

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E SOCIEDADE.**

**QUEBRANDO O SILÊNCIO NO CUIDADO  
TRANSDIMENSIONAL A MULHERES ALCOOLISTAS EM  
FAMÍLIA**

**MARIESTELA STAMM**

**FLORIANÓPOLIS-SC**

**Fevereiro - 2005**

**MARIESTELA STAMM**

**QUEBRANDO O SILÊNCIO NO CUIDADO  
TRANSDIMENSIONAL A MULHERES ALCOOLISTAS EM  
FAMÍLIA**

**Tese apresentada ao Curso de Pós-  
graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para a obtenção do título  
de Doutor em Enfermagem – Área de  
concentração: Filosofia, Saúde e  
Sociedade.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alcione Leite da Silva**

**Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Célia Tamaso Miotto**

**FLORIANÓPOLIS-SC**

**Fevereiro - 2005**

**MARIESTELA STAMM**

**QUEBRANDO O SILÊNCIO NO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL A  
MULHERES ALCOOLISTAS EM FAMÍLIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

E aprovada em sua versão final em 21 de fevereiro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Coordenadora da PEN/UFSC

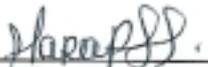
**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Alcione Leite da Silva  
(Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Angela da Rosa Ghiorzi  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Dr Jonas Salomão Spricigo  
(Membro)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Regina Célia T. Miotto  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva  
(Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Sonia Silva Marcon  
(Membro)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Ana Maria Pereira Nunes  
(Suplente)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup> Maria Itayra C. de Souza Padilha  
(Suplente)

***Dedico*** esse trabalho para a minha fantástica família:

*Ilisadir, a mãe que todos gostariam de ter e que cedo nos deixou. Entretanto é só ausência física porque seus ensinamentos, valores, amor, permanecem vivo.*

*Papai Rolf... foi dolorosa nossa separação. Com a ausência de mamãe você foi nos últimos 20 anos, um super-pai, amigo, companheiro e o grande incentivador. Foi em você que encontrei a força maior para iniciar, manter e terminar o processo que envolve o doutorado. Fica registrado para sempre a recepção da chegada aos sábados através do seu abraço caloroso e cheio de amor. A saída aos domingos, quando você me abençoava e dizia palavras de conforto e de coