pensar em instrumentos diagnósticos que propiciassem a compreensão da família no âmbito biopsicossocial, a fim de se viabilizar intervenções preventivas mais adequadas.

A importância de trabalhos preventivos com famílias é ressaltada por diversos autores e pesquisadores que compreendem que a família, em situação de vulnerabilidade social, vê-se impossibilitada de responder às necessidades básicas de sobrevivência, proteção e afeto aos seus membros; sujeitadas, muitas vezes, ao rompimento dos vínculos familiares. (GOMES; PEREIRA, 2005; ZOLA, 2008).

No Brasil e em muitos outros países, discute-se a relevância em criar ou ampliar programas de suporte à família, bem como a necessidade de uma formação especializada que possa intervir nas crises e conflitos familiares. (SAMARATI; DRAGONE; GUARÁ, 2008)

Oliveira (2000), em palestra no III Congresso Internacional de Prevenção das Dependências Químicas, afirma que os recursos necessários à família no enfrentamento de seus conflitos, referem-se tanto ao âmbito psicológico como a união da família, a capacidade de criação dos filhos, a flexibilidade e capacidade de comunicação; quanto ao físico: moradia e renda familiar.

Em vista disto, o desafio a ser superado é o rompimento do paradigma do assistencialismo e do imediatismo, visando à implantação de políticas que possibilitem

articulação de serviços e a ação profissional junto a famílias (GUARÁ, 2008; ZOLA, 2008). Entretanto, Gomes e Pereira (2005) afirmam que não se podem propor políticas sem mencionar parcerias com a família, pois o Estado não pode substituí-la, mas assisti-la.

Nesse sentido, penso que o estudo de um modelo diagnóstico, que possibilite a compreensão da dinâmica familiar, pode promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem o trabalho do especialista, assim como fornecer subsídios para a promoção de políticas que contribuam com o desenvolvimento de programas psicossociais, atuando diretamente na reestruturação familiar.

Ao falar em diagnóstico, inicialmente, é válido mencionar que o termo diagnóstico é formado por duas palavras gregas: *dia*, que significa separar, discriminar e *gnosis*, que significa conhecer. Dessa forma, o diagnóstico pode ser compreendido como a possibilidade de se conhecer algo ou um fenômeno por meio de observações, avaliações e interpretações baseadas em recursos teóricos e científicos. (ANCONA-LOPOZ, 1984). Quanto ao diagnóstico psicológico, Ocampo (1985, p.17) pontua que: “[...] objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar”.

Cunha (2000) define psicodiagnóstico como o processo científico voltado para a identificação de forças e fraquezas egóicas. A autora ressalta, ainda, a finalidade preventiva do diagnóstico, na identificação precoce de problemas.

Por meio da busca pelo modelo diagnóstico familiar, pude constatar a gama de métodos de avaliação, que foram desenvolvidos a partir de concepções distintas sobre a compreensão da dinâmica familiar, tais como: a Tarefa Familiar (MINUCHIN et al; 1964); Entrevista Estruturada de Watzlawick (1966); Primeira Entrevista de Satir (1967); Entrevista Familiar Via Vídeo-tape (FORD; HERRICK; 1971); Entrevista Diagnóstica Conjunta (WELLS; RABINER; 1973); Entrevista Familiar Estruturada (FÉRES-CARNEIRO, 1979); Entrevista Familiar Diagnóstica (SOIFER, 1989; SOUZA, A.S.L; 1993); entre outras. Entretanto, a utilização de tais métodos implica determinadas condições, como por exemplo: uso de equipamentos de registro, ou sala com espelho unidirecional, ou que os participante sejam alfabetizados, ou ainda, aplicação em consultório conforme a demanda familiar. Tais condições podem, em alguns casos, restringir sua aplicação a famílias de programas de prevenção na comunidade. Todavia, a busca pelo instrumento diagnóstico levou-me ao encontro da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), fundamentada na Teoria da Adaptação (SIMON, 1983), que permite promover ações de proteção à comunidade contra formas de adaptação menos eficazes.

A EDAO (que será abordada juntamente a Teoria da Adaptação no item 1.2), pode ser compreendida por uma ligeira definição, como: entrevistas individuais semi-dirigidas que abrangem os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados, que após uma análise qualitativa são operacionalizadas, obtendo-se uma classificação. Já a Teoria da Adaptação é conceituada como uma condição inerente e essencial a todo ser vivo de se adaptar às constantes modificações do seu mundo externo e interno. E, a partir dos critérios de adequação, as respostas do indivíduo podem ser avaliadas num contexto biopsicossocial, inter-relacionando os setores afetivo, fisiológico, produtivo e moral.

Embora a EDAO tenha sido concebida para aplicação individual, é justamente a sua avaliação biopsicossocial que capturou minha atenção e levou-me a pensar se a Teoria da Adaptação poderia embasar um modelo diagnóstico familiar que respondesse à demanda por instrumentos que privilegiem a intervenção precoce com famílias.

Dessa forma, propus-me a desenvolver o estudo do modelo diagnóstico familiar com base na Teoria da Adaptação e na EDAO, por meio de uma pesquisa qualitativa com quatro famílias integrantes do Programa de Saúde na Família (PSF), em que realizarei entrevistas preventivas no domicílio das famílias, pelo método clínico. Para empreender este estudo e fornecer subsídios teóricos para a compreensão dos dados coletados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre prevenção, família e técnicas subjacentes a este estudo, conforme a seguinte apresentação:

Inicialmente, como este trabalho foi inspirado no âmbito da proposta preventiva, apresento algumas considerações sobre o desenvolvimento da psicologia preventiva e suas bases, assim como a Teoria da Adaptação, com a respectiva definição do termo situação-problema e, por fim, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), que são conceitos fundamentais ao modelo de diagnóstico que me proponho a estudar.

Posteriormente, abordo a relevância que grandes autores psicanalistas atribuem à família, como também um breve histórico sobre a psicanálise com famílias. Então, apresento as contribuições da psicologia preventiva na prática com famílias brasileiras e um panorama conciso dos trabalhos preventivos com família em países da América Latina, Itália e França.

Em sequência, apresento o conceito de Transmissão Transgeracional e um recorte teórico sobre algumas contribuições de Dejours (1991; 1998), à psicossomática; como aportes à análise dos setores adaptativos.

Por fim, apresento algumas considerações sobre a especificidade da técnica empregada neste estudo, abordando as Entrevistas Preventivas e o Atendimento em domicílio.

1.1 – Prevenção e adaptação

1.1.1 – Psicologia preventiva

Segundo Bleger (1984), o cliente para o preventivista é a comunidade. Toma-se, aqui, o conceito de que a comunidade tem duas características fundamentais: a geográfica (que se refere ao espaço em que transcorre a vida), e a funcional (que atribui uma certa coesão e organização sem objetivos explícitos). Bleger (1984, p.85) descreve ainda como definição mais ampla a de Prozas Arciniegas (1964):

“[...] a comunidade é uma unidade social com certas características especiais que lhe dão uma organização dentro de uma área limitada, e que se caracteriza por uma convivência próxima e duradoura de determinado número de indivíduos em constante interação”

Caplan (1980) afirma que a psiquiatria preventiva utiliza todo o conhecimento de profissionais com o objetivo de reduzir: a incidência de distúrbios mentais na comunidade (prevenção primária); a duração dos distúrbios já efetivados (prevenção secundária); a deterioração promovida por esses distúrbios (prevenção terciária).

Para Bleger (1984), a higiene mental, desde suas origens, está relacionada à doença mental, contudo afirma que esta primeira transcende os problemas de doença mental, portanto o autor evoca o papel do psicólogo, em suas múltiplas tarefas e funções, em auxílio fundamental aos objetivos e níveis da higiene mental.

No clássico *Medicina Preventiva para o Médico em sua Comunidade* (1965, p.11), Leavel e Clark citam a definição de Winslow(1920)¹ para a medicina preventiva como: “a ciência é a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental”; afirmam que esses são os objetivos finais de toda atividade médica desenvolvida no consultório com pacientes e suas famílias; nos laboratórios; e na comunidade. Os autores ordenam as fases e níveis de prevenção a partir do esquema da História Natural das Doenças (HND). Essa História abarca todas as inter-relações do agente (da doença), do hospedeiro (humano) e do meio ambiente (fatores ambientais que produzem o estímulo da doença).

O esquema da HND compreende a saúde e a doença como um processo que pode ser decomposto em dois períodos: o Pré-patogênico e o Patogênico; os quais se alternam continuamente ao longo da vida. No período pré-patogênico estão presentes as condições da

¹ WINSLOW, C. E. A. The Untilled Fields of Public Health. *Science Mod. Med.* n.2, p183-191, 1920

doença, entretanto não afetam o indivíduo (hospedeiro). Há um equilíbrio estável entre três elementos: hospedeiro, agente e meio ambiente. Havendo a alteração em um ou mais destes elementos, o equilíbrio se rompe e instaura-se a doença; inicia-se o período patogênico.

Sem a intervenção adequada, o período patogênico desenvolve-se em três estágios: o da **patogenia precoce** (no qual os sinais das doenças são imperceptíveis e o organismo por si só poderá recuperar a saúde; caso isso não ocorra, a doença evolui ao próximo estágio.); o da **patologia precoce** (já estão presentes os sinais da doença, podendo ser diagnosticados e tratados; ou, evolui ao terceiro estágio); **doença avançada** (no qual os sinais e sintomas são evidentes; o processo poderá culminar na cura total, na cura com sequelas, na cronificação da doença, ou na morte).

Com base neste esquema, Leavel e Clark (1965) sugerem medidas específicas de prevenção a cada período e estágio da saúde e doença: a prevenção primária, com a finalidade de promover a saúde e dar proteção específica; a prevenção secundária, que compreende o diagnóstico precoce e tratamento imediato com o intuito de impedir o avanço da doença, prevenir sequelas e limitar a invalidez; por último, a prevenção terciária que tem como objetivo a reabilitação, a fim de evitar ou reduzir a invalidez parcial ou total decorrentes da doença.

Assim como na Psiquiatria Preventiva, defendida por Caplan (1980) e considerando a História Natural das Doenças (LEAVEL; CLARK, 1965) a Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, para que cada vez mais a população seja beneficiada, com o intuito de prevenir a instalação de conflitos emocionais e quando já existentes, limitar o seu agravamento e/ou evitar a incapacitação.

1.1.2 – Teoria da adaptação e Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada

Baseado na concepção de Leavel e Clark (1965), Ryad Simon, precursor no campo da Psicologia Clínica Preventiva, traz contribuições, como a Teoria da Adaptação e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), que viabilizam a prática da prevenção.

No livro Psicologia Clínica Preventiva, Simon (1989) descreve que, em 1970, ao trabalhar no Setor de Serviço de alunos do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, desenvolveu um projeto preventivo com os alunos do primeiro ano de Medicina e Enfermagem; para tanto considerou necessário um instrumento de diagnóstico que

auxiliasse a triagem dos 98% daquela população, “que não eram ‘doentes’ no sentido nosológico” (SIMON, 2005, p. 12), mas que poderiam se beneficiar com a ajuda psicológica.

Mediante essa constatação, Simon (1989) ponderou que uma escala mais simples e operacionalizada que classificasse a adaptação de cada pessoa, contemplaria as necessidades diagnósticas, como também, nortearia os encaminhamentos, conforme as fases de prevenção. Assim, o autor estudou e conceituou a Teoria da Adaptação, que fundamentou a elaboração da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

Para Simon (1989), a adaptação é inerente a todo ser vivo, sendo assim, a Teoria da Adaptação considera que todas as pessoas vivas possuem algum grau de adaptação, por mínima que seja, caso contrário não há vida. O autor esclarece que o ser humano precisa recorrentemente encontrar novas respostas às diferentes e inéditas situações. Assim, todo o comportamento pode ser compreendido conforme o referencial adaptativo, em que há um esforço para adaptar-se da melhor forma que seja possível. Desse modo, a eficácia na adaptação varia conforme a pessoa e seu momento de vida de acordo com as circunstâncias internas e externas.

Conforme o autor citado, existem *fatores* internos e externos mediados pelo Ego (que podem ser positivos ou negativos), que interferem e influenciam a adaptação do ser humano. Os fatores internos são relativos a tudo que compreende o mundo interno do sujeito, sua estrutura e dinamismo; incluem-se as pressões internas, o conjunto de defesas, as relações internas objetais e o próprio organismo em sua integridade e funcionamento. Os fatores externos referem-se à totalidade de bens materiais, culturais e sociais, que tenham ligação emocional com o indivíduo.

Quando a mudança nesses fatores internos ou externos ocorre de forma abrupta, propiciando, momentaneamente, a falta de resposta-solução do indivíduo, pode eclodir uma crise, na qual há angustia diante do novo e desconhecido. Para Simon (1989), a crise classifica-se de acordo com sua origem: de perda ou ganho, que abala o equilíbrio adaptativo, causando uma redução ou aumento significativo do espaço no universo pessoal. Conforme a classificação da crise, verificam-se sentimentos predominantes, e, portanto, há procedimentos preventivos específicos a cada tipo de crise.

Para avaliar a adaptação do ser humano, Simon (1989) sugere o conceito de adequação, em que se analisam qualitativamente as soluções que o sujeito encontra aos problemas que é acometido, seguindo três critérios: 1º) se realmente resolve o problema; 2º) se a solução é gratificante ou não; 3º) se a solução gera ou não conflitos intrapsíquicos ou ambientais.

Com base nos critérios citados, são possíveis três tipos de adequação às situações-problema:

- a) adequado: quando a solução encontrada atende os três critérios: resolve e gratifica sem conflitos;
- b) pouco adequado: quando atende dois critérios: resolve sem conflitos, mas não satisfaz ou, resolve, satisfaz, mas causa conflito;
- c) pouquíssimo adequado: quando resolve, mas não satisfaz e causa conflito.

No entanto, Simon (2005) aponta que uma pessoa pode apresentar respostas adequadas em uma área de sua vida e pouquíssimo adequadas em outras. Então, a partir de sua experiência clínica, o autor passa a aplicar os critérios de adequação a cada Setor de Funcionamento humano, concebidos da seguinte forma:

- Setor Afetivo-relacional (A-R): compreende o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao semelhante (interpessoal);
- Setor Produtividade (Pr): referente à totalidade de respostas frente a qualquer atividade produtiva como o estudo, o próprio trabalho, a religião entre outros;
- Setor Sociocultural (S-C): abrange o conjunto de respostas do indivíduo relativos à organização social, recursos comunitários, valores e costumes da cultura em que vive;
- Setor Orgânico (Or): indica o estado físico da pessoa, bem como seus sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo.

(SIMON, 2005, p.25)

Com base nestes conceitos, Simon desenvolveu a EDAO, um instrumento diagnóstico capaz de operacionalizar e classificar a adequação de indivíduos, possibilitando a compreensão da “situação-problema” (SIMOM, 2005, p.28) e indicação de medidas preventivas, como a Psicoterapia Breve Operacionalizada.

A respeito da definição de “situação-problema”, Simon(2005) esclarece que, quando uma nova e significativa situação surge na vida de uma pessoa, esta é compelida a encontrar uma resposta, não a uma questão qualquer, mas a um desafio emocionalmente importante, imbricado por variáveis que coexistem e interagem, promovendo uma tensão crítica, que a pressionam a uma solução, mesmo que conflitiva, caso contrário eclodir-se-ia uma crise, com exceção aos casos patológicos graves. Conforme o autor, a situação-problema é o conceito central na Psicoterapia Breve Operacionalizada e pode ser definida por meio da EDAO.

Quanto à aplicação da EDAO, é realizada por meio de entrevistas psicológicas, semidirigidas e individuais, que investigarão a queixa, seu histórico e evolução; a história pregressa do paciente; e outras áreas com sintoma, a fim de detectar situações-problema com

relação aos quatro setores adaptativos (Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico), que interagem.

Com a redefinição da EDAO (1998), os setores Afetivo-relacional e Produtividade, considerados clinicamente mais importantes, foram mantidos com atribuições qualitativas e quantitativas e os setores Sociocultural e Orgânico somente qualitativas, resultando na pontuação quantitativa conforme a Tabela:

Pontuação Segundo Adequação

Setor	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
PR	2	1	0,5

De acordo com a operacionalização dos Setores, Simon (2005) estabeleceu a classificação das pessoas quanto à sua eficácia e adaptação, compreendendo cinco grupos:

Grupo1 – Adaptação Eficaz: corresponde à personalidade ‘normal’, com raros sintomas neuróticos ou caracterológicos;
 Grupo2 – Adaptação ineficaz leve: corresponde a sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições;
 Grupo 3 – Ineficaz moderada: corresponde a alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos;
 Grupo 4 – Adaptação Ineficaz severa: corresponde a sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos;
 Grupo5 – Adaptação Ineficaz grave: corresponde a neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracteriológica.(SIMON, 2005, p.28).

Após a aplicação e análise da EDAO, Simon (2005) aconselha medidas preventivas específicas, como a Psicoterapia Breve Operacionalizada. Ademais, o autor pontua que a EDAO foi inicialmente desenvolvida para servir aos propósitos de classificação e prevenção para grande número de pessoas, mas sua utilização poderia estender-se ao atendimento individual em consultório, como também para fins de pesquisa.

Atualmente, a EDAO é conhecida por profissionais clínicos, sendo utilizada em diversas pesquisas voltadas à saúde mental, como em: Souza (1995), Heleno (2000), Frasson e Souza (2002), Medeiros (2007), Altman (2008), Tamagnani (2009), Valentim (2010), entre tantas outras. Contudo, os pesquisadores utilizaram a EDAO como instrumento individual, tal como Simon (1983) a concebeu, não havendo o registro de um estudo sobre sua aplicação no grupo familiar, no entanto Simon (1989, p.137) recomenda que a Teoria da Adaptação seja “continuamente enriquecida pela experiência, de modo a permitir a elaboração de estratégias preventivas mais eficientes”; dizeres que embasam e motivam o presente estudo.

1.2 – Algumas considerações sobre a família

1.2.1 – A Família como paciente

A família é uma instituição tão antiga como a própria espécie humana, a qual intermedeia o indivíduo e a sociedade. É uma unidade básica de desenvolvimento e experiência, de realização e fracasso, enfim de saúde e doença. (ACKERMAN, 1974).

Desde o início da psicanálise, Freud considerou a importância da família na composição da sintomatologia do paciente. Em *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud (1905) recomenda que o analista deva dar a mesma atenção às condições sociais do paciente quanto aos sintomas patológicos. (FÉRES-CARNEIRO, 1996).

No *Caso do pequeno Hans*, Freud (1909) aponta as relações pais e filhos como núcleo do enfoque psicanalítico sobre o desenvolvimento humano. A análise da fobia desse menino de cinco anos mostra a sintomatologia como resultante da situação edípica de Hans sendo influenciada pelos conflitos edípicos não resolvidos de seus pais. Nessa perspectiva, pode-se considerar esse sintoma proveniente do grupo familiar.

Segundo Ackerman (1974), Freud concebia a família como o meio para disciplinar os instintos biológicos fixos da criança e a forçar à repressão de sua descarga espontânea.

Klein (1975;1991), em sua obra, descreve o desenvolvimento infantil reconhecendo a importância de um Ambiente Favorável para a promoção de experiências de gratificação. A autora enfatiza a dependência da criança em relação a sua mãe e, posteriormente, às figuras combinadas (em que, nos primórdios da separação: eu e outro, o pai estaria incluso na figura da mãe). Dessa forma, a criança relaciona-se com o meio ambiente por meio dos mecanismos de projeção e introjeção a partir de seu mundo interno. Embora, a autora tenha centralizado seus estudos no mundo interno, discutindo conceitos sobre inveja, gratidão, carga pulsional inata, entre outros, não desconsidera a relevância do funcionamento familiar.

Outro grande autor, Winnicott (2001), considera que a família é a única entidade capaz de dar continuidade às tarefas da mãe quanto ao atendimento das necessidades do indivíduo em relação à organização da realidade psíquica pessoal. O autor, é função da família viabilizar o crescimento pessoal, aqui concebido como maturidade emocional. Pois, compreende que a família deveria possibilitar o caminho de transição entre dependência e a independência; os cuidados parentais e a sociedade.

Conforme Winnicott (2001), a família protege a criança do mundo e, aos poucos, permite a introdução da sociedade, por meio da apresentação de parentes, outras crianças e a escola. Por outro lado, a criança utiliza-se da rebeldia para romper o círculo de segurança e inserir-se em outro círculo mais amplo. Contudo esse movimento à independência só terá êxito se a criança encontrar o apoio compreensivo da família, aceitando-a e permitindo que volte ao relacionamento primário com os pais. Já a desintegração da estrutura familiar pode promover o aparecimento de sintomas e distúrbios clínicos na criança, tais como: as manifestações psicossomáticas e o estabelecimento precoce da independência no sentido da responsabilidade e não da maturidade.

Muitos teóricos enfatizam a importância da família no desenvolvimento normal da criança. Mannoni (1977), por exemplo, afirma que a criança pode servir de depósito da doença familiar. Além disso, Dolto (1988) identifica em seus estudos que 50% dos casos de criança neurótica estão associados à neurose familiar.

Em concordância com Mannoni (1977) e Dolto (1988), Arzeno (1995) ressalta a importância da entrevista familiar no psicodiagnóstico de crianças. Souza (1993), em estudos mais recentes sobre a inibição intelectual da criança, confirma a relevância da entrevista familiar no atendimento infantil, pois considera que a problemática da criança é composta, também, por conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos advindos da relação familiar patológica.

Voltando a Winnicott (2000), o autor descreve o caso de Kathleen, uma menina psicótica de seis anos, cuja melhora se deu por meio das orientações à família, possibilitando que esta se autorizasse e se apropriasse dos cuidados e da recuperação de Kathleen. Outros autores, assim como Ackerman (1981), consideram que a participação da família é fundamental no tratamento das dificuldades emocionais de crianças e adolescentes.

Ackerman (1981), no entanto, enfatiza que a família foi tratada, por muito tempo, como prolongamento da criança, já o enfoque familiar foi tomando forma a partir de estudos sobre a expansão da análise da criança, de pacientes psicóticos e da terapia de grupo.

A terapia familiar desenvolveu-se a partir de significativas contribuições teóricas. Dentre as diversas postulações, podem-se ressaltar: a teoria do desenvolvimento da personalidade de Adler; o estudo das relações interpessoais, em que a patologia tem uma relação interacional, de Sullivan; o conceito de mãe esquizofrenogênica, tendo a relação mãe-filho como possível fonte de patologia, de Frieda Fromm-Reichman; e o estudo da doença mental a partir da compreensão em que o indivíduo pode ser depósito da patologia que é da família, de Pichon-Rivière. (FÉRES-CARNEIRO, 2003; YAMAMOTO, 2006).

O campo da terapia familiar organiza-se entre duas grandes abordagens: a Sistêmica e a Psicanalítica. Para este estudo, tomar-se-á o enfoque das escolas psicanalíticas.

O atendimento de famílias foi introduzido no Brasil por volta dos anos 70. Contudo, é em meados da década de 40 que a Psicanálise de Família começa a tomar forma ao longo do mundo, a partir de uma ampliação da técnica psicanalítica individual, para realizar atendimentos à família de pacientes esquizofrênicos. (GOMES², 2008; PONCIANO; FÉRES-CARNEIRO, 2003).

Em 1962, Ackerman (1974), um dos pioneiros no trabalho com famílias pela abordagem psicanalítica, co-fundou a primeira revista específica da área – *Family Process*. Inicialmente, os trabalhos do autor foram criticados pelos psicanalistas individuais, por causa da similaridade entre o trabalho familiar e o individual. Entretanto, Ackerman (1974) considerava que o atendimento familiar poderia trazer à tona segredos e questões conflitivas, que por si só não seriam elucidadas. (BOX, 1994; GOMES, 2008).

Em Londres, a Tavistock Clinic foi pioneira em aplicar os conceitos da psicanálise clássica com base na Teoria das relações Objetais de Klein, para o estudo do atendimento da família, constituindo-se num espaço para a formação de analistas e pesquisadores de família, o qual foi, posteriormente, nomeado como: Tavistock Institute of Marital Studies (TIMS). Ao longo do tempo, esse Instituto foi construindo seu corpo teórico a partir das referências de Freud, Klein, Bion, Winnicott, Balint e Bowlby.

Influenciados pelos trabalhos do Tavistock Institute, Pincus e Dare (1981) formulam suas hipóteses a partir de estudos sobre mitos familiares e seus efeitos na dinâmica da família. Para os autores, os mitos são segredos ou crenças cultivados em família, que podem ser inconscientemente compartilhados e transmitidos entre gerações. Segundo os autores, os segredos mais cuidadosamente escondidos são provenientes de fantasias incestuosas.

Dentre os psicanalistas formados pela Tavistock, pode-se também destacar Meyer (1987), que analisa a família sob um prisma Kleiniano e Bioniano; cujas contribuições sobre as relações intrafamiliares e interfamiliares são de suma importância. O autor sugere especial atenção ao jogo de projeções e identificações projetivas que ocorrem no grupo familiar. Para ele, um membro da família só assume um papel idealizado porque outro está disposto a receber os aspectos maus em seu lugar.

Os aspectos que compõem a parte da familiaridade permanecem latentes à observação enquanto a pessoa estiver numa situação de isolamento relativo; mas o contexto familiar faz com que estes aspectos venham à tona e como

² GOMES, I.C. **Psicanálise de casal e família**: alguns referenciais teóricos. Texto veiculado em aula em 8 de abril de 2008.

que revelassem ao indivíduo a natureza intrínseca de sua personalidade enquanto membro da família. (MEYER, 1987, p.50).

Na França, por volta dos anos 70, psicanalistas como Eiguer (1985) e Kaës (1998; 2001), partem dos estudos Bionianos sobre os grupos e correlacionam à terapia familiar, desenvolvendo um referencial próprio denominado Psicanálise das Configurações Vinculares. Eiguer traz à psicanálise de família e casal, aportes sobre a influência do mandato geracional nos vínculos familiares. Por outro lado, Kaës realiza expressivas contribuições a respeito do conceito de Transmissão psíquica transgeracional (o qual será abordado no item 1.3.1).

Na América Latina, a Psicanálise Vincular desenvolve-se em extensa produção bibliográfica, tendo Berenstein (1988; 1997) e Puget (1997) como seus expoentes. Ambos os autores foram influenciados pelos pensamentos de Bleger e Pichón-Riviere. (GOMES, 2008). Para Bleger (1984), a função da família é servir de reservatório para as partes mais primitivas de cada um dos membros, possibilitando, conforme a dinâmica de cada família, uma simbiose normal e necessária que permitirá o desenvolvimento de partes mais adaptadas da personalidade, ou, no caso de simbiose psicopatológica, uma indiscriminação do mundo interno e externo, impossibilitando a individuação e personalização de seus membros. Dentre as contribuições de Pichón-Riviere, pode-se enfatizar o mecanismo de *deposição*, em que os afetos, as fantasias e a enfermidade de cada pessoa da família são depositados no outro (depositário), dando origem à noção de *porta voz* e *bode expiatório* da patologia da família. (RAMOS, 1992).

Retornando a Berenstein (1988; 1997) e Puget (1997) os autores introduzem a questão da intersubjetividade e transubjetividade nos processos inconscientes da estrutura familiar, em que os significantes atravessam as subjetividades, produzindo a passagem inconsciente de ideologias, convicções e mitos familiares. Os autores compreendem e estudam a noção de vínculo como uma instância psíquica, que deriva do contato e presença do outro, pois, para os autores, o sujeito só existe na ligação com o outro e no pertencimento ao grupo.

O atendimento psicanalítico de famílias no Brasil vem se desenvolvendo a partir das influências da Escola de Tavistock e da Psicanálise Vincular, no entanto não se pode deixar de destacar as contribuições da Psicoterapia Preventiva advindas do campo da pesquisa e prática, que tem aprimorado os modelos de intervenção clínica, a fim de possibilitar as medidas preventivas relacionadas aos problemas psíquicos na família.

1.2.2 – Família e prevenção

Yamamoto (1990, p.41) desenvolveu um importante estudo sobre *A psicoterapia Preventiva da Família*, desbravando novos caminhos quanto à técnica e à práxis no atendimento com famílias. Nesse estudo, a autora define a família “como um grupo de duas ou mais pessoas que, habitando sob um mesmo teto, estão ligadas por vínculos matrimoniais (legalizados ou não), paterno ou materno-filiais, fraternais ou outro parentesco e compartilham de uma intimidade afetiva comum.” Neste sentido, também faz parte da família um membro que já se afastou ou faleceu, mas que tem função de bode expiatório, provedor ou objeto idealizado que foi perdido.

Nesse trabalho, Yamamoto (1990) realiza Psicoterapia Breve Operacionaliza com as famílias, compreendendo-a como provedora de suprimento para os Quatro Setores adaptativos aos seus membros. Para tanto, propõe a adaptação dos *Quatro Setores*, conceituados por Simon (1989), tomando a seguinte configuração:

- a)Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
- b)Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de autossuficiência;
- c)Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
- d)Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental. (YAMAMOTO, 1990, p.40-41)

Podem-se ressaltar algumas considerações desse estudo que norteiam o atendimento preventivo com famílias, tais como: a família (e não um membro isolado desta), é o paciente para o psicólogo preventivo. Mesmo quando a queixa dirige-se a um membro, o psicólogo não contesta a família, mas direciona seus esforços para uma compreensão mais ampla, relacionando o específico membro às interdependências e reações dos demais componentes. Dessa forma, o foco do atendimento recai na trama das relações familiares. Assim, ainda que alguns de seus membros não estejam efetivamente participando, o atendimento pode ser realizado com os componentes presentes.

A partir deste estudo, Yamamoto (2006) publicou o livro intitulado: *Psicoterapia Preventiva da Família: Método e Ilustrações Clínicas*. Nessa obra, a autora apresenta com proficiência sua práxis no desenvolvimento da Psicoterapia Preventiva da Família, o respectivo embasamento teórico, os objetivos e utilidades vinculadas à demanda da população brasileira. Didaticamente descreve a técnica e os resultados; e ainda, ilustra com casos clínicos as discussões e seus “achados” (constatações e descobertas).

Nesse livro, Yamamoto (2006), também, revela que uma de suas intenções era a validação da Escalas Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) das relações

familiares. Mas, tendo em vista a primazia pela psicoterapia, devido à demanda, a autora se empreende na magnitude em desbravar a Psicoterapia Preventiva da Família.

Simon (1995; p.12), também, traz significativas contribuições à Psicoterapia Preventiva da Família, elucidando que o diagnóstico das relações familiares deverá considerar “[...] dois cortes no processo evolutivo temporal”. O primeiro transversal: relativo aos fatos presentes, contemplando a queixa e todo o conjunto de respostas às perguntas que auxiliam compor a Situação-problema, tais como: o quê?; quem?; como? - O que está acontecendo agora? Quem está envolvido? Como é o envolvimento? E, o corte longitudinal: refere-se ao passado, cabendo responder: onde? quando? e por quê? – Onde ocorreu o problema? Quando começou o envolvimento? Por que aconteceu? Para este último *corte*, o conceito de transmissão transgeracional (que será abordado no item 1.2.3) poderá auxiliar a análise, pois considera que a herança psíquica do ser humano é constituída pela transmissão psíquica de pais aos filhos (intergeracional) e de avós aos netos (transgeracional), que podem carregar conflitos inconscientes. (LEBOVICI, 2004).

No Brasil, estudos apontam que a maioria dos trabalhos preventivos com famílias está direcionada às ações e programas parentais, que visam à prevenção de problemas comportamentais em crianças, cujo embasamento teórico segue o modelo cognitivo-comportamental. (RIOS; WILLIAMS, 2008).

Na França, Rabault (2008) descreve trabalhos preventivos com famílias, mantidos pelo governo, que buscam melhorar as relações conflituais entre pais e filhos. Tais programas contam com a intervenção especializada no âmbito educativo e psicológico; proporcionam subsídios financeiros às famílias e disponibilizam uma operária familiar que tem um papel pedagógico quanto às atividades domésticas. Há ainda, o programa de Assistência Maternal, que presta atendimento quanto aos afazeres domésticos, enquanto os pais se adaptam à nova realidade promovida pela vinda do bebê.

Samarati e Dragone (2008) esclarecem que na Itália há diversos programas de suporte à família, que favorecem os cuidados maternos e o gerenciamento familiar, no entanto as autoras enfatizam a necessidade de ampliar esses trabalhos e expandir o conceito sobre a importância da família, propondo programas que auxiliem não a estruturação das residências, mas a estruturação da própria família.

Quanto à América Latina, Meirelles (2008) ressalta a importância de pensar as políticas públicas de forma integrada, a fim de promover a inserção social pautada no princípio de convivência familiar e comunitária.

Para o Brasil, Guará (2008, p.46) afirma: “Precisamos descobrir formas de atuar junto às famílias, contemplando demandas de educação, saúde, higiene, orientação econômica, entre outras”. A autora enfatiza a necessidade de formação especializada para trabalhar, discutir crises e conflitos familiares junto às comunidades carentes e, também, ao Programa de Saúde da Família - PSF.

O PSF desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família, tendo como unidade de atendimento a família em seu habitat/domicílio. (CARDOSO, 2002; GOMES; PEREIRA, 2005; FRANCA; VIANA, 2006). Contudo, pesquisas apontam uma escassez bibliográfica direcionada à práxis do psicólogo quanto à sua inserção no PSF. (FRANCA; VIANA, 2006).

1.3. – Outros subsídios teóricos

1.3.1 – Transmissão psíquica transgeracional

Segundo Gomes e Paiva (2008), a noção de transmissão psíquica está presente desde o livro da Gênese, perpassando por Freud – em Totem e Tabu (1912-1913) e Teoria da repetição (1914) – até ser aprofundada e atualmente muito discutida pelos psicanalistas de grupo e família.

Para as autoras, a transmissão psíquica faz-se presente em todos os processos humanos: na cultura, na religião, entre outros; dessa forma, o transgeracional é um dos modelos de transmissão, no qual há a passagem de material sem elaboração, em que as histórias passadas se repetem no presente sem a possibilidade de uma integração psíquica.

A constituição do sujeito, segundo Kaës (2001), dá-se no espaço do intrapsíquico e o intersubjetivo, sendo que este último se deve à subordinação do sujeito a um grupo que o precede, como a família, as instituições e o social. O autor enfatiza que é a partir desses grupos que são transmitidas as referências identificatórias, os sistemas de relação de objetos e os mecanismos de defesas.

Corroborando com as idéias de Kaës (2001), Granjon (2000) afirma que: “Os processos da transmissão implicam ligações com e entre diferentes níveis intrapsíquicos e intersubjetivos intermediadas pelo grupo”. (p.24). A autora define duas modalidades de

transmissão psíquica: a intergeracional e a transgeracional. A primeira caracteriza-se pela modificação daquilo que é transmitido de uma geração a outra. Já, na transgeracional, o que é transmitido pelas gerações não favorece modificações, as quais possibilitariam a integração psíquica.

Para Lebovici (2004), a transmissão, inter e transgeracional, constitui a herança psíquica do ser humano. Quando o que é transmitido é o conflituoso demais, a pessoa não pode integrar aquilo que é transmitido, de forma que a transmissão da cultura é bloqueada. A transmissão transgeracional pode ser um mito que tende a definir o eixo do mandato de vida imposto ao descendente. O autor considera que a transmissão de conflitos inconscientes pode ser feita por meio de um “mandato transgeracional”, o qual dificulta ou impede o desenvolvimento da criança.

Kaës (1998) afirma que a transmissão se organiza a partir do negativo. Para o autor, aquilo que se transmite seria, preferencialmente, o que não se lembra ou não se contém, como a doença, a falta, a vergonha entre outros. Contudo, o autor também reconhece a transmissão daquilo que “ampara e assegura as continuidades narcísicas”.(p.9).

Retornando a Granjon (2000), a autora assinala que tudo é transmitido, a cultura, a história e o mito da família, todavia dependerá do receptor (de seu aparato psíquico) a possibilidade de elaborar as heranças psíquicas apropriando-se ou modificando-as. Dessa forma, a autora aponta uma diferenciação evolutiva entre o que é transmitido e o que é herdado, podendo ser adquirido.

A importância clínica de considerar-se a transmissão transgeracional para auxiliar a análise do *corte longitudinal* deve-se ao reconhecimento da passagem: daquilo que não se lembra ou não se contém; das “faltas” e “bloqueios”; da ordem da vergonha ou do traumático; repercutindo nas repetições de histórias passadas.

1.3.2 – Contribuições de Dejours sobre o adoecer.

Desde as iniciais contribuições de Dejours (1991; 1998) à psicossomática, até suas últimas discussões, observa-se a transformação e o desenvolvimento de suas idéias. (CASETTO, 2006). Contudo, para fins deste estudo, é importante realizar um recorte teórico, esboçando somente, algumas das últimas contribuições do autor, que poderão auxiliar na análise adaptativa do setor Orgânico.

Dejours (1998) atribui à relação afetiva, a posição central dos fenômenos psicossomático.

“O sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço por alguém. A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro” (Dejours, 1998, p. 41).

Portanto, o autor afirma a primazia da intersubjetividade sobre a intrasubjetividade no processo de adoecer. De forma que, a ocorrência somática é considerada um sintoma que ocorre na trama intersubjetiva, e não mais, como inerente as más mentalizações. Para exemplificar, Dejour (1998) recorre à doença de Freud (câncer), para enfatizar que esta não surgiu por causa de más mentalizações, do grande pensador. Assim, Dejour (1998) afirma que esse não seria o critério para classificar os pacientes psicossomáticos.

Ademais, o sintoma somático dirigido a um outro, expressa uma intencionalidade, ele ocorreria exatamente porque a captura libidinal não pode ser feita e transformada em um “agir expressivo” dirigido francamente a um outro “Afim, convoca-se sempre o corpo para produzir significações, e sobretudo para produzir efeitos – sedução, medo, sono etc – no outro”. (Casetto, 2006, p135)

O sentido (a significação) da doença somática estaria no interior do próprio processo de adoecimento, mas não em sua origem. E, este sentido só poderá ser criado e elaborado por meio da relação com o outro (o analista). (Casetto, 2006). “o sentido do sintoma somático, se é que ele existe, não está no sintoma, mas no trabalho de interpretação eventualmente desencadeado por ele” (Dejour, 1998, p. 40)

1.4 – Considerações sobre a técnica

1.4.1 – Entrevista preventiva

“A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico” (Bleger, 1980, p.9). Segundo o autor, a entrevista psicológica é um instrumento técnico de investigação científica pautada na teoria composta por conhecimentos advindos da psicanálise, da Gestalt, da topologia e do Behaviorismo, cujos objetivos são: a investigação, o diagnóstico e a terapia.

Para a realização da investigação, o autor aponta três etapas: a observação, a hipótese e a verificação, as quais se intercalam e atualizam durante toda a entrevista.

O autor atribui, como especificidade desse instrumento psicológico, a participação e influência do entrevistador, pois compreende a entrevista como uma relação humana, em que o entrevistador procura saber sobre o entrevistado, utilizando-se tanto de seu conhecimento prévio como de suas impressões (contratransferência, identificação etc.). O autor enfatiza a necessidade de uma sistematização que considera como sendo o enquadre, a constituição do campo, a análise das transferências e contratransferências entre outros, a fim de viabilizar um estudo mais detalhado.

Simon (1989) destaca como essencial diferença entre Entrevista Diagnóstica Clínica e Entrevista Preventiva, o fato de o entrevistado ser procurado e não ter procurado o *psico-higienista*/entrevistador, ou seja, comumente nas entrevistas diagnósticas clínicas os entrevistados buscam o auxílio do especialista com uma queixa, frequentemente manifesta, em outras, são trazidos pela família, como representantes da queixa, ou ainda, encaminhados, também por algum motivo.

Ocampo (1985) ressalta como questionamento fundamental, para o auxílio nas Entrevistas Iniciais, a investigação do motivo que desencadeou a procura do paciente, ou seja, o porquê de ter vindo e, sequencialmente, as possíveis discrepâncias entre o motivo manifesto e o latente. Já nas Entrevistas Preventivas, é o *psico-higienista*/entrevistador que vai ao encontro do entrevistado/paciente, com o intuito de intervenção primária ou secundária, podendo deparar-se com a patogenia precoce, a patologia precoce, a doença avançada, ou a invalidez. (conforme terminologia de Leavel e Clark, 1965). Essa diferença repercute diretamente na condução e na técnica a ser seguida pelo entrevistador.

Conforme Simon (1989), o fato de ser procurado ou convocado à entrevista por um especialista pode ser em si desencadeador de persecutoriedade exacerbada. Para tanto, o autor propõe técnicas suportiva e interpretativa, a fim de lidar com a provável angústia persecutória do paciente. Dessa forma, sugere que, logo no início da entrevista, seja elucidado ao paciente o porquê desta, assim como seja assegurado a ele total sigilo. Outra medida técnica colocada por Simon (1989, p.49) é a introdução com o questionamento ao paciente: *Você sabe por que está aqui?* Para que, a partir da resposta do paciente, o entrevistador possa adquirir certos esclarecimentos expostos a seguir:

- a)intuito do entrevistador conhecer o paciente para verificar o que está bem com ele e ver se é possível melhorar mais;
- b)verificar o que não está bem e ver o que pode ser feito para ajudar a melhorar, ou encaminhar a quem poderia dar esta ajuda;

- c) esclarecer alguma dúvida ou fornecer alguma informação especializada que o sujeito queira a respeito de sua pessoa ou alguém de suas relações;
- d) tentar eliminar preconceitos sobre quem precisa ou que vem a ser ajuda psicológica. (SIMON, 1989, p.49)

Simon (1998) também chama a atenção às resistências, que podem dificultar e até impossibilitar a realização das entrevistas; de maneira que descreve algumas medidas facilitadoras. Primeiramente, o autor alerta sobre o provável medo que o paciente sente em ser diagnosticado como louco, devido frequentemente à noção leiga sobre a loucura. Esse medo pode ser dissipado por explicações. Outras resistências, desencadeadas por angústias mais intensas, requerem medidas interpretativas e, ainda, há aquelas em que a oposição ferrenha realmente impossibilita a entrada do entrevistador. Neste caso, o autor recomenda encerrar as entrevistas, oferecer a possibilidade do atendimento por outro entrevistador e, na recusa deste procedimento, colocar-se à disposição frente a uma solicitação ulterior.

Em relação aos *Quatro Setores* a serem investigados, Simon (1989) orienta que a entrevista seja conduzida a partir dos âmbitos menos ansiógenos (setor Sociocultural e produtividade), até os mais ansiógenos (setor orgânico ao afetivo-relacional). Além disso, ressalta que as entrevistas deverão ser realizadas em poucos encontros (de um a três), e que em seu término é fundamental fornecer um feedback ao paciente e colocar-se à disposição para ajudá-lo ou encaminhá-lo a outro especialista.

1.4.2 – Atendimento em domicílio

Yamamoto (1990) desenvolveu um importante estudo sobre *A psicoterapia Preventiva da Família* realizada no domicílio, em que apresenta as seguintes constatações: a família sentia-se mais amparada em sua casa frente ao desconhecido, o qual era representado pelo entrevistador; todos os elementos da casa eram utilizados pela família como recurso de comunicação; a organização espacial da casa exprimia a dinâmica familiar; verificou-se o uso que a família fez da presença do psicólogo, como por exemplo, colocando-o no lugar de terceiro excluído; e pôde-se observar a dramatização da família em sua casa; entre outras constatações.

Berenstein (1988) considera o espaço habitacional como expressão da estrutura familiar inconsciente, em que a distribuição e a distância do espaço diagramado na residência; a intercomunicação entre os cômodos (presença e ausência de portas e paredes); e a nomeação

atribuída aos ambientes da casa, são elementos de análise na compreensão da organização inconsciente dos grupos familiares.

Simon (1995) reforça a importância dos atendimentos no domicílio, ressaltando as fartas informações transferenciais (de cada familiar para o psicólogo), extratransferenciais (relações dos familiares entre si), contratransferenciais (reações do psicólogo ante o ambiente e os membros da família) que podem estar ao alcance do psicólogo.

Em recente estudo sobre intervenção psicanalítica com pais-bebê no âmbito da amamentação, Feliciano (2009, p.124) realizou “encontros-consulta” na residência dos participantes, por considerar os elementos observados no ambiente como recurso adicional à análise.

A realização da entrevista na residência familiar poderá facilitar a interação com o psicólogo, como apontado por Sachs (1986 apud YAMAMOTO, 1990, p.41). Em seus estudos, o autor propõe visitas domiciliares para amenizar a resistência do pai, quando causada por sua condição socioeconômica. O autor verifica que as visitas residenciais diminuem as distâncias hierárquicas entre o terapeuta e os familiares.

Rios e Williams (2008) efetuaram uma revisão na literatura sobre trabalhos de intervenção familiar, cujo foco era a prevenção de problemas de comportamento infantil e verificaram que um dos motivos para o baixo engajamento de famílias carentes em programas preventivos se refere à realização destes em locais distantes das casas das famílias. As autoras apontam, ainda, que a eficácia de programas parentais (avaliados pelas autoras) está também relacionada com a realização destes programas nas residências das famílias, inseridos na cultura de suas comunidades.

Em minha experiência profissional (embora não tenha caráter científico), tive a oportunidade de acompanhar educadores (integrantes das equipes de Programas idôneos e respeitáveis que realizam trabalhos com famílias carentes), nas visitas domiciliares, obtendo uma vivência ímpar que me fez repensar sobre as intervenções mais adequadas à população com condição socioeconômica baixa.

Nesta ocasião, compreendi que, ser recebida de forma tão primorosa (dentro das possibilidades), por algumas famílias, devia-se ao vínculo destas com os educadores. No entanto, tive a grata surpresa de perceber que, ao identificar-me como psicóloga, algumas famílias expuseram dificuldades mais íntimas, que até então não haviam mencionado a ninguém, inclusive aos educadores (segundo o próprio depoimento). Deparei-me com pessoas que, por falta de informação a respeito do trabalho do psicólogo, tinham receio de procurar auxílio do especialista, mas que, indubitavelmente, necessitavam do benefício da intervenção.

Posteriormente, pude perceber que, mesmo as pessoas que visivelmente aproveitavam as intervenções dos educadores, e ainda, solicitavam ajuda especializada, não chegavam ao Posto destes Programas. Estranhamento que me levou a refletir sobre o atendimento domiciliar.

É inegável o quão rica é a visita domiciliar, para a análise e compreensão da pessoa na família e a família propriamente dita, a começar pelo recebimento ou não dos especialistas, dos significados contidos na hospitalidade, na presença e ausência de determinados membros da família, na conservação e limpeza da moradia, entre outros tantos.

Corroborando com essas constatações, Avoglia (2006) realiza um estudo sobre avaliação psicológica, em que propõe a visita familiar e a visita escolar como estratégias complementares ao psicodiagnóstico de crianças com queixa escolar. A autora conclui que essas estratégias possibilitam ampliar a compreensão diagnóstica fornecendo dados para uma leitura mais contextualizada da realidade da criança.

A partir dessas considerações, compreende-se que a residência das famílias, como local para as entrevistas, atende os propósitos preventivos deste estudo.

1.5 – Justificativa:

Por meio da minha atuação profissional em Projetos Psicossociais com famílias em situação de vulnerabilidade social, e noutros que tive acesso, pude observar o cuidado no levantamento das necessidades da comunidade (o qual deve anteceder a elaboração dos programas de ação). No entanto, os procedimentos propostos não incluíam a avaliação diagnóstica para cada família, resultando em intervenções, algumas vezes morosas ou ineficazes.

Partindo dessa constatação, ponderei como primordial a diferenciação das famílias, em sua singularidade, considerando a dinâmica familiar e a capacidade de adaptação num contexto biopsicossocial, para então se pensar e propor uma intervenção mais adequada. Assim, a solução proposta foi estudar um modelo diagnóstico, que atendesse as especificidades dessa população, que apesar de precisar de auxílio especializado, não o busca por falta de informação ou receio. Por isso que, no trabalho preventivo, é o especialista que vai ao encontro das famílias.

Dessa forma, penso que a compreensão da dinâmica familiar pode promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem o trabalho do especialista, assim como fornecer subsídios para a promoção de políticas que contribuam com o desenvolvimento de programas psicossociais que atuem diretamente na reestruturação familiar.

A proficuidade desse modelo diagnóstico adaptativo familiar será abranger a detecção precoce de sinais e sintomas (os quais poderiam passar despercebidos), abreviando uma ação mais eficaz e configurando-se como um recurso ao trabalho clínico e preventivo com famílias e ao trabalho do psicólogo inserido no Programa de Saúde da Família (PSF). Sua utilidade poderá ainda, estender-se (considerada as devidas adaptações), a outras pesquisas e projetos. Pois, como afirmado por Bleger (1984, p.20) “[...] a função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública”.

1.6 – Objetivos:

Objetivo Geral:

Estudo piloto de um modelo de diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa, para utilização no campo da Prevenção em psicologia clínica.

Objetivos Específicos:

- 1- Avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos;
- 2- Verificar as situações-problema intrafamiliares;
- 3- Averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família.

2 - MÉTODO

Trata-se de um estudo pelo método clínico-qualitativo, compreendido como uma particularização e um refinamento dos clássicos métodos qualitativos. E, concebido como: “um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos [...] dão aos fenômenos da saúde-doença” (TURATO, 2008, p.240).

Inerente ao método clínico-qualitativo, o que primeiro se coloca no campo de pesquisa é o fato envolver o outro ser humano, além do próprio pesquisador. A partir de então, inúmeras situações éticas e técnicas se enredam norteando, desde o levantamento das primeiras hipóteses; a construção e desconstrução de objetivos; a forma que se abordará o objeto de estudo; a análise contínua dos dados; a escrita (na primeira pessoa do singular, conforme recomendada por Turato (2008)); até a publicação propriamente dita.

Tendo como premissa que o pesquisador é um ser humano constituído por uma subjetividade perpassada por determinado construto histórico, entende-se que este terá uma forma específica de observar e interpretar o mundo, que independentemente de ser verdade ou não, configurar-se-á como parcialmente autovalidadora, conforme citam Denzin e Lincoln (2006).

Corroborando com essas idéias, Rockwell (1987) descreve que o pesquisador realiza distinções e refere-se ao outro segundo categorias analíticas (perspectiva teórica com conceitos implícitos e explícitos), e suas próprias categorias sociais, as quais são definidas por: *“aquellas que se presentan de manera recurrente en el discurso o en la actuación de los habitantes locales, y que establecen distinciones entre cosas Del mundo em que viven. Desde luego, éstas categorías pueden ser diferentes de grupo a grupo.”* (ROCKWELL, 1987, p. 30).

Para Denzin e Lincoln (2006) toda pesquisa é interpretativa, pois é norteada por um conjunto de crenças e de sentimentos que determina a forma que o mundo é apreendido e, consequentemente, a forma que deveria ser estudado. O que nos leva a pensar que independentemente de a pesquisa ser qualitativa ou quantitativa, esta será imbricada por escolhas manifestas e latentes (conscientes e inconscientes).

Geertz (1989), ao referir-se aos textos antropológicos, pontua que uma história anotada é uma fictio tanto quanto uma inventada, no sentido de ser construída e modelada; pois, segundo o autor, o nativo é o único a realizar a interpretação de sua cultura em “primeira

mão”. Portanto, o que os pesquisadores denominam de seus dados são a própria construção das construções dos participantes da pesquisa.

Rubin e Rubin (1995 apud TURATO, 2008, p.310) compreendem que “o pesquisador não é neutro, distante ou emocionalmente isento, sendo que a empatia deste, a sensibilidade, o humor e a sinceridade são ferramentas importantes para a pesquisa”.

Considerando as implicações citadas, o pesquisador, em nenhum momento da pesquisa, será sujeito de uma neutralidade científica. Tal constatação também se faz presente no momento do trabalho de campo, ao interagir com os participantes da pesquisa. Desde os contatos iniciais (seja por telefone, entre outros), o pesquisador causará uma impressão no participante e, concomitantemente, interpretará as reações deste.

Delamont (2005) enfatiza que também o pesquisador é observado e analisado pela comunidade, ou seja, pelos participantes da pesquisa. Conforme a autora, o pesquisado já poderá ter sua representação em relação ao pesquisador e à instituição da qual este é proveniente, assim como uma compreensão própria do que é fazer pesquisa; antes mesmo de participar de uma. Há ainda, a possibilidade do pesquisado ter participado, anteriormente, de pesquisas, das quais traz consigo experiências e sentimentos específicos. Tais situações influenciarão nas relações iniciais entre pesquisador e participante.

A partir do que a autora coloca, pode-se pensar numa troca de papéis, em que o pesquisador pode experimentar sentimentos derivados da posição de pesquisado, desde insegurança, medo em ser julgado, até sentimentos de satisfação por estar em evidência, entre outros.

No momento de encontro ‘pesquisador e participante’, muitas variáveis contribuirão ou mesmo impossibilitarão a pesquisa. São elas: a inserção do pesquisador, quem o apresenta (porta de entrada); como consegue a permissão para ter acesso às pessoas; a cooperação dos participantes; a abertura aos assuntos considerados confidenciais; enfim, inúmeros fatores irão permear as negociações entre pesquisador e participantes.

Após as negociações, o pesquisador precisará considerar que muitas informações sobre a vida dos participantes não poderão ser contempladas, pois como esclarecido por Denzin e Lincoln (2006), não existem janelas de acesso à intimidade dos indivíduos e, mesmo estes, por vezes, não terão acesso ou facilidade em dar explicações completas de suas ações ou intenções; limitando-se a relatos, ou histórias, sobre o que fazem. Outra questão a ser considerada é que o participante poderá dizer aquilo que acha que o pesquisador quer escutar, ou mesmo pode negligenciar informações, procurando resguardar-se.

Para Rockwell (1987) a interação entre pesquisador e participantes é colorida pelos processos inconscientes, pelos sentimentos suscitados e mecanismos de defesa; os quais precisarão ser manejados pelo pesquisador. Nesse sentido, pode-se elucubrar que tanto o pesquisador como participantes são (de certa forma e em algum nível) afetados; e as consequências desse encontro não poderão ser premeditadas.

O pesquisador até pode ser transformado pelo objeto de estudo, assim como poderá modificar seus próprios objetivos, construindo novas hipóteses. Assim, a riqueza desta modalidade de pesquisa permite um processo constante de produção de ideias e transformação. É justamente essa maleabilidade que, permitiu a tessitura deste trabalho em pesquisa clínico-qualitativa.

2.1 – Participantes

A amostra foi composta por quatro famílias, integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF), da regional Sul do município de São Paulo. Entretanto, uma família interrompeu o processo de entrevistas, de forma que mais uma família foi entrevistada. Contudo, para fins de análise de resultados, foram consideradas cinco famílias.

Para a realização deste estudo, adotou-se a definição da família conforme a Psicoterapia Preventiva da Família, em Yamamoto (1990, p.41):

[...] como um grupo de duas ou mais pessoas que, habitando sob um mesmo teto, estão ligadas por vínculos matrimoniais (legalizados ou não), paterno ou materno-filiais, fraternais ou outro parentesco e compartilham de uma intimidade afetiva comum.

Esta pesquisa teve a amostra caracterizada como proposital ou intencional, cuja definição em Turato (2008) refere-se à escolha deliberada de participantes ou ambiente pelo pesquisador, segundo seus pressupostos de estudo, a fim de trazer informações substanciais apropriadas às questões da pesquisa em pauta.

A escolha por participantes cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) diz respeito às ações desenvolvidas por esse Programa (de promoção, proteção e recuperação da saúde da família), que vêm ao encontro dos objetivos deste estudo piloto. Frequentemente, o PSF está interligado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em bairros periféricos do município. Assim, optou-se pela Regional Sul, por apresentar mais facilidade de acesso e locomoção viabilizando a pesquisa de campo.

Por compreender que as famílias inscritas no PSF da Regional Sul atendiam aos objetivos do estudo, procurou-se efetuar um sorteio de quatro famílias, excetuando as famílias dos funcionários da UBS (pois as famílias das Agentes Comunitárias comumente estão inscritas), no intuito de se evitar qualquer tipo de exposição dos membros da equipe, gerar expectativas, ou suscitar ansiedades persecutórias.

Não foram considerados como fator de inclusão/exclusão os critérios quanto à faixa etária dos membros da família, ao grau de escolaridade, à etnia, estado de saúde, à profissão ou religiosidade. Contudo, quaisquer desses dados poderiam ser objetos de análise, caso demonstrem alguma relevância.

Em relação ao tamanho da amostra, procurou-se limitar a quantidade de famílias, tendo em vista a preocupação com o aprofundamento da análise para o estudo em questão. (TURATO, 2008).

2.2 – Ambiente

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, em horário pré-agendado, conforme a disponibilidade de cada família.

Turato (2008) cita a residência dos entrevistados como um modelo de Campo, sendo este, um ambiente natural em que se pode ouvir, inter-relacionar e observar os entrevistados. Para este *setting*, o autor sugere cuidados específicos, recomendando que o próprio pesquisador responsável realize todas as etapas da pesquisa de campo.

2.3 – Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas preventivas com as famílias, buscando abranger os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados (Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico). Para tanto, foram utilizados:

a) Como instrumento a Entrevista Preventiva: é utilizada quando o entrevistador/preventivista vai ao encontro do entrevistado/paciente, sem que este o tenha procurado, com a finalidade de intervenção primária, secundária ou mesmo terciária. Nesse

contexto, o entrevistado/paciente poderá apresentar ou não uma queixa manifesta. (SIMON, 1989).

b) Conceitos norteadores: a Teoria da Adaptação e Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO): que permitem verificar a adequação dos indivíduos num contexto biopsicossocial, inter-relacionando os setores afetivo, fisiológico, produtivo e moral.

c) Adaptação para o grupo familiar, dos Quatros Setores Adaptativos apresentados por Yamamoto (1990, p.40-41):

- a) Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
- b) Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de autossuficiência;
- c) Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
- d) Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental.

2.4 – Procedimento

Após a apreciação e autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; sua Regional Sul, de forma prestativa, indicou uma Unidade Básica de Saúde-UBS, que desenvolve o Programa de Saúde da Família – PSF, na Subprefeitura do Campo Limpo.

Com a resolução da Regional Sul, a interlocutora de Desenvolvimento da Secretaria Municipal da Saúde na Subprefeitura de Campo Limpo solicitou a autorização da Coordenadora da UBS indicada, para a realização deste estudo e meu encaminhamento como pesquisadora.

Dada a autorização, apresentei-me a coordenadora e suas equipes de PSF, para a exposição do estudo e esclarecimentos necessários, prontamente, a equipe do PSF acolheu o projeto e atribuiu-lhe relevante valor perante a comunidade da saúde. Posteriormente, a enfermeira coordenadora da equipe, utilizou o banco de dados do PSF- da UBS, que contém o cadastro das famílias, para sortear aleatoriamente quatro famílias procedentes dos bairros circunscritos à UBS. Consecutivamente, agendou-se uma data entre mim, a enfermeira chefe e a agente comunitária da família sorteada, para a visita domiciliar, com o intuito de apresentar-me à família como pesquisadora/psicóloga.

A partir de então, o estudo acompanhou o seguinte formato:

- Em datas pré-agendadas, a pesquisadora deste estudo acompanhou as agentes comunitárias à visita domiciliar da família sorteada, para realizar apresentação e identificação como pesquisadora/psicóloga e efetuar o convite à pesquisa. Por conseguinte, todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa, foram prestados, assim como assegurou-se o direito da família à recusa ou à desistência em qualquer momento da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entregue a cada membro da família e responsáveis pelo voluntário menor.

- Nas situações em que algum membro adulto da família não aceitou o convite da pesquisa, ou, em qualquer momento da mesma, solicitou sua interrupção e desistência, o procedimento encerrou-se e outra família foi sorteada.

- Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, pois a experiência emocional do encontro participantes e pesquisadora foi considerada para fins de análise.

- Após a autorização da família, realizou-se de três a quatro entrevistas semidirigidas, seguindo o modelo preventivo, com duração de aproximadamente uma hora e meia cada.

- As entrevistas foram efetuadas no domicílio da família em horários pré-agendados conforme sua disponibilidade, contudo primando pela participação de maior número de seus componentes.

- Seguindo os preceitos da Entrevista Preventiva, iniciou-se a primeira entrevista de cada família elucidando o propósito da pesquisa e a garantia do sigilo. Efetuaram-se esclarecimentos que abarcaram: a)intuito do entrevistador em conhecer a família para verificar o que está bem e ver se é possível melhorar mais; b)verificar o que não está bem e ver o que pode ser feito para ajudar a melhorar, ou encaminhar a quem poderia dar esta ajuda; c)esclarecer alguma dúvida ou fornecer alguma informação especializada que a família queira a respeito de suas relações; d) tentar eliminar preconceitos sobre quem precisa ou sobre o que vem a ser ajuda psicológica.

- Sempre que possível, acompanhou-se o relato da família, observando os aspectos da comunicação não-verbal assim como a dinâmica familiar, só interferindo quando foi necessário um esclarecimento para melhor compreensão dos dados relativos aos quatro setores. Por conseguinte, a condução quanto à investigação foi realizada abordando os conteúdos menos ansiógenos (setor sociocultural e produtividade), em direção aos mais ansiógenos de cada família (setor orgânico ao afetivo-relacional).

▪ Para a aplicação das concepções da Teoria da Adaptação ao diagnóstico familiar, tomou-se como referência a adaptação dos Quatro Setores, apresentados na Tese de Doutorado de Yamamoto (1990, p.40-41) sobre a Psicoterapia Preventiva da Família:

- a)Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
- b)Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de auto-suficiência;
- c)Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
- d)Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental.

▪ Ao final das entrevistas, foi fornecido um feedback e quando necessário, foram efetuados os devidos encaminhamentos.

▪ Somente ao término de cada entrevista é que se procurou transcrevê-las o mais fielmente possível, descrevendo à parte as impressões transferenciais e contratransferenciais.

▪ Foram analisadas entrevista por entrevista (conforme o método clínico), à luz dos referenciais teóricos psicanalítico e adaptativo, com supervisão da orientadora deste projeto.

▪ Finalizando este processo com a primeira família, o mesmo repetiu-se com a segunda e assim consecutivamente até a última família.

2.5 – Tratamento dos resultados e análise dos aspectos éticos

Para a análise dos resultados, este estudo utilizou o método clínico (BLEGER, 1989), baseado na observação, tendo o observador como participante no estudo da relação interpessoal e nas reações e fatores que intervêm na pesquisa.

Os referenciais teóricos utilizados para a análise foram o psicanalítico e o adaptativo (SIMON, 1989).

Quanto às questões Éticas, deontológicas, atenderam-se as exigências dos artigos III ao V (sobre pesquisas envolvendo seres humanos), do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Respeitar-se-ão os aspectos centrais referentes à eticidade em pesquisa, tais como consentimento livre e esclarecido dos participantes, preferencialmente com autonomia plena, respeitando-se sua dignidade e autonomia.

Houve a devida preocupação com a ponderação entre riscos e benefícios (princípio da beneficência), em que danos previsíveis foram evitados (não maleficência); preocupação com o bem-estar do sujeito, a confidencialidade e a privacidade, garantindo a proteção da imagem e não estigmatização do participante.

Com base nestes preceitos, as famílias que aceitaram participar da pesquisa, receberam um termo de consentimento Livre e Esclarecido (entregue a cada membro da família inclusive aos responsáveis pelo voluntário menor), que garantiu a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa e a proteção do sigilo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; como também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS de São Paulo.

3 - RESULTADOS

3.1 – Vicissitudes e limites do estudo

Como mencionado anteriormente, que tive oportunidade de atuar profissionalmente, em determinado Programa psicossocial com famílias, no qual fui “convocada” a pensar em instrumentos diagnósticos que propiciassem a compreensão da família no âmbito biopsicossocial, a fim de se viabilizar intervenções mais adequadas.

Embora, esse Programa apresentasse um levantamento prévio das necessidades da comunidade, não havia uma avaliação diagnóstica para cada família; resultando em intervenções, algumas vezes morosas ou ineficazes. Como, por exemplo, o encaminhamento à psicoterapia individual de todas as crianças de uma mesma família, ou encaminhamento do marido, quando a melhor proposta seria o atendimento do casal. Não obstante, a pior constatação foi que a falta de distinção das famílias, antes de incluí-las nos projetos de ação, resultou, em raros casos, no uso perverso da bolsa auxílio (para compras de drogas ilícitas e armas).

Por esses motivos, era imprescindível estudar o modelo diagnóstico adaptativo familiar. Assim sendo, a pesquisa que propus fazer foi avaliada e aprovada em diversas instâncias deste Programa. Entretanto, logo que iniciei a pesquisa (após meu ingresso no mestrado), a coordenação do Programa foi reestruturada e por questão de corte de gastos, os psicólogos foram substituídos por estagiários e/ou recém-formados. Após tais mudanças, sem muitas explicações, fui demovida de realizar a pesquisa com as famílias integrantes do Programa.

Diante disso, mas confiante na importância do estudo, procurei pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, que prontamente acolheu o projeto e ainda, considerou-o válido e importante à saúde pública. Dizeres que me atribuíram mais entusiasmo.

Embora grata, fiquei preocupada em empreender este estudo, ofertando às famílias entrevistas diagnósticas desvinculadas do trabalho terapêutico, uma vez que eu não daria continuidade, atendendo-as. No entanto, firmei-me na relevância do estudo, tendo em vista o conhecimento das complicações devido às intervenções com famílias sem devido diagnóstico.

Assim, tomei o cuidado de verificar a quais instituições (como o Instituto Familiaie), clínicas-escola, serviços públicos, eu poderia recorrer, no caso do encaminhamento das famílias participantes, pois previamente tinha conhecimento da sobrecarga que o serviço psicológico enfrenta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Empreendi o estudo junto às famílias integrantes do Programa Saúde da Família (PSF).

3.2 – Apresentação dos casos

Inicialmente, é válido comentar que optei por transcrever as entrevistas, logo após realizá-las, registrando minhas impressões e o que fosse sendo evocado. Preferi não recorrer ao uso de equipamentos de registro para documentar as entrevistas, para que não houvesse interferência dessa variável que poderia desencadear angústia persecutória, inibindo as famílias. Além do que, mesmo estes recursos apresentam limites, pois não conseguem registrar toda experiência emocional vivida no encontro pesquisador e participante, que também é apreendida por comunicações não-verbais ou inconscientes. (FELICIANO, 2009)

Todavia, ao debruçar-me na descrição dos resultados observados, deparei-me pensativa por horas, ensaiando formas de exposição. Contudo, em todas as tentativas ficava a angústia de que eu não estava conseguindo transcrever a riqueza das entrevistas, coloridas pelas hipóteses, inferências, sentimentos transferenciais e contratransferenciais que foram surgindo no decorrer de todo o processo.

Portanto, procurei apresentar dois modelos de descrição das entrevistas, como seguem:

No primeiro modelo, expus as entrevistas realizadas com a primeira família participante, a partir de uma descrição minuciosa (o quanto possível), a fim de permitir ao leitor acompanhar cada passo da entrevista e sua evolução, pois compreendo que o diagnóstico se desenvolve e se atualiza durante todo o processo, e, por tratar-se de um estudo piloto, a descrição das etapas envolvidas poderia ser uma forma de se alinhar ao rigor científico de acordo com as especificidades da pesquisa qualitativa.

Os riscos envolvidos na primeira escolha consistem em deixar a leitura cansativa, despendendo demasiado tempo, e, na pior das hipóteses, desmotivar o leitor. Assim, procurei no segundo modelo, apresentar o resumo das entrevistas realizadas com as demais famílias.

Por fim, apesar dos esforços, estou ciente da impossibilidade de comunicar a totalidade da experiência vivida, por compreender que o pesquisador apreende só uma parcela

do processo. Ademais, a própria recordação dessa parcela, já perpassa pelo crivo subjetivo do pesquisador, e, mesmo a descrição do recordado, é de difícil execução e, muitas vezes, insuficiente para transmitir a atmosfera emocional do encontro e os processos psíquicos envolvidos. Assim sendo, aspiro a que o leitor compreenda as limitações que possam encontrar nestas escolhas e, ainda, usufrua da apresentação.

3.2.1 – Família Oliveira: Quem é que cuida?

Participantes³:	Da. Nair	67 anos
	Márcio (filho de Nair)	40 anos
	Márcia (filha de Nair)	36 anos
	Naiara (filha de Márcia)	11 anos
	Thiago (filho de Márcia)	8 anos

Moradia:

A casa é composta por quatro cômodos, bem simples: cozinha e copa, banheiro e dois quartos. Localiza-se no fim do quintal (corredor), com mais duas casas pertencentes aos filhos de Da. Nair.

Convite:

Acompanho a Agente Comunitária e a Enfermeira responsável em visita domiciliar à primeira família sorteada para o estudo. Percebo que apesar da proximidade com o Posto, a arquitetura das casas vai ficando cada vez mais simples, conforme percorremos a rua em direção à residência da família.

Ao chegar à casa, atravesso um pequeno portão que dá acesso a um corredor que interliga três casas. Tenho a impressão de adentrar em habitação similar a um cortiço, Fico curiosa sobre os moradores do local, mas não pergunto nada, sigo a equipe do PSF até a última casa. Somos recebidas por uma mulher (Márcia), que pede para nos acomodarmos e conversarmos com a mãe dela (Da. Nair), enquanto ela fala ao telefone para solicitar a troca do cilindro de oxigênio para sua mãe. Essa atitude já me faz pensar o quanto a visita da equipe

³ Os nomes são fictícios para salvaguardar o sigilo dos participantes.

do PSF poderia estar influenciando tal atitude, como se aquela mulher tivesse que provar que estava cumprindo a tarefa que esperavam dela: cuidar de uma mãe doente.

Após cumprimentarmos a família (Márcia, Naiara e Da. Nair), permaneço em silêncio enquanto sou apresentada pela enfermeira como pesquisadora. Tenho a impressão de que Márcia se incomoda ao ouvir a palavra pesquisadora, mas nada fala. A enfermeira informa que fará a visita e que, depois, eu conversarei com a família.

Terminando o trabalho, a enfermeira anuncia que eu apresentar-me-ei e chama Da. Nair ao quarto para checar o oxigênio. Percebo que a enfermeira abre um espaço para que eu converse com Márcia, mas, ao mesmo tempo, desloca Naiara e Da. Nair, como se a conversa precisasse ser particular. Apresento-me como psicóloga e pesquisadora. Percebo a mudança de Márcia, que antes parecia desconfiada com minha presença, agora se aproxima aparentemente bem interessada por eu ser psicóloga.

Faço o convite a ela e sua família para participarem do estudo e explico em que consiste a pesquisa. Reforço que o convite se estende à família, que sem a autorização do membro que seja responsável pela família não poderei realizar a pesquisa. Márcia questiona-me se é para os irmãos participarem, “pois todos precisam”. Pergunto se todos moram juntos, ela explica que cada um tem sua casa, que ela mora na casa de sua mãe com seus dois filhos. Diante do exposto, falo que o estudo será feito com as pessoas que moram na casa de sua mãe.

Márcia aceita o convite e fala da importância para a família em participar da pesquisa. Mesmo informando que eu voltaria outro dia sem a equipe do posto para realizar a entrevista, ela continua e relata que é portadora de HIV, que isto está afetando sua filha e que sua mãe voltou do Hospital recentemente com o diagnóstico de Enfisema Pulmonar “mas ela [a mãe] não pode saber”. Nesse instante, interrompo-a, pois sinto-me incomodada com a solicitação do segredo. Penso que a possibilidade da proibição em falar sobre medo, em especial sobre o medo da morte e suas consequências poderiam estar causando mal à família. E, se fosse isso, eu não poderia compactuar. Então, não deixo Márcia continuar e informo que poderíamos conversar melhor com todos os presentes, na próxima vez. Assim, marcamos a primeira entrevista no dia e horário em que todos os membros pudessem participar.

Primeira Entrevista:

Do portão da família, chamo por Márcia. Apareceram algumas pessoas que saíram da casa dela em direção à casa ao lado (a qual, posteriormente, descubro ser da filha de Da.

Nair), dentre a essas pessoas uma adolescente vem me atender no portão, dizendo que a Márcia já atenderia e que ela não morava ali, morava longe.

Pergunto se era sobrinha de Márcia. Responde-me que era mais como uma prima, que morava longe, perto de um Shopping na região. Tenho a impressão de que ela queria se diferenciar, desvincular-se da família da Márcia ou da situação financeira, mostrando que morava em lugar melhor.

Logo aparece Márcia. Convida-me a entrar e pede para que eu vá até sua casa, em seguida ela iria. No caminho, fala que esqueceu que as crianças (seus dois filhos) iam visitar os pais (ela teve dois relacionamentos e um filho com cada companheiro), quando agendou a entrevista.

Ao entrar na casa, cumprimento a Da. Nair, pergunto se lembrava de mim (pesquisadora). Receptiva, ela diz que sim e convida-me ao seu quarto (o qual compartilha com a neta, Naiara) e fala para sentar-me na cama da neta. Fico curiosa com o cômodo escolhido para a conversa, penso na possibilidade da escolha estar relacionada ao local em que ficam os grandes cilindros de oxigênio, pois apesar dela ter que usar por quase 24 horas o cateter, o tubo é bem cumprido, permitindo que ela percorra toda a casa e vá até o quintal.

Com a volta de Márcia, retomo as explicações sobre a pesquisa e apresento o TCLE para lermos juntas. Durante a leitura, Márcio (o irmão de Márcia) entra no quarto, curioso para saber o que estava acontecendo. Após as explicações, ele informa que vai participar da pesquisa, afirmando que “todos no quintal são uma família só”. Pega de surpresa, permito que ele participe, para que eu possa compreender o que estava acontecendo e, se este comportamento era inerente à dinâmica dessa família. Entrego um TCLE para ele, retomo a leitura e vou esclarecendo as dúvidas.

Depois de minhas respostas às dúvidas, Márcio fala da importância de trabalhos assim, pois acredita que muitas famílias sem acesso precisam de ajuda de psicólogos. Conforme ele falava das famílias sem recursos, sem acesso, para mim vão surgindo questões sobre os recursos internos e externos que faltam a ele ou à família para buscar, para tratar-se. Ao mesmo tempo, a aparência de Márcio prende minha atenção, pois seus olhos vermelhos e pele brilhante sugerem embriaguez, mas sua fala, coerência e postura apontam que estava sóbrio.

Curiosa com o aparecimento deste irmão, pergunto sobre os dados da família como: as datas de nascimento, quantidade de irmãos e local em que moram. Informam que são cinco irmãos. Dois mais velhos, do primeiro marido de Da. Nair... (Nesse momento, percebo algo estranho ao comentarem sobre os filhos mais velhos de Da. Nair; uma aparente urgência como se não pudessem falar mais detalhadamente sobre o assunto). Já os outros três: Márcio,

Márcia e Marcela são do mesmo pai e moram no mesmo quintal. Com relação ao pai, informaram apenas que morreu há mais de 20 anos.

Márcia explica que Márcio é o mais velho e por isso gostava de mandar/cuidar das irmãs. Ele contrapõe, falando que queria proteger, ensinar... Márcia rebate, dizendo que ele exagerava, proibia tudo... Por sua vez, Da. Nair, dando a impressão de complacente, relata que: “ficava entre a cruz e a espada”.

Márcia toma a palavra e enfatiza que principalmente as crianças iriam se beneficiar com as entrevistas (e futura procura por psicólogo nas clínicas escolas). Diz que sua filha precisa de ajuda, pois passou por um forte choque quando encontrou a carta que ela escrevera de despedida, diz que a menina ficou desesperada falando que: “a mãe não morreria, não”.

Lembro das recomendações de Simon (1995), sobre o corte transversal e temporal no diagnóstico das relações familiares e faço perguntas sobre como, por que e quando aconteceu. Márcia conta que escreveu a carta logo após saber que estava com HIV, (cujo contágio, segundo ela, ficou comprovado que foi através de uma tatuagem). Diz que pensava em suicidar-se e que estava drogada quando escreveu a carta. Ela passa a procurar a carta para me mostrar, mas não tinha certeza se havia jogado fora. Enquanto isso, observo a reação da família diante dos relatos de Márcia, noto Márcio em silêncio com a cabeça baixa e Da. Nair, também em silêncio, sorria-me em tom de conformidade.

Márcio lembra que a carta estava guardada em sua casa e não sabe como a sobrinha a encontrou. Imagino as crianças na casa do tio, mexendo nas suas coisas e acho estranho, mas continuo ouvindo em silêncio.

Márcia diz que há quase três anos escrevera a carta, mas que a filha a tinha encontrado há menos de um mês e, após a carta, a filha mudou, ficando muito preocupada e acumulando muita responsabilidade. Com esse relato, fico pensando na possibilidade de Naiara (filha de Márcia) estabelecer precocemente a independência no sentido da responsabilidade e não da maturidade ou saúde (WINNICOTT, 2001). Por estar com medo de perder a mãe ou, de não poder contar com maternagem dela. Lembro que a avó (Da. Nair) também adoecera recentemente e que pairava o medo velado de morte, de modo que Naiara poderia, ainda, temer ficar sem nenhuma cuidadora.

Pergunto se o acontecimento coincidia com a hospitalização de Da. Nair. Márcia relata que isso mexeu com todos... Começou a falar sobre a doença da mãe (utilizando o termo DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, no lugar de Enfisema Pulmonar), afirmando que a mãe não tem enfisema. Nesse momento, Da. Nair se mostra mais participativa e começa a contar de sua irmã que morreria com Enfisema ...

Márcio emociona-se e sai do quarto. Da. Nair continua o relato, mas Márcia, interrompendo a fala da mãe, comenta sobre o oxigênio e a nova dieta de Dona. Nair, como se quisesse procurar assuntos mais brandos para proteger a mãe, ou proteger-se das perguntas da mãe. No entanto, ao ouvir os relatos da filha sobre os cuidados, Da. Nair parece mostrar descontentamento, o que me deixa em dúvida se o desagrado relacionava-se com a limitação da doença, a dependência do outro, ou, se este outro é insuficiente.

Perguntei a Da. Nair como era agora... Como era ser cuidada. Respondeu-me falando sobre os cuidados que Márcia tinha com o oxigênio, mas a nomeou como irmã e não filha. Imediatamente, foi corrigida pela filha, mas mesmo assim, não percebeu o engano.

Márcia, que até então, procurava a carta em uma pasta de documentos, pára e conclui que realmente a descartou. Pergunto como foi para todos receber a notícia do HIV. Márcia relata que teve um problema grave de secreção vaginal e foi ao médico, após realização de exames voltou para buscar o resultado e na recepção uma mulher muito bonita, grávida, sentada ao seu lado questionou se ela tinha o vírus ou era aids, ela respondeu que não era nada disso, que fora tratar de outro problema, a mulher insistiu, falando que todos ali tinham o vírus.

Após essa conversa, Márcia foi direto ao assunto com a médica, a qual confirma o diagnóstico e inicia um discurso a respeito das possibilidades de vida, falando que ela poderia viver anos sem a doença se manifestar... Márcia diz que se sentiu tonta e ao levantar-se da maca foi derrubando tudo no chão... A médica pediu para ela ficar calma...

Falou para a médica que iria sair de lá e se atirar em frente a um caminhão, “que a primeira coisa que se pensa é suicídio”. A médica falou para ela ficar calma, que participaria de um tratamento com psicólogos... Falou ainda que ela poderia namorar, com os devidos cuidados, e que, com os remédios, poderia viver normalmente. Márcia replicou, falando que já sabia de tudo que a psicóloga ia falar: “Que ela viveria muitos anos, que poderia continuar com a vida normalmente, que poderia namorar...”

Algo no relato de Márcia me remete à lembrança de um artigo cuja hipótese era que a Aids é vivenciada como uma doença merecida por causa de comportamentos auto-recriminados, então recordo as falas de Márcia e seu irmão, sobre o controle que ele queria exercer na vida das irmãs; que estava drogada quando redigiu a carta de despedida; que já tivera dois filhos, sendo um de cada pai e que fora hostil diante do comentário da médica sobre voltar a namorar. Assim, pergunto se ela voltou a namorar após a descoberta. Responde-me enfaticamente que não, que sua opção foi não namorar mais. Que já tinha aprontado tudo o que queria e não precisava mais. Conta ainda, que a tal mulher da recepção médica, disse-

lhe que iria passar o vírus para todo mundo... E, como Márcia considera esse comportamento uma maldade, ela não queria nem correr o risco, pois se diz sabedora que a camisinha não é 100% (cem por cento) segura. Tão pouco, namoraria outro infectado, pois correria o risco de contaminar-se com os vírus dele, acelerando a própria doença.

Tenho a impressão, pelo tom de voz e a postura de Márcia, que seu destino já estava selado. Penso que isso poderia ser a expressão de seu superego. Penso ainda que a reação ou a falta de reação de sua mãe, durante o relato de Márcia, poderia revelar a ausência de recursos da família para pensar em soluções mais adequadas.

Procurando verificar as impressões, pergunto como foi dar a notícia à família. Quase pueril, conta-me que a mãe foi a primeira a saber. Por sua vez, Da. Nair diz ter ficado muito triste, mas que não podia fazer nada. Márcia relata que contou para os ex-maridos porque, como estava separada, ela saía ora com um ora com outro. Mas eles não foram contaminados, pois pelos exames (contagem de vírus), ela descobriu ser portadora logo após ter sido infectada. Explicou também que não pegara de um ex-namorado aidético, pois os exames acusaram períodos diferentes. Informou ainda que ela estava com 2 mil vírus (o que é pouco, segundo ela), e com o tratamento tinha a esperança de negativar, mas sua médica entrou de férias e suas dosagens foram aumentadas por outro médico, por isso quando foi repetir os exames a quantidade de vírus havia aumentado para 16 mil. Ela acha que o médico errou a medicação, alimentando os vírus. Márcia comenta que: “nessas horas, passa novamente os pensamentos de suicídio”.

Os relatos de Márcia vão me fazendo experimentar sensações de frustração, angústia e medo. Volto-me para Da. Nair, para tentar observar os sentimentos despertados e vejo que permanecia cabisbaixa e quieta, dando-me a impressão de passividade.

Márcia explica que efetuou os exames nos filhos, que o caçula (Thiago) achava que seu sangue iria curá-la, porque para convencê-lo a fazer o exame (ela utiliza o termo transfusão no lugar de exame de sangue), ela disse que precisava de uma gotinha do sangue dele.

Perguntei se seus filhos já sabiam de sua doença. Ela respondeu que o último a ficar sabendo fora seu irmão, porque ela tinha muita vergonha... Márcia começa a chorar ao relatar que se sente culpada pelo irmão voltar a beber, pois ele é alcoólatra e já estava há 6 meses sem beber, mas imediatamente após a notícia, ele retomou a bebida e, por isso, perdeu a família (mulher e filhos que decidiram ir embora).

Como Márcio estava na cozinha lavando a louça, perguntei se ele não queria participar da conversa, pois estávamos falando dele. Respondeu-me que sim e perguntou sobre o que

conversávamos. Márcia falou que era sobre a notícia da doença dela. Na sequência, informa que ela precisava sair, para ir ao banheiro. De imediato, a reação de Márcia chama minha atenção, pois recorro da saída de Márcio e penso que esses comportamentos possam estar mostrando uma repetição na dinâmica da família, em que a angústia não pode ser mencionada ou ouvida.

Márcio começou a chorar e disse que se sentia culpado pela doença da irmã, pois não conseguiu protegê-la como gostaria. Que ele se sentia como “uma galinha que coloca os filhotes embaixo das asas” e “pode vir cachorro, o que for, que ela defende”. (Emociona-se, pede licença e sai do quarto). Apesar de emocionar-se, Márcio parece ser refratário ao comentário de sua irmã sobre sentir-se culpada pelo retorno à bebida e abandono da família dele.

Com a saída dos filhos, Da. Nair continua quieta e cabisbaixa. Comento que não é fácil. Ela concorda, faz menção de começar a falar, mas, nesse momento, entra no quarto as visitas que estavam na casa de Marcela: o cunhado de Da. Nair, sua irmã, sobrinha (filha da irmã que morreu de Enfisema) e a adolescente que me atendera no portão. Da. Nair me apresenta. Eles são simpáticos e amistosos. Falam sobre o conserto da máquina de inalação, os remédios, a falta de tempo da sobrinha de Da. Nair e manifestam a vontade de ir embora. Dão-me a impressão de estarem supervisionando a família e o estado de Da. Nair.

Ao saírem, Da. Nair comenta que era o “cunhadão” dela, “um homem muito bom”. Pergunto se sua sobrinha é filha da irmã que teve Enfisema. Responde-me afirmativamente e conta sobre sua irmã, relatando que esta ficara muito mal, que ela acompanhou todo o sofrimento da irmã.

Pergunto se ela tem medo de passar o que a irmã viveu. Dona Nair responde: “Isso mesmo, principalmente porque teve um médico no plantão, não era meu médico, que disse que o oxigênio era para eu conseguir viver por um ano”... “isto é coisa que se fala?”

Os dois irmãos retornam ao quarto e, ao escutar a mãe, falam que ela é diferente da irmã, porque esta irmã tinha Enfisema e Câncer. (Ao mesmo tempo em que fala, Márcia sai para buscar remédio para mãe e me oferece suco, declino e agradeço). Márcio também sai e volta com um copo de suco para mim.

Entra Marcela, a irmã caçula, pega e lê em silêncio o TCLE da família, depois pergunta-me sobre atendimento, fala que já teve experiência com a psicóloga da empresa que trabalhava e, que gostou muito. Atribui mudança de comportamento dela às conversas com a psicóloga.

Márcio e Marcela passam a falar que o psicólogo tem mais inteligência, mais estudo para falar. Que a Marcela tem dificuldade de dar bronca no filho, que fica muito brava, enquanto o psicólogo fala uma coisa e a criança já entende “entra no ego da pessoa”. A princípio, o relato dos irmãos me faz pensar na transferência positiva com a figura do psicólogo. Mas, além disso, vou percebendo a repetição no pedido de cuidar, alguém que possa cuidar no amplo sentido da maternagem (WINNICOTT, 2000). Estes pensamentos suscitam-me questões, tais como: Por que, também, Marcela e Márcio não podem cuidar de seus filhos? O pedido de cuidado se estende a eles? Marcela havia relatado que parou de chupar o dedo depois que a psicóloga do serviço ajudou-a a entender que era carência. O que significa a carência nesta família? Com esses pensamentos, procuro escutar e observar.

Márcio passa a falar que quando era novo dava muito conselho para as irmãs sobre horário, namoro, amizades duvidosas... Marcela contrapõe, dizendo que ele exagerava, queria controlar a vida das irmãs... Márcio passa a comentar como fora para ele, ter que cuidar da casa depois que o pai morreu atropelado em 1986... Enquanto ele falava, Marcela sai do quarto. Novamente, a dinâmica de não poder ouvir, conter... Mas será que a saída de Marcela poderia expressar revolta em ter de ouvir sermão de um irmão que não poderia servir de bom modelo?

Márcio continua falando e conta sobre sua experiência no primeiro emprego, em que trabalhava mesmo acidentado, após ter sido atropelado. Essa nova informação me provoca uma inquietação, pois mentalmente calculo que Márcio fora atropelado logo após seu pai ter morrido atropelado. Também me lembro da fala de Márcia sobre a vontade de jogar-se na frente de um caminhão. Entretanto, neste momento, não consigo formular hipóteses claras, só algo em torno da pulsão de morte enquanto repetição.

Márcio fala ainda, que gostaria de ter podido fazer mais, pois sente que falhou com as irmãs. Acho estranho que em nenhum momento ele fala de sua família nuclear (mulher e filhos). Sente-se culpado pela criação das irmãs, mas não comenta sobre os filhos que foram embora com a mãe. Pergunto sobre a família dele. Diz que sente mais pelas irmãs, que os filhos estão bem, pois têm a mãe. E exclama: “Já aqui em casa com ela assim, dependia só de mim” (fala apontando para Da. Nair)

A afirmação de Márcio causa-me estranheza, então pergunto se não é recente a doença da mãe. Márcio fica em silêncio, o qual ecoa ruidosamente em minha mente. Será que a passividade que eu estava percebendo em Da. Nair impediu-a de cuidar e de proteger seus filhos, deixando-os soltos sem amparo físico e emocional?

Nisso, entra Márcia e preenche o silêncio (ruidoso), retomando a fala. Conta que a filha dela precisa de ajuda psicológica, porque, quando pequena apanhou muito. Márcia conta que ficava angustiada com qualquer coisa, com a gravidez do segundo filho e descontava tudo na filha. Relata que a menina ficou com trauma em relação a ela. Que o pai de Naiara vinha entregá-la após a visita, mas a filha se agarrava a ele e, ficava chorando. Márcia diz que se considerava uma mãe má, mas agora está melhor.

Sobre a gravidez do segundo filho, relata que esta foi muito difícil, pois morava com a sogra e seu segundo marido a rejeitava porque “tinha nojo de grávida”, mas que se surpreendeu por ele ter acompanhado o parto e se emocionado ao ver o filho. Já na primeira gravidez (de Naiara), o seu então companheiro acusou-a de traição, dizendo que se a filha não tivesse o cabelo liso e preto e furo no queixo não era dele. Só reconheceu a menina, porque ela nasceu com as características mencionadas.

Enquanto falava, Márcia executava alguns cuidados com a mãe, dando remédio, preparando a inalação. Pareceu-me naturalmente gentil; tratava a mãe por “gatinha”. Por sua vez, Da. Nair parecia apreciar os cuidados da filha. Com o término dos procedimentos, Márcia percebeu que acabara o oxigênio, mas disse para a mãe que ainda tinha, talvez para não preocupá-la. Não me pareceu negligência, pois havia presenciado Márcia solicitando a troca dos cilindros dois dias antes, quando fui efetuar o convite à pesquisa.

Márcia pergunta-me se a entrevista já estava acabando, pois ela tinha de sair para fazer “um bico”. Eu verifico que já se passara 1h e 37 min. Desde a minha chegada. Respondo afirmativamente, finalizo, agradeço e pergunto sobre o dia da próxima entrevista. Márcia sugere quarta-feira às 11h e 30 min, por ser o horário que seus filhos estarão em casa.

Já no portão, Marcela aparece para despedir-se e comenta que o irmão fala demais.

Segunda Entrevista

Do portão avisto Márcio na casa de Da. Nair, o qual pede para eu aguardar. Em seguida, Naiara vem receber-me. Pergunto sobre sua mãe, ela informa que “ela teve uma recaída e está de cama” e pede para eu entrar.

Acho estranhas essas palavras na boca de uma menina de 11 (onze) anos, pergunto-me se ela está reproduzindo as palavras de um adulto na tentativa de apreender ou nomear para si o que está acontecendo com sua mãe ou, está querendo parecer mais madura do que realmente é. Outra questão é sobre a frequência e duração dessas recaídas, assim como o que a promoveu.

Entro na casa e Da. Nair vem cumprimentar-me, pede para me acomodar no quarto e explica que Márcia pediu-lhe para receber-me e seguir com a entrevista, pois não poderá participar. No quarto, encontram-se Da. Nair, Naiara e Thiago, Márcio já havia se retirado para a casa dele.

Da. Nair conta que Márcia fora ao médico pela manhã, por insistência dela, pois Márcia não estava cuidando da saúde como deveria, por causa das recentes responsabilidades. Esclarece que a filha não estava dormindo direito, então o médico deu-lhe um remédio que a “derrubou”. Comenta que Márcia não pode deixar de cuidar e que, ultimamente, esteve ocupada por causa da hospitalização e das providências relativas aos cilindros de oxigênio para que Da. Nair pudesse voltar para casa. Com o relato de Da. Nair, vou formando uma imagem mental de Márcia, em que ela tenta dar conta da situação nova, dos cuidados com a mãe, somados aos problemas anteriores e penso na possibilidade de que ela se esforça, mas não consegue sustentar. Por outro lado, percebo a postura de Da. Nair diferente, ainda não sei nomear, mas distinta da passividade que eu percebera na primeira entrevista.

Pergunto a Da. Nair se Márcio iria participar da entrevista. Ela fala que a filha disse não aguentar mais o irmão (Márcio), sendo que ambas (mãe e filha) querem interná-lo numa clínica para recuperação de alcoólatras. No sábado (após minha entrevista), receberam a visita da ex-esposa e filhos de Márcio e, apesar de passarem um dia agradável, Márcio ficou deprimido após a visita, comentou que queria sequestrar a ex-mulher e foi beber até a voltar para casa carregado por um colega também embriagado. Da. Nair acha que na atual situação do filho, qualquer coisa que ele beba, já o deixa atordoado.

Segundo Da. Nair, Márcio bebe todos os dias, a começando após o almoço e indo até a noite. Naiara, que ouve atentamente, ajuda a avó a informar os horários em que o tio bebe. Deduzo que Naiara quer mostrar-me o quanto se preocupa ou fiscaliza a família e pergunto se ela fica preocupada. Responde-me que fica triste, que não gosta de ver a mãe tendo que carregar o tio. Pergunto ao Thiago (que até então ouve a conversa deitado na cama da avó – frente à televisão - em posição fetal, com a chupeta na boca e a fralda em cima do rosto) se ele também fica triste. Como ele fica quieto, Naiara diz que ele está bravo, porque o DVD do desenho Rei Leão, a que estava assistindo, foi desligado. Novamente, percebo Naiara zelosa com tudo o que ocorre na família, colocando-se de porta voz do irmão. Em compensação, minha percepção preliminar é que Thiago está regredido, mantido na posição de bebê.

Pergunto se ele está bravo, se fica assim quietinho quando está bravo. Novamente não me responde. Então, Naiara confirma dizendo que toda vez que está bravo fica daquele jeito.

Sobre isso, Da. Nair se queixa, fala que é difícil saber o que ele tem, já que não fala. Comenta ainda, em tom de incompreensão, que o neto assistira inúmeras vezes ao mesmo desenho.

Da. Nair continua seu relato anterior e conta que a filha, além das preocupações normais, agora também tem que lidar com o controle do oxigênio, se está acabando, se precisa pedir mais etc.

Percebo certa hostilidade de Da. Nair ao apontar o oxigênio, no qual fica ligada por quase 24 (vinte e quatro) horas. Pergunto como é para ela usar o oxigênio. Responde-me que é horrível, que detesta. Conta que uma parenta de sua irmã tinha câncer e teve de usar oxigênio. Depois de quatro anos ela cansou, não quis usar mais e morreu. Penso na identificação com a doente fadada à morte, que se cansa e desiste. Ao mesmo tempo, lembro de algumas diferenças entre o Câncer e o Enfisema, então questiono se a parenta sentia dor, Da. Nair dá a impressão de pensar nisso pela primeira vez, não sabe responder e justifica que é uma história que a irmã dela conta. Pergunto se teme que aconteça o mesmo com ela. Diz que sim e que teme morrer antes de realizar seu sonho de ir ao mercadão da Lapa.

Curiosa sobre esse sonho, Da. Nair explica-me que essa vontade surgiu quando iniciou um caderno de receitas e, quando havia algum ingrediente que não conhecia, uma apresentadora de TV Culinária (Naiara acrescenta, informando que se trata da Palmirinha), ensinava que no Mercadão havia porque lá tem de tudo. E, ela gostaria de ver todos os tipos de azeitonas, azeites etc.

Comenta que gosta de cozinhar, que já trabalhou de cozinheira, citando um restaurante francês... Nesse momento, Thiago fala pela primeira vez, informando que já fora a este restaurante com o seu tio paterno. A avó contrapõe, dizendo que é mentira. Ele então diz que foi, sim, e comeu feijoada, arroz e macarrão. Percebo que Thiago quer participar da conversa, contar suas experiências, assim pergunto se ele quer falar que já foi a um restaurante com o pai. Ele responde afirmativamente.

Pergunto à Naiara se ela também já foi a um restaurante. Ela diz que foi várias vezes, mas com o pai dela. Questiono se os dois (Naiara e Thiago) gostariam de ter conhecido o restaurante que a avó trabalhava. Respondem afirmativamente.

Procurando verificar o relacionamento entre avó e netos, indago se eles gostam da comida da avó. Ambos confirmam. Thiago, que agora passa a participar ativamente da entrevista, larga a chupeta e vai brincar no chão do quarto com bolas de gude.

Naiara fala que sente falta da torta de calabresa de sua avó. Por sua vez, Da. Nair parece desdenhar da fala da neta, ao afirmar que eles viviam pedindo por aquela torta. Tento compreender o que acontece e questiono se ela tem vontade de cozinhar. Conta que sim,

entretanto, devido ao oxigênio, não pode. Reclama que esqueceram a panela queimando no fogo e ela sem pensar se aproximou do fogo com o oxigênio, mas sua filha deu um grito de alerta a tempo.

Diante desse fato, Da. Nair relata que se sente inutilizada. Outrora ela podia ir ao mercado, cuidava de suas coisas no banco e agora, sente-se presa.

Pergunto como era antes da internação. Ela conta que trabalhava de passadeira nas casas de família, mas começou a sentir-se mal, com falta de ar, com “angústia no peito”, então decidiu parar com os trabalhos. (Acho interessante a colocação de Da. Nair, pois lembro que a origem etimológica do termo angústia significa dificuldade para respirar). Como foi piorando, passou no Posto de Saúde e ficou internada, mas teve alta, porque entende que a médica não a aguentou. Esclarece que teve que ficar com a máscara de oxigênio, mas esta saía enquanto dormia, por isso a médica chamava sua atenção e falava que a Márcia (sua filha) iria brigar com ela. Da. Nair conta que rebateu: que a filha era justa e não brigaria com a médica sem razão.

Ela ficou internada por dois dias e teve alta mesmo com pneumonia dupla. Em casa, chegou a passar muito mal, ficando roxa. Márcia, assustada, imediatamente a levou ao Posto. No caminho, Da. Nair desmaiou e, para ajudá-la, Márcia “se jogou na frente de um carro que passava”, solicitando ajuda para levá-las até o Posto. Assim, conforme Da. Nair, somente na segunda internação ela foi corretamente tratada, permanecendo internada por 30 dias.

Atentamente, Naiara corrige a avó informando que ela fora internada duas vezes, em períodos curtos e, na terceira vez ficou por 30 dias. Pergunto à Naiara se ela tinha ficado preocupada. Disse-me que “achava que a avó não voltava mais”.

Da. Nair exclama que também pensava que não voltaria, mas que pedira a Deus e “hoje estou aqui”. Recorda-se e repete a história do médico plantonista (cardiologista), o qual falara que o oxigênio “era para ver se ela vivia mais”. Inconformada com a atitude do médico, ela disse-lhe que tinha fé em Deus, que melhoraria, e disse ao médico que “ainda teria notícias dela”.

Fala que gostou muito do atendimento dos outros médicos, enfermeiras, copeiras e cita exemplos de bons cuidados. Em seguida, reclama que o médico fora seco, duro... Que antigamente os médicos nem falavam esse tipo de coisa ao paciente, só para a família. Da. Nair parece ponderar o que acabara de falar e conclui “que também não é bom”.

Lembro-me da fala de Márcia sobre a mãe não poder saber do diagnóstico, o qual remonta à morte da irmã de Da. Nair. Então, pergunto o que é pior: o médico contar tudo ou contar só para os familiares? Da. Nair pensa e diz que acha pior não saber. Recorda que esteve

doente por anos e, quando finalmente diagnosticaram corretamente sua doença, não a informaram. Ficou sabendo por sua irmã, que lhe orientou a respeito de uma medicação a pedido do médico dela. Questionada, a irmã contou que os médicos haviam diagnosticado Meningite Tuberculosa.

Da. Nair conta que as dores de cabeça iniciaram antes do nascimento de sua filha caçula, aumentando após o parto. Lembra que apresentava dores fortíssimas na cabeça, evoluindo para um quadro de convulsão e, por fim, de febres altas. Calcula ter ficado doente por aproximadamente 10 (dez) anos; realizou diversos exames, tomando muitos remédios sem êxito. Como apresentou hipertensão intracraniana, teve de implantar uma válvula no crânio. Contudo seu corpo apresentou rejeição e a válvula teve de ser retirada. Por fim, após a realização de determinado exame, diagnosticaram a Meningite Tuberculosa (recorda-se que Marcela, sua filha caçula, já estava com seis anos).

Penso que, anos de enfermidade possa ter sido um fator impeditivo no cumprimento da função materna, eu infiro que a gravidade da doença possa ter influenciado em seu humor, disposição e no próprio interesse pelos filhos. Recordo das falas de Marcela e Márcio com relação à “carência” e não poder contar com a mãe. Desta forma, procuro saber como fora aquele período.

Da. Nair relata que era horrível conviver com as dores, principalmente porque as pessoas não acreditavam na intensidade delas. Ela “viviu mais internada do que em casa”, mas lembra-se que teve forças para enfrentar a cefaleia, quando sua filha caçula lhe disse: “Mamãe, finge que não está doendo, que passa”.

Após o diagnóstico, ela fez um tratamento de 4 (quatro) meses e curou-se, não teve mais aquelas dores. Da. Nair teve alta aos 42 anos e, no dia posterior ao que retornou a sua casa, seu marido sofreu um acidente, voltando do serviço: foi atropelado e morreu.

Com a morte do marido, Da. Nair conta que se sentiu desamparada, com medo de não conseguir cuidar de seus filhos. Relata que tomou a atitude de pegar todos os comprimidos de Gadernal (que por anos teve de tomar), orou com fé, pedindo a Deus forças para cuidar dos filhos e não precisar mais tomar aquela medicação. Fala que não mais precisou tomá-la.

Enquanto Da. Nair falava, Naiara foi arrumando seu material escolar e separando a roupa. Já Thiago continuava brincando com as bolas de gude, contudo ambos prestavam atenção. Atenta ao horário, Naiara informa que precisa tomar banho para ir à escola. Falo que após o banho dela, eu ainda estarei conversando com a avó e o Thiago, que ela pode voltar a participar. Sozinha ela toma seu banho e se apronta para ir à escola.

Da. Nair fala que seu marido era bom para ela, que o dinheiro era pouco porque o trabalho “não era dos melhores” (ele era autônomo e engraxava sapatos para as lojas). No entanto, o marido era trabalhador, nunca faltou ao serviço. Também bebia, mas bem menos que o Márcio e, conforme Da. Nair, isso nunca atrapalhou suas responsabilidades.... (Neste instante, Thiago interrompe para falar que o avô era brincalhão, conforme o que sua mãe descrevera).

Pergunto se Thiago tem curiosidade em saber do avô e pergunto a Da. Nair se seu marido era brincalhão, como era como pai. Responde-me que não sabe se ele era brincalhão e, como pai, era de conversar primeiro com calma e seriedade, avisando que na próxima vez não conversaria mais.

Sobre a história do casal, Da. Nair conta que, juntou-se com ele aos 21 anos aproximadamente, permanecendo casada por 24 anos. Eram vizinhos em São Paulo, quando se conheceram.

Sobre seu primeiro marido conta que se casou muito nova, foi com ele para o interior de São Paulo, teve dois filhos uma menina e um menino. O filho ficou em São Paulo com a sogra dela. No interior, ela passava fome com a filha e, na primeira oportunidade, trabalhou por dois dias em casa de família, juntou o dinheiro suficiente para comprar uma passagem de volta para São Paulo e veio embora com a filha, deixando o marido lá. Relata que assim foi sua separação e, que o casamento só durou três anos.

Em São Paulo, ela veio morar com a sogra, deixando as crianças sob os cuidados dela para ir trabalhar. Após, juntar-se com o segundo companheiro, seus filhos (do primeiro casamento), ficaram com a sogra. Sendo que, Da. Nair os visitava nos finais de semana.

A história dos filhos mais velhos de Da. Nair parece interessar ao Thiago e à Naiara, que perguntam por eles, dando a impressão que dificilmente visitam a avó. Essa curiosidade dos netos, somada à minha lembrança da fala de Márcia (na primeira entrevista), sobre os irmãos do primeiro casamento, faz-me pensar na possibilidade de esta família ter a figura materna (representada por Da. Nair), como alguém que não consegue cuidar e abandona. Em contrapartida, suponho também que os filhos ocupam o lugar daquele que atrapalha; alguém que remete àquilo que não se teve (em termos de acolhimento e proteção), e por isso não se pode dar. Mas, até então, esses pensamentos são apenas conjecturas, que, no entanto, influenciam a minha escuta e vão norteando-me na tentativa de uma verificação. Em outros termos, é a observação, a hipótese e a verificação, intercalando-se e atualizando-se durante toda a entrevista. (BLEGER,1980)

Após a morte do segundo companheiro, o primeiro marido quis voltar com Da. Nair, mas ela não aceitou. Conta que não teve mais companheiros. Recorda-se que seu médico falou que ela precisava encontrar outro companheiro para conversar, porque os filhos crescem e vão embora. Mas, apesar de aparecerem pretendentes, ela não quis mais ninguém. Atualmente, sente muita falta de um companheiro.

Relata que, quando os filhos eram novos, ela saía para trabalhar, deixando-os com uma vizinha, que recebia para cuidar, levá-los e buscá-los na escola. Como Márcio não estava obedecendo mais a essa senhora, Da. Nair zangou-se, porque ela deveria se fazer acatar, então decidiu deixá-lo sozinho em casa com tarefas determinadas, tais como escolher o feijão, o arroz etc. Diz que ele tinha por volta de 8 anos, que lhe obedecia cumprindo as tarefas. Com relação à Márcia, lembra-se de que uma vez foi buscá-la na casa dessa senhora, mas esta havia se esquecido de pegá-la na escola. Da. Nair relata que ficou desesperada, achando que o “pior” acontecera com “a menina”. Discutiu, novamente, com a senhora, mas continuou deixando Márcia sob os cuidados dela.

A recordação e o relato desses dois acontecimentos vão fornecendo indícios sobre as angústias desencadeadas no relacionamento entre mãe e filhos pequenos, expressas talvez, por sentimentos de ambivalência e culpa.

Após uma pequena pausa, Da. Nair questiona-me: “Você, como psicóloga, o que pode falar de meu filho?”. Pergunto-lhe o que ela pensa dele. Ela responde que ele bebe demais, que já internaram numa clínica de reabilitação, mas foi uma internação “no escuro”, depois ela soube da precariedade da clínica e se culpou por colocá-lo ali.

Apesar de ter conhecido Márcio e ter ciência de sua idade, fico com a impressão de que Da. Nair fala de um adolescente. Questiono se a internação ocorrera na juventude e fico surpresa ao saber que acontecera um ano atrás. Pergunto quando ele começou beber. Ela conta-me que o filho bebe desde novo, não sabe quando começou, mas a nora afirma que foi antes de casar-se, entretanto, Da. Nair diz nunca ter visto. Relata que o filho tem um bom emprego de encarregado numa empresa de laminado, mas vive na caixa devido à bebida.

Ele morava, com a família nuclear, na casa em que Da. Nair reside atualmente. Ela esclarece que morava na casa abaixo daquela baixo (ocupada hoje pelo filho), antes desta ser reformada. Diz que o filho decidiu comprar um apartamento e ir embora. Então, ela passou para a casa dele e alugou a dela. Contudo, após um ano, ele pediu para voltar por não dar conta das despesas. Ela deixou, falando que não foi ela que o pôs para fora, que se fosse o contrário eles não dariam moradia a ela. Com essa decisão, Da. Nair diz se arrepender, porque ficou sem seu aluguel e, acha que seu filho teria mais responsabilidade se ela dissesse

não. Também gostaria de morar numa casa em que tivesse uma grande sala, com uma grande mesa para que todos pudessem sentar para comer, pois, na casa dela, cada um chega em horário diferente e se serve diretamente no fogão. (As visitas se acomodam no quarto com a televisão).

Fala que o filho voltou, mas pediu a casa maior para reformá-la, porque seus móveis não cabiam mais na casa pequena. Então ela cedeu, mas recorda-se que o filho, quando foi embora da primeira casa, doou todos os seus móveis sem perguntar à mãe se precisava de algo. Indaguei se ela queria algo, ou havia pedido por algo. Afirma que é orgulhosa, que não pede nada, diz que não tem o mesmo gosto de ganhar sem pedir.

Depois que a família de Márcio resolveu deixá-lo por causa do vício, ele deu seu fogão e geladeira para a mãe, passando a realizar todas as refeições na casa dela. Sobre isso, Da. Nair comenta que gostou dos eletrodomésticos, mas fica com dó do filho, pois ele pode sentir sede durante a noite e ficar com medo de atrapalhar.

Thiago que até então estava brincando, guarda as bolinhas de gude e volta a assistir ao DVD do Rei Leão, mas abaixa o som. A avó pede para ele desligar, porque atrapalha. Ele ignora-a e ela não toma nenhuma atitude, apenas franze o rosto e gesticula para mim. Interpreto esse comportamento como se fosse uma fala: olha o que eu tenho que aguentar.

Da. Nair continua e relata achar que o filho passou a beber muito por causa do *stress* no serviço após ser promovido a encarregado, pois que ele não sabe mandar. (Após uma pequena pausa, ela conclui que também não sabe mandar).

Fala que pede uma vez. Se a pessoa não faz de imediato, ela resolve de outro jeito. Dá o exemplo da instalação de uma pia de inox que ela comprara. Diz que o filho deu uma má resposta e falou que instalaria após voltar de viagem. Ela não gostou e pediu para outro instalar. Márcio quando viu, falou-lhe que ela não sabia esperar.

Da. Nair parece sentir-se acolhida para expressar indignação e raiva. Ao relatar, efetua caretas e acaba engasgando, começa a tossir e pede um copo d'água a Naiara, a qual já se apresentava trocada e maquiada para ir à escola.

Ao trazer um copo cheio de água, Naiara exclama que se esqueceu que a avó só pode beber um pouco, faz menção em voltar, mas foi impedida pela avó, que se zanga e diz que ela sabe e beberá um pouco somente. Depois de dar água, Naiara confere o oxigênio da avó.

A cena entre avó e neta faz-me supor que Naiara, por não ter, ou temer ficar sem maternagem, apresenta um crescimento emocional prematuro (WINNICOTT, 2001), tentando cuidar no sentido de controle, dos membros da família. Em contrapartida, Da. Nair se desagrada, pois, apesar de gostar dos cuidados de sua filha Márcia, sente-se sujeitada às

tentativas de cuidado/controle de Naiara, provavelmente, por considerar que as crianças deveriam obedecer-lhe e não o contrário.

Começo a finalizar a entrevista e comento que já deve estar no horário do almoço deles e não quero atrapalhar. Da. Nair convida-me para almoçar e Naiara fala que sempre almoça na escola às 16h. Diz que prefere a comida de casa, mas não gosta de comer antes de sair para a escola. Pergunto se não fica com fome; responde-me que tanto ela quanto o irmão não param de comer “besteiras” até a merenda. Thiago confirma, informando as tais besteiras (bala, chiclete, pirulito, salgadinho).

Naiara pergunta quando eu vou voltar, porque gostaria que eu continuasse conversando. Despede-se de mim com abraço e beijo, dá um beijo na avó, a qual parece não gostar (como se aquilo não fosse habitual) e pede “para ela ter juízo”. Ela dá tchau para o irmão, não se despede da mãe (que dorme no outro quarto) e vai embora.

Da. Nair diz que não gosta que a menina vá sozinha à escola, mas que fala para ela não aceitar nada de estranhos etc., mas se conforma, concluindo que a neta deve “pegar a rabeira com outras crianças”.

Sobre a escola das crianças, a mãe leva e busca Thiago e busca Naiara. Thiago não gosta muito da escola e andou faltando bastante, porque a mãe estava sem tempo de levá-lo. Já Naiara não falta às aulas, mas eu não pude perceber se está tudo bem na escola.

Da. Nair pede para eu ficar mais, comenta que também só vai comer mais tarde e pergunta se moro longe. Respondo que não era tão longe e aproveito para saber sobre a história pregressa de Da. Nair, a fim de compreender os tipos de figura materna e paterna introjetadas, o que motivou um casamento precoce, entre outras. Assim, pergunto se ela nascera em São Paulo...

Da. Nair fala que nasceu em São Paulo, na região de Santo Amaro. Morava num sítio com os pais e os irmãos. Os pais eram de Portugal e arrendavam terras aqui. Diz que, no início de sua adolescência, seu pai foi para Portugal resolver questões lá deixadas sobre negócios com azeitonas, azeites e vinhos, mas adoeceu e morreu em Portugal. Logo após a partida do pai, sua mãe morreu e os irmãos ficaram espalhados. Ela é a irmã mais nova; duas de três irmãs mais velhas morreram e, aparentemente, não tem muito contato e notícias dos irmãos.

Conta que sua irmã mais velha fez um bom casamento com um homem sete anos mais novo, que ele é “excepcional”, pois faz tudo pela irmã. Eles têm uma boa condição de vida, os filhos são formados e moram fora do Brasil. Diz que a irmã a ajuda muito e que ele é um “cunhadão”.

Da. Nair fala que é aposentada, mas como o dinheiro não é suficiente, a irmã ajuda com os remédios e faz mensalmente uma grande compra, sendo que as frutas, verduras e contas da casa ficam por conta de Da. Nair. Comenta que sua filha caçula (filha de Nair) ingressou em novo emprego, não precisando mais da ajuda da mãe.

Vou finalizando a entrevista, procuro saber a data da próxima entrevista, tentando marcar em horário que a Márcia também possa participar. Da. Nair pede o número de celular (o qual consta no TCLE), para avisar-me sobre qualquer imprevisto. Thiago faz questão de gravar meu número no celular dele, mas não consegue, então anoto num papel sobressalente e despeço-me.

Já de saída, Da. Nair pede-me indicação de clínicas para o filho e pergunta-me se eu ia atender outra família.

Terceira Entrevista

Se para as entrevistas anteriores desta família, eu considerei as recomendações de Simon (1989) quanto às medidas técnicas da entrevista preventiva, ao passo que, fui investigando os dois cortes no processo evolutivo temporal, relativos aos fatos presentes contemplando a queixa e ao passado (SIMON, 1995). Para a terceira entrevista, vou com o intento de aprofundar-me nas informações que abarcam os Quatros Setores Adaptativos: Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico.

Ao me ver no portão da casa, Thiago se entusiasma e anuncia que “a bióloga” havia chegado. Logo é corrigido pela avó, que nomeia psicóloga, mas não menciona pesquisadora. Ele vem abrir o portão, carregando um pequeno filhote de cachorro muito gracioso (o qual eu tinha visto com Naiara, na visita anterior). Pergunto sobre o filhote, ele fala que a Naiara ganhou, mas é dele também, que já tinha nome, mas não se lembrava.

Entro na casa e sou cordialmente recebida por Da. Nair, a qual pede para Thiago acordar Márcia e Naiara (que dormiam juntas), a fim de participarem da entrevista. Em seguida, desculpa-se por não ter tomado banho, pois estava se preparando quando eu cheguei. Pergunto se cheguei cedo ou atrapalho, ela afirma que não, pois, “11h e 30min da manhã, já era horário de todos estarem de pé”.

Pergunto se ela sabia que a entrevista tinha sido marcada para aquele horário. Conta-me que somente no dia anterior ficou sabendo, pois achou estranho o fato de eu não ter aparecido na data marcada e comentou com Márcia. Só então, a filha lembrou-se de falar o que acontecera. Exclamo que deve ter sido desagradável ficar esperando sem resposta. Responde que sentiu falta, porque as conversas têm sido importantes para ela.

Nesse momento, o filhote vem brincar comigo, então aproveito a oportunidade para investigar como fora a entrada dele na família e suas repercussões. Da. Nair, fala que o pai de Naira lhe deu o cachorro, que era uma mistura da raça Pinscher com Chihuahua e que ela o chamava de Bituca.

Fico intrigada com o nome e pergunto o motivo. Conta-me que é uma homenagem a todos os fumantes da casa, porque bituca de cigarro “é tudo que não presta”. Pergunto, então, porque o filhote tem nome de tudo o que não presta. Da. Nair ri e confessa que não queria um cachorro, porque ninguém vai cuidar, já que é muito trabalhoso, pois tem que se preocupar com vacinas, ração e outros. Reclama que a responsabilidade vai ficar por sua conta e, ela não gosta de cachorro dentro de casa, visto que promovem muita sujeira... Da. Nair aponta o canto do quarto, onde a filhote fizera as necessidades.

Diferentemente dos outros dias, a casa estava com o chão sujo por migalhas de comidas, papéis e sedimentos do filhote. Esses elementos somados à ração animal deixavam um aroma desagradável no quarto de Da. Nair.

Durante a fala de Da. Nair, Naiara levanta-se e atravessa o quarto em direção ao banheiro. Vendo-a, Da. Nair comenta que a menina não gosta que falem mal do pai. Todavia, Da. Nair não esconde que não gosta dele, pois o considera “vagabundo” e desonesto, sendo que só dera o cachorro para Naiara, porque o filhote é de raça e o pai dela não quer trabalho.

Após lavar o rosto, Naiara retorna com o filhote nos braços, chama-a de Tutti e senta-se em sua cama. Thiago também retorna e avisa que vai pegar suas bolinhas de gude, para juntar-se a nós. Pergunto a Naiara se sua mãe continuava dormindo, conta-me que a mãe estava acordada, mas não iria participar porque estava passando mal.

Lembro-me da imagem de Márcia impregnada por remédios e procuro saber como ela está, se fica incapacitada frequentemente, se eles sabem o que promove as “recaídas” e como eram essas ausências para Da. Nair e as crianças.

Da. Nair narra que Márcia não se cuida corretamente, que ora toma os remédio, ora não. Diz que já tentou controlar a medicação da filha, mas não consegue; então transfere à Naiara a obrigação de administrar os remédios e fiscalizar a mãe. Por sua vez, Naiara informa-me os horários, as quantidades e os nomes dos medicamentos: Amitriptilina e Diazepan. Mostra dedicação, no entanto, não consegue dar conta, porque a mãe toma os remédios quando quer.

Da. Nair prossegue e conta que a filha, quando toma os remédios, fica de cama por dias, sem fazer nada. Por isso, as responsabilidades da casa (fazer comida e lavar a louça),

ficam a cargo de Da. Nair. Já as crianças, dizem ficar tristes, porque a mãe “não pode fazer nada”.

Pergunto se Márcia realiza alguma atividade. Da. Nair fala que a filha faz qualquer “bico” para receber um “dinheirinho”, tais como: prestar serviços a vizinhos como senhoras idosas, pessoas que não sabem ler e famílias, ou que trabalham e não têm tempo para resolver problemas com banco: seja em relação a pagamento de contas ou recebimento da aposentadoria. Afirmo que as pessoas confiam em Márcia e a procuram bastante (cita exemplos de que ela foi tratar de documentos de financiamento de casa própria para uma senhora que não sabe ler). Entretanto, quando está acamada, Márcia desmarca todos os compromissos.

Para compor a renda, Márcia também recebe pensão do pai de Thiago. Já o pai de Naiara, raramente ajuda com alguma coisa. (No momento em que Da. Nair refere-se ao pai de Naiara, esta sai do quarto, provavelmente aborrecida. Após algum tempo, retorna com um álbum de retratos, cuja primeira foto é sua com seu pai). Da. Nair continua seu relato e afirma não saber o que Márcia faz com o dinheiro dela, que talvez gaste com cigarros, pois não contribui com os gastos da casa.

Pergunto se Márcia se responsabiliza pelos gastos dos filhos como roupas, material escolar etc. Diz que “deve ser com isto que ela gasta o dinheiro”. Parece que Da. Nair expressa seu cansaço, por dar conta de tudo sozinha e, ao mesmo tempo, protesto pela falta de ajuda da filha. Aparentemente, Da. Nair não consegue perceber as necessidades dos netos.

Conta-me que se aposentou em 1988, por causa da Meningite Tuberculosa, mas que até então trabalhava em casa de famílias ou em restaurantes. Após a morte de seu companheiro, ela volta a trabalhar, passando roupa para fora, mas vai diminuindo as atividades devido às recorrentes doenças respiratórias, tais como: bronquite, depois pneumonia dupla e, por último, Enfisema Pulmonar.

A respeito de tais doenças, procuro investigar se são decorrentes da insatisfação de ter que trabalhar e sustentar a casa, visto que ela ficou por longo tempo no lugar de quem é cuidada. Se são provenientes da difícil constatação do diagnóstico de Márcia, em ser portadora do HIV (então, fica sem poder respirar); ou uma enfermidade que vem competir com a doença dessa filha.

Da. Nair fala que gostava de trabalhar porque fazia seus próprios horários, saía cedo do serviço, tinha um dinheiro extra e sentia-se importante. Contudo, foi ficando cansada e depois doente (nomeia a dificuldade em respirar como “angústia no peito”). Ela não sabe precisar sobre quando surgiram os sintomas, porque fumava muito, mas percebe que o

cansaço aumentou há, aproximadamente, um ano e meio. Pergunto se ela recorda de algum acontecimento naquela época, algo com ela ou com a família. Responde-me que não se lembra de nada, dando-me a impressão de realmente não conseguir associar, portanto somatiza.

Apesar de não conseguir esclarecer minhas suspeitas, prossigo com o intuito inicial de verificar a produtividade/sustento da família. Dessa forma, pergunto sobre a composição atual de sua renda, se são suficientes para cobrir os gastos da família e se recebe alguma ajuda financeira.

Da. Nair conta que não recebe a aposentadoria de seu falecido companheiro, porque ele era autônomo e na época não se preocupava com INSS; conquanto ele lhe deixara a casa. Sobre seu primeiro marido, ela reclama que tudo ficou para a última companheira dele. Acerca da contribuição dos filhos, diz que, apesar de Márcio efetuar todas as refeições na casa dela, ele não colabora financeiramente. E Márcia, vez ou outra, compra comida para casa e para as crianças. Já com Marcela, Da. Nair não precisa mais se preocupar, porque a filha está trabalhando, fica na própria casa e não precisa mais da ajuda da mãe.

Com sua aposentadoria, Da. Nair paga as contas da casa (luz, água e gás), mais as compras da feira. Explica que o dinheiro não é suficiente, então sua irmã a ajuda com uma compra mensal. Em relação a isso, Da. Nair diz que prefere dar a receber, mas acha necessário o auxílio e conclui que a irmã gosta de ajudar. Menciona, aparentemente com ciúmes, que a irmã está sempre sorrindo, porque fez um bom casamento e tem um marido, que faz tudo por ela.

As referências ao “cunhadão” e ao ciúmes em relação à irmã, fazem-me pensar da perda do pai de Da. Nair na adolescência, período que remonta ao Complexo de Édipo. A partir disso, faço associações com os relatos anteriores, culminando na hipótese de que Da. Nair relaciona-se com o outro, buscando por uma figura provedora, mantendo-se no lugar de quem precisa ser cuidada e, conseqüentemente, não pode cuidar.

Naiara retorna com um álbum de retratos, retira a primeira foto para me mostrar: seu pai beijando-a na comemoração do aniversário de quatro anos dela. Apesar de lembrar que Naiara saíra do quarto quando sua avó maldizia o seu pai, e que tal foto poderia expressar o quanto ela gostava dele, a cena tipicamente edípica, recordou-me a fala de Márcia sobre sentir-se uma mãe má por causa da preferência da filha pelo pai, entre outras coisas.

À medida que Naiara vai mostrando todas as fotos do álbum, vou compartilhando-as com Da. Nair e Thiago, perguntando quem estão nos retratos, onde estão, o que estão fazendo.

Thiago fica muito entusiasmado com suas fotos de bebê e ambos os irmãos mostram-se curiosos ao ver a mãe bonita, de cabelos longos e sempre sorrindo.

Da. Nair usufrui do momento para falar a respeito da inter-relação dos netos, da vinda da filha para morar em sua casa e da sua relação com os netos. Em meio à narração de Da. Nair, Naiara esclarece para a própria avó que sempre foi cuidada por ela. Diante disso, Da. Nair surpreende-se com o depoimento da neta, como se a avó não reconhecesse o fato.

Eu aproveito também para perguntar sobre a distribuição das tarefas de limpeza e conservação da casa e outras atividades desenvolvidas pela família.

Da. Nair conta que arruma sua cama e que não deveria, mas é ela quem está cozinhando e lavando a louça. Reclama que Naiara, quando quer lava o banheiro, varre o chão e limpa a cozinha. Márcia lava a roupa e quando está disposta faz a comida e lava a louça.

Naquele momento, Márcio aparece na janela de Da. Nair (a qual dá para o quintal / corredor externo da casa) e fala que não pode participar da entrevista porque está ocupado lavando lençol. Dito isso, continua seus afazeres, enquanto prosseguimos com a entrevista. No entanto, após um tempo, Márcio exclama do quintal que está cansado dos afazeres domésticos e pergunta à mãe se ela quer se casar com ele?

Ante a pergunta, Da. Nair fica sem resposta e, após um tempo, diz ao filho que não escutou, ele repete a pergunta e ela, novamente, diz não entender. Então Naiara, em tom indignado fala:

Naiara - “Ele está perguntando se a senhora quer casar com seu filho” .

(Ela coloca ênfase na palavra filho).

Da. Nair, não consegue responder nada e desqualifica a situação.

Então, eu exclamo:

P – Que pergunta estranha, né?

Do quarto, pergunto ao Márcio, se ele está precisando de uma mãe ou de uma mulher.

Da. Nair apressa-se em justificar que, em sua internação, Márcio foi visitá-la e foi confundido como marido dela, pois estava com barba, dando-lhe um aspecto mais envelhecido. Depois da confusão, ele deixou de usar barba.

Não sei se Márcio consegue ouvir as explicações de Da. Nair, mas responde, sustentando a ideia de que está envelhecendo mais rápido que a mãe.

Naquele momento, Márcia se levanta com o rosto fechado, expressando mau humor. Ignora minha presença e vai à cozinha para tomar o café da manhã. Lembro-me da imagem de Márcia, antes dinâmica e cooperativa; passando para incapacitada, dopada por remédios e, agora, aparentemente agressiva. Todas essas mudanças em questão de dias.

Naiara acompanha a mãe no café da manhã e Thiago sai, retornando com outro álbum de fotos. Vendo o álbum, Da. Nair indaga o motivo de Thiago ter pegado as fotos. Ele assegura que foi o tio que lhe deu para mostrar-me.

O álbum é composto por fotos da família nuclear de Márcio; fotos de festas em bar com os amigos; fotos antigas da casa antes da reforma e fotos do casal Da. Nair e seu companheiro em Aparecida do Norte.

Penso que aquela foi a forma encontrada por Márcio para se fazer presente na entrevista, e contar sobre a falta que sente de sua família nuclear e, provavelmente da maternagem exercida por sua ex-esposa.

Sobre o retrato do casal em Aparecida do Norte, Da. Nair narra que na época da foto ela era católica “fanática”, mas que depois se tornou evangélica. Conta que ela e Márcia frequentavam uma igreja perto de casa, embora preferissem outra igreja que ficava mais longe. Diz que depois que ficou doente, os amigos da igreja deixaram de ir a sua casa para orar e atribui esse fato à indisponibilidade do pastor.

Pergunto-lhe sobre namorados e se sente falta de um companheiro. Da. Nair repete-me a história das recomendações de seu médico, a respeito dos filhos crescerem e casarem-se. Posiciona-se informando que optou por cuidar dos filhos. Imediatamente, associa que os filhos deram trabalho, pararam de estudar antes do ensino médio e não formaram carreiras.

Tenho a impressão de que Da. Nair se expressa como se estivesse mais que arrependida, ou seja, frustrada pela escolha. Pergunto-lhe se, agora, com os filhos crescidos, ela sente vontade de namorar.

Responde-me com outra pergunta:

Da. Nair – E agora, o que você me diz?

P: A senhora acha que não dá mais para namorar?

Entre dúvida e ironia, Da. Nair responde-me que “só se eu frequentar a Terceira Idade”.

Penso na fala dela e nas possibilidades de queixa, quanto a sentir-se velha, estar dependente do oxigênio, quiçá achar que é tarde para seus desejos, talvez porque o companheiro a ser encontrado também estará na terceira idade. Entretanto, penso ainda na prevenção terciária e recordo que Da. Nair pode ficar horas sem o oxigênio (desde que o utilize à noite). Reconheço que ela aparenta ser nova para a idade, pois apresenta tanto o rosto como o corpo bonito e bem formado. Então, pergunto com entusiasmo se ela já frequentou o Clube da Terceira Idade.

Parece-me que Da. Nair se anima e comenta que: “Lá tem bastante coisa boa”, fazem bailes, viajam e dão cursos. “Quem sabe...”

(Naquele momento, Naiara retorna à entrevista)

Questiono se Naiara não vai para a escola. Ela me responde que não terá mais aula na semana, entretanto não sabe o motivo da dispensa. Pergunto se as aulas vagas são habituais e se ela é assídua à escola. Ela afirma que é difícil faltar e que normalmente não tem aula em véspera de feriado e reuniões de professores.

Estendo a pergunta a Thiago. Da. Nair explica que ele tem faltado porque a mãe não está bem para levá-lo. Da. Nair profere que o neto vai repetir a série por causa das faltas. Sobre a possibilidade de trocar de horário, Da. Nair diz que é uma boa idéia e fala que, no próximo ano, vão pensar em colocá-lo à tarde.

Márcia regressa ao quarto em que descansava, sem nada comentar.

Indago sobre a saúde de Márcia e sua participação na entrevista. Naiara responde que ela ainda não está bem.

Questiono a família: como é ver a Márcia naquele estado? As crianças comentam que ficam tristes e preocupadas.

Lamento por Márcia não poder participar da entrevista e esclareço que gostaria de perguntar-lhe sobre algumas coisas que ela mencionara, como por exemplo: não namorar mais.

Da. Nair adianta-se em responder que, para a filha, a vida acabou depois da doença.

Penso que aquelas palavras seriam espinhosas para as crianças e pergunto o que eles acham daquilo. Ambos falam que ficam tristes.

Procuo investigar sobre a tatuagem de Márcia e o que a motivou a fazê-la. Naiara explica que a mãe possui sete tatuagens: uma bruxinha no peito que representa a filha; na panturrilha, dois palhaços que representam os ex-maridos (nesta hora dou risada pela associação, mas parece que ninguém entende); as iniciais dos filhos num punho; no outro punho, a frase: Deus é fiel; um dragão nas costas; uma rosa na canela; e, um Gnomo da Morte na nádega.

Da. Nair diz que a filha saiu de casa com a intenção de tatuar um anjo, mas na loja se encantou com o gnomo da morte e o tatuou.

Ao ouvir sobre a escolha do Anjo e do Gnomo da Morte, minha mente foi povoada por dúvidas e suspeitas entre elas: o retorno do sadismo; o endereçamento da doença; vida e morte, como se o anjo da morte viesse aplacar as pulsões sexuais, na tentativa de se atingir um Nirvana, o qual não pode ser contemplado, daí as consequências. Ou ainda, uma marca para

registrar o diagnóstico já sabido. Associo também, que Márcia teve o diagnóstico aos 33 anos de idade, aproximada ao início da enfermidade de Da. Nair (ocasião em que as cefaleias eram inexplicáveis). Em vista de tantas questões, apenas exclamo: Gnomo da morte, que nome.

Ainda influenciada pelas suposições, procuro saber sobre o uso de drogas. Menciono que Márcia comentara estar drogada ao escrever a carta e questiono se as crianças sabiam do fato, antes de aprofundar as perguntas.

Da. Nair acha que Márcia começou a se drogar após o diagnóstico, mas não tem certeza, porque não acredita na filha (lembro-me que o pai de Naiara já traficou drogas). As crianças sabem que a mãe usava droga e, embora Da. Nair afirme nunca ter visto, Naiara declara que a mãe cheirava cocaína no banheiro.

Pergunto-lhes se Márcia ainda faz uso das drogas. Da. Nair diz que a filha prometera não usar, entretanto ela não confia na filha. Já Naiara afirma que a mãe não usa mais.

Contam-me ainda que ela fumava maconha e cheirava cocaína, mas não injetava drogas nem consumia craque. Não sabem especificar a frequência, mas recordam a alteração de comportamento. Da. Nair diz que a filha se tornava malcriada, agressiva e a enfrentava. Já Naiara achava que a mãe ficava legal com ela. Thiago, por sua vez, conta que a mãe parecia “esquisita” e ele não gostava. Por fim, Naiara concorda com o irmão, nomeando-a de “esquisita”.

Falo que Márcia havia explicitado sua preocupação com Naiara por causa da carta de despedida, por isso pergunto como foi isso para as crianças. Naiara conta que sentiu medo que a mãe morresse, sendo que ela ficaria sozinha. Da. Nair interpela, falando que Naiara não ficaria sozinha, iria morar com o pai. Naiara contrapõe dizendo que ela não gostaria de morar com o pai.

Fico surpresa com a forma que Da. Nair se coloca, pois dá a impressão de não gostar da presença dos netos. Já havia pensado na hipótese de ela competir com os netos pelos cuidados de Márcia. Também observara que as crianças soltas (sem a educação materna), tomam as próprias decisões sem considerar as reclamações da avó. Entretanto, surpreendo-me com o tom agressivo de Da. Nair, o que me leva a pensar que ela também teme a morte da filha.

Abruptamente, Naiara pergunta-me se eu tenho filhos. Pega de surpresa, respondo que não. Ela aponta minha aliança e diz:

Naiara - “Mas você é casada, não é?”

Antes que eu fale qualquer coisa, Da. Nair responde que eu não sou boba em ter filhos, pois dão muito trabalho.

Naiara, então, pergunta se este é o motivo de eu não ter filhos. Respondo que dão trabalho mesmo, mas que quero ter filhos. Pergunto se ela gosta da Tutti e, se ela dá trabalho.

Em vista do horário, procuro verificar o setor sociocultural e questiono as atividades sociais, momento de lazer antes e após a doença de Da. Nair e Márcia.

Inicialmente, todos reclamam que não fazem nada. Da. Nair só assiste à TV, Márcia fica sentada no portão e as crianças vão para casa dos pais jogar *vídeo game*. Naiara e Thiago alegam, que quando eram pequenos, iam brincar nos parques e praças, mas deixaram de ir depois que a mãe adoeceu. Da. Nair recorda-se de que visitava a irmã doente, passeava na casa da outra irmã, frequentava a igreja evangélica e recebia os amigos da igreja em sua casa para oração, mas que após voltar do hospital, eles sumiram e ela não pôde mais sair de casa. Márcia ficou chateada porque os amigos deixaram de convidá-la para passear.

Mas, aos poucos, vão se lembrando de outras atividades prazerosas e, contam que, Naiara e Thiago cursam capoeira no Centro Comunitário. Ela também se inscreveu na aula de *street dance*. Já Da. Nair gosta de fazer tricô e crochê e está esperando chegar seu oxigênio portátil para frequentar esses cursos, ofertados no Centro Comunitário.

Thiago conta que deixou de ir à casa do pai para poder passear com os primos maternos, pois considera ser mais divertido. Da. Nair fala que quando a Márcia está melhor, ela vai até a casa de vizinhos amigos. Naiara vai brincar no computador do primo de mesma idade, ou fazer pesquisa para a escola. Da. Nair fala que talvez vá se inscrever na Terceira Idade.

Encerro as entrevistas, agradeço a participação e informo que é o último encontro para o feedback e também para fornecer os endereços de clínicas-escolas e instituições que realizam atendimentos psicológicos.

3.2.1.1 – Análise adaptativa

a) Setor Afetivo-relacional (A-R)

Inicialmente, a reedição de conflitos intrapsíquicos na família pode ser observada pela repetição do empobrecimento do papel materno, que ora negligencia, ora chega a abandonar; e, pela doença, que não pode ser nomeada ou contida, representando uma ameaça de morte, promovendo a descontinuidade, ou a ruptura da maternagem (compreendida aqui, como função que pode ser exercida tanto pela figura materna como paterna). Esta transmissão

proporcionava conflito, pois não podia ser elaborada e, repercutia em cada membro da família.

No começo da adolescência, Da. Nair vê seu pai partir para Portugal para cuidar de negócios com azeitona e azeites, lá deixados. Nesse ínterim, sua mãe adoece e morre. Seu pai, ainda em Portugal, também falece acometido por alguma doença. Da. Nair não sabe nomear ou compreender a doença arrebatadora dos pais, no entanto possui a vivência da desintegração da família de origem, sentindo-se solta, sem amparo nem proteção. (WINNICOTT, 2001).

Seu interesse em conhecer a variedade de azeites, azeitonas etc, no Mercado, pode apontar a tentativa de resignificar a partida do pai para Portugal, que pode ter sido experimentada como abandono, promovendo raiva e culpa. Aparentemente, Da. Nair passa a procurar e valorizar figuras masculinas provedoras e protetoras. Não encontra em seu primeiro marido, busca em seu segundo companheiro, que parece ter cuidado da família enquanto Da. Nair estave enferma, mas que morre após sua cura. E, por último, a valorização de seu cunhado.

Os filhos do primeiro casamento foram deixados com a sogra para que Da. Nair pudesse morar com o segundo companheiro. Fato este pouco comentado na família, mas que promove curiosidade dos netos e, talvez, fantasias de abandono.

No período de dez anos da doença, Da. Nair permaneceu inúmeras vezes ausente de sua casa, estando hospitalizada. E, mesmo quando em casa, sentia-se incapacitada pelas cefaleias, época em que Márcio e Márcia possuíam 6 e 2 anos respectivamente. Marcela, a caçula, nem nascida, presenciou a cura da mãe já aos 6 anos de idade.

Como mencionado anteriormente, as repercussões da doença de Da. Nair podem ter acentuado o empobrecimento do papel materno e promovido em Márcio, Márcia e Marcela a vivência de ruptura e descontinuidade com a relação materna.

Aos oito anos, Márcio passa a ficar sozinho em casa, com a responsabilidade dos serviços domésticos e aos quinze, sente que assume o lugar do pai falecido, participando do sustento da casa e tentando educar as irmãs, pois considerava que Da. Nair pouco podia fazer pela maternagem dos filhos. Entretanto, Márcio não dá conta, sendo as consequências o relacionamento conflituoso com as irmãs e a repetição do vício do pai – o alcoolismo.

Outras inferências podem ser realizadas sobre o alcoolismo de Márcio, como uma doença de quem bebe, ou seja, de bebê, somada à procura de uma esposa que lhe dê cuidados maternos poderiam revelar dependência afetiva e imaturidade. Entretanto, as entrevistas não puderam contemplar esses aspectos, dificultando uma análise mais profunda.

Atualmente, Márcio foi deixado pela família nuclear por causa do alcoolismo; é dependente da casa da mãe com relação à alimentação e estabelece relações fraternas conflituosas, em que cada um gera sentimentos de culpa no outro.

Em tenra idade, Márcia pode ter vivenciado a doença da mãe de forma arrebatadora, permeada por fantasias de aniquilamento, possibilitando a introjeção de uma figura materna que negligencia e abandona. Ademais, considerando a evolução da doença de Da. Nair, perpassando pelo desenvolvimento emocional de Márcia pode-se pensar, ainda nas questões edípicas, de modo que, para Márcia, a mãe concretamente sofre ameaça de morte.

Dessa forma, Márcia parece repetir com os filhos as mesmas falhas de sua relação com a figura materna, impossibilitando o holding para Naiara e Thiago. Isso pode ser percebido no relato de agressão física a Naiara, em decorrência das frustrações dos relacionamentos amorosos de Márcia. E, posteriormente, com o advento da doença, em que Márcia frequentemente apresenta “recaídas”, ficando incapacitada para fornecer cuidados, seja consigo, como com o outro.

Quanto ao contágio por HIV, pode-se pensar na possibilidade de uma reedição dos conflitos não metabolizados de Márcia em relação à ameaça de morte da mãe, provocada pela doença sem nome e suas repercussões. No entanto, não se pôde verificar junto à Márcia, se a doença da mãe foi apreendida como um evento traumático. Mas, se assim fosse, poderia estar relacionada à atual doença de Márcia que surge em idade similar à da mãe e também representa risco de morte. Contudo, isso pode ser melhor observado na análise do setor orgânico.

Naiara, não podendo contar com os cuidados maternos, estabelece a independência precoce, não no sentido da maturidade ou saúde. (WINNICOTT, 2001). Por outro lado, a infantilização de Thiago pode configurar-se como uma defesa relacionada a fantasias sexuais com a figura materna, visto que dormem no mesmo quarto, quiçá na mesma cama, enquanto a mãe se proíbe de ter parceiros sexuais. Também é sabido, por meio da avó, que Thiago muda completamente de comportamento (fica mais falante, extrovertido, sem o uso da chupeta), quando frequenta outros lugares como a casa dos primos, do pai e a própria escola.

A respeito da satisfação das necessidades sexuais, observa-se que Márcia opta pelo isolamento como resposta ao enfrentamento do HIV. Todavia, a solução é pouquíssimo adequada, pois além de não proporcionar satisfação, promove conflito intrapsíquico, desencadeando sintomas de depressão. Nota-se, ainda a reserva com relação ao contato social, apresentando restrição de amigos.

Da. Nair também se mostra insatisfeita com a falta de um relacionamento amoroso, demonstra arrependimento em ter optado por cuidar dos filhos e não mais namorar. Atualmente, por causa da doença e da idade, teme não poder conhecer mais alguém, ficando restrita aos relacionamentos com os filhos e netos, embora, no decorrer das entrevistas, percebeu-se que ela, aparentemente, ficou mais animada com a possibilidade de conhecer pessoas por meio do Clube da Terceira Idade.

Quanto à moléstia atual de Da. Nair, pelas entrevistas, pôde-se cogitar algumas hipóteses, tais como: a enfermidade como resposta pouco adequada ao enfrentamento da doença de Márcia; competição com a filha pelo lugar de quem é cuidado; ou ainda, a repetição e manutenção de uma posição vivida por longo tempo, no passado, quando adquiriu Meningite Tuberculosa.

Já o relacionamento de Da. Nair com os netos apresenta-se conflituoso. Ao mesmo tempo em que Da. Nair precisa da companhia e ajuda de Márcia, demonstra desgosto pela presença e falta de modos dos netos, os quais parecem alheios às reclamações da avó. Da. Nair parece competir com os netos pelo lugar dos cuidados, contudo mostra irritação ao perceber que as crianças também precisam de atenção e educação, sem ter por onde.

Apesar de haver passado sete anos da volta de Márcia para a casa da mãe, acompanhada pelos filhos, parece que o incômodo de Da. Nair persiste, como se fosse um acontecimento recente, ainda sem solução. Como se o desagradável fosse necessário e irremediável.

As crianças sem continência, muitas vezes, ficam soltas por sua própria conta, por isso não seguem nenhuma rotina de tarefas. Além do mais, parecem reconhecer a hostilidade ora explícita, ora implícita da avó com relação à presença deles, assim como as incapacidades da mãe.

Por vezes, Naiara parece tentar controlar a casa, atenta aos acontecimentos da família, executando algumas tarefas da mãe e sendo porta-voz do irmão. Outras, parece reagir como ego auxiliar dessa família, lembrando de fatos, datas, atenta às relações e nomeando situações de difícil representação, como se tentasse escapar do mandato transgeracional.

Não obstante, a relação entre Naiara e Thiago mostra-se menos comprometida; mesmo Naiara atenta ao irmão, quer seja pela compreensão, quer seja pela responsabilidade, o relacionamento de ambos se apresenta de forma esperada e não apresenta conflito.

Diante do exposto, observa-se que a transmissão direta de pactos, dos 'não ditos', da ordem da vergonha ou do traumático possui uma função alienante e dissociativa, afetando de forma singular cada um dos membros e a intersubjetividade do grupo familiar. A

possibilidade de elaborá-la e, assim, transformá-la, poderá permitir a descontinuidade da transmissão transgeracional.

No aspecto geral, os relacionamentos intrafamiliares estão comprometidos, apresentando respostas ora pouco adequadas, ora pouquíssimo adequadas quanto às condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais.

b) Setor Produtividade (Pr)

A família possui casa própria herdada do pai. Originalmente, a casa era constituída por uma garagem, uma edícula e a casa principal. A garagem foi alterada para abrigar a Marcela, transformando-se em sua residência; a edícula foi ampliada para abrigar a família de Márcio e, posteriormente, tornou-se a casa de Da. Nair. A casa principal também foi reformada por Márcio, quando este decidiu voltar a morar no quintal da mãe, trazendo consigo sua família nuclear.

Em decorrência do alcoolismo de Márcio, sua família nuclear decide mudar-se de casa, deixando-o só. Após a separação, Márcio doa sua geladeira e fogão para Da. Nair, perdendo a independência de sua casa. Portanto, embora as casas sejam divididas, a casa de Márcio aparenta ser uma extensão da casa de Da. Nair, dando a impressão de um cômodo de adolescente.

Tal impressão também é reforçada pelo uso que Márcio faz, não só da cozinha da mãe, mas também dos demais cômodos, aos quais tem acesso livre a qualquer hora do dia.

A respeito dessa partilha, Da. Nair parece arrepender-se, pois revela o desejo de morar numa casa maior, tal qual a de Márcio. Entende ainda, que sem a presença do filho, ela poderia aumentar a renda, alugando uma das casas.

Se por um lado, Márcio pode usufruir das casas, por outro, tem a liberdade tolhida, pois ficou privado de promover festas com os amigos (como outrora fazia), entre outros. Ademais, parece não dar conta dos cuidados da casa.

Em relação à casa compartilhada entre Da. Nair, sua filha e netos, entende-se que a solução encontrada para o abrigamento da família também causa conflito, pois Da. Nair gosta da companhia da filha e necessita de seus cuidados, mas se desagrada com a presença dos netos, que tomam o seu espaço e não respeitam sua organização. No entanto, tal situação pode ser melhor observada no Setor Afetivo-relacional.

A renda familiar é composta pela aposentadoria de Da. Nair; pela pensão alimentícia de Thiago, pelos valores indeterminados provenientes do trabalho informal de Márcia e pelas raras contribuições do pai de Naiara.

Márcio, embora realize as refeições na casa da mãe e receba subsídio da licença médica, não coopera com as compras de suprimentos.

Segundo Da. Nair, a família não é autossuficiente, pois necessita do auxílio de sua irmã, a qual arca com a compra mensal no supermercado. Entretanto, é interessante notar que, se as despesas fossem corretamente divididas, se houvesse a participação de Márcio, e se os gastos para manter os vícios não fossem excessivos a família teria recursos para suprir-se. Tal observação pode indicar que a falta de recursos internos prevalece sobre os recursos externos.

Tendo em vista o exposto, pode-se verificar que a solução encontrada para o abrigo da família, apesar de adequada em atender as necessidades físicas de proteção e segurança não promove satisfação a todos os membros podendo causar conflito.

No tocante às atividades produtivas, observou-se que Márcia realiza trabalhos esporádicos, que pouco agregam financeiramente, não contribuindo efetivamente para o sustento da casa. Não foi possível observar se a atividade desenvolvida no trabalho informal promove satisfação ou causa conflito, no entanto sua quantidade e qualidade não proporcionam autossuficiência.

A enfermidade de Da., Nair promoveu o declínio de suas atividades, mas, aparentemente, há expectativa de progresso expressada no interesse de aprender e realizar trabalhos artesanais como tricô e croché.

As duas crianças estão matriculadas na escola, mas pelo observado, Naiara realiza seus estudos sem a supervisão de um adulto. Aparentemente, consegue cumprir seus afazeres e gosta de frequentar a escola, entretanto, Thiago corre o risco de repetir o ano, pois depende da mãe para ir à escola. Essa situação, aponta a falta de cuidados com o infante.

A respeito das atividades de higienização e manutenção da casa, pode-se observar a falta de organização e preocupação com o ambiente. As tarefas estabelecidas a cada um não são cumpridas, ora sobrecarregando Naiara, ora deixando de ser realizadas.

Apesar de Da. Nair relatar seu apreço pela organização, não consegue impô-la aos netos e, ainda, está além de suas possibilidades, fazendo-a queixar-se por ter que cozinhar para si e para os outros. Márcia, influenciada por seu estado emocional, poucas vezes consegue dar conta das tarefas domésticas, responsabilizando-se apenas pela lavagem das roupas. Já Naiara, não segue uma rotina para a realização das tarefas, contudo, às vezes, tenta substituir a mãe na realização das tarefas dela.

Perante o exposto, pode-se verificar que a produtividade da família é escassa em todos os campos, apresentando desorganização e descontinuidade das atividades. Não supre, nem

proporciona o desenvolvimento de seus membros, portanto este setor é pouquíssimo adequado.

c) Setor Sociocultural (S-C)

Atualmente, a família mostra uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Não promovem, nem compactuam com atos desonestos ou ilícitos.

Márcia atribui sua separação aos comportamentos ilícitos de seu primeiro companheiro. As atitudes transgressoras e o envolvimento com a marginalidade motivaram o rompimento de sua relação, pois compreende que nutria sentimentos por ele, mas não aceitava sua conduta. Provavelmente, Márcia não repetiu a escolha por parceiros delinquentes, visto que seu segundo companheiro era trabalhador e honesto.

Apesar de Márcia ter sido usuária de drogas, ela afirma nunca ter traficado ou considerado este comportamento aceitável. Hoje em dia, segundo Naiara, Márcia não faz uso de drogas ilícitas.

Da. Nair e Márcio também recriminam as atividades ilegais e, pelo que foi possível avaliar, nunca transgrediram a lei. A retidão de Márcia também pode ser confirmada por meio do reconhecimento e confiança atribuídos ao seu trabalho informal.

A participação da família em atividades integradas à sociedade, pode ser verificada em momentos distintos: antes e após a enfermidade de Da. Nair e após o diagnóstico de Márcia.

Antes de Da. Nair adoecer, ela e Márcia frequentavam cultos religiosos e recebiam visitas para a realização de reuniões evangélicas. Com o recente retorno ao hospital, Da. Nair teve que interromper suas atividades, mas já pensa em meios de usufruir dos cursos no Centro Comunitário, próximo à sua casa e participar do Clube da Teceria Idade.

As crianças, que antes frequentavam praças e parques públicos acompanhados pela mãe, perderam esse passeios. Mas, por própria iniciativa, inscreveram-se e realizam cursos no Centro Comunitário.

Márcia, por outro lado, após o diagnóstico, deixou de frequentar festas públicas e reuniões sociais. Passou a se isolar dos contatos com os amigos e não procurou por redes de apoio aos portadores de HIV, que pudessem auxiliá-la na reabilitação e integração na sociedade. Contudo, quando se sente melhor, Márcia consegue visitar algumas amigas.

Quanto ao Márcio, não foi possível verificar corretamente. Aparentemente, suas atividades sociais são restritas aos bares do bairro e às visitas que recebe da ex-mulher e filhos.

No aspecto geral, a família está adequada quanto às noções de valores éticos e morais, assim como à integração na sociedade.

d) Setor Orgânico (Or)

Inicialmente, é interessante pontuar que o convite à família, para participação na pesquisa, ocorrera um dia após Da. Nair retornar do hospital, possibilitando observar a mobilização da família diante de uma nova situação. Outro ponto a ressaltar foi que esse convite disparou em Márcia a iniciativa de falar das consequências na Família imputadas por seu diagnóstico como portadora do vírus HIV.

Há aproximadamente um ano e meio, Da. Nair começou a apresentar problemas respiratórios causados, segundo ela, pelo uso excessivo de cigarros. Essa enfermidade evoluiu ao quadro de Enfisema Pulmonar, provocando o declínio de suas atividades dentro e fora da família.

Como mencionado no setor A-R, a doença atual de Da. Nair poderia estar endereçada ao outro. Dejours (1998) discute que a crise somática ocorre no âmbito da relação com o outro, quando esta última promove um impasse psíquico entre o eu e este outro. Assim, o sintoma assumiria uma intencionalidade expressiva. Utiliza-se o corpo para produzir efeitos no outro, tal qual a sedução, para obter-se cuidados consigo. Talvez, inconscientemente, Da. Nair repita a experiência passada, em que era cuidada pelo marido enquanto doente, mas quando sara este morre. Daí, a suposição de que estando doente, a filha não pode morrer.

A princípio, a doença de Da. Nair promoveu reações de cuidados por parte de Márcia, que providenciou junto à Saúde Pública, a entrega de oxigênio e remédios para o tratamento de Enfisema Pulmonar; ministrou corretamente a medicação e cuidou da alimentação de Da. Nair. Entretanto, Márcia não conseguiu sustentar esses cuidados e apresentou um quadro clínico de depressão.

As crianças também ficaram mobilizadas, atentas às intonações da avó e à obrigatoriedade do uso do oxigênio. É provável que, o medo de perder também a avó reforçou em Naiara o comportamento precoce de independência, no sentido da responsabilidade e não da saúde. (WINNICOTT, 2001).

Apesar de desejar os cuidados de Márcia, Da. Nair mostra desgosto com a postura dos netos, como mencionado na entrevista. Fica a impressão de que a avó compete com os netos pelos cuidados de Márcia, ou melhor, pelo lugar na casa, de quem tem preferência em relação aos cuidados.

Mesmo com os prejuízos causados pela enfermidade e a dependência do uso de oxigênio domiciliar, Da. Nair apresentava facilidade ao se locomover dentro de casa e desenvoltura para falar. Contudo, inicialmente, ela assumiu o lugar passivo com a doença e tratamento, atribuindo a Márcia essa responsabilidade e, aborrecendo-se pelo fato da filha não dar conta dos cuidados. Apesar disso, parece-me que Da. Nair, no decorrer das entrevistas, pôde expressar o medo da morte e pensar em outras possibilidades para enfrentar as consequências e limitações de seu estado.

A dificuldade de Márcia, em sustentar os cuidados com a mãe doente ou de exercer a maternagem pode ser inferida por meio de sua história, mesmo antes do contágio por HIV; quando relata sentir-se uma mãe agressiva, que descontava na filha as aflições decorrentes do seu segundo relacionamento.

A própria doença de Márcia já promove suposições da falta de cuidados consigo, colocando-se em risco. A história da doença, a forma de contágio pelo HIV e as consequências na vida de Márcia suscitam algumas elucubrações sobre: a idade em que se adoece; a possibilidade da doença vir no lugar de uma solução mais adequada e um possível endereçamento da doença, como seguem:

Aos 33 anos, Márcia foi diagnosticada como portadora de HIV; idade aproximada em que Da. Nair começa a apresentar sintomas da Meningite Tuberculosa. Naquela época, Da. Nair vivenciava uma doença sem nome (pois o diagnóstico correto só ocorreria 10 anos mais tarde), cuja evolução promoveu inúmeras internações, exames invasivos, implante de válvula intracraniana, entre outros. Márcia, com então dois anos de idade, pode ter experimentado tais eventos sem a possibilidade de elaboração. Assim, com a mesma idade da mãe, ela repetiria a experiência de morte, ao contrair HIV. Entretanto, essa consideração é apenas uma sugestão hipotética, pois não se pôde verificar, junto a Márcia, se a doença de sua mãe foi uma experiência traumática. Partindo da hipótese do evento traumático, Freud (1914) descreve a Teoria da Repetição como forma de recordar situações vivenciadas, não elaboradas e reprimidas da infância. Quando não elaborado, o conflito se atualiza na vida do indivíduo pela repetição. Para Kaës (1998), o que não se lembra ou não se contém, como a doença, pode ser transmitido de forma transgeracional. O modelo transmissão transgeracional promove a repetição de histórias passadas sem a possibilidade de uma integração psíquica. (GOMES; PAIVA, 2008).

Em relação à possibilidade de a doença vir no lugar de uma solução; a AIDS poderia ser uma tentativa de refrear as pulsões sexuais, que não encontraram representação, restando o caminho da atuação ou somatização (DEJOURS, 1991). Trata-se de inferência realizada a

partir da fala de Márcia, a qual se justifica no que tange à sexualidade, na tentativa de dissociá-la da doença. Mas, em sequência, comenta, quase se condenando, já ter “aprontado” demais, por isso o sentimento de vergonha, quase impedindo-a de contar sobre a doença ao irmão. Por fim, sua opção pelo isolamento, hostilizando-se ao se cogitar um relacionamento amoroso. Não obstante, a tatuagem do Gnomo da Morte parece selar seu destino, como se a morte, em oposição ao Anjo/vida/pulsão sexual, pudesse proporcionar o Nirvana.

Outra suposição refere-se ao endereçamento da doença de Márcia, que poderia também expressar, assim como para Da. Nair, a solicitação de cuidados.

Entretanto, tais suposições não puderam ser contempladas. O que pôde ser observado são as consequências dessa doença e as novas repostas buscadas por Márcia para lidar com o HIV. tais como: isolamento, o uso indiscriminado de antidepressivos, a recusa de atendimento psicológico via grupo de apoio e a falta de rigor na administração do coquetel anti-HIV, ou seja, respostas pouquíssimo adequadas, que causam severo prejuízo adaptativo.

O impacto da doença de Márcia na família pode ser notado, pela preocupação dos filhos e repercussões; a possível doença de Da. Nair e o descontrole de Márcio quanto à bebida. O estado emocional de Márcia afeta a dinâmica da casa em vários níveis, como os cuidados com a casa, com o infante e a produtividade.

O alcoolismo de Márcio também afeta a família, preocupando as crianças, causando culpa em Márcia e irritação em Da. Nair. Atualmente, a família está mobilizada em encontrar uma clínica especializada para interná-lo.

Naiara e Thiago, não adoecem junto à família, mas surgem questões no desenvolvimento emocional de ambos, expressadas pela independência precoce em Naiara e os comportamentos infantilizados não condizentes à idade de Thiago.

No aspecto geral, a família está pouquíssimo adequada quanto às garantias e cuidados com a saúde, pois possui poucos recursos para cuidar e promover saúde.

Situação-problema: A transmissão do empobrecimento da função materna, favorecendo a falta de continência, cuidados e proteção a todos os membros.

3.2.2 – Família Arrais: Enlaço ou Desenlaço?

Participantes⁴:	Roger	(pai)	33 anos
	Gisele	(mãe)	26 anos
	Luiz	(filho de Roger)	13 anos
	Lucas	(filho do casal)	06 anos
	Juliani	(filha do casal)	2,5 anos

Moradia

A casa é alugada, composta por quatro cômodos, bem simples: cozinha, sala, banheiro e um quarto. Localiza-se no andar superior da casa da mãe de Roger; ambas as casas compartilham o quintal com mais vizinhos.

Convite

Assim como na primeira família, explico em que consiste a pesquisa e convido-os à participar. Por ocasião, estão presentes Roger, Gisele, seu filho Lucas e a mãe de Roger (que não participará da entrevista por não compartilhar o mesmo “teto”). Imediatamente após o convite, o casal aceita e expressa que seria importante a presença de uma psicóloga porque seu filho Lucas era agitado e desobediente. Nisto, a avó se manifesta em defesa dele, afirmando que se tratava de um menino inteligente, que gostava de aprender.

Resumo das entrevistas

Inicialmente, a família Arrais manifesta a queixa identificando o filho Lucas como o “único” problema familiar, no entanto, nas entrevistas, verificou-se que os problemas de comportamento apresentados por Lucas, decorriam das perturbações dos conflitos existentes na relação do casal parental.

Roger, antes de iniciar o relacionamento com Gisele, morava em São Paulo, era usuário de drogas (cigarro, cerveja e cocaína) e convivia com pessoas da marginalidade. Nesta ocasião, conheceu sua primeira companheira, que logo ficou grávida. Com a notícia da paternidade, Roger ficou extremamente entusiasmado em ter seu primeiro filho homem. Com o nascimento de seu filho ele sente-se fortalecido e responsável, assim, esforça-se para abandonar os vícios e passa a ter emprego fixo. Após um ano, esta companheira, novamente engravida, no entanto, Roger não apresentou tanto entusiasmo, pois, já não nutria sentimentos pela companheira.

⁴ Os nomes são fictícios para salvaguardar o sigilo dos participantes.

Ele permanece casado por mais alguns anos, mas por causa de traições da parte dele, eles se separam e seus filhos (Luiz e Matheus), vão morar com a avó paterna em outro Estado. Um mês depois, Roger se viu apaixonado por Maria, uma moça que, apesar de ser de uma boa família, possuía parentes criminosos.

Roger que já havia conseguido largar as drogas e era reconhecido como trabalhador e honesto, foi bem aceito na família de Maria. Contudo, na mesma época, seu irmão caçula envolveu-se emocionalmente com uma mulher chefe do tráfico, e embrenhou-se em disputas territoriais pelo tráfico, culminando em sua ameaça de morte. Para salvar o irmão, Roger o resgata e fogem repentinamente para casa de sua mãe em outro Estado. Sem poder voltar àquele Bairro, deixa Maria, seu “amor”, grávida e sozinha.

Em outro Estado, Roger tenta recomeçar a vida e rapidamente se emprega, como cobrador de ônibus, ambiente que promoveu o encontro com Gisele e início de namoro.

Por conta dos graves problemas da família de Gisele, a mãe de Roger viu-se compelida a ajudá-la. Dessa forma, convidou-a para se estabelecer em sua casa (onde morava Roger com seus dois filhos e o irmão caçula de Roger). Logo Roger e Gisele estabeleceram o convívio marital. “Era para ela ficar um tempo, mas foi ficando”. “Ela se casou com a minha mãe, e eu me aproveitei”.

Gisele conta que na infância apanhou muito de sua mãe, de sua avó e de seu padrasto, por qualquer motivo. Aos 18 anos, foge da casa da mãe, pois, seu padrasto começou a assediá-la, e sua mãe nada fez. Então, ela aproveita a oportunidade em morar com Roger para não voltar à casa da mãe.

Como o salário de Roger era insuficiente para sustentar toda a família, relutante, ele decide voltar para São Paulo à procura de oportunidade melhor de emprego. Entretanto, seu sonho era poder se prover de sustento naquele Estado, em razão da qualidade de vida (clima, praia e segurança).

Nas idas e vindas de Roger a São Paulo, Gisele engravida de Lucas. Ela tem esperança de que seu filho fosse promover satisfação e garantir a permanência de Roger junto a ela. Todavia, Roger não se mostrou animado ao saber da gravidez, principalmente, por ser outro menino (há tempos ele desejava uma filha). Aparentemente, houve um desinvestimento quanto à chegada de Lucas, o qual não realizou o desejo da mãe de aproximar o casal.

Desde o retorno de Roger a São Paulo, até o estabelecimento de sua família, ele teve rápidos relacionamentos extraconjugais. Quando Gisele descobriu, pela segunda vez a traição, discutiu seriamente e ensaiou uma separação. Então, Roger apresentou garantias que não mais a trairia, pois não estava com ela “só por estar”. Continuaram juntos, mas Gisele, além de

suspeitar de novas traições, passou a desconfiar de que Roger permaneceu ao seu lado por acomodação, uma vez que, a família dele “adotou-a”, reafirmando a preferência por ela em detrimento dele.

Frente a essa situação, Gisele diz sentir-se desvalorizada pelo marido, rebaixada ao cargo de empregada e babá, ao invés de esposa e mãe.

Embora o casal tenha gerado a tão esperada menina (Juliani), a demasiada atenção e ternura atribuída pelo pai a filha, apenas acentuaram o ciúme de Gisele. “A princesinha pode fazer tudo”.

Sobre o comportamento de Lucas, não foi observado agressividade e agitação, mas não havia em sua educação, imposição de regras e estabelecimento de limites. Então, em suas brincadeiras, ele promovia bagunça ou sujeira, no entanto, a mãe reclamava com ele, mas não tinha voz ativa. Apenas, quando se enfezava, recorria “ao chinelo” como forma de repreensão.

Roger, por outro lado, não aprovava esta atitude, contudo, também não impunha limites para os filhos. “Ela diz que eu só passo a mão na cabeça, mas, eu não gosto que bata mesmo”. “Precisamos da *Supernanny*”.

3.2.2.1 – Análise adaptativa

a) Setor Afetivo-relacional (A-R)

Na dinâmica familiar, pode-se verificar que a qualidade das relações conjugais influencia diretamente a parentalidade, podendo promover efeitos no comportamento dos filhos.

Durante as entrevistas, os “não-ditos” puderam emergir, suscitando angústia por promover a ciência das dificuldades da relação marital, influenciando o desenvolvimento de Lucas, como também de Juliani.

Roger conheceu e se enamorou por Gisele, contudo não desenvolveu a mesma profundidade afetiva que sentia pela antiga namorada Maria. Mas, por conta dos graves problemas da família de Gisele, Roger e sua mãe se viram compelidos a ajudá-la, convidando-a para se estabelecer na casa deles. Essas circunstâncias favoreceram o estabelecimento do convívio marital.

Possivelmente incerto quanto ao relacionamento com Gisele, Roger a trai, mas, quando descoberto decide manter-se casado com ela. Embora Gisele tenha aceitado essa

condição, não se sente segura quanto ao amor de Roger e, tal situação promove sentimento de desvalorização que, aliado a imaturidade e dependência afetiva de Gisele, provavelmente, impedem-na de adquirir atitudes mais adultas, assumindo as funções de dona da casa (no sentido de proprietária) e mãe.

A relação edipiana entre Roger, Gisele e Juliani, deixa Gisele como terceira excluída, promovendo ciúmes e raiva, interferindo, também, em sua postura materna com os dois filhos (ela admite que, ocasionalmente, desconta a irritação nas crianças). Já com os filhos mais velhos de Roger, Gisele estabelece uma relação fraterna (características de irmãos), considerando-se mais uma amiga que madrastra ou mãe. Com a sogra, Gisele mantinha uma relação próxima, filial: “Considero ela mais minha mãe que minha própria mãe”.

O conflito conjugal fica expresso na parentalidade, promovendo posturas não responsivas, em que não conseguem proteger e monitorar os filhos, principalmente Lucas, que fica sem sustentação, contando, com a avó paterna para atribuir-lhe significações e representações diferentes à de “menino problema”.

Como Roger parecia resistente em buscar soluções adequadas, seja pela reconciliação, ou pela separação, ele reduziu sua participação nas entrevistas, possivelmente para evitar ir ao encontro da própria responsabilidade.

Como as soluções encontradas pelo casal, não satisfazem e promovem conflito na família, pode-se considerar este setor pouquíssimo adequado.

b) Setor Produtividade (Pr)

Inicialmente, a função provedora da família ficava a cargo de Roger. Por ocasião das entrevistas, ele trabalhava de motorista em uma empresa de ônibus fretado, transportando funcionários até suas respectivas empresas nos horários de entrada e, após, buscando-os nos horários de saída. Roger sentia-se satisfeito com o trabalho, pois tinha melhor remuneração, maiores benefícios e mais estabilidade que o emprego anterior (motorista de transporte coletivo “lotação”). Já estava na empresa há um ano e relacionava-se bem tanto com os colegas de trabalho, quanto com clientes (funcionários das empresas).

Gisele, por sua vez, não realizava nenhuma atividade profissional, sentia-se pouco confiante de sua capacidade. Também, sentia-se desvalorizada e desmotivada a realizar as tarefas domésticas. Por meio das entrevistas, ela recordou de seus empregos anteriores (balconista da loja Boticário e confeitadeira de trufas), aparentemente recobrando sua capacidade produtiva, pois no ínterim das entrevistas, Gisele e a sogra passam produzir trufas de chocolate, que o sogro aposentado vende em pontos comerciais. Na última entrevista, a

venda das trufas já havia expandido e gerava renda para as duas famílias (a da sogra também). Gisele parecia expressar entusiasmo com novas idéias sobre a venda das trufas.

Embora não houvesse um acompanhamento das atividades escolares, todas as crianças estavam estudando (ou na creche), e não apresentavam queixas. Matheus, o filho mais velho de Roger (o qual morava com a avó, na “casa de baixo”), além de estudar, havia iniciado seu primeiro emprego (no trabalho de sua tia) e por isto era admirado pelo irmão Luiz, que pretendia seguir os passos de Matheus.

A organização financeira ficava sob a responsabilidade de Roger. A família controlava os gastos, mas não passavam por privação das necessidades básicas.

Assim, pode-se verificar que as atividades da família supriam e proporcionavam desenvolvimento de seus membros, portanto as respostas para este setor estão adequadas.

c) Setor Sociocultural (S-C)

A família apresenta uma conduta ética conforme as leis, seguindo os padrões de comportamento da cultura. Não promovem atos desonestos ou apresentam atividades ilícitas.

Roger revelou que em sua juventude, utilizou drogas ilícitas e conviveu com a “marginalidade”. Contou ainda, que seu irmão caçula participou diretamente de grupos malfeitores, exigindo medidas extremas por parte de Roger, para garantir a vida de ambos. Todavia, esta experiência pregressa é passada aos filhos como ensinamento e educação, frente aos perigos da vida, quanto à ilusão das drogas e a influência de más companhias.

Os filhos mais velhos de Roger (Matheus e Lucas), nunca experimentaram drogas. Eles estabeleceram residência fixa em São Paulo, há, somente, três anos, por isso não estavam habituados a “malícia” dos rapazes da mesma idade, por conta disso, possuem um grupo seleto de colegas na vizinhança e escola. No entanto, se divertem tocando violão na casa da avó paterna, com demais parentes, ou tocando guitarra na garagem da namorada de Matheus. Praticavam capoeira, mas por causa do custo financeiro, interromperam os treinos. Não realizam nenhuma atividade ofertada no Centro Comunitário.

Com relação ao uso de recursos comunitários, a família não apresenta disposição interna para buscar por recursos externos como: cursos gratuitos (profissionais ou esportivos), e ou, atividades lúdicas oferecidas no bairro. Somente, durante as entrevistas Gisele, pode considerar a busca por tais atividades: “Depois que você perguntou, lembrei que aqui perto tem um Centro Comunitário, talvez tenha um curso legal pro Lucas”. “Mas, acho que pra mim não tem”.

Quanto às atividades integradas na sociedade, a família apresenta respostas adequadas. Eles reuniam-se com outros parentes para almoçar na casa da mãe de Roger, recebiam visitas de amigos e frequentavam a Igreja evangélica.

Perante o exposto, a família está adequada quanto às noções de valores éticos e morais, bem como, à integração na família.

d) Setor Orgânico (Or)

Atualmente, família não apresenta queixa quanto à saúde. Contudo, no passado, não muito remoto, Roger apresentou sintomas de gastrite e foi tratado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Hoje em dia, toda a família realiza acompanhamento na UBS.

Neste setor, a família está adequada quanto às garantias e cuidados com a saúde.

Situações-problema: 1) Desajustamento conjugal. 2) A mãe não se apropria do lugar de esposa e mãe.

3.2.3 – Família Carvalho: Palavras para crescer.

Participantes⁵:	Da. Thereza	64 anos
	José (filho de Thereza)	40 anos
	Patrícia (neta de Thereza)	14 anos
	Rafael (neto de Thereza)	12 anos

Moradia

Ao chegar à residência, a primeira coisa a ser notada é o grande portão da frente que dá acesso à garagem (desativada) e à laje da casa. A moradia foi construída um nível mais baixo que a rua, sendo composta por sete cômodos pouco ensolarados: cozinha e copa, sala, banheiro, dois quartos, um cômodo (sem uma das paredes e porta), utilizado como terceiro quarto e outro cômodo independente, que era utilizado pelos pais de Patrícia e Rafael, mas, atualmente, é utilizado como depósito.

Convite

⁵ Os nomes são fictícios para salvaguardar o sigilo dos participantes.

Convido a família para participar do estudo e explico em que consiste a pesquisa. Da. Thereza questiona se as entrevistas serão realizadas em grupo (grupo familiar), pois tem interesse em passar sua neta em terapia individual, pois esta apresenta alopecia causada por algum tipo de sofrimento emocional, conforme diagnóstico médico. Perante o pedido, esclareço os objetivos e procedimentos das entrevistas e Da. Thereza aceita em participar com sua família. No entanto, José, apesar de autorizar a pesquisa em seu Lar, com sua família, informa que não participará das entrevistas.

Resumo das entrevistas

Da. Thereza traz como queixa inicial os sintomas de alopecia de sua neta, a qual está em tratamento médico, mas perdeu 90% (noventa por cento) de seu cabelo. Tanto a avó como a neta associam o aparecimento da doença às exigências dos pais de Patrícia, os quais reivindicam que os filhos venham morar com eles, a partir do momento em que o apartamento, recém-adquirido, esteja finalizado.

Fernanda (filha de Da. Thereza) namorava contra a vontade de seus pais e, aos 17 anos, ficou grávida de Patrícia. Nessa ocasião, João (o pai de Patrícia) foi morar com Fernanda num cômodo independente, na casa de Da. Thereza.

Quando era bebê, Patrícia chorava à noite e sua mãe por vezes adormecida de cansaço, não se levantava para pegá-la; daí, então, Da. Thereza começou a buscar a neta e levá-la para dormir consigo e seu esposo. Essa dinâmica passou a se repetir, até que Patrícia e, posteriormente, Rafael ficassem com os avós.

João nunca fora aceito pela família de Da. Thereza por ser usuário de drogas, traficante e manter relações extraconjugais. Ainda com os filhos pequenos, João foi detido e mantido preso, por três anos e, segundo Da. Thereza, já cometeu assassinato. Tais assuntos são raramente mencionados às crianças e negados por Fernanda, promovendo a desconfiança de Patrícia e Rafael pelo pai.

Com a ausência do pai encarcerado, a mãe trabalhando e estudando, e Da. Thereza trabalhando meio período, o tio e o avô materno participaram diretamente dos cuidados com as crianças quanto à escola, médico, preocupação e afeto. Por esses motivos, inúmeras vezes, o avô desautorizava Fernanda em relação à educação das crianças.

Manuel, o avô materno, possuía deficiência auditiva, que foi se agravando até ocasionar sua aposentadoria por invalidez. Essa situação permitiu-lhe acompanhar a criação dos netos e, talvez, deixá-lo mais permissivo com a educação destes, pois além de desautorizar Fernanda, sedia aos caprichos deles.

Da. Thereza, apesar de rivalizar-se com Fernanda pela maternagem de Patrícia e Rafael, apresenta dificuldade de impor limites e de atribuir tarefas aos netos. Desde pequenos, as crianças dormem na cama dos avós e são nomeados por bebês por Da. Thereza. Como Rafael apresentava incontinência noturna, o avô esperava ele adormecer e o colocava na cama dele. Já Patrícia, ainda dorme na mesma cama que a avó.

Patrícia mamou mamadeira até os doze anos, por vezes, nas entrevistas, apresenta fala infantilizada e é vista pela avó como criança, embora apresente estatura e corpo curvilíneo de mulher. No entanto, Rafael apresenta o desenvolvimento menos comprometido.

José, é o filho mais velho de Da. Thereza. Ele não constituiu família, mora na casa dos pais, está desempregado (motivo pelo qual justifica não ter relacionamentos amorosos), apresenta-se deprimido e não interfere no conflito entre Da. Thereza e Fernanda pela guarda das crianças. Na casa, é ele quem se responsabiliza por algumas tarefas domésticas que poderiam ser atribuídas a Rafael e Patrícia, tais como: lavar a louça, retirar o lixo, entre outras.

Da. Thereza e Manuel casaram-se há quarenta e dois anos. Na ocasião, ela tinha vinte e um anos e ele, trinta e seis. Da. Thereza conta que se casou por insistência de familiares e amigos, pois Manuel era considerado um homem respeitável, por ser trabalhador, responsável e elegante. Embora Da. Thereza fosse uma mulher bonita, era reservada, não costumava namorar, pois tinha medo de ficar mal falada, visto que já possuía uma idade avançada (para os costumes da época e região), sem ter pretendentes ao casamento. Logo após o casamento, vieram morar em São Paulo e Da. Thereza ficou grávida. Ela relata que se arrependeu do casamento, porque seu marido era extremamente ciumento, sendo, constantemente, agressivo com ela. Ainda que Manuel mantivesse todas as outras qualidades, era possessivo e inseguro quanto ao amor e fidelidade da esposa.

Já no início do relacionamento, Da. Thereza desejou separar-se, mas logo se viu cercada por filhos, sem ter perspectiva de onde ir ou do que fazer. Assim, permaneceu casada e teve cinco filhos: José; Rita, um menino (que faleceu aos oito anos com pneumonia), outra menina (que morreu com cinco dias de vida) e Fernanda (mãe de Patrícia e Rafael).

Aos trinta e quatro anos, Da. Thereza é aprovada num concurso da prefeitura e vai trabalhar num Posto de Saúde como auxiliar de enfermagem. Seu esposo que, até então, a proibia de exercer uma atividade profissional, muda de postura e a incentiva a assumir o cargo, por considerar um bom emprego.

Com o falecimento de Manuel, em 2004, João mostra-se autoritário e tenta se apropriar da casa da família de Da. Thereza. Na ocasião, José o impede afirmando que a casa

pertencia a sua mãe, esta situação promove uma discussão acalorada em que João tenta agredi-lo, mas José é protegido pelas crianças (Patrícia e Rafael), que chorando agarra as pernas do tio. Então, João o ameaça de morte, mas durante a discussão Da. Thereza chega, expulsa João e, também, o intimida: “Você não vai encostar um dedo em meu filho, se não quiser passar o resto da vida na cadeia”.

Fernanda que não tinha presenciado a briga (pois estava trabalhando), posiciona-se a favor do companheiro e muda-se com ele para casa de sua sogra. Mas, antes de fazê-lo, em tom de ameaça, diz, que levará com ela as crianças. Assim, ela volta para buscar os filhos que, relutantes, vão para casa da avó paterna, morar com os pais. Contudo, as crianças ficam com a mãe apenas por dois dias, pois de tanto chorar e pedir, retornam à casa da avó materna, permanecendo até os dias atuais.

Após esta discussão, Fernanda raramente visita Da. Thereza, mas liga com frequência. Houve um período que ficou separada de João. Nessa ocasião ela foi morar com uma amiga e não retornou à casa de sua mãe. Sobre isto Da. Thereza afirma ter dito a filha que, a casa era dela também, e que as portas estariam sempre abertas, mas não para João. Quanto as crianças, as visitas aos pais também não eram regulares, e quando o faziam, pernoitavam, no máximo, pelo período do fim de semana.

Há quatro anos Fernanda e João conseguiram um apartamento da CDHU num sorteio realizado pelo governo, em que famílias que possuíssem crianças tinham prioridade. A partir de então, Fernanda avisou a todos que seus filhos iriam morar com ela no novo apartamento. Esta atitude não foi bem aceita por Da. Thereza e pelas crianças, no entanto, Da. Thereza não se posicionou a respeito da guarda das crianças, pois considerou ser melhor evitar discussão com a filha apesar de sentir-se contrariada.

Atualmente, o referido apartamento está em fase de acabamento, provavelmente será finalizado em seis meses, período em que as crianças deverão morar com os pais.

Esta imposição desagradou mais Patrícia que Rafael, a qual não quer se mudar nem separar-se de Da. Thereza. Já Rafael, embora chateado com a situação, apresenta melhor aceitação com a mudança.

Patrícia e Rafael não se relacionam bem com o pai, pois desaprovam suas atitudes transgressoras perante a lei, as quais Fernanda nega e Da. Thereza tenta esconder. A impossibilidade de expressar as incertezas quanto as atividades ilícitas do pai, promovem insegurança nas crianças, que não encontram vazão para suas angústias, devido a negação de Fernanda: “Eu vi meu pai usando droga na rua” - “Eu contei pra mãe, mas ela não acreditou em mim” - “A gente nem fala mais”.

Um dos fatores que preocupam Da. Thereza quanto a ida das crianças, é justamente o mau exemplo de João e, conseqüentemente, o clima emocional conflituoso que as crianças conviveriam frente às constantes discussões do casal parental.

Sobre os sintomas de Patrícia, sua avó percebeu um aumento na queda normal de cabelos da neta há dois anos, no entanto, seu agravamento e diagnóstico médico, atribuindo a alopecia a causas emocionais, somente ocorreram no ano passado.

Patrícia, apesar de atribuir a queda de cabelo ao desagrado em ir morar com os pais, associa o início dos sintomas a um episódio em que acordou assustada em decorrência de uma discussão entre os seus pais. Ela lembra que nesta discussão sua mãe, muito alterada, reclamava que não podia ter nada dela.

Com relação à briga dos pais, Rafael fica temeroso com relação a integridade física de sua mãe, pois, acha que o pai é capaz de agredi-la ou algo pior, assim, não consegue compreender por que sua mãe continua casada.

Embora as crianças não se relacionem bem com o pai, elas não relataram situações onde foram maltratadas ou agredidas por ele.

3.2.3.1 – Análise adaptativa

a) Setor Afetivo-relacional (A-R)

A família apresenta soluções inadequadas no passado, que predisuseram soluções inadequadas no presente (SIMON, 2005).

Da. Thereza, quando jovem, casou-se sem amor com Manuel (quinze anos mais velho), o qual era muito ciumento e quando bebia agredia fisicamente a esposa. Os conflitos psíquicos oriundos desse relacionamento repercutiram diretamente em seus filhos. Jose, o filho mais velho não se casou e tem dificuldade em encontrar namoradas. As filhas vinculam-se com parceiros alcoólatras ou drogaditos, vivenciando relações instáveis e conflituosas, provavelmente, a escolha por parceiros é norteadas por padrões repetitivos transgeracionais .

Fernanda, mãe de Patrícia e Rafael, idealiza o companheiro em detrimento dos filhos. Aparentemente, Fernanda (desde que os filhos eram bebês) não consegue ser continente, não se apropriando dos filhos, deixa-os sob os cuidados do tio e avós. Posteriormente, por ocasião da briga entre José e João, ela posicionou-se a favor do marido e não conseguiu manter os

filhos consigo. Atualmente, ela proíbe que falem mal de João, fazendo com que os filhos sintam-se desacreditados e desamparados.

Da. Thereza, por outro lado, rivaliza-se com a filha para mostrar que é melhor cuidadora. Fala de Thereza: “Ainda está pra nascer uma mãe como Da. Ana [mãe dela] e Thereza”.

Talvez, motivada pelo mau relacionamento conjugal, ou por ter perdido um casal de filhos, Da. Thereza coloca as crianças em sua cama e os infantiliza. Nisso tem apoio do falecido marido Manuel.

Dessa “cama para quatro”, Rafael apresenta incontinência urinária e consegue ir separando-se. Já, Patrícia, permanece dormindo com a avó até a atualidade. Da. Thereza não reconhece, ou tem dificuldade em reconhecer o crescimento dos netos. Patrícia, por exemplo, mamou mamadeira feita pela avó até os doze anos. Tanto Patrícia, quanto Rafael são chamados de bebê e nenê e nenhum possui obrigações quanto às atividades domésticas.

A partir da imposição de Fernanda para que os filhos morem com ela, instala-se o conflito na família. A atitude de Fernanda é interpretada pelo interesse em ter privilégio no sorteio do apartamento. As crianças não querem se separar da avó, sobretudo Patrícia. A avó não quer que as crianças convivam com João, mas também não se coloca francamente e nem luta pela guarda das crianças, com a justificativa de não se indispor com a filha.

Por outro lado, Patrícia associa o aparecimento dos sintomas de alopecia, ao ser acordada pela briga do casal parental. “Eu acordei assustada com o barulho que eles estavam fazendo”; “Estavam discutindo, minha mãe disse: ‘Eu não posso ter nada meu, mesmo’”. O relato de Patrícia possibilita pensar em duas situações: a primeira, refere-se à Fernanda e sua dificuldade em ter, introjetar objetos bons; a segunda, à respeito da angústia de Patrícia ao perceber-se como terceira excluída da intimidade do casal parental, em que o “barulho” dos pais, poderia remeter à cena primária.

Essa segunda situação possibilita outras conjecturas (sua função e consequência da permanência na cama dos avós, conflito edipiano, fantasias incestuosas, terceiro excluído etc.) as quais necessitam de um aprofundamento, que não foi possível pelas entrevistas.

Pelo exposto, a família apresenta respostas pouquíssimo adequadas no setor afetivo-relacional.

b) Setor Produtividade (Pr)

A renda familiar é composta pela aposentadoria de Da. Thereza (proveniente de seu trabalho em órgão da prefeitura de São Paulo), por sua licença saúde (relativa a uma

instituição privada de saúde) e pela pensão de seu falecido marido. Ela é responsável pelo controle do orçamento familiar e pelo planejamento de gastos imediatos e futuros.

Da. Thereza não só promove o sustento da família quanto aos aspectos básicos (moradia, alimentação, vestimenta), como também, apresenta-se continente às outras necessidades do filho e netos.

A casa (que é propriedade da família), apresenta-se bem organizada e limpa, a família conta com a ajuda semanal de uma faxineira e as tarefas domésticas diárias são divididas entre Da. Thereza e seu filho.

As crianças não participam das tarefas domésticas, mas cumprem satisfatoriamente as atividades escolares e efetuam cursos preparatórios para vida produtiva (como computação).

Apesar de a família apresentar condições de suprir-se e desenvolver-se. Da. Thereza e seu filho revelam questões conflituosas pertinentes à situação profissional. José está desempregado desde 2007 e por causa da idade avançada tem dificuldade em encontrar emprego. Ele participou de diversos concursos públicos, mas sua classificação não possibilitou a convocação à função. Esta situação muito preocupa Da. Thereza, que gostaria de montar um comércio para o filho, mas não possui recursos financeiros para tanto.

Da. Thereza, também, apresenta-se aflita com relação ao término de sua licença saúde. Em 2008, ela realizou uma cirurgia no braço por causa de esforços repetitivos no trabalho. Realiza tratamentos fisioterápicos desde então, entretanto os médicos informaram que ela não terá a mesma força e a mesma eficiência, por isso mantiveram-na afastada de suas funções como técnica de enfermagem. Contudo, no início deste ano, ela foi reabilitada devendo voltar às funções com a carga horária reduzida. Da. Thereza ficou muito contrariada, preferia ser aposentada pelo sistema privado ao invés de retornar ao trabalho. Embora, ela goste do emprego, acha que vai ser humilhante voltar ao atendimento sem poder executar as funções corretamente, também considera impossível cumprir com as exigências do cargo (meta de visita etc.) com a carga horária reduzida. Como ela não pode prescindir dessa renda salarial (por causa do desemprego do filho) e não quer voltar às funções, ela tenta protelar sua reabilitação, buscando por atestados médicos até conseguir sua aposentadoria. Mas para tanto, ela precisa dedicar muitas horas do dia percorrendo longas distâncias para passar por perícias, auditorias e tratamentos, que lhe deixam “esgotada” e ansiosa com a possibilidade de perder a licença.

Dessa forma, as respostas da família para o setor Produtividade estão pouco adequadas.

c) Setor Sociocultural (S-C)

Os membros que compõem a família participante apresentam noções de valores éticos e morais. Não apresentam ações ou atividades que transgridam as leis.

A família condena as atividades ilícitas do pai de Patrícia e Rafael, como também fica temerosa pelas possíveis consequências às crianças (como “trauma”, má influência e exposição a situações de violência) desencadeadas pelas atividades ilícitas e o envolvimento com a marginalidade desse pai.

A retidão da família, também pode ser confirmada por meio do reconhecimento e confiança atribuídos pela vizinhança, a qual recorrentemente procura por auxílio e orientações pertinentes ao ofício de Da. Thereza.

Quanto à utilização de recursos comunitários, observou-se que somente as crianças usufruem de cursos e atividades esportivas. José nunca procurou por cursos gratuitos profissionalizantes ou preparatórios e Da. Thereza não se interessava pelas atividades oferecidas à Terceira Idade. Mas, todos os membros mostraram integração social.

No aspecto geral, a família está adequada quanto às noções de valores éticos e morais, utilização de recursos comunitários e integração na sociedade.

d) Setor Orgânico (Or)

Patrícia foi diagnosticada com alopecia causada por conflitos emocionais, realiza tratamento medicamentoso e foi encaminhada ao psicólogo do Posto de Saúde. Na época, ela associou a doença à imposição de sua mãe para que ela e seu irmão fossem morar com os pais e, conseqüentemente à separação de sua avó.

Em sendo uma doença somática que surge no âmbito do relacionamento afetivo, provavelmente, pode-se conjecturar que a doença ocorre na trama intersubjetiva (entre ela, avó e os pais) devido a um impasse psíquico, ou seja, a situação que se coloca a partir da imposição da mãe e Patrícia. Então, recorre-se ao corpo para produzir uma reação no outro, porque ela não consegue um “agir expressivo” direcionado aos pais e a avó. Dessa forma, a doença apresenta uma intencionalidade não consciente, ela é dirigida ao outro. Mas, o sentido dessa doença só poderá surgir e ser elaborado na relação com o outro (analista). (DEJOURS, 1991;1998).

Nesse caso, verifica-se a influência do setor afetivo-relacional sobre o setor orgânico. Já a doença de Da. Thereza, aparentemente, não surgiu de um impasse psíquico promovido no âmbito relacional familiar ou profissional, visto que há trinta anos ela trabalha como técnica

de enfermagem no mesmo posto, sendo reconhecida pela atenção e dedicação. Provavelmente, a doença refere-se apenas à lesão por esforço repetitivo.

Apesar de essas doenças mobilizarem a família, causando conflito no caso de Patrícia, a família apresentou recursos para cuidar, buscando ajuda não só pelo tratamento médico, como psicológico, e ainda, convocando a mãe a participar da solução. No entanto, segundo Da. Thereza, a mãe de Patrícia acha que a filha está doente por influência da avó, em denegrir a imagem de João (pai de Patrícia).

Perante o exposto, a família apresenta respostas pouco adequadas para o setor Orgânico.

Situações-problema: 1) Ocorrência de alopecia coincidindo com ameaça de separação entre neta e avó. 2) medo de Patrícia em se ver excluída da intimidade do casal parental. 3) mãe idealiza o parceiro em detrimento dos filhos.

3.2.4 – Família Gouveia: O nascimento de uma família.

Participantes⁶:	Renato	(pai)	25 anos
	Melissa	(mãe)	20 anos
	David	(filho)	08 dias

Moradia

A residência é alugada e compartilha o quintal com mais três casas. A construção é nova, com bom acabamento e já concebida com a finalidade de locação. O domicílio da família é composto por três cômodos: cozinha e copa, banheiro e um quarto subdividido em sala, tendo um guarda-roupa como divisor.

Convite:

A família demonstra ficar contente com o convite e com a proposta da pesquisa. O casal menciona que será bom ter uma pessoa para tirar as dúvidas em relação ao bebê.

Resumo das entrevistas:

⁶ Os nomes são fictícios para salvaguardar o sigilo dos participantes.

História do casal:

Melissa e Renato conheceram-se quando ela tinha dezesseis anos e ele, vinte. Na época, ele havia ido morar com o pai e a madrasta, os quais residiam próximo da família de origem de Melissa. Constantemente, ela tinha de realizar um percurso que passava pela casa de Renato e, logo, um se interessou pelo outro. Na ocasião, Renato namorava outra moça, a qual tinha muita afinidade com a madrasta dele. Contudo, isso não impediu que Melissa e Renato se conhecessem e, posteriormente, namorassem.

A antiga namorada de Renato estudava na mesma escola de Melissa, facilitando situações de conflito devido ao ciúme entre as duas. Ante essa disputa, a madrasta de Renato passou a defender a amiga, criando inimizade com Melissa. Tal situação se perpetuou, culminando na volta de Renato à casa materna, a fim de evitar discussões com sua madrasta.

Logo após, Melissa muda de bairro e de escola; ao mesmo tempo em que, Renato arruma emprego próximo à casa de Melissa. Por conseguinte, a mãe de Melissa convida-o a morar com a família dela. Apesar de Renato não se mudar para a casa dela, ele passa a pernoitar, praticamente todos os dias. Tal convivência promoveu brigas constantes entre Melissa e sua irmã e, ainda, entre sua irmã e a sua mãe. As brigas giravam em torno da divisão das tarefas domésticas e de questões financeiras. A situação tornou-se insustentável. Então, o casal vê-se obrigado a adiantar os planos e foi morar sozinho.

Inicialmente, a vida conjugal era descrita como muito satisfatória. Ambos se divertiam com a decoração da casa, compartilhavam tarefas e dividiam as despesas; contudo, aos pouco, Melissa foi sobrecarregando-se com o trabalho profissional (o qual ocupava a maior parte de seu tempo) e as atividades domésticas. Embora ficasse irritada com o acúmulo de afazeres, (que executava com ruidosa raiva: batendo portas de armários, tampas de panela etc.), não conversava com Renato sobre seu desagrado. Por sua vez, Renato ficava alheio às insatisfações de Melissa, pois sem que ela soubesse, ele consumia cocaína antes de chegar a casa e ficava indiferente a tudo que lhe cercava.

Renato consumiu cocaína dos vinte aos vinte e cinco anos. Ele conta que, aos dezoito anos, era skatista e era habitual em seu grupo de amigos o uso da maconha, assim, por curiosidade, resolveu experimentar e tornou-se usuário esporádico. Aos vinte anos, outro colega ofereceu cocaína e, logo após o primeiro uso, Renato tornou-se dependente, porque ficou fascinado com a reação da droga em seu corpo. A partir de então, Renato passou a usar cocaína, sem que seus familiares notassem, pois, segundo ele, não tinha alteração física ou de humor que fosse perceptível. Ele sentia uma forte descarga de adrenalina, êxtase e euforia; mas procurava controlar suas reações, executando tudo com calma, para ninguém perceber

sua disposição interna. Justamente esse comportamento era interpretado por Melissa como indiferença e apatia.

A insatisfação de Melissa com o casamento tomou tamanha proporção que ela decidiu separar-se e pediu ao Renato que fosse embora, alegando não gostar mais dele. Mesmo relutante, Renato obedeceu por achar que Melissa estava envolvida com outra pessoa.

Enquanto para Melissa a vida de solteira abriu a possibilidade de frequentar danceterias e conhecer pessoas, para Renato, foi o retorno aos cuidados maternos. Ele conta que foi amparado por sua mãe, que lhe fazia cafuné até adormecer na cama dela.

O casal ficou separado por 25 dias. A ausência de Renato fez com que Melissa percebesse o quanto o amava e sentia sua falta, pois rapidamente se desinteressou pelos passeios noturnos, sentindo-se sozinha e saudosa. Assim, eles se reconciliaram, mas só voltaram a morar juntos quando Melissa descobriu que estava grávida de Renato.

Decisão pelo filho

Assim que o casal decidiu por morar junto, imediatamente suspendeu os meios contraceptivos com o propósito de engravidar o quanto antes, mas com as expectativas frustradas pela demora, Melissa mudou de planos, preferindo terminar o ensino médio e efetuar o curso de designer de interiores, deixando a gravidez para quando tivesse vinte e cinco anos. Por sua vez, Renato sentia vontade de ser pai em curto prazo.

Com o rompimento temporário do relacionamento, o casal não intencionava engravidar, quando Melissa descobriu-se grávida. Apesar de Renato ficar radiante com a notícia, ficou cismado de que o filho pudesse não ser dele, devido aos acontecimentos precedentes.

Essa desconfiança fez com que Renato adiasse o comunicado aos familiares e amigos, mesmo assim, os comentários foram inevitáveis. Já Melissa espalhou a notícia a todos, ficando chateada com a relutância do companheiro e magoada com os comentários dos sogros.

Renato conta que não perdoaria se Melissa tivesse um relacionamento sexual com outro homem no pouco tempo de separação, pois isso significaria que, ou ela fora promíscua, ou já mantinha contato com alguém antes da separação.

Ao ser questionada por Renato, Melissa esclareceu que nenhum homem motivou a separação, embora ela tenha utilizado essa desculpa para afastá-lo. No entanto, enquanto separados, ela teve um namorico de apenas dois dias, sem aprofundamento emocional ou

envolvimento físico. Após a reconciliação com Renato, Melissa não mais se encontrou com o dito rapaz.

A desconfiança foi amenizada, já com as primeiras ultrassonografias, Renato pôde acompanhar Melissa e sonhar com seu filho. A partir de então, passou a desejar amorosamente a chegada de seu filho e questionar-se sobre seu vício diante das novas responsabilidades de pai.

Gestação

No início da gestação, Melissa achava que ganharia uma menina e havia escolhido o nome, cujo apelido ela adorava. Contudo, após descobrir que teria um menino, ela escolheu um nome que também gostava muito e ao qual Renato não se opunha. Entretanto, já no final da gravidez, Renato escolhe outro nome para filho e Melissa também aprova o nome e o apelido que este permite.

O bebê ganha um nome composto, sendo que o primeiro é a homenagem ao irmão caçula de Renato e o segundo é o feminino do nome escolhido à menina. O segundo nome também é o nome do pai de Renato (apesar de todos o conhecerem por outro nome próprio dado, ainda jovem, pela irmã).

Sobre o período gestacional, Melissa conta que apesar de sentir-se bem fisicamente, percebeu-se mais sensível e irritadiça; principalmente no ambiente profissional, sentia-se nervosa com determinada colega de trabalho, chegando a travar discussões acaloradas.

No final do quarto mês, solicitou afastamento do trabalho, por considerar que sua exasperação poderia fazer mal a si e a seu bebê. Desse modo, optou por ficar sem salário, mas com a garantia de emprego e a possibilidade de usufruir, posteriormente, da licença maternidade. Assim, Melissa passou a gestação ora em casa, ora na casa de sua mãe, cuidando de seu irmão caçula de seis meses, para que sua mãe pudesse trabalhar.

Embora Renato permanecesse descuidado com as tarefas domésticas, Melissa não se incomodou como antes, pois considerava ser sua obrigação, já que estava sem trabalhar fora. Entretanto, ainda não desconfiava que a negligência de Renato fosse motivada pelo uso da cocaína.

Com a aproximação do filho, Renato ficou cada vez mais preocupado com seu mau exemplo quanto ao uso de drogas e com o risco de morte. Notou que apresentava sintomas de paranóia com alucinação. Passou a se perceber, notando o quanto havia emagrecido, ficando fraco e abatido. Decidiu que precisava parar com o vício, contudo tinha vergonha de contar aos familiares e preocupava-se com a reação de Melissa.

Renato foi se desesperando com a aproximação de uma festa no trabalho, para a qual ele e seus colegas haviam comprado uma grande quantidade de cocaína. Com medo de ter uma overdose, ele falta à festa e solicita que seu pai vá buscá-lo para contar-lhe sobre o problema. Essa conversa teve significativa importância na decisão em parar com o uso da droga, pois, conforme Renato, foi a primeira vez que sentiu seu pai verdadeiramente próximo e afetuoso. Após o desabafo, ele solicitou ajuda ao pai para explicar a Melissa sobre seu estado. Na época, ela estava de seis meses, chorou bastante, mas colocou-se ao lado de Renato para ajudá-lo.

Com o amparo do pai e de Melissa, Renato para com a cocaína, mas tem uma recaída, próxima ao Natal (Melissa já esteve de oito meses). Nessa ocasião, ele fica extremamente entristecido consigo e flagra a esposa no banho, orando de joelhos para que ele conseguisse se livrar do vício. Ele relata que essa imagem e a do pai, chorando, ficaram fixas em sua memória e o encorajaram a suspender definitivamente o vício.

Para auxiliá-lo, Melissa sugere que ele busque ajuda com o patrão (que era próximo e bom conselheiro) e o leva com mais frequência à Igreja, com a qual já tinham vínculo. Tais medidas foram importantes para que ele não tivesse outras recaídas. Outro facilitador foi o afastamento dos colegas viciados, os quais saíram da empresa. Atualmente, quando Renato sente vontade de se drogar, recorre ao retrato do filho em seu celular e, sente-se “feliz e forte” (sic).

Parto e amamentação

Melissa começou a sentir as primeiras contrações às 15h, mas resolveu aguardar no conforto de sua casa, até perceber a aproximação do trabalho de parto. Então, na manhã do dia seguinte, procurou a maternidade em que realizaria o parto. No entanto, após ser examinada, concluíram que ela poderia ir embora, pois estava com dois centímetros e meio de dilatação. Como ela sentiu que as contrações estavam aumentando, decidiu procurar outra maternidade. Lá chegando, verificaram que já estava com quatro centímetros e meio de dilatação e a internaram.

Apesar de Melissa ter sido levada por Renato à maternidade, ficou desacompanhada na sala de pré-parto das 11h às 21h e posteriormente no parto, sentindo-se “sozinha e desamparada” (sic). Por sugestão do médico, a bolsa amniótica foi estourada para acelerar o parto. Com a intensificação das dores, foi transferida à sala de parto.

Conforme Melissa, o parto foi demorado e complicado, pois com o rompimento da bolsa amniótica e a expulsão do líquido, criou-se um vácuo prendendo parte da bolsa na perna

do bebê, sem que os médicos soubessem. Por isso, durante as contrações do parto normal, Melissa realizava muita força e o bebê corava e, em seguida recolhia-se ao interior da mãe.

Após muitas tentativas, ela escutou os médicos mencionarem: “não tem jeito”, em seguida optaram pelo fórceps, foi quando perceberam que a bolsa e placenta estavam prendendo o bebê. Após o nascimento, o bebê foi levado para os exames habituais e higienização, para então ser entregue a Melissa. Prontamente, a médica esclareceu que devido ao parto, a cabeça do bebê estava alongada e havia um afundamento na testa por causa do fórceps, contudo o bebê estava bem e, com o tempo, a marca desapareceria e a cabeça ficaria mais arredondada.

Nessa ocasião, Melissa estava cansada, preocupada e com dor, não conseguindo amamentar seu filho. Somente após retornar à enfermaria e ter a visita de sua mãe, sentiu-se amparada, ela e seu bebê, conseguindo então, amamentá-lo.

Antes de Renato ver o filho, a obstetra esclareceu sobre a marca do bebê, no entanto ao ver Melissa tão fraca e o filho com a cabeça alongada e marcada, imediatamente associou-o ao seu irmão caçula que ficou com uma deficiência no braço devido ao trabalho de parto. A cena o perturbou ao ponto de exclamar: “Não consigo olhar para você e meu filho assim. Vou embora”. O impacto dessas palavras em Melissa fez aumentar seu sentimento de desamparo e, talvez, interferiu no vínculo mãe-bebê, porque ela não mais conseguiu amamentar seu filho (que chamarei por David).

Ainda no hospital, Melissa levava David ao seio, mas o bebê chorava e não conseguia mamar. As enfermeiras, presenciando a cena tentaram vários meios, mudando o bebê de posição, apertando os seios (inchados e doloridos) de Melissa, mas percebiam que David desviava o rosto do seio e chorava, fazendo-as desistir.

Melissa ficou cada vez mais aflita vendo o filho sem se amamentar. Sentiu-se culpada e, ao mesmo tempo, incomodada com as tentativas das enfermeiras. Então, decidiu apertar os seios para recolher e colocar seu leite em copo para alimentar David. Enquanto tomava essa iniciativa, uma médica entrou e presenciou a cena. Assim como as enfermeiras, a médica tentou acomodar o bebê no seio para sugar o leite, mas também não teve êxito, portanto decidiu permitir a alimentação por mamadeira.

Conta Melissa que solicitou uma mamadeira com leite às enfermeiras e esperou por quatro horas, sem ser atendida. Concluindo que não poderia deixar seu filho com fome, pediu ao Renato para comprar uma bomba para tirar leite e uma mamadeira e, assim, alimentou David no hospital. Já na casa dela, Melissa passou a misturar leite Nan ao leite materno e, posteriormente, com David ainda recém-nascido, passou a alimentá-lo somente com Nan.

Com poucos dias de vida, Melissa percebeu em David umas marquinhas em seu rosto que lembravam alergia. Ao levar ao médico, foi informada que o sintoma era comum e poderia ser promovido pelo calor. Não contente, ela passou por outros médicos e solicitou opiniões de familiares, os quais ora confirmaram a fala do primeiro médico, ora afirmavam que a alergia era provocada pelos beijos dos pais. Essa informação deixou-os receosos, limitando o toque de afeto nas partes do corpinho que estivesse coberta por roupas.

Apesar dos cuidados, a alergia se espalhou para o corpo, o que fez Melissa desconfiar de uma possível alergia ao leite, pois ela é intolerante a lactose e seu irmão é alérgico a leite. Antes de confirmar a suposição com os médicos, ela resolveu substituir por leite de soja e percebeu que as marcas sumiram.

Mesmo com todas as alterações na alimentação, David estava se desenvolvendo bem, crescendo e ganhando peso, de acordo com o esperado para a idade.

História da família de origem de Renato

Antes de Renato, sua mãe teve um filho que ficou na Bahia e foi criado pela avó materna. Renato só o conheceu quando adulto. Após o nascimento do primeiro filho, a mãe de Renato veio trabalhar em São Paulo, onde já tinha irmãos residindo.

Os pais de Renato se conheceram e sua mãe logo engravidou. Ela tinha vinte anos e seu pai, dezenove. Com a notícia da gravidez, o pai de Renato rompeu o relacionamento e só quis conhecer Renato quando este estava com cinco anos.

Renato lembra que morou, por anos, com sua mãe numa casa de família em que ela era empregada. Ele permanecia o dia inteiro na creche para que a mãe pudesse trabalhar.

Aos cinco anos, quando era buscado por seu pai, Renato permanecia na casa de seus tios paternos, apegando-se a determinado tio que era atencioso e afetuoso, fazendo as vezes do pai que sempre fora distante.

Renato relata que sempre sentiu a falta do pai, tentava fazer coisas que pudessem impressioná-lo, mas nunca obteve atenção. Já maior, seu pai casou-se com uma mulher que já tinha duas filhas; nas férias, Renato ficava com essa família e, apesar de ser bem tratado pela madrasta e crianças, ele ficava chateado por não ter proximidade com o pai. “Eu só ficava na casa dele, mas ele nunca brincou comigo ou levou-me para passear”; “não tinha conversa de pai e filho” (sic). Conta que, sempre esperou e se esforçou para ser amado pelo pai, mas não se sentia assim. Já com a mãe, ele era bem apegado.

Quando ele tinha sete anos, sua mãe encontrou um companheiro e teve mais dois filhos: Matheus (seis anos mais novo) e Lucas (oito anos mais novo). Este novo companheiro

era muito agressivo, constantemente chegava a casa, alcoolizado e agredia fisicamente a mãe de Renato e seu irmão Matheus. Renato supõe que nunca apanhou do padrasto porque este temia seu pai biológico.

Renato nunca contou ao seu pai sobre as agressões de seu padrasto, pois temia que este o tomasse de sua mãe.

Desde os quatorze anos, Renato trabalhava fora para ajudar financeiramente em casa e, aos dezesseis anos (quando ganhou forma e força de homem adulto), expulsou o padrasto de casa, por solicitação de sua mãe. Após esse acontecimento, ele teve de assumir não apenas as despesas da casa, como também a educação dos irmãos.

Como seu irmão caçula ficou com uma deficiência no braço, proveniente de complicações no trabalho de parto, Renato e sua mãe se mobilizavam para prover tratamentos e cursos que auxiliaram o desenvolvimento de Lucas, tais como: natação, fisioterapia, capoeira, entre outros. Renato buscava alternativas gratuitas (mesmo que essas opções fossem distantes de sua moradia) e quando não encontrava, arcava com as despesas.

Embora Renato fosse trabalhador e assíduo à escola, tinha um grupo de amigos “skatistas” e, influenciado por este grupo, passou a utilizar drogas, tornando-se viciado em cocaína. Na ocasião, solicitava ao seu irmão Matheus que buscasse a droga para ele. Com o tempo, seu irmão ficou curioso e Renato passou a ensiná-lo a usar cocaína.

Por volta dos vinte anos, Renato conheceu uma namorada que morava próxima à residência de seu pai biológico. Como havia, recentemente, perdido o emprego mudou-se para a casa do pai.

Nesse período, Matheus passou a traficar para sustentar seu vício e também para obter uma considerável fonte de renda. A mãe, deveras preocupada com a situação, solicitava a Renato que orientasse Matheus. Por sua vez, Renato tentava conversar com Matheus, pois achava muito perigosa e ilusória a vida de traficante. No entanto, sentia-se moralmente incapaz de repreendê-lo sobre o uso da cocaína.

Renato tentou colocar limites no irmão, impedindo-o de entrar em casa se chegasse após o horário determinado. O irmão não lhe obedeceu e eles tiveram uma briga, com troca de agressões físicas, em que Matheus apanha de Renato. Imediatamente após a discussão, Renato se arrepende e pede perdão ao irmão. Ambos se abraçam e choram.

Após essa briga, Matheus é internado numa clínica para dependentes e quando sai, consegue uma namorada, que o fortalece em sua batalha contra o vício.

Mesmo após casado, Renato era solicitado por sua mãe para ajudar financeiramente a casa. Situação essa que chegou a promover discussões entre ele e Melissa. Com o nascimento

de David, os pedidos da mãe diminuíram, todavia, Renato e Melissa continuaram a auxiliá-los sempre que possível.

História da família de origem de Melissa

Quando Melissa tinha cinco anos, sua mãe foi trabalhar fora, para ter seu próprio dinheiro. Ela e sua irmã dois anos mais velha ficavam na escola e depois em casa com seu pai, o qual trabalhava à noite e descansava de dia.

Como os pais trabalhavam em horários diferentes, só se encontravam nos fins de semana. Todavia, o pai de Melissa passou a jogar baralho com os amigos aos finais de semana, praticamente deixando de se relacionar com a mãe dela. Com o tempo, seu pai passou a jogar por dinheiro e acumular dívidas para a família.

O pai de Melissa chegou a endividar-se em doze mil reais. Foi quando a mãe deu um basta e pediu a separação. No entanto, descobriu-se grávida e considerou ser mais prudente educar o filho com o pai. Separaram-se quando o filho estava com seis anos. Na ocasião, a casa foi dividida (era um grande sobrado) e o pai passou a morar no andar de cima.

Sobre sua infância, conta que sempre foi espoleta, enquanto sua irmã era estudiosa e responsável. Gostava de brincadeiras de menino e deixava de fazer as tarefas domésticas e escolares para brincar na rua.

Começou a trabalhar aos quatorze anos em locadora, depois numa sorveteria até ir trabalhar com a mãe em salão de beleza. Comenta que preferia ter seu dinheiro e trabalhar fora do que ficar em casa com os afazeres domésticos.

Na adolescência, Melissa teve uma discussão com a mãe e foi morar com o pai, o que possibilitou descobrir que seu pai virara alcoólatra. Pediu ajuda à mãe, que tentou persuadir o ex-marido a se tratar. Para escapar da vigilância da família, o pai aluga sua parte da casa para a irmã e vai morar num bairro distante.

Melissa conta que a mãe cada vez mais ascendeu enquanto seu pai decaiu. Ela cursou o técnico em enfermagem, mas concluiu que o trabalho em salão era mais rentável. Seu pai trabalhou “a vida inteira” numa empresa de produção de fios elétricos, que recentemente pediu falência, deixando de indenizar os funcionários.

Atualmente, a mãe de Melissa tem novo companheiro, com quem tem um bebê. Conseguiu comprar um apartamento num bairro melhor e mantém dois empregos. O pai está desempregado, mas reside com nova companheira que muito o ajuda.

Melissa relata que, depois de ganhar David, a mãe não pôde visitá-la por causa do trabalho, mas mantém contato telefônico com frequência.

Alguns recortes sobre a observação do vínculo pais-bebê

No início das entrevistas, o que de imediato chamou minha atenção foi perceber que David chorava quando sua mãe o pegava no colo. Preocupou-me perceber que, algumas vezes, ele desviava o rosto para longe do corpo da mãe. Seu olhar parecia buscar um rosto diferente ao da mãe, pois parava de chorar quando olhava para o pai ou para mim quando falávamos. Entretanto, ficava calmo e aconchegado quando era deitado na cama junto à sua mãe.

Não consegui perceber se a mãe já tinha consciência do comportamento de David, mas observei que a amamentação por mamadeira não era realizada no colo dos pais, mas deitado no berço ou na cama junto aos pais.

Melissa parecia distanciada de David, não percebendo suas reações enquanto ela se expressava. Quanto às reações de Davis, foi interessante notar que nas vezes que Melissa relatava seu trabalho de parto, David fazia força, participando da história. (em nenhuma das vezes ele estava evacuando). Em outras situações, questionei se determinadas circunstâncias incomodavam Melissa, ela respondia negativamente, no entanto, David, repentinamente, chorava ou assustava-se. Mesmo, quando não estava no mesmo cômodo.

Melissa parecia aproveitar a minha chegada para se acalmar, ficava muito irritada e agitada com idas aos médicos, com os “resmungos” de David, com a dificuldade em conciliar os cuidados de casa e os cuidados de David. Ao mesmo tempo, não gostava de admitir sua irritação e esforçava-se para mostrar-se forte ao marido. “Eu comentei com o meu marido, que é tão bom quando você vem”. Ao ser questionada responde-me: “Não sei, as coisas aqui em casa, ficam melhor”.

Inicialmente, Melissa nomeava qualquer reação de David como irritação devido à alergia. Mas, aos poucos, Melissa pode perceber e falar que, quando estava irritada e pegava David no colo, ele ficava incomodado.

No decorrer das entrevistas, Melissa parecia sentir-se mais segura para falar sobre suas fragilidades e carências (sentia-se feia ou carente). “Eu quero me mostrar forte para ele, mas quando eu falei para ele abraçar o David, no fundo, no fundo, eu que queria ser abraçada”.

Renato também parecia mais “aliviado” após relatar sobre a separação, uso da cocaína e do nascimento do filho. Sobre o nascimento de David, comento que algo como: o seu filho não ser igual ao irmão, porque era filho de Melissa e não da mãe dele. Estas palavras parecem tranquilizar Renato. Na entrevista que sucedeu, Melissa comentou: “Ontem, eu perguntei ao Renato, se ele vai contar pro David que ele usou drogas” (...) “Ele disse que sim, eu achei bom. Também, vou contar sobre a sua história”.

Na terceira e na última entrevista, a relação mãe-bebê estava bem diferente, David ficava aconchegado no colo da mãe, ela fazia massagens carinhosas no filho e ele relaxado dormia no colo da mãe. Mas, principalmente, eles trocavam olhares apaixonados. Melissa conta a Renato (quando este chega do trabalho): “Hoje ele acordou sorrindo, não está mais irritado e a pele melhorou.” Ele responde: “parece que cada dia que eu chego, ele está melhor”.

Na última entrevista ela diz: “Agora é só sorriso, parece outro bebê”. Realmente, para mim parecia uma nova dupla.

3.2.4.1 - Análise adaptativa

a) Setor Afetivo-relacional (A-R)

Desde o início das entrevistas, ou melhor, já por ocasião do convite, a cena da relação mãe-bebê se impõe. Questões pertinentes a dificuldade de amamentação, o choro recorrente de David ao ser levado ao seio, a aparente dificuldade em se aconchegar no colo de sua mãe (diferentemente do colo de seu pai), e seu olhar desviando-se da mãe; promoviam um “incomodo” emocional na dinâmica familiar.

O pai parecia perceber que algo não estava bem, sem poder discernir o quanto isto era habitual, ou não, a uma família que acaba de ter um bebê. Já a mãe parecia tentar esconder tais dificuldades do marido, evitando demonstrar sua própria vulnerabilidade.

Fatores de diferentes ordens engendravam conflitos emocionais influenciando a relação mãe-bebê e conseqüentemente a família, como se pode inferir sobre: A história do casal (separação e reconciliação); a descoberta da gravidez (as desconfianças suscitadas); o vício do pai (e desdobramentos); complicação no parto; não poder contar com a proteção egóica do marido; e, a reedição de conflitos edipianos.

A gravidez ocorreu enquanto o casal estava em processo de reconciliação de uma separação que, até então, permanecia sem elaboração, pois Renato não conseguia compreender as razões de Melissa e, esta ressentia-se por ele não percebê-la tão aflita com o relacionamento. Com a gravidez, inicialmente Renato apresentou desconfianças quanto à paternidade, as quais ganharam força com os comentários de suspeita de sua mãe, mas que arrefeceram durante os exames pré-natais, fortalecendo o desejo pela paternidade. “No primeiro exame, eu tive certeza que era meu filho”. “Na gravidez, foi crescendo a vontade de

ser pai dele. Eu já tinha vontade, mais foi crescendo, entende?”. Entretanto, Melissa ficou magoada com a desconfiança dele e da sogra. “Quando descobri que estava grávida, fiquei tão feliz que queria contar pra minha mãe, nossos amigos, mas ele não queria contar para a família dele”.

Provavelmente, os desdobramentos da desconfiança inicial de Renato, mais a revelação de seu vício reforçaram em Melissa a necessidade em mostrar-se forte, organizando-se defensivamente contra sua fragilidade; afetando, talvez, o necessário estado de vulnerabilidade em que a grávida pode voltar-se para dentro, esquecendo os perigos de fora (WINNICOTT, 2001). “Eu não podia passar pra ele medo ou fraqueza, senão, ele não teria forças para enfrentar o vício”.

Entretanto, com relação ao parto, Melissa descreve a vivência de um estado muito sensível, e suscetível, sem ter ninguém por perto para amparar (marido, mãe, médico de confiança, ou a presença acolhedora de uma enfermeira). As complicações no trabalho de parto e as condições do bebê (marca do fórceps e cabeça alongada), contribuíram ao estado de ansiedade Melissa. Afetada pela situação, em que se descreve exausta e só; possivelmente, incontinente, dificultando a amamentação. (WINNICOTT, 2001).

Outro fator que, provavelmente, interferiu na relação mãe-bebê (expresso pela dificuldade na amamentação), refere-se às questões pertinentes ao conflito pessoal de Renato, quando ele vê seu filho, imediatamente, associa a deficiência de seu irmão e as respectivas dificuldades. No entanto, pode-se inferir que esta associação desencadeia questões edipianas, aproximando do real a idéia (se posso assim chamar), de ter um filho com a própria mãe, devido ao papel desempenhado na família de origem, em que é convocado a assumir o lugar de pai, sendo tratado diferentemente (com mais afeto), por sua mãe. Assim, Renato não pode ver seu filho, nem sua esposa fragilizada (talvez, por se assemelhar à figura materna, a qual é descrita como frágil, sem defesas).

Somente quando outras pessoas (sogra, mãe), reafirmam que não se tratava de deficiência, que Renato consegue acalmar-se e, voltar-se ao filho. No entanto, Melissa fica mais desamparada, intuindo que não poderia expressá-la a Renato. A partir de então, não consegue mais amamentar David. Situação que é agravada pelas interferências das enfermeiras, que tentam, sem sucesso, estabelecer uma relação entre o bebê e o seio da mãe. Esta interferência é descrita por Melissa como invasora, agressiva, repetitiva e persecutória. Assim, ela reage desconsiderando as orientações iniciais da equipe médica.

Outras questões que não puderam ser contempladas referem-se às relações primordiais de Melissa com sua mãe, contudo pôde-se observar que nenhum membro de sua família de origem tinha possibilidade para acompanhá-las nas primeiras semanas com David.

Possivelmente, todas estas situações impediam “a adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê”. (WINNICOTT, 2000, p. 401). Interferindo na qualidade do vínculo mãe-bebê.

Apesar do exposto, é preciso considerar que durante o processo diagnóstico, aparentemente, a família pôde fazer bom uso das entrevistas, conseguindo integrar suas histórias e dar sentido às experiências de fragilidade. Possivelmente, utilizaram-na como continentes, influenciando diretamente na qualidade do vínculo mãe-bebê. Entretanto, somente com um acompanhamento poder-se-ia dizer se o setor está adequado. Assim, pode-se considerar pouco adequado.

b) Setor Produtividade (Pr)

A família reside numa casa nova e alugada. A moradia foi escolhida pelo casal, antes mesmo que a construção ficasse pronta, pois é bem localizada no bairro, tem bom acabamento e proporciona segurança.

Com a chegada do bebê, o casal passou a almejar a aquisição de uma casa maior e própria, contudo ainda não se mobilizou para guardar recursos financeiros.

Atualmente, a renda familiar é composta pelo salário maternidade de Melissa e pelo salário de Renato. Conforme a família, a renda é suficiente para arcar com a moradia, alimentação, vestimenta e o excedente é utilizado para o lazer. Almejam, mas não fazem poupança.

Antes da gravidez, Melissa tinha um bom salário, trabalhando de manicure num salão de beleza de classe AA. Algumas vezes, seu salário era superior ao do marido. No entanto, quando solicitou afastamento do serviço, acordou com seu chefe que não receberia salário, mas manteria o vínculo empregatício, para poder usufruir da licença maternidade e posteriormente retornar ao trabalho.

Nesse período, Renato também possuía bom salário, mas se endividava com frequência por causa de seu vício em cocaína. Apesar de conseguir pagar as contas obrigatórias (aluguel, água, luz e gás), a falta de dinheiro promovia cortes na alimentação, vestimenta e artigos de higiene. As dívidas promoviam discussões, pois Melissa achava que Renato gastava com supérfluos ou, ajudava a família de origem em detrimento da própria.

Após a confissão do vício e suspensão da cocaína, as contas harmonizaram-se e o casal pôde tratar com mais transparência do orçamento doméstico e do planejamento familiar. Renato ficou mais centrado em seu serviço, sendo promovido de cargo. Atualmente, ambos discutem e decidem como gastar o excedente do mês e os passeios que farão.

Melissa planeja, depois dos seis meses de licença maternidade, negociar sua demissão no salão e usufruir do salário desemprego. Ela pretende ficar em casa cuidando de David até ele completar um ano de idade. Ela pensa em utilizar esse período para desenvolver trabalhos que possam ser realizados em sua casa, tais como: fazer manicure ou vender Avon. Posteriormente, sua pretensão é trabalhar num salão muito famoso em São Paulo, em que conhece uma funcionária. Renato apoia a decisão de Melissa e também nutre novos projetos. Ele está aprendendo novas funções, pois almeja coordenar sua sessão.

Quanto às tarefas domésticas, Renato foi muito participativo, enquanto estava de licença paternidade, assumindo todas as atividades, mas, com a volta ao trabalho, Melissa ficou novamente responsável por estas. Entretanto, ao chegar do trabalho, Renato fica disponível, auxiliando-a sempre que necessário.

Em relação aos cuidados com David, durante o dia Melissa sozinha se responsabiliza pelo filho, mas quando Renato chega, ele assume os cuidados para Melissa repor o sono, tomar banho e fazer o jantar.

Sobre a família de origem de Renato, a mãe dele passou a solicitar menos a ajuda financeira, depois do nascimento de David. Contudo, Melissa e Renato procuram ajudar dividindo a cesta básica.

Perante o exposto, verifica-se que a produtividade da família é adequada, suprimindo e proporcionando o desenvolvimento aos seus membros.

c) Setor Sociocultural (S-C)

Atualmente, a família mostra uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Não promovem, nem compactuam com atos desonestos ou ilícitos.

Embora Renato tenha sido usuário de drogas, ele afirma nunca ter traficado, ou tomado qualquer atitude transgressora. Também esforçou-se o quanto pôde para auxiliar seu irmão Matheus a sair da marginalidade. Hoje em dia, nenhum dos irmãos faz uso de drogas ilícitas, ou possui conduta condenável.

A participação da família em atividades integradas à sociedade pode ser verificada mesmo após o nascimento de David. A família continuou frequentando a igreja evangélica;

participando de festas familiares (como o aniversário do irmão caçula de Melissa), viajando para a casa de amigos em feriado e, esporadicamente, promovendo churrascos em seu lar.

Portanto, a família está adequada quanto às noções de valores éticos e morais, assim como à integração na sociedade.

d) Setor Orgânico (Or)

Por ocasião da entrevistas, nenhum membro familiar mostrava-se doente. Inicialmente, David apresentava uma “irritação” na pele que não foi diagnosticada pelos médicos como alergia ou dermatite. Durante o processo diagnóstico, esta irritação arrefeceu e sumiu.

Apesar de Renato não ter procurado por ajuda especializada, permanecia sem utilizar drogas e não mais apresentava vergonha de solicitar ajuda.

A família fazia bom uso de recursos médicos como o posto de saúde e o convênio médico. Dessa forma, pode-se observar adequação quanto às garantias e cuidados despendidos à saúde da família.

Situações-problema: Inicialmente, comprometida a qualidade do vínculo mãe-bebê.

3.2.5 – Família Batista: Para deixar de ser fantasma.

Participantes⁷:	Rosa	(mãe)	54 anos
	Cássia	(filha de Rosa)	16 anos
	Marisa	(filha de Rosa)	33 anos
	Pedro	(filho de Marisa)	15 anos

Moradia

A família reside em uma casa estabelecida no andar inferior de um pequeno comércio de hortifruti. A moradia foi cedida pelo namorado de Rosa, dono do estabelecimento. A casa é composta por cinco cômodos: cozinha, sala, banheiro e dois quartos grandes.

Convite

⁷ Os nomes são fictícios para salvaguardar o sigilo dos participantes.

A família aceita o convite e Rosa comenta: que suas netas iriam adorar participar. Infelizmente, as netas não moravam na mesma casa da família, assim, ofereço a possibilidade de encaminhamento. Reforço que a pesquisa é destinada somente às pessoas que moram naquela casa.

Resumo das entrevistas

A primeira entrevista com essa família teve duração de apenas uma hora, porque ao iniciarmos fomos interrompidos por uma entrega, inesperada, de móveis que pertenciam a filha de Rosa, que não residia junto a família. Como estes móveis não pertencem a Rosa, a família demorou para encontrar um meio de acomodá-los. Sem encontrar outra alternativa, os móveis foram deixados na área coberta do quintal.

Essa desorganização inicial, fez-me pensar que, talvez, a família não estivesse tão motivada a participar das entrevistas. No entanto, no restante do tempo, a família foi, aparentemente, participativa.

Ao questionar a família se havia algo que não estava bem, ou, se tudo estava bem, se haveria algo a melhorar; Rosa pronuncia-se falando que o único problema da casa é sua filha Cássia, que era “agressiva” e “respondona”. Conta, que desde os oito anos, Cássia apresenta convulsões e precisa operar os dois lóbulos do cérebro, mas como a cirurgia é muito arriscada, ela ainda não tinha encontrado algum médico que se propusesse a operar Cássia.

Rosa relata que a filha possui deficiência mental (não pude averiguar), por isso, ela já passou por neurologistas, psiquiatras e psicólogos. Quanto a isso, a família apresenta reclamações com relação às orientações médicas, que recomendavam indulgência, compreensão e paciência para com o comportamento imaturo de Cássia. “Eles não percebem que ela abusa disso”. “Ela desobedece e fala: Vocês não podem me bater”.

A família descreve sentir-se importunada com a presença irritante de Cássia e para “cumprir” as orientações médicas, todos a ignoram. No entanto, Cássia fica mais “provocativa” ainda, acalmando-se apenas após receber broncas ou palmadas. Rosa declara que nunca batera em Cássia, mas seus filhos Reginaldo e Marisa, quando ficavam muito irritados, chegavam a dar tapas. Sobre isso, segundo Rosa, Cássia efetuou reclamações sem motivo à psicóloga do Centro Educacional Unificado (CEU) que frequentam. Disse-lhe que apanhava do irmão; os desdobramentos dessa situação culminaram na convocação do conselho tutelar para avaliar o caso. Aparentemente, esta situação fez com que a família ficasse mais temerosa em receber repreendas do conselho tutelar do que a perda da guarda de Cássia.

Após esta ocorrência, a forma encontrada pela família para lidar com a situação foi permanecer conivente ao excessivo sono diurno de Cássia, ou seja, ela dormia durante todo o dia e vagava a noite, devido aos fortes medicamentos (Urbanil, Carbamazepina e Gardenal). Fala do neto Pedro: “De noite ela me dá medo”; “Ela fica em pé, parada, parece um fantasma”. Fala de Marisa: “Ontem mesmo, eu me assustei com ela quando fui ao banheiro”.

Em nenhuma entrevista Cássia esteve presente, sobre isso, Rosa justificava que era impossível acordá-la. “Você pode bater na cara dela que ela não acorda”.

Cássia é a caçula dos quatro filhos de Rosa, sendo a única do segundo marido, o qual era alcoólatra e muito agressivo com Cássia.

Quanto à história de Rosa, ela conta que aos quatro anos foi entregue por sua mãe aos padrinhos que lhe criaram. Explica que seus padrinhos não podiam ter filhos, então adotaram-na como filha. Teve uma infância alegre em que gostava de dar sustos na madrinha “escondendo-se” e esperando que ela a encontrasse. Aos dezesseis anos casou-se com o primeiro marido e teve Marisa. Morou com a família por três anos na casa dos padrinhos, então, ela e o marido vieram para São Paulo, deixando Marisa com a madrinha (por ocasião deste relato, Marisa interpela a mãe, falando que não entendia porque ficara para trás. Rosa responde que a madrinha não deixou levá-la, que fazia chantagem dizendo que morreria sem Marisa. Pedro confirma: “ela chora mesmo”).

Em São Paulo, inicialmente, Rosa ficou muito assustada, pois no bairro que morou, viu uma pessoa que fora assassinada. Contudo, como seu marido trabalhava em feiras, logo mudaram para outras cidades em busca de oportunidades. Com esse primeiro marido, ela teve mais um casal de filhos e permaneceu casada por dezenove anos. Separou-se por não aguentar “as safadezas” do marido. (ele frequentava bordéis, chegando a transmitir doenças venéreas à Rosa, por diversas vezes).

Um ano após a separação, Rosa conheceu seu segundo marido, pai de Cássia. O casamento era agradável no início, mas, gradativamente, o consumo de álcool deste marido aumentou consideravelmente causando prejuízos a família. Além de prejudicar o orçamento familiar, quando alcoolizado, era muito agressivo com Cássia. Por este motivo, separou-se dele quando Cássia tinha dez anos. Ao ser questionada se o pai de Cássia tentou assediá-la, Rosa responde que: “ele só bebia e ficava ignorante”. Atualmente, Rosa namora o proprietário da casa em que vive, que apesar de não morar junto, arca com a maioria das contas de consumo da família.

Marisa e seu filho Pedro, que participam das entrevistas, relatam que há pouco tempo moram com Rosa. Marisa, que foi criada pelos avós adotivos (padrinhos de Rosa), desde cedo

trabalhou para se formar em magistério e realizar cursos na área de estética. Ressentida conta que, por ocasião de sua formatura seus avós estavam doentes e não puderam ir e sua mãe tampouco.

Marisa também engravidou cedo, aos quinze anos, casou-se jovem, logo após o nascimento do filho e permaneceu morando na casa dos avós. Assim que teve o segundo filho, seu marido veio para São Paulo trabalhar para o sustento da família, entretanto, além de nunca enviar dinheiro, esse marido solicitava-lhe auxílio financeiro e a traía em São Paulo. Por esta razão, separou-se dele. Na época, Marisa já era funcionária concursada da prefeitura da cidade onde morava, mas optou por trocar a estabilidade do serviço público pelo trabalho de cabeleireira que, segundo ela, tinha melhor remuneração.

Após a separação, Marisa conhece seu segundo marido, com o qual vai morar, deixando os filhos do primeiro casamento sob os cuidados dos avós. Mas, esse novo marido era extremamente ciumento e agressivo, ao ponto de Marisa ter que fugir para São Paulo. Antes desta fuga, Marisa, já separada, conhece um rapaz dez anos mais novo e inicia um namoro.

Depois da vinda de Marisa para São Paulo, esse novo namorado vem para cidade a sua procura, estabelecendo-se na casa de Rosa. Ele foi bem recebido na casa, porque logo conseguiu emprego e colabora assumindo algumas atividades domésticas como, por exemplo, lavar-louça, lavar as roupas de Marisa, arrumar o quarto e varrer a casa.

Pedro estava passando as férias na casa de Rosa, mas não via a hora em poder voltar à casa de seus bisavós adotivos, por conta da saudade dos amigos, da liberdade e da qualidade de vida que, segundo ele, São Paulo não proporciona.

No final da segunda entrevista, houve uma interrupção pela Agente Comunitária que estava a minha procura (que será abordado no item 4.6). Provavelmente, esta situação promoveu angústias persecutórias na família, que não foram percebidas há tempo por mim, desencadeando sua desistência da pesquisa.

3.2.5.1 – Análise adaptativa

Apesar da interrupção na participação da família no processo diagnóstico, pode-se efetuar algumas considerações sobre a avaliação adaptativa e conjecturas sobre a situação-problema, como segue:

a) Setor Afetivo-relacional (A-R)

A família apresenta questões conflituosas pertinentes ao convívio com Cássia, a qual exige cuidados específicos oriundos, principalmente, da capacidade da família em contê-la. (WINNICOTT, 2000).

A família não se apropria do tratamento de Cássia e procura ignorar suas atitudes, ou mesmo sua existência. Todos os membros familiares irritam-se com a presença dela, não sabem lidar com as suas provocações e respondem agressivamente.

Portanto, a solução encontrada foi excluí-la da convivência, assim, a família permanece conivente ao sono diurno demasiado de Cássia, provavelmente, desencadeado pela dose (talvez, exagerada) de sedativos. Dessa forma, Cássia é reduzida a representação de um “fantasma”(alguém que preferiam morta, ou alguém que causa medo?).

Pode-se perceber também, o aprisionamento a padrões repetitivos, com relações conflituosas com a mãe biológica, recorrendo à única figura substituta da maternagem. Fala de Rosa: “Mãe não é aquela que cria, é aquela que carrega na barriga por nove meses”.

A transmissão transgeracional de referências identificatórias e do sistema de relação de objeto, promoveu o empobrecimento e a descontinuidade da maternagem. Rosa é entregue à madrinha, posteriormente, deixa sua filha, Marisa, aos cuidados desta mesma madrinha. Marisa, por sua vez, também delega seus filhos aos cuidados da mesma mulher.

Sobretudo, na relação com Cássia, pode-se observar a maternagem incontinente, possivelmente, proporcionando o desamparo afetivo. Rosa, sem consciência da inadequação de sua postura de mãe, nega qualquer agressividade ou negligência infligida à Cássia.

Perante o exposto, os relacionamentos intrafamiliares estão comprometidos e as respostas são pouquíssimo adequadas, pois não satisfazem e promovem conflito.

b) Produtividade (Pr)

Todos os membros adultos da família desenvolvem atividades que promovem renda. Rosa é diarista em casa de família; Marisa trabalha com telemarketing em empresa de telefonia e seu namorado trabalha em uma empresa de segurança para Shopping Center.

Entretanto, os custos com alimentação, contas de água e luz, ficam a cargo do namorado de Rosa. Fala de Rosa: “É função do homem”.

No entanto, eram funções de outro homem (namorado de Marisa), as atividades domésticas, tais como: a função de lavar a louça, varrer a casa, arrumar o quarto e lavar as roupas de Marisa.

No aspecto geral, a família espera do outro (membro extra-familiar) a satisfação de suas necessidades. Apresenta um funcionamento regredido, atribuindo o sustento à função paternalista extrafamiliar, embora possa ser auto-suficiente.

Dessa forma, as respostas para este setor estão pouco adequadas.

c) Sociocultural (S-C)

Nesse setor, foi possível verificar que a família não compactua com atos desonestos ou ilícitos e mostra uma conduta ética com relação às leis.

Devido à influência do setor afetivo-relacional, Cássia apresenta prejuízo no convívio social. No entanto, tanto Cássia como os demais membros utilizam os recursos do Centro Educacional Unificado (CEU).

A família, com exceção de Cássia, apresenta integração social e mostram-se condizentes aos padrões da cultura.

De forma geral, a família está adequada quanto aos aspectos éticos e padrões culturais.

d) Orgânico (Or)

A família não se apropria, responsabilizando-se adequadamente pelas garantias e cuidados que possibilitem a melhora de Cássia e, conseqüentemente, a melhora da dinâmica familiar.

Aparentemente, a família não apresenta angústia frente aos os riscos de morte pertinentes a cirurgia nos lóbulos de Cássia, pois, mostra-se contrariada por não encontrar médico “capaz” que queira realizar a operação.

Embora Rosa leve Cássia ao psiquiatra, contesta suas orientações, porque considera que a fala do médico sobre paciência e indulgência, ao serem ouvidas por Cássia, só fortalecem sua desobediência. Segundo Rosa, a Cássia faz provocações como: “O médico falou que esta casa também é minha, então, sai daqui”.

Portanto, a família está pouquíssimo adequada neste setor, porque possui poucos recursos internos para cuidar e promover saúde.

Conjecturas sobre a situação-problema: Dificuldade de aceitar e conviver com a saúde mental da filha Cássia.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 1 – Características gerais das famílias:

	Família	Idade	Escolaridade	Ocupação	Part*
Oliveira	Avó (Nair)	67	4º série	Cozinheira aposentada	3
	Mãe (Márcia)	36	1º ens médio	Trabalho informal	1
	Filha (Naiara)	11	5º série	Estudante	2
	Filho (Thiago)	8	2º série	Estudante	2
	Tio (Márcio)	40	7º série	Auxílio doença	1
Arrais	Pai (Roger)	33	6º série	Motorista de fretado	3,5
	Mãe (Gisele)	26	1º ens médio	Prendas domésticas	4
	Filho (Lucas)	6	Pré	Estudante	4
	Filha (Juliani)	2,5	Maternal	-	1
	Filho de Roger (Luiz)	13	6º série	Estudante	3
Carvalho	Avó (Thereza)	64	8 º série	Tec. de Enfermagem aposentada	3
	Neta (Patrícia)	14	8º série	Estudante	3
	Neto (Rafael)	12	6º série	Estudante	2
	Filho / Tio (José)	40	3º ens médio	Desempregado	0
Gouveia	Pai (Renato)	25	1º Ens. Médio	Téc. de máquinas	3
	Mãe (Melissa)	20	2º Ens. Médio	Manicure	4
	Bebê (David)	0,1			4
Batista	Mãe (Rosa)	54	4º série	Diarista	2
	Filha (Cássia)	16	4º série	Estudante	0
	Filha (Marisa)	33	Magistério	Telemarketing	2
	Neto (Pedro)	15	8º série	Estudante	2

* Quantidade de entrevistas em que esteve presente.

4.1 – Duração das entrevistas:

A brevidade nas entrevistas preventivas é recomendada, tendo como premissa razões práticas: que o preventivista possa empreender uma investigação que encaminhe a um diagnóstico global, sem despendar tempo demasiado, a fim de abranger maior número de pessoas atendidas. (SIMON,1989).

Além disso, o prolongamento do número de entrevistas diagnósticas pode propiciar o estabelecimento de um forte vínculo com entrevistador, suscitando, após o término do processo diagnóstico, sentimentos de abandono e frustração. (OCAMPO; ARZENO,1985)

Considerando tais recomendações, neste estudo houve a preocupação em verificar o número suficiente de entrevistas que pudessem avaliar as famílias num contexto biopsicossocial, abarcando os setores adaptativos, com o intuito de favorecer a definir a situação-problema.

Para facilitar a discussão dos resultados obtidos, o quadro abaixo resume a quantidade de entrevistas realizadas com cada família, assim como as “faltas” (quando a família não me atendeu, embora eu tivesse comparecido); as entrevistas desmarcadas previamente por telefone; as entrevistas de feedback; e quantidade de “faltas” à entrevista de feedback.

Quadro 2 – Resumo das quantidades de entrevistas

FAMÍLIA	QUANTIDADE DE ENTREVISTAS			ENTREVISTAS DE FEEDBACK	
	Realizadas	Faltas	Desmarcadas	Realizadas	Faltas
Oliveira	3	1	1	1	2
Arrais	4	-	-	1	1
Carvalho	3	1	-	1	-
Gouveia	4	-	1	1	-
Batista	2	2	2	-	-

Conforme as informações demonstradas no Quadro 2, para essas famílias, a quantidade de entrevistas necessária para obter os dados dos setores adaptativos e definir a situação-problema foi de três a quatro entrevistas.

Na família Oliveira, as hipóteses para a compreensão da situação-problema foram contempladas já na segunda entrevista, contudo a terceira entrevista foi necessária para a apreensão dos setores adaptativos: Produtividade, Sociocultural e Orgânico, permitindo a avaliação da família num contexto global.

As entrevistas com a família Arrais foram combinadas primando pela participação de todos os membros. No entanto, a percepção de Roger sobre a influência dos problemas conjugais no sintoma de seu filho Lucas (que fora apontado como membro-problema) e a resistência em enfrentar tais problemas, promoveu o desinteresse em participar das entrevistas, expresso pelos horários desencontrados, o que provocou ausências, ou uma participação fragmentada dos demais membros; com exceção da mãe/madrasta que esteve presente em todas as entrevistas (conforme demonstra o Quadro 1). Como havia informações das quais ela não tinha conhecimento, foram necessárias quatro entrevistas para que eu pudesse verificar a adaptação da família nos quatro setores, o que possibilitou, ainda, observar a dinâmica familiar com todos os presentes. Já com a família Carvalho, pôde-se atingir os objetivos das entrevistas diagnósticas com três entrevistas, mesmo sem a participação de todos os membros (como apresentado no Quadro 1).

Para a família Gouveia, também foi importante a realização de quatro entrevistas, visto que, na primeira, o pai, que estaria presente, foi requisitado pelo chefe para retornar ao serviço. Em sua ausência, a mãe contou a história da família omitindo fatos que julgava ser um segredo do pai, tais como: o uso de drogas ilícitas e a rejeição da suposta deficiência do filho recém-nascido. Todavia, logo na segunda entrevista, o casal, mais confiante e seguro de minha postura profissional, pôde comunicar os fatos mais ansiogênicos. Assim, a quarta entrevista foi necessária para a compreensão do diagnóstico biopsicossocial.

Embora a família Batista tenha impossibilitado a realização das demais entrevistas (cuja desistência será abordada no item 4.6), conjecturas sobre a situação-problema puderam ser contempladas.

A disponibilidade de cada família em buscar e aceitar ajuda, o aparecimento de resistência quando percebiam a própria implicação na queixa familiar, e a rememoração de assuntos ansiógenos foram fatores que influenciaram a quantidade necessária de entrevistas diagnósticas. Entretanto, neste estudo, o diagnóstico adaptativo familiar pôde ser realizado em, no máximo, quatro entrevistas.

a) Tempo de duração de cada entrevista

Outra questão considerada foi o tempo de duração de cada entrevista, pois o fato de a entrevista ocorrer no domicílio das famílias com o grupo familiar, já aponta uma diferenciação da entrevista individual em consultório.

Inicialmente, quando do convite às famílias, informei que as entrevistas teriam duração aproximada de uma hora e meia cada; tempo que havia considerado adequado,

inferindo prováveis interrupções, como: visitas inesperadas, toques de telefones, campanhas, entre outras. Mesmo a própria acomodação da família para iniciar as entrevistas poderia demandar certo tempo.

Verifiquei que, em todas as famílias participantes, a duração da entrevista foi de oitenta a noventa minutos, adequada tanto para colher os dados para análise, quanto para lidar (quando necessário) com as angústias suscitadas, por meio das técnicas, ora suportivas, ora interpretativas (como sugeridas por Simon (1989)). Esse tempo permitiu, ainda, encerrar cada entrevista tentando fornecer intervenção integrativa, ou seja, relatava à família o que esta havia informado naquela entrevista, de uma forma linear, buscando a integração das histórias.

A duração de noventa minutos também foi importante, pois possibilitou a participação de muitos membros familiares. Diferente do atendimento individual em consultório, nas entrevistas com essas famílias, as informações provinham não só das falas, mas também das interpelações (em que um membro interrompia ou complementava a fala do outro). Das entradas e saídas dos participantes; das reações comportamentais; da observação da interação pais-criança e pais-bebê, entre outras. Possivelmente, com o tempo reduzido das entrevistas, eu teria dificuldade em empreender o diagnóstico adaptativo, devido às fartas informações transferencias, contratransferenciais, além das interações dos membros familiares entre si.

Para a família Oliveira, o início das entrevistas ocorria após a criação do *setting*, ou seja, depois que Da. Nair me oferecia café, água ou suco, pedia que me acomodasse em seu quarto e solicitava que os netos desligassem a televisão. Na família Carvalho, a avó, também hospitaleira, procurava me acomodar e, enquanto aguardava a chegada dos netos, aproveitava para conversar sobre situações cotidianas antes de iniciar as entrevistas. Com a família Arrais, Gisele me chamava para a sala e aguardava pelo marido (quando ele estava presente), para iniciarmos a entrevista. Já na família Gouveia, a mãe utilizava minha chegada para desabafar sobre seu enfrentamento quanto às idas e vindas aos pediatras, sobre a saúde e acontecimentos com seu filho etc. Essa mãe parecia beneficiar-se do início da entrevista para recobrar a calma. Na primeira entrevista com a família Batista, logo de início houve a interrupção pelo caminhão de entregas, causando certa desordem. Na segunda, Rosa tentava organizar a casa (aparentemente se organizar), antes de sentar-se e mandar o neto chamar por sua filha Marisa.

O tempo das entrevistas também foi utilizado de forma inusitada. A família Oliveira e a Família Carvalho, aproveitaram para mostrar-me fotografias que marcavam momentos históricos ou pessoas importantes, sobre as quais estávamos conversando. As fotos enriqueciam as informações, despertavam a memória e suscitavam sentimentos. Essas ações

espontâneas compunham um elemento a mais, auxiliando a compreensão do setor Afetivo-relacional.

Dada por encerrada a entrevista, algumas famílias protelavam minha saída, como por exemplo: a família Carvalho, em que a avó, na primeira entrevista, acompanhou-me até o carro com a intenção de complementar as informações abordadas no dia, às quais diziam respeito da queixa manifesta. A mãe, na família Arrais, procurava reter-me servindo trufas de chocolate que ela e a sogra faziam. Parecia buscar minha aprovação quanto sua produtividade. No encerramento da terceira entrevista com a família Oliveira, Thiago esquece onde colocou a chave do portão e a família fica por dez minutos procurando. Naiara, ao achá-la, acompanha-me até o portão e pergunta se eu iria entrevistar outra família do bairro. Quando questionada, conta que gostaria de encontrar-me passando pela rua.

Quanto às interrupções previstas (visitas inesperadas, toques de telefones, campanhas, entre outras), estas realmente ocorreram, tomando não somente o tempo de entrevista, mas, ainda, influenciando minha postura, ora suspendendo a entrevista, ora agregando as informações às análises (conforme abordado no item 4.2).

4.2 – Lidando com as interrupções

Ainda que a realização das entrevistas em domicílio forneça relevantes benefícios para a viabilização deste estudo, as entrevistas poderiam e foram sujeitas às interrupções de diferentes ordens, diferentes daquelas que ocorrem nos consultório, por exemplo.

Desde o convite à pesquisa, as famílias tomaram ciência de que participariam das entrevistas as pessoas que residissem na mesma casa, ligadas por vínculos matrimoniais, ou paterno-filiais, ou mesmo por outro parentesco, mas que compartilhassem de uma intimidade afetiva comum. Entretanto, já na primeira família entrevistada (a família Oliveira), Márcio, um integrante inesperado, impõe sua participação na pesquisa, afirmando ser filho de Da. Nair, membro da família Oliveira. Impactada pela situação, eu não soube seguramente o que fazer, pois Márcio não residia sob o mesmo teto (como eu havia-lhe explicado). Mas não só ele reafirmava ser integrante daquela família, como também os demais membros não se opuseram em deixá-lo participar. Sem eu ter muita clareza sobre a dinâmica que se apresentava, permiti sua participação, com a intenção de compreendê-la. Ao longo das entrevistas com a família Oliveira, foi possível verificar a dependência de Márcio Da. Nair.

Ele realizava todas as refeições (mesmo que fosse um copo d'água) e recebia a visita dos filhos e da ex-mulher na casa da mãe. A casa dele parecia ter a função de dormitório adjacente à casa de Da. Nair, pois era desprovida de fogão e geladeira, que há tempos tinham sido doados à mãe. Sobre isso, é interessante comentar que na equipe do PSF (Programa Saúde na Família), diferenciam-se as famílias que compartilham o quintal pela posse do fogão, ou seja, se cada um tem um fogão: são famílias diferentes, caso contrário, pertencem ao mesmo núcleo familiar. Voltando ao Márcio, pôde-se verificar, também, uma dependência afetiva e imaturidade. Outra questão observada, foi a confusão de Márcio em solicitar cuidados indiferenciados entre mãe e esposa. Por sua vez, Da. Nair apresentou dificuldade em posicionar-se distinguindo, tanto ao filho, como para si, sua função de mãe.

Ainda na primeira entrevista com a família Oliveira, outras duas interrupções foram feitas por visitas. A primeira tratava-se de parentes importantes para a família (pois contribuíam com o sustento desta), que lá estavam quando cheguei e, foram encaminhados para a casa da outra filha de Da. Nair. No entanto, retornaram para se despedirem e, aparentemente, averiguar se tudo estava bem. Essa interrupção interferiu na entrevista, pois Da. Nair fez menção de expressar-se, mas com a presença dos visitantes, não só Da. Nair deixou de falar sobre a intimidade da família, como também eu silencie-me até a saída das visitas, diferentemente da chegada de Márcio. Para as visitas, a família tomou providências para proteger o espaço da entrevista, inicialmente deslocando-os para outra casa e, posteriormente, silenciando-se e abreviando a permanência deles. Contudo, esta interferência teve efeitos na condução da entrevista, contribuindo para aprofundar a percepção sobre o medo de adoecer e morrer, (após a saída das visitas, Da. Nair comentou que uma das moças era sua sobrinha, cuja mãe morrera por câncer pulmonar). A segunda interrupção foi promovida por Marcela, outra filha de Da. Nair. Esta igualmente se retirou após saciar a curiosidade e expressar sua admiração pelo trabalho do psicólogo.

Nas famílias Carvalho e Gouveia, praticamente, não houve interrupções. Por vezes, o telefone tocava, mas a família ou não atendia, ou quando o fazia, a chamada era encerrada quase que imediatamente, informando que estavam ocupados, ou ainda, que estavam com a psicóloga. Essas ações contribuíram como indicadores da motivação da família e do cuidado em preservar a intimidade. Em outros, indicaram resistência, em que a interrupção tornou-se um subterfúgio para não abordar assuntos problemáticos, fonte de ansiedade da família, ou mesmo, falta de motivação para iniciar as entrevistas. Como seguem:

Com a família Batista, antes de iniciar-se a primeira entrevista, uma interrupção inusitada: entregadores de casa de móveis trouxeram um conjunto de sofá pertencente a uma

filha não integrante da moradia. Da. Rosa, sem ter onde acomodar os móveis despendeu boa parte da entrevista para resolver a situação. Noutra entrevista, uma vizinha de quintal apareceu à porta (que ficava sempre aberta), para chamar Da. Rosa. Esta logo a despachou informando estar ocupada. Contudo, próximo ao encerramento, uma nova interrupção foi decisiva para a desistência da família, a agente comunitária do PSF foi procurar-me na casa da família, para levar-me a outra família sorteada, a fim de possibilitar o convite. Na ocasião, fiquei muito incomodada com o aparecimento inesperado da agente. Sabia que ela nutria muita expectativa quanto à minha atuação com a família Batista, por isso eu deduzi que, talvez, ela estivesse se certificando de minha presença na casa. Infelizmente, tomada por estes sentimentos, não percebi, nem interpretei na relação com a família os sentimentos persecutórios (invasão, raiva, cobrança por um superego rígido projetado na agente).

Após este evento, a família Batista “faltou” em duas entrevistas subsequentes e não disponibilizou outro horário para dar continuidade à pesquisa. Outro fator indicativo, foi a fala de Da. Rosa, por telefone: “Não estava, porque levei a Cássia ao médico, pode perguntar para a agente X, ela me viu saindo”. Tentei aproveitar essa oportunidade, para resgatar a interpretação, mas não obtive sucesso e a pesquisa com esta família deu-se por encerrada.

É importante ressaltar as diferentes posturas da família Arrais. Nas primeiras entrevistas em que o casal esteve presente, muitos parentes entraram na casa, sem aviso prévio. Sabiam, de antemão, que uma psicóloga estava com a família e pareciam interessados na minha presença, comentando que seus filhos precisavam de psicólogo, ou seria muito bom para o cônjuge ou um irmão etc. Nessas ocasiões, o pai dispensava as visitas, falando: “pronto já conheceram a psicóloga, agora deixa a gente trabalhar”. Nas entrevistas em que, o pai não participou ou se ausentou ainda no início, para trabalhar, era comum a sogra (que morava no mesmo quintal) verificar se eu ainda estava com a mãe e seu filho caçula. Por sua vez, Gisele só informava que a entrevista não tinha terminado e a sogra imediatamente saía.

Na última entrevista, em que o pai Arrais já tinha percebido que os problemas conjugais, derivados de sua infidelidade, eram o cerne do conflito familiar; a postura quanto às visitas transformou-se. Ele não dispensava as visitas (as quais entravam, mexiam nas panelas, passavam pela sala para ir ao quarto, cumprimentavam-me e saíam), ele continuava falando, como se desse a entender que nada tinha a esconder ou envergonhar-se; ao mesmo, tempo evitava um aprofundamento sobre questões do casal, visto que minha atitude era cessar as perguntas na presença de não participantes. Quando eu comentei sobre a diferença na postura, ele se justificou: “São meus irmão, são de casa”, “eles conhecem minha história”. Resolvi então, perguntar se ele preferia encerrar a entrevista, devido às visitas. Para minha

surpresa, ele quis continuar a entrevista e passou a comunicar aos que ainda entravam: “Depois eu desço para conversar. Agora, a gente está com a psicóloga”.

4.3 – “Entradas e “saídas” dos membros familiares

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade da família. Procurou-se escolher horários em que todos, ou a maioria dos membros pudessem participar. Todavia, por questão de segurança, houve uma ressalva quanto aos horários noturnos.

Apesar dos esforços, não foi possível conciliar as agendas de todos os participantes de uma mesma família em horários diurnos, ainda que fosse aos sábados, pois, nas famílias Arrais e Gouveia, os pais trabalhavam. Na família Carvalho, as crianças frequentavam cursos; e, na família Oliveira, as crianças (que eram irmãs somente por parte de mãe), visitavam seu respectivo pai, pois estes pais tinham se separado da mãe.

Em vista disso, optei por horários em que a maioria dos membros familiares envolvidos, com queixa manifesta, estivessem presentes, como o casal parental, no caso da família Arrais e da família Gouveia. Para a família Carvalho, a escolha favorecia a presença da neta e sua avó Thereza. Na família Oliveira, o horário favorecia a presença de todos. Já a família Batista disponibilizou-me um único horário durante a semana.

Contudo, no decorrer dos noventa minutos, aconteciam *entradas* e *saídas* de membros familiares por conta de seus compromissos, como: saída ou retorno da escola (incluindo o tempo de preparo como higienização etc.); saída para o trabalho; ou membros que habitualmente acordavam em horários diferentes. Um bom exemplo é a família Arrais, em que o horário foi agendado após o período de descanso do pai (o qual saía de madrugada para trabalhar, depois voltava para o almoço, tirava uma “pestana” e, então retornava ao serviço). Neste ínterim, o filho mais velho acordava, participava de parte da entrevista e depois se arrumava para a escola; Lucas, o filho do meio, frequentemente chegava da escola, logo após a saída do irmão e do pai; e Juliani passava a maior parte do dia na creche. Dessa forma, somente a mãe esteve presente em tempo integral durante todas as entrevistas.

As saídas, no entanto, não se prestavam tão somente aos compromissos de cada membro, mas também indicavam resistência.

Na família Arrais, por meio do relato sobre a história do casal, emergiram angústias suscitadas pelos desajustes conjugais marcados pela constante infidelidade do pai, desajustes

que influíam diretamente na dificuldade da mãe em assumir seu lugar de esposa e mãe. Dessa forma, a família foi tomando ciência da implicação dos problemas do casal nos sintomas do filho Lucas. A resistência do pai (e mesmo da mãe) em enfrentar tais problemas promoveu o desinteresse em participar das entrevistas, expresso pelos horários desencontrados e a participação fragmentada dos demais membros.

Na primeira entrevista com a família Oliveira ficam muito claras as saídas de Márcio e Márcia todas as vezes que se abordavam assuntos mais ansiógenos. Situação que se confirmou com a falta deles nas demais entrevistas que se sucederam.

Diferentemente das demais famílias, na Batista, a filha Cássia não teve a opção de escolha de *entrar* ou *sair* das entrevistas, meramente não fora incluída pela família nas entrevistas. Sua ausência, mais que uma resistência, deflagrava a dificuldade da família em aceitar e conviver com a doença mental.

Voltando à família Arrais, observei que Lucas (identificado pela família como membro-problema) permaneceu nas entrevistas enquanto estas tratavam de sua história pregressa etc. À medida que as entrevistas foram se aprofundando em problemas conjugais e seus desdobramentos quanto ao prejuízo no papel de autoridade de esposa e mãe Lucas foi desinteressando-se das entrevistas. Aparentemente, uma tentativa em diferenciar-se dos sintomas parentais.

As crianças da família Carvalho pareciam aproveitar as entrevistas, interagindo e contribuindo com informações que permitiram a compreensão da dinâmica inconsciente da família. Porém, pouco antes do encerramento, houve um desinvestimento de minha pessoa enquanto entrevistadora. Foi interessante observar o comportamento de Patrícia nas entrevistas: inicialmente sentava-se encolhida, séria e escondida por detrás da touca do agasalho (dificultando a visão de seu rosto). No decorrer das entrevistas, despiu-se do agasalho, tornava-se participativa e expressava suas emoções. Minutos antes do encerramento, parecia dar-se por satisfeita, pois ia se desinteressando até se despedir de mim e de sua avó, mesmo antes do término das entrevistas. Fez-me pensar em um desinvestimento saudável do uso do entrevistador (WINNICOTT, 1994).

Quanto às *entradas*, na maioria das vezes, demonstraram ser indicadoras de interesse e motivação do membro pela entrevista familiar, porém a entrada de Márcio, na primeira entrevista, levou-me a inferir um possível medo reeditado no presente em sentir-se como membro excluído ou abandonado. Contudo, nas demais famílias, as entradas dos membros participantes, como o neto da família Carvalho, o neto na família Oliveira, o filho Luiz na

família Arrais, auxiliaram a minha compreensão da dinâmica familiar, favorecendo o diagnóstico adaptativo.

4.4 – Considerações sobre os setores adaptativos

Embora os setores sejam apresentados separadamente, é importante ressaltar que há interações intersetoriais, apresentando influências centrífugas: do setor Afetivo-relacional a um ou mais setores; influências centrípetas: de um ou mais setores afetando o Afetivo-relacional; e ainda, interações colaterais: entre os setores Produtividade, Orgânico e Sócio-cultural. (SIMON, 2005).

4.4.1 – Setor Afetivo-relacional (A-R)

A análise do setor A-R, para este estudo, demonstrou ser mais desafiadora que a dos demais setores, em razão da diversidade e complexidade das inter-relações afetivas entre os membros da família. A fim de se possibilitar a observação da adequação quanto às condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar (YAMAMOTO, 1990), é que segui as recomendações de Simon (1995), com relação ao corte transversal: relativo ao conjunto de resposta que contempla a situação presente; e o longitudinal: relativo ao passado. Para a análise longitudinal, uma contribuição importante é o conceito de transmissão transgeracional. Lebovici (2004) considera que a herança psíquica, quando passada de forma conflituosa, impede que a pessoa integre aquilo que é transmitido, transformando-se em mandato transgeracional.

Ainda que proposto os dois cortes no processo evolutivo temporal, não se impossibilitou a análise dinâmica em que ambos os cortes se articularam, conversaram e se completaram na narração avaliativa para este setor.

Além da transmissão transgeracional, outras questões apresentaram-se influenciando nas respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, como a qualidade das relações conjugais interferindo na parentalidade, conflitos emocionais afetando a relação mãe-bebê, conturbando

a dinâmica familiar, entre outras, revelando que a análise para este setor permite verificar a singularidade da dinâmica familiar.

a) Transmissão transgeracional

A reedição de conflitos intrapsíquicos nas famílias Oliveira, Arrais e Batista pôde ser observada pela repetição do empobrecimento do papel materno, que ora negligencia, ora chega a abandonar; promovendo a descontinuidade, ou a ruptura da maternagem (compreendida aqui, como função que pode ser exercida tanto pela figura materna como paterna). Essa transmissão proporciona o aprisionamento nas repetições de histórias passadas, não metabolizadas e reproduzidas de forma peculiar por cada membro da família. (FREUD, 1914; KAËS, 2001).

Na família Oliveira, a desintegração da família de origem e Da. Nair e, posteriormente, o acometimento de doenças quase incapacitantes, poderiam ter influenciado o empobrecimento de sua maternagem, afetando singularmente seus filhos. A transmissão transgeracional de referências identificatórias e do sistema de relação de objeto promoveram a repetição em Márcia do papel materno empobrecido, incontinente, com falta de cuidados e, até mesmo, negligência na relação com os filhos.

Ainda na família Oliveira, observou-se outro agravante, a transmissão transgeracional da doença, que não pode ser nomeada ou contida, representando uma ameaça de morte. Nesse caso, pode-se inferir o contágio de Márcia por HIV, como reedição de conflitos não elaborados em relação à doença de sua mãe. (GRANJON, 2000; KAËS, 2001).

Na família Batista, Rosa foi entregue pela mãe biológica à madrinha. Aprisionada a padrões repetitivos, igualmente entrega sua filha Marisa aos cuidados da mesma madrinha. Por sua vez, também, Marisa deixa seus filhos sob os cuidados da mesma mulher. Verificaram-se as relações conflituosas com as mães biológicas, recorrendo-se à única figura substituta, talvez, representada como capaz de proporcionar a maternagem. Ainda essa “madrinha” não tinha filhos biológicos, reforçando a transmissão de que as mães biológicas são incapazes de criar seus filhos.

A falta de cuidados necessários ao desenvolvimento ficou evidenciada, sobretudo, na relação de Rosa com sua filha Cássia, desamparando-a afetivamente. Ademais, Rosa negava qualquer agressividade ou negligência infligida à Cássia, sem consciência da inadequação de sua postura materna.

Com a família Carvalho, os conflitos intrapsíquicos não elaborados foram atualizados pela escolha repetitiva por relacionamentos conflituosos com parceiros. Da. Thereza relata

que seu marido, por vezes, excedia-se no álcool e, devido ao ciúme, agredia-a fisicamente. Em consequência da transmissão transgeracional, as duas filhas de Thereza vincularam-se a parceiros alcoólatras ou drogaditos, vivenciando relações instáveis e conflituosas. No entanto, essas filhas defendiam o marido, idealizado em detrimento dos próprios filhos.

Gisele, da família Arrais, relatou que provinha de uma família em que a mãe não conseguiu protegê-la das investidas do padrasto. Para evitar um possível abuso, ela fugiu da casa da mãe para morar com a família de Roger. Durante as entrevistas, Gisele apresentou dificuldade em se apropriar do papel de dona de casa e mãe, sendo ora permissiva (não impunha limites, nem estabelecia regras), ora agressiva (irritada com a desobediência dos filhos).

Por outro lado, a família Gouveia, após abordar assuntos conflituosos que causavam angústia e vergonha, concluiu, por conta própria, que seria importante contar a David sua história e as dificuldades envolvidas, como também o envolvimento e a superação do pai quanto ao vício. A possibilidade de os pais elaborarem esses assuntos, permite uma diferenciação evolutiva, deixando de ser transgeracional para ser uma herança psíquica que pode ser apropriada e modificada. (GRANJON, 2000).

4.4.2 – Setor Produtividade (Pr)

Neste setor, busquei observar a adaptação em relação às condições que a família possuía para suprir-se e desenvolver-se, considerando: a) os aspectos de sobrevivência física, tais como: moradia, alimentação, vestimenta; b) as atividades desenvolvidas que possibilitem renda; c) atividades para limpeza e manutenção da casa e cuidados com o infante; d) atividades escolares e/ou preparatórias para a vida produtiva. Não obstante, a descrição destes subitens.

Apesar de nenhuma família ter revelado privação das necessidades básicas, o setor da produtividade encontrava-se pouquíssimo adequado na família Oliveira e pouco adequado nas famílias Carvalho e Batista. Já as famílias Arrais e Gouveia apresentavam soluções adequadas.

A família Oliveira apresentava dependência e imaturidade. Dizia-se empobrecida e buscava a função provedora em parentes fora da família: “o cunhadão”, possivelmente, figura substitutiva do pai. A família era pouco produtiva e as atividades que possibilitavam renda

eram escassas e insuficientes. Há negligência quanto às necessidades das crianças e desorganização em relação às atividades de limpeza e manutenção da casa.

Na família Batista, todos os adultos trabalhavam, no entanto, a casa, parte da alimentação e as contas de água e luz ficavam a cargo do namorado de Rosa (que não residia com ela). A família esperava do outro a satisfação de suas necessidades. Fala de Rosa: “É função do homem”.

As famílias Oliveira e Batista apresentaram um funcionamento mais infantilizado, atribuindo o sustento à função paternalista extrafamiliar.

Na família Arrais a função provedora ficava, quase que exclusivamente, a cargo do pai. A princípio, a mãe que se apresentava improdutiva (talvez, por não sentir-se valorizada pelo marido e pouco confiante de sua capacidade); ao longo das entrevistas, começou a fazer, junto com sua sogra, trufas de chocolate e passou a apresentar novas ideias para expandir o negócio. As atividades de limpeza eram executadas somente pela mãe. Ela dizia sentir-se mais uma empregada do que esposa (dona da casa), assim sendo, apresentava-se desmotivada para realizar as tarefas de higienização. Em relação ao cuidado com o infante, a família apresentou preocupação e interesse em relação às atividades escolares e desenvolvimento dos filhos mais velhos (Luiz e José).

Na família Carvalho, Da. Thereza era responsável pela administração da renda (provinda de sua pensão, aposentadoria da prefeitura e licença saúde da empresa privada) e por todo o sustento da família. Ela mostrava-se continente às necessidades do filho e netos e capaz de provê-los. Contudo, a família apresentava preocupação, sem encontrar soluções, quanto ao desemprego de José e, ainda, quanto à indefinição sobre a licença saúde de Da. Thereza. Ela preferia ser aposentada a trabalhar parcialmente, sentindo-se incapacitada para cumprir suas antigas funções.

A família Gouveia, após o nascimento de David, apresentou soluções adequadas neste setor. Passou a haver transparência quanto à renda familiar. Priorizando o filho, o casal combinava os gastos mensais e compartilhavam as despesas. Mostravam preocupação e tentativa de planejamento para investir o dinheiro. O casal estava de acordo quanto ao período em que Melissa ficaria em casa com David, usufruindo do auxílio-desemprego. A solução satisfazia e não promovia conflitos à família. Portanto, há adequação na produtividade.

4.4.3 – Setor Sociocultural (S-C)

Para este setor, procurei verificar a adaptação da família quanto às noções de valores éticos e morais, à utilização de recursos comunitários e à integração na sociedade.

Todas as famílias participantes mostraram uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Não compactuam com atos desonestos ou ilícitos.

Todas as famílias passaram por experiências difíceis em decorrência do uso de drogas ilícitas como maconha e cocaína. Com exceção da família Batista, em que não foi possível verificar esse dado por conta da interrupção e desistência da pesquisa.

Márcia, Roger e Renato foram usuários de drogas, entretanto nunca traficaram, pois consideravam este comportamento inaceitável.

Tanto Roger quanto Renato tiveram experiências ameaçadoras por conta de irmãos transgressores que, no passado, se envolveram com a marginalidade.

Márcia atribuiu sua separação às atividades ilícitas e às atitudes delinquentes de seu primeiro companheiro, visto que, apesar de nutrir sentimentos por ele, ela não aceitava sua conduta.

Na família Carvalho, Da. Thereza não só recriava comportamentos ilícitos do pai de Patrícia e Rafael, como temia que seus netos fossem criados por ele.

Quanto à utilização de recursos comunitários, de modo geral era pouco aproveitada pelas famílias. Somente as crianças das famílias Oliveira e Carvalho usufruíam de atividades ofertadas em Centros Comunitários. Os adultos, nessas famílias, pouco as utilizavam, ou não faziam o bom uso dos programas acessíveis à comunidade. Como Márcia que, talvez, por estar paralisada pela angústia promovida por sua doença, não procurou por redes de apoio aos portadores de HIV, para auxiliá-la na integração social.

Na família Arrais, a mãe não tinha disposição interna para procurar benfeitorias para si e aos filhos. Inicialmente, ela não se lembrava da existência do Centro Comunitário e desconhecia as atividades lá ofertadas. Nesses casos, talvez, faltasse recursos internos para buscar por recursos externos. Aparentemente, Gisele, como também Da. Nair apresentavam-se passivas ante a possibilidade de reconhecer, ou aproveitar as oportunidades em que se implicava algum tipo de investimento pessoal.

A família Gouveia, mesmo após a revelação de Renato sobre seu sofrimento quanto ao vício por cocaína, não buscou por ajuda de uma instituição de saúde, social ou cultural. Entretanto, outrora, Renato se dispôs a percorrer longas distâncias para buscar e proporcionar ao irmão melhorias que não selasse sua vida, a fim de descolá-lo do estereótipo da deficiência como incapacitante. Não obstante, a família mostrou capacidade para fazer um bom uso das

entrevistas, na tentativa de uma superação (como abordado no setor A-R), favorecendo a aquisição de adaptação eficaz.

Em relação às atividades integradas à sociedade, a maioria das famílias estava adequadas, somente a família Oliveira divergiu desse resultado, porque Márcia e Da. Nair, após a enfermidade (fatores internos negativos: Enfisema pulmonar de Da. Nair, e HIV de Márcia), reduziram consideravelmente suas atividades sociais, cujo efeitos repercutiram no grupo familiar. No entanto, a família Oliveira estava integrada à realidade social (atenta aos acontecimentos e atualidades informados pela televisão e rádio).

De modo geral, as famílias mostraram-se adequadas quanto às noções de valores éticos e morais, assim como à integração na sociedade.

4.4.4 – Setor Orgânico (Or)

No setor orgânico, procurei observar a adequação quanto às garantias e cuidados que a família despendia com a saúde de seus membros, como também se a dinâmica Familiar influía, ou era influenciada pela doença de um de seus membros.

As soluções neste setor mostraram-se pouquíssimo adequadas nas famílias Oliveira e Batista; pouco adequadas na família Carvalho; e adequadas nas famílias Arrais e Gouveia.

Nas famílias Oliveira e Carvalho, verificou-se a influência do setor afetivo-relacional sobre o Orgânico, de modo que o fenômeno psicossomático pôde ser compreendido por meio da relação afetiva, como uma trama intersubjetiva. Dessa forma, o corpo é convocado para produzir efeitos, porque não pode se transformar em agir expressivo dirigido francamente ao outro. (DEJOURS, 1998).

Essas famílias apresentaram respostas pouquíssimo adequadas, causando severo prejuízo adaptativo em Márcia e Patrícia. Percebeu-se que a dinâmica familiar influía e era influenciada pela doença delas, assim como aponta Dejours (1998), quanto à crise somática, em que esta ocorre no âmbito da relação com o outro.

Não obstante, diferentemente da família Oliveira: a família Carvalho apresentou recursos para cuidar e buscar por ajuda para Patrícia, procurando não só pelo tratamento físico, como psicológico e, ainda, convocando a mãe de Patrícia à busca de soluções mais adequadas.

Já na família Batista, observou-se que os membros não toleravam conviver com a doença de Cássia, assim, tentavam isolá-la, mantendo-a dormindo durante o dia, ou ignorá-la acarretando o aumento de sua agressividade, retroalimentando a intolerância da família. Os cuidados dependidos pela família não pareciam ser promovidos pela vontade de cuidar, mas pelo cumprimento de exigências por parte da equipe médica e do conselho tutelar.

A família Gouveia, apesar de não ter recorrido a nenhum tratamento, por ocasião da revelação do vício de Renato, buscou a ajuda de amigos e da igreja (por meio da fé). E, conforme a família, já havia se passado quatro meses sem que ele voltasse a utilizar drogas. A família também apresentou respostas adequadas quanto aos cuidados de David, levando-o periodicamente ao Posto de Saúde e recorrendo ao convênio médico, quando se sentiam inseguros a respeito da alimentação e da provável alergia do filho.

A família Arrais não relatou ser acometida por doenças e fazia bom uso do posto de saúde como medida preventiva.

4.5 – Sobre a situação-problema

a) Queixa manifesta x situação-problema

Queixa manifesta é o relato consciente de um problema que causa perturbação à família. E, a situação-problema (termo proveniente do referencial adaptativo), se constitui no conjunto de fatores individuais e/ou familiares que favorecem o desentendimento e ineficácia da adaptação familiar. (YAMAMOTO, 2006)

Na entrevista preventiva, geralmente não há queixa manifesta, porque o indivíduo é convidado a participar das entrevistas sem ter procurado espontaneamente pela entrevista psicológica. Nesses casos, tenta-se levantar uma queixa hipotética ao questionar se tudo está bem, ou se poderia melhorar mais. (SIMON, 1989).

No entanto, neste estudo, as famílias Oliveira, Arrais e Carvalho expressaram a queixa, ainda no convite à pesquisa, logo após eu me identificar como pesquisadora/psicóloga. A família Batista formulou a queixa, somente após ser questionada na entrevista sobre o que não estava bem e o que poderia melhorar. Já a família Gouveia não nomeou uma queixa, mas pôde, logo de início, verbalizar que seria interessante ter uma pessoa que ajudasse a esclarecer dúvidas quanto ao bebê recém-chegado.

A análise dessas situações faz pensar que, apesar de precisarem de auxílio psicológico, muitas famílias não o buscam, ou por falta de recursos internos, ou por não fazerem uso de uma agressividade construtiva, ou pela resistência em lidar com o problema, intuindo a implicação de certa frustração na solução do mesmo; ou ainda, por terem pouco contato com seu mundo interno.

Observei ainda que quatro das cinco famílias entrevistadas apresentaram transferência positiva, quando eu me identificava como psicóloga (além de pesquisadora), o que me fez pensar na disseminação do papel do psicólogo como alguém que “cuida” e não mais alguém que trata de loucos.

No quadro abaixo apresento a queixa manifestada pelas famílias deste estudo, ao lado da situação-problema diagnóstica por meio das entrevistas:

Quadro 3 – Resumo das queixas x situação-problema

FAMÍLIA	QUEIXA MANIFESTA	SITUAÇÃO-PROBLEMA
Oliveira	1) A mãe tem HIV e acha que a doença está afetando a filha; 2) A avó foi recém-diagnosticada com Enfisema Pulmonar e não pode saber.	A transmissão do empobrecimento da função materna, favorecendo a falta de continência, cuidados e proteção a todos os membros.
Arrais	O filho Lucas é agitado, desobediente e agressivo com outras crianças.	1) Desajustamento conjugal; 2) A mãe não se apropria do lugar de esposa e mãe.
Carvalho	A neta Patrícia está com alopecia de ordem emocional	1)Ocorrência de alopecia coincidindo com ameaça de separação entre neta e avó; 2)medo de Patrícia em se ver excluída da intimidade do casal parental; 3)mãe idealiza o parceiro em detrimento dos filhos.
Gouveia	Não apresenta, mas considera bom ter alguém que tire as dúvidas quanto ao bebê deles	Comprometida a qualidade do vínculo mãe-bebê
Batista	Filha Cássia é desobediente e agressiva.	Dificuldade de aceitar e conviver com a doença mental da filha Cássia

Por meio do quadro 3, observa-se que, para todas as famílias, as entrevistas diagnósticas adaptativas permitiram a definição da situação-problema. Inclusive para a família Batista, em que houve desistência após a segunda entrevista.

Verifica-se também que nas Famílias Arrais, Carvalho e Batista, as queixas manifestas envolviam um único membro, criança ou adolescente. No entanto, ao se examinar a situação-problema, fica fácil observar que, esses membros foram escolhidos como porta-voz ou receptáculo da patologia da família. (RAMOS, 1992).

4.6 – Postura do entrevistador diante das angústias e resistências das famílias

Nas entrevistas preventivas é recomendável utilizar técnicas suportivas, quando as resistências não são intensas. Se intensas, deve-se utilizar a interpretação para lidar com as angústias persecutórias do entrevistado. São medidas necessárias para evitar que as resistências impossibilitem a realização, ou a continuidade das entrevistas. (SIMON, 1989).

Em relação ao aprofundamento das entrevistas, Simon (1989) orienta que a investigação seja conduzida a partir de assuntos menos ansiógenos, geralmente relativos aos setores Sociocultural (S-C) e Produtividade (Pr); até os mais ansiógenos, que dizem respeito ao âmbito Afetivo-relacional (A-R) e Orgânico (Or). Contudo, observei neste estudo que as famílias, ao manifestarem uma queixa por conta própria, já enveredavam por assuntos oriundos aos setores: Orgânico ou Afetivo-relacional. Portanto, neste estudo, o questionamento sobre a utilização de recursos comunitários e a integração na sociedade foi realizado nas últimas entrevistas. Essa constatação ficou mais evidente nas famílias Carvalho, Arrais e Oliveira.

Nas famílias entrevistadas, pude inferir que minha postura era percebida como acolhedora, pois as famílias pareciam sentir-se à vontade para abordar os mais difíceis assuntos, como: traição, envolvimento com drogas ilícitas, transgressões à lei etc. Todavia tais assuntos, frequentemente suscitavam angústias e podiam gerar resistência. Nesses casos, procurei utilizar medidas suportivas, clarificando e integrando o que estava sendo abordado para a família. Tais ações foram suficientes para dar prosseguimento à maioria das entrevistas. Em outras, quando se fez necessário, utilizei medidas interpretativas a partir de sentimentos transferenciais e contratransferenciais, o que possibilitou a realização das entrevistas, por exemplo, na primeira entrevista com família Gouveia, Melissa apresentava-se reticente,

omitia algumas informações e por fim, reclamou em tom agressivo, das enfermeiras, agentes que invadem sua casa achando saber mais que ela (quanto ao filho). Falo-lhe algo como: ela sentia que eu estava invadindo a intimidade dela e, sem o respeito por ela e sua família, poderia julgá-la. A partir de então, ela pareceu mais “aliviada” e, em seguida, pôde estabelecer um vínculo de confiança.

Entretanto com a família Batista, em específico momento, fui tomada por sentimentos contratransferências e não identifiquei a ansiedade persecutória da família a tempo de nomeá-la, resultando na desistência dessa família em participar da pesquisa.

Embora iniciasse as entrevistas reassegurando a conduta ética e sigilo, garantindo que as informações fornecidas não seriam passadas à equipe do PSF, essa medida, provavelmente, ficou desacreditada após a interrupção de uma agente comunitária, talvez, por conta de frágil vínculo de confiança. Como segue:

A queixa manifesta pela família referia-se à desobediência e agressividade da filha Cássia, a qual possui algum tipo de deficiência mental (não pude averiguar). Por conta da deficiência, a família já havia procurado a ajuda de neurologistas, psiquiatras e psicólogos (ou fora encaminhadas, não pude saber). Dessas experiências, a família nutria desagrado, pois sentia-se tolhida pelos médicos que recomendavam indulgência e compreensão para com o comportamento imprevisto e imaturo de Cássia.

Conforme descreveram, sentiam-se estorvados pela presença “irritante” de Cássia. Então, passaram a ignorá-la, deduzindo ser esta a paciência recomendada pelos médicos. No entanto, ignorada e excluída, Cássia ficava mais agressiva e importunava a família até receber atenção por meio de broncas e palmadas. Segundo a mãe, Cássia reclamou “sem razão” à psicóloga do CEU – Centro Educacional Unificado - (que frequenta), que apanhava do irmão. Essa situação terminou no Conselho Tutelar. Na ocasião, aparentemente, a família ficou mais temerosa em receber repreendas, do que pela ameaça de perder a guarda de Cássia. Após essa ocorrência, a forma encontrada pela família para lidar com a situação foi permanecer conivente ao excessivo sono diurno dela, ou seja, Cássia dormia durante todo o dia e vagava pela casa à noite.

Devido às experiências da família com os profissionais da saúde, procurei averiguar se haveria transferência negativa comigo; se a família achava que eu também a recriaria ou condenaria. Nada percebi, visto que a família parecia à vontade e confiante em relatar assuntos conflituosos. Ademais, a mãe parecia associar-me à sua médica de confiança. “Você tem o mesmo jeitinho dela, até a aparência”. “Separei uma jaca pra minha médica e outra para você”.

Embora eu soubesse dos sentimentos da família frente às recomendações médicas, fui incapaz de associá-los à interrupção da agente comunitária, ou de prever seus efeitos. Infelizmente, fiquei tomada por sentimentos contratransferenciais (raiva, invasão, cobrança por um superego rígido projetado na agente), sem poder interpretá-los na relação com a família.

Logo após a interrupção, a entrevista foi encerrada e eu não pude verificar os possíveis sentimentos persecutórios que ulteriormente promoveram a desistência da família.

Talvez a família tenha considerado que a agente e eu estávamos pactuadas: “(...) pode perguntar para a agente X, ela me viu saindo”. Dessa forma, o sigilo não seria respeitado e eu seria mais uma, a lançar um olhar inquisidor, acusador e condenatório.

Após esse evento, fui por duas vezes à casa da família, nos horário agendados, não havia ninguém. Nas tentativas que se seguiram para agendar um dia favorável, também não obtive sucesso. Ainda por telefone, tentei nomear o ocorrido e reassegurar o sigilo, porém a família, apesar de não formalizar a desistência, não disponibilizou outro horário, impossibilitando a continuidade da pesquisa.

Com a família Gouveia, ao contrário da Batista, o vínculo de confiança foi se fortificando ao longo das entrevistas. Na primeira entrevista, em que o pai não pôde estar, a mãe omitiu de seu relato diversas situações que julgava ser segredo ou difíceis de admitir e aceitar. No entanto, já na segunda entrevista, o casal sentiu-se acolhido e sustentado para expressar sentimentos que evitava comentar entre si.

Para essa família, as entrevistas proporcionaram um espaço seguro para abordar segredos, desconfianças, confusões oriundas de fantasias edípicas, entre outros. A possibilidade em integrar essas histórias, não só para o casal, mas também para o bebê (podendo ser contada ao bebê), favorecer a qualidade do vínculo mãe-bebê.

4.7 – Efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa das famílias

Ocampo e Arzeno (1985) sugerem ao entrevistador uma conduta mais ativa, objetiva e direcionada para coleta de dados que favoreçam a avaliação diagnóstica. Simon (1989) ressalta, ainda, o valor do diagnóstico global, com fins preventivos. Contudo, o autor não descarta o valor do encontro humano e da empatia.

A disposição empática e a valorização do contato humano significativo podem possibilitar ao entrevistador uma postura de sustentação e acolhimento, permitindo ao entrevistado abordar assuntos dolorosos, expressar sentimentos e, quiçá, integrar suas histórias.

Há, ainda, momentos específicos em que a entrevista assume propositadamente efeito psicoterápico. Isso ocorre quando, por meio de medidas suportivas, o entrevistado sente-se seguro para revelar algo que o afligia, mas tinha receio de contar para alguém. (SIMON, 1989).

Durante a realização das entrevistas, pude perceber certas mudanças no comportamento dos membros familiares, levando-me a conjecturar sobre os prováveis efeitos na eficácia adaptativa das famílias, como, por exemplo, na primeira entrevista com a família Carvalho, tanto a avó quanto a neta aparentavam desânimo. Logo de início, Da. Thereza justificou-se, dizendo que estava alquebrada devido a um resfriado. Já no final dessa entrevista, Da. Thereza verbalizou: “Este remédio é ótimo [apontou para uma caixa de remédio] olha como eu melhorei”. Também, o comportamento de Patrícia modificou-se, parecia ter desabrochado.

Ainda na família Carvalho, as crianças puderam falar sobre as atividades ilícitas do pai. Assunto que era evitado pela avó, porque não queria indispor-se com a filha (mãe das crianças), a qual, além de proibir tais comentários sobre as ações do pai, negava tudo que as crianças perguntavam. “Na rua estão dizendo que meu pai está preso” ; “Eu vi meu pai usando droga na rua” ; “Eu contei pra mãe, mas ela não acreditou em mim” ; “ A gente nem fala mais”.

Provavelmente, a possibilidade de falar sobre assuntos que incomodam e que eram intencionalmente evitados, poderia estar agregando valor terapêutico ao valor diagnóstico. Tal como, na família Oliveira, em que não se podia nomear à Da. Nair sua doença; porque os filhos consideravam ser a melhor opção para protegê-la do medo da morte. Entretanto, ela parecia aliviar-se quando podia explicitar seus receios em relação à doença e à morte. Pude perceber que na terceira entrevista, Da. Nair apresentava mais entusiasmo, almejando novas perspectivas: ela esperava pelo oxigênio móvel para poder realizar cursos de crochê ofertados próximos a sua casa etc.

Como mencionado anteriormente, na família Gouveia, após o estabelecimento da confiança, pôde-se abordar não só assuntos difíceis, como ainda expressar sentimentos que até então não eram compartilhados pelo casal: “eu quero me mostrar forte para ele, mas quando eu falei para ele abraçar o David, no fundo, no fundo, eu que queria ser abraçada”.

Já com a família Arrais, as perguntas, frequentemente utilizadas para a compreensão dos setores adaptativos, pareciam mobilizar a família, possibilitando o pensar: “depois que você me perguntou, lembrei que aqui perto tem um Centro Comunitário, talvez tenha um curso legal pro Lucas”; “Eu te falei que queria procurar emprego em loja, mas depois fiquei pensando... Vou tirar mais dinheiro trabalhando com as trufas por conta própria se eu(...)”.

Também percebi este efeito com a família Oliveira, por exemplo: sobre as constantes faltas de Thiago na escola, devido à dificuldade da mãe em levá-lo (porque ela sentia-se deprimida e indisposta pela manhã); a família não encontrava alternativa ou outra pessoa para fazê-lo. Quando questionei se a família tinha preferência em manter Thiago em horário diferente de Naiara; todos os membros me olharam, aparentemente surpresos. Alguns instantes se seguiram até Da. Nair comentar: “ Olha, é uma boa!... podemos trocar o horário dele no semestre que vem, aí ele pode ir com a turma da irmã”.

Outro ponto interessante foi observar a mudança no comportamento de alguns membros, o que me levou a questionar se as entrevistas geraram condições favoráveis para o processo de transformação, como, ilustram as famílias Oliveira e Gouveia:

Thiago, neto na família Oliveira, que parecia ter passado de bebê (em posição fetal), para menino com capacidade de brincar. Na Gouveia, a mudança observada foi na qualidade do vínculo mãe-bebê, em que Melissa passou a conseguir acolher David em seu colo. Por sua vez, David, que antes chorava no colo da mãe, passou a se aconchegar calmamente e, sobretudo, a significativa troca de olhares: antes David, no colo de sua mãe desviava, o olhar para o pai ou, para mim; depois, a mãe lançava a David um olhar investido de ternura e David correspondia com sorrisos.

Foi interessante notar que, quando o pai apresentava-se mais motivado que a mãe a participar das entrevistas, tão logo ela sentia-se mais segura para se colocar e talvez esperançosa quanto à solução de problemas familiares. Falas de Melissa: “Ontem eu comentei com o meu marido que é tão bom quando você vem.” Ao ser questionada, responde-me: “Não sei, as coisas aqui em casa, ficam melhor”. Quando somente a mãe sentia-se motivada a participar, não havia alteração na motivação do pai. Talvez, este dado pudesse ser indício de bom prognóstico ao tratamento, contudo, as informações foram insuficientes (apenas duas famílias com o casal parental), para se a uma conclusão. Pois, isso poderia não ocorrer se, por exemplo, a figura do pai não fosse valorizada o suficiente pela mãe.

Quanto ao encerramento de cada entrevista, procurei, simplesmente relatar os assuntos abordados. Ao fazê-lo, algumas famílias pareciam integrar suas histórias. O que me levou a

pensar sobre o efeito de intervenção integrativa, a qual amenizava a frustração de ‘só dar sem receber’.

Na família Gouveia, cada um dos pais me contou como percebia o relacionamento antes da separação; como processaram esta separação e a reconciliação; e como foi à descoberta da gravidez etc. No final das entrevistas, eu relatava o que havia ouvido, mas contanto uma única história, integrando as três partes (pois, David também contribuía). Diante disto, o casal parecia se deparar com algo que não tinha percebido e, aparentemente, se beneficiava apropriando-se de sua história. O ‘efeito’, possivelmente, repercutiu na alteração da qualidade do vínculo mãe-bebê, como mencionado anteriormente.

No tocante ao feedback, combinou-se com cada família que após as entrevistas, eu daria um retorno sobre o que foi observado e, caso necessário ou solicitado, a família receberia orientações, esclarecimentos e/ou encaminhamentos especializados. Essa medida foi tomada com a preocupação para tentar amenizar as frustrações das famílias em não receber ajuda esperada; pois, ainda no convite, era esclarecido que não se tratava de um tratamento, que eu não iria atendê-los (mas poderia encaminhá-los). Mesmo assim, após o feedback, algumas famílias, indiretamente pediam por mais entrevistas: “Quando eu te vejo novamente” (família Oliveira). “Vou sentir falta” (família Arrais). “Onde fica seu consultório” (família Carvalho). “Venha nos visitar, agora nós somos uma família” (família Gouveia).

Apesar do exposto, durante a elaboração deste estudo, não tive como verificar se as entrevistas promoveram efeitos na eficácia adaptativa das famílias, pois não tive como saber se as mudanças citadas foram duradouras, ou se mantiveram, apenas, durante o processo diagnóstico.

5 - CONCLUSÃO

A necessidade e relevância de trabalhos preventivos com famílias são reconhecidas por diversos autores no Brasil e em muitos outros países. Tais autores ressaltam a importância de se criar ou de se ampliar programas de suporte à família que possam contar com a intervenção especializada de psicólogos que auxiliem na “estruturação” familiar.

Dessa forma, estudar o modelo diagnóstico adaptativo familiar foi um meio de possibilitar o entendimento da psicodinâmica/adaptativa da família, com o intuito de fornecer subsídios aos trabalhos terapêuticos preventivos.

Para tanto, foram levantados três objetivos específicos: avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos; verificar as situações-problema intrafamiliares; e, averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família.

Este estudo indicou que o diagnóstico adaptativo familiar é um modelo possível para a compreensão da psicodinâmica/adaptativa da família, favorecendo a definição da situação-problema. Os conceitos que embasaram este modelo: a Teoria da Adaptação e a EDAO, foram norteadores tanto no empreendimento das entrevistas preventivas, como na análise dos resultados.

Já no convite à pesquisa, observou-se que a maioria das famílias apresentou transferência positiva quando a pesquisadora se identificava como psicóloga (além de pesquisadora), possibilitando reflexão sobre a disseminação do papel do psicólogo como alguém que “cuida” e, não mais, com a representação de alguém que trata de loucos.

As entrevistas preventivas realizadas nos domicílios permitiram alcançar famílias que, apesar de precisarem de auxílio especializado, não o buscam por falta de informação, ou por falta de recursos internos que viabilizem a busca por recursos externos, ou por não fazer uso de uma agressividade construtiva, ou, ainda, por terem pouco contato com seu mundo interno.

Não se quer com isso, afirmar que outras famílias nestas condições se beneficiariam de tratamentos terapêuticos, uma vez que o resultado do tratamento está relacionado à motivação da família e à capacidade em tolerar angústias e frustrações. (YAMAMOTO, 2006).

Com as famílias deste estudo, três a quatro entrevistas foram suficientes para abarcar a compreensão da família num um contexto biopsicossocial, favorecendo a definição da situação-problema, de modo que os fatores que influenciaram a duração das entrevistas foram:

indicação de brevidade, motivação de cada família, capacidade da família em abordar assuntos ansiógenos e a superação, ou não, das resistências.

Para superar as resistências que foram suscitadas, tomaram-se medidas ora suportivas, ora interpretativas, entretanto, para uma das famílias, a pesquisadora ficou tomada por sentimentos contratransferências (os quais não foram utilizados para verificar se o mesmo ocorrera com a família), desencadeados por uma interrupção. A pesquisadora sem ter conhecimento dos desdobramentos das relações transferenciais, não tomou nenhuma medida em relação às prováveis resistências, culminando na desistência desta família.

O tempo utilizado para realização de cada entrevista foi de uma hora e meia, pois foi preciso considerar os seguintes fatores: o tempo de formação do *setting* (acomodação da família); interrupções (vizinhos, visita de parentes, toques de telefone e “entregas em domicílio”); fartas informações provenientes da participação de vários membros (falas, comportamentos, interpelações, interação pais-criança, entre outros); e, as “saídas” e “entradas” dos membros participantes na entrevista.

A análise das entrevistas permitiu verificar a psicodinâmica das famílias nos setores: Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico. Ademais, os dados obtidos favoreceram o entendimento das situações-problema para cada família participante.

A compreensão de cada setor apresentou desafios de diferentes ordens, contudo, o setor Afetivo-relacional (A-R) demonstrou ser mais desafiador que os demais, devido à diversidade e complexidade das inter-relações familiares. Além disso, neste estudo, as famílias apresentaram, predominantemente, respostas pouquíssimo adequadas; somente uma apresentou respostas pouco adequadas e, nenhuma apresentou respostas adequadas no setor A-R, diferentemente dos demais setores em que as respostas foram mais variadas.

Dentre as situações que motivaram as respostas “pouco” ou “pouquíssimo” adequadas, pode-se ressaltar a transmissão transgeracional, pois esta possui um aspecto traumático e sintomático que impossibilita à “geração seguinte” metabolizar este legado, no intuito de transformá-lo.

Na maioria das famílias participantes, foi possível verificar a transmissão transgeracional como desencadeadora de conflitos, devido ao aprisionamento em padrões repetitivos não elaborados e, portanto, não integrados à vida psíquica.

Em duas famílias, o estabelecimento da maternagem estava comprometido, aquelas mães (e avós maternas) projetavam, na relação com os filhos, repetições de difícil elaboração do vínculo afetivo (no caso, pouco afetivo) com suas mães.

Dessa forma, o legado da função materna empobrecida promovia vínculos incontinentes e pouco afetivos, gerava, também, na história de algumas famílias, a negligência e o abandono. Por conseguinte, as crianças apresentavam-se regredidas emocionalmente. Interessante ressaltar que, na relação transferencial, estas famílias evocavam na entrevistadora o papel de mãe.

Todavia, a transmissão transgeracional também pôde ser percebida em mais duas situações com famílias distintas: Na família Oliveira (a vivência da meningite tuberculosa de difícil diagnóstico), a transmissão da doença como algo ameaçador que não pode ser nomeado, contido e transformado. E na família Carvalho, pôde-se observar a repetição na escolha por relacionamentos conflituosos com parceiros (as filhas de Da. Thereza pareciam escolher parceiros que remetiam a algumas dificuldades do pai delas).

No entanto, outras questões apresentaram-se influenciando nas respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, como a qualidade das relações conjugais interferindo na parentalidade, conflitos emocionais afetando a relação mãe-bebê, conturbando a dinâmica familiar, entre outras. Revelando que a análise para este setor permite verificar a singularidade da dinâmica familiar.

Quanto ao setor Produtividade (Pr), observou-se que, embora nenhuma família passasse por privações básicas, somente duas famílias apresentavam adequação quanto à capacidade de suprir-se e desenvolver-se. Outras duas apresentaram pouco adequadas e, uma família apresentou respostas pouquíssimo adequadas.

Em algumas famílias, observou-se influência do setor Afetivo-relacional sobre a Produtividade, como ilustra a família Oliveira, que era uma das poucas que possuíam casa própria, tinham a renda fixa proveniente de aposentadoria, do auxílio doença e pensão alimentícia. No entanto, dizia-se empobrecida, apresentando um comportamento regredido, buscando a função provedora em parentes fora da família.

Já a família Arrais, que não possuía casa própria, cujo sustento dependia (inicialmente) somente do pai; apresentava melhores condições de desenvolver-se.

Pode-se inferir, a partir destas análises, que a situação econômica (verificada por meio do patrimônio familiar) não é condição *sine qua non* para determinar a qualidade da adequação familiar no setor Produtividade.

Sobre o setor Sociocultural (S-C), observou-se que todas as famílias participantes apresentaram respostas adequadas; mostraram uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Nenhuma compactuava com atos desonestos ou ilícitos. A maioria mostrou-se integrada à sociedade, porém poucas usufruíam dos recursos

comunitários. Sobre isso, novamente, pôde-se perceber que a falta de recursos internos prevalece sobre os recursos externos.

Em relação ao setor Orgânico (Or), duas famílias apresentaram respostas adequadas, uma pouco adequadas e duas pouquíssimo adequadas. Verificou-se que em três famílias, a dinâmica influía e era influenciada pela doença de um de seus membros. Em duas famílias, observou-se a influência do setor Afetivo-relacional sobre o Orgânico. De acordo como, aponta Dejours (1998), doença somática ocorre no âmbito da relação com o outro.

A partir da compreensão da adequação setorial, as situações-problema foram passíveis de definição em quatro famílias, contudo na família Batista (desistente), pôde-se conjecturá-la. Observou-se que as situações-problema eram desencadeadas, predominantemente, por conflitos no setor Afetivo-relacional.

Durante a realização do processo diagnóstico, perceberam-se certas mudanças no comportamento dos membros familiares, que levaram a conjecturar sobre os efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa da família, tais como:

- mudança no comportamento, de uma postura regredida à postura que implica desenvolvimento emocional (como a capacidade de brincar de Thiago, na família Oliveira);
- alívio de sintomas físicos (dores e cansaço de Da. Thereza, na família Carvalho);
- possibilidade de pensar (com Gisele, na família Arrais);
- entusiasmo crescente por novas perspectivas (com Da. Nair, na família Oliveira)
- possível integração da história familiar (família Gouveia);
- alteração na qualidade do vínculo mãe-bebê (família Gouveia).

Todavia, neste estudo, não se teve como saber se essas mudanças foram duradouras, favorecendo a eficácia adaptativa familiar, ou mantiveram-se somente durante o processo diagnóstico.

Outra limitação do estudo foi não poder verificar se este modelo diagnóstico é possível também em diferentes classes sociais, uma vez que o acesso às famílias se deu por meio do Programa Saúde na Família (PSF), o qual presta atendimento, exclusivamente, às periferias e regiões de vulnerabilidade social. Dessa forma, não se pôde verificar se as questões que apareceram com as famílias deste estudo seriam semelhantes às da classe AA, por exemplo.

Entretanto, este estudo permitiu pensar na importância do diagnóstico adaptativo realizado no domicílio das famílias como possibilidade de integrar os processos psíquicos ao contexto sociocultural e econômico, e, a partir desse diagnóstico, mobilizar mais indagações, investigações e pesquisas quanto ao frutífero campo da ação preventivista.

No mais, foi possível verificar junto às famílias, demandas por trabalhos preventivos de diferentes ordens: primária, secundária e terciária, pois, neste estudo, o diagnóstico permitiu observar algumas questões, tais como:

Muitas das entrevistas apresentadas exemplificam o aprisionamento nas repetições de histórias passadas, não metabolizadas e reproduzidas de forma peculiar entre as gerações. A transmissão direta de pactos, dos ‘não ditos’, da ordem da doença ou do traumático possui uma função alienante e dissociativa, afetando cada um dos membros e a intersubjetividade do grupo familiar. A falta de possibilidade de transformá-la, sela a continuidade da transmissão transgeracional, como no caso o legado da violência, do abandono, da negligência etc.

Assim, a importância da intervenção preventiva com famílias está em reconhecer o espaço terapêutico como um lugar privilegiado para promover a interrupção da transmissão transgeracional, por meio da elaboração e transformação daquilo que foi transmitido, podendo, então, ser herdado, ou seja, integrado à vida psíquica.

Em outras famílias, pôde-se verificar que a qualidade das relações conjugais influenciava diretamente a parentalidade, podendo promover efeitos no comportamento dos filhos. Dessa forma, intervenções preventivas com o casal poderiam auxiliar não só o casal, quanto às suas questões, como também auxiliá-los a excluir as crianças de suas dificuldades, propiciando, assim, um clima familiar adequado ao desenvolvimento emocional dos filhos.

Outra importante questão, suscitada a partir das entrevistas, refere-se à intervenção no vínculo mãe-bebê, a qual permita acolher, nomear e transformar os processos envolvidos, quando estes apresentam algum tipo de transtorno, que promova entraves e ressonâncias em cada membro da família.

Portanto, após este estudo, uma das questões que se coloca refere-se aos possíveis *modelos* de intervenção terapêutica familiar que possam ir ao encontro dessas demandas, ou melhor, da demanda brasileira.

Há tempos, a psicanálise vem sendo convocada a pensar em práticas que alcancem as instituições e a comunidade. Nessa busca, excelentes trabalhos vêm se apresentando e se aperfeiçoando. Dessa forma, algumas propostas se levantam para responder a pergunta: o que vem após o diagnóstico adaptativo familiar?

Uma das respostas possíveis é apresentada no corpo deste trabalho: a *Psicoterapia Preventiva da Família*. (YAMAMOTO, 2006). Outras possibilidades são as Consultas terapêuticas familiares, que vêm sendo desenvolvidas e apresentadas em pesquisas e congressos. (LEONCIO; TARDIVO, 2006; LEONCIO, 2009). E, Consultas terapêuticas como uma proposta de intervenção comunitária. (OLIVEIRA, 2008). Ademais, aspiro a que

este estudo tenha promovido recursos que inspirem novos trabalhos clínicos e preventivos com famílias.

“Com frequencia avança-se não por novos descobrimentos, mas sim colocando cada prática em seu limite com outras práticas, lançando, assim, nova luz sobre cada uma delas [...]” (CYPEL, 2009, p.2).

REFERÊNCIAS⁸

ACKERMAN, N. W. **Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares.** Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos Aires: Ed. Paidos, 1974.

ACKERMAN, N. W. Los problemas adolescentes: Sintonia de um transtorno familiar. In: _____. **Grupoterapia de La Família.** Buenos Aires: Horme, 1981.

ANACONA-LOPEZ, M. Contexto Geral do Diagnóstico Psicológico. In: **Diagnóstico Psicológico. A prática clínica.** São Paulo: EPU, 1984.

ALTMAN, M. **Psicoterapia breve operacionalizada com idosos:** uma investigação teórico-clínica. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

ARZENO, M. E. G. A entrevista Familiar Diagnóstica – Importância da sua Inclusão no Psicodiagnóstico de Crianças. In: _____. **Psicodiagnóstico Clínico:** novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AVOGLIA, H. R. C. **Avaliação Psicológica:** A perspectiva sócio-familiar nas estratégias complementares à prática clínica infantil. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

BECKER, H. Metodologia. In: _____. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Hucitec, 1999.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental.** São Paulo: Escuta, 1988.

BERENSTEIN, I.; PUGET, J. **Lo Vincular. Clínica y técnica psicoanalítica.** Buenos Aires: Ed. Paidós, 1997.

BLEGER, J. A entrevista Psicológica: Seu emprego no diagnóstico e na pesquisa. In: _____. **Temas de Psicologia:** Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

⁸ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

_____. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BLEGER, J. O problema metodológico em psicologia. In: _____. **Psicologia da Conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOX, S. (Col). **Psicoterapia com famílias: Uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.22, n.1, p.2-9, 2002.

CASETTO, S. J. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psychê**, São Paulo, v.10, n.17, p.121- 142, 2006.

CUNHA, J. A. et. al. **Psicodiagnóstico – V**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

CYPEL, L. R. C. Algumas reflexões sobre os fundamentos do trabalho psicanalítico com família e casal. **IDE- Família**, n. 36, p. 2-17, 2002.

DEJOURS, C. **Repressão e subversão em psicossomática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. A. - **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DELAMONT, E. Ethnography and participant observation. In: SEALE, C.; GOBO, G. GUBRIUN, J. F. ; SILVERMAN, D. (Orgs), **Qualitative Research Practice**. Reprint, UK, Sage, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. G. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **Planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e Abordagens**. P.A. Artmed, 2006.

DOLTO, F. Apresentação de um método In: _____. **Psicanálise e Pediatria**. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

DRAGONE, M.; SAMARATI, C. Experiências das cidades da Europa – Milão - Itália. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

EIGUER, A. **Um divã para a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

FRANCA, A. C. P.; VIANA, B. A. Interface psicologia e programa saúde da família – PSF: reflexões teóricas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.26,n.2,p. 246-257, 2006.

FÉRES-CARNEIRO, T. Psicoterapia de casal: a relação conjugal e suas repercussões no comportamento dos filhos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.32, p51-61, 1980

_____. **Família: Diagnóstico e Terapia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

FORD, E.; HERRICK, J. **Family assessment via videotape interview**. Apresentado no 142º Encontro anual da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, Washington. 1971.

FRASSON, L. M. M.; SOUZA, M. A. Estudo Qualitativo da Personalidade do Motorista Infrator através do Rorschach e EDAO. **Boletim de Psicologia**, v.2, n.117, p. 141-157, 2002.

FREUD, S. (1912-1913) Totem e Tabu. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.13. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1980.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.10. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.18. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOMES, I. C.; PIVA, M. L. S. C. A Transmissão da Vida Psíquica. In: GOMES, I.C. (Org), **Família: Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas** (pp 17-21). Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

GOMES, I. C. Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. **Boletim de Psicologia**; v.55, n.123, p. 177-188, 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p. 357-363, 2005.

GRANJON, E. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. In: CORREA, O.B.R. (Org). **Os Avatares da Transmissão Psíquica Geracional**, p. 17-43. São Paulo: Escuta, 2000.

GUARÁ, I. Considerações sobre as experiências da europa. In: ZOLA, M.B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

HELEMO, M. G. V. **Organizações patológicas em pacientes com diabetes tipo II**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2000.

KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. (Org), **A Transmissão do Psiquismo entre Gerações**, p. 5-19. São Paulo: Unimarco, 1998.

_____. Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In: KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M. ; BARANES, J. J. (Orgs), **Transmissão da vida psíquica entre gerações**, p. 27-67. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. O sujeito da herança. In: KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M. ; BARANES, J.J. (Orgs), **Transmissão da vida psíquica entre gerações**, p. 9-24. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KLEIN, M. **Psicanálise da Criança**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1975.

_____. **Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946 – 1963) – As obras completas de Melanie Klein**, Rio de Janeiro: Imago Ed., v.3, 1991.

LEAVEL, H. R. ; CLARK E. G. **Preventive Medicine for the doctor in his Community**. New York: Mc Graw-Hill.

LEBOVICI, S.; BARRIGUETE, J. A.; SOLIS-PONTON, L. A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o enactment. In: SOLIS-PONTON, L. (Dir.) - **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici. cap. 3, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LEONCIO, W. A. H. ;;TARDIVO, L. S. L. P. C. Consulta terapêutica com uma Família Acogida. In: XIII Congresso Latino Americano de Rorschach y Metodos Proyevtivos – Conecer el mundo Interno: comprendemos mejor. Del 2 al 5 de agosto de 2006, Lima/Peru. **Resuens y Trabajos...** Lima/Peru: Pontífice Universidad Católica del Peru, 2006.

LEONCIO, W. A. H. **Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais: uma investigação dos vínculos familiares**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

MANNONI, M. **A criança, sua doença e outros**. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MEDEIROS, G. A. **Gestação em mulheres em tratamento hemodialítico: repercussões do adoecimento sobre o desejo pela maternidade**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2007.

MEIRELLES, M. C. Considerações sobre as experiências da America latina. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

MINUCHIN, S.; et al. A method for the clinical study of family interaction. **Journal of American Orthopsychiatric**, n.10. p 30-56,1964.

MEYER, L. **Família: dinâmica e terapia – uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

MOSMANN,C.; WAGNER, A. A promoção da qualidade conjugal como uma estratégia de proteção dos filhos.A entrevista inicial In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família: Permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

OCAMPO, M. L. S. A entrevista inicial In: OCAMPO, M. L. S. ; ARZENO, M. E. G. **O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. **O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas**. São Paulo: Martins Fonte, 1985

OLIVEIRA, L. A. A Família na prevenção do uso de drogas. In: Congresso internacional de prevenção das dependências químicas, 3., 2000, São Paulo. **Anais...**São Paulo: UNIFESP, 2000.

OLIVEIRA, T. M. **Atenção materna primária e consulta terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da Família**. Porto alegre: Artes Médicas, 1981.

PONCIANO, E. L. T.; FERES-CARNEIRO, T. Modelos de família e intervenção terapêutica. **Interações**, v.8, n.16, p. 57-80, 2003.

RABAULT, B. Expériences des Villes de l'Europe. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

RAMOS, M. (Org). **Terapia de casal e família**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

_____. **Casal e Família como Paciente**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. A. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, p.799-806, 2008.

ROCKWELL, E. **Reflexiones sobre el proceso etnográfico**, IPN/CINVEST, Mimeo, 1986.

SATIR, A. **Conjoint family therapy**. Palo Alto: Science and Behavior Books. 1967.

SIMON, R. Modelo de prevenção plicado a setor de saúde mental. **Boletim de Psicologia S.P.S.P.**, v.29, p. 72-73, 1977.

_____. Formação do Psicoterapeuta para a Realidade Brasileira. **Boletim de Psicologia S.P.S.P.** v.33, n.81, p. 63-73, 1981.

_____. **Psicologia Clínica Preventiva. Novos fundamentos.** São Paulo: EPU, 1989.

_____. Psicoterapia Preventiva da Família. **Revista de Psicologia Hospitalar.** v.5, n.2, p. 11-14, 1995.

_____. Redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO. **Mudanças, psicoterapia e estudos sociais.** v.10, p. 13-26, 1997.

_____. **Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e Técnica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOIFER, R. **Psicodinamismo da família com crianças:** terapia familiar com a técnica de jogo. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989.

SOLIS-PONTON, L. Diálogo Letícia Solis-Ponton e Sege Lebovici. In: SOLIS-PONTON, L. (Dir). **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici.** cap. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, A. S. L. **A entrevista familiar diagnóstica como instrumento auxiliar no estudo da influência dos psicodinamismos da família em crianças com inibição intelectual.** Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993.

SOUZA, M. A. **Compreensão psicológica do drogadicto através do Rorschach e entrevista (EDAO).** Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1995.

TAMAGNINI, E. J. G. **Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VALENTIM, N. S. **Delineamento psicológico de pais de crianças abrigadas.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

WATZLAWICK, P. A structured family interview. **Family Process**, n. 50. p 265-278, 1966.

WELLS, C. F.; RABINER, E. L. The conjoint family diagnostic interview and the family index of tension. **Family Process**, n. 12. p 127-144, 1973.

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In:_____. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. **Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YAMAMOTO, K. **Estudo da validade de questionário e seu uso para triagem da adaptação numa população universitária**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1984.

_____. **Estudo do Método e Resultados da Psicoterapia Preventiva da Família**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1990.

_____. Psicologia Clínica Preventiva. In: ISMAEL, S.M.C.(org) **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **Psicoterapia preventiva da família método e ilustrações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ZOLA, M. B. Apresentação. In: _____. (Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária**. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você e sua família estão sendo convidados a participarem da pesquisa: “Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto”. Sua família foi selecionada pelo método de sorteio dentre as pessoas inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF). Mas sua participação e a da sua família não são obrigatórias.

O objetivo desta pesquisa é estudar um possível modelo de diagnóstico familiar com base na Teoria da Adaptação de Simon (1989), a fim de oferecer contribuições instrumentais aos especialistas que trabalham com famílias.

A participação de sua família nesta pesquisa consistirá em ser entrevistada em sua residência pela pesquisadora e psicóloga Janaina Coniaric. Serão realizadas, aproximadamente, três entrevistas de uma a uma hora e meia cada. Após a última entrevista, a pesquisadora dará um retorno a você e sua família sobre o que for observado. E, caso necessário ou solicitado, receberá orientações, esclarecimentos e/ou encaminhamentos especializados.

Esclarecemos que os procedimentos da pesquisa não envolvem desconforto ou riscos. Caso haja dúvidas, a respeito deste termo, das entrevistas ou da pesquisa, a pesquisadora estará disponível para respondê-las, tanto durante os encontros, como posteriormente, por meio do telefone que consta neste documento.

Não será divulgada a identificação de nenhum participante. Os dados obtidos pela pesquisa serão apresentados e publicados no meio científico sem identificações dos participantes. No caso de algum membro adulto da família não aceitar o convite desta pesquisa, ou em qualquer momento da mesma, solicitar sua interrupção e desistência, o procedimento encerrar-se-á, sem qualquer prejuízo a você e sua família, no atendimento que vêm recebendo do Programa de Saúde da Família.

Este Termo possui duas páginas e será emitido em várias vias, uma para cada participante e uma para a pesquisadora.

Pesquisadora Responsável: Janaina Coniaric

Orientadora: Profa. Dra. Kayoko Yamamoto.

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – CEP 05508-030, Cidade Universitária, São Paulo-SP.
Telefones de Contato: (11) 3091-4173 ou (11) 6429-9000.

Para denúncias ou dúvidas sobre questões éticas, entre em contato com os Comitês de Ética:

– CEP/SMS: R. Gen. Jardim, 36 – São Paulo – CEP 01223-010. Fone: (11) 3397-2464 –
e-mail: smscep@gmail.com Homepage:
<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsm>.

– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH- IPUSP). Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G - sala 22 - Cidade Universitária, CEP 05508-030, São Paulo-SP. Fone: (11) 3097-0529.

Declaro que entendi as informações que li e/ou que foram lidas para mim a respeito dos objetivos, riscos e benefícios da minha participação e de minha família na Pesquisa: “Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto”. E, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Participantes:

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____.

Responsável pelo(a) menor: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____.

Responsável pelo(a) menor: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____.

Responsável pelo(a) menor: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____.

Responsável pelo(a) menor: _____

Grau de Parentesco: _____ Assinatura: _____.

Para denúncias ou dúvidas sobre questões éticas, entre em contato com os Comitês de Ética:

– CEP/SMS: R. Gen. Jardim, 36 – São Paulo – CEP 01223-010. Fone: (11) 3397-2464 – e-mail: smscep@gmail.com Homepage: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/cepsm>.

– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH- IPUSP). Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G - sala 22 - Cidade Universitária, CEP 05508-030, São Paulo-SP. Fone: (11) 3097-0529.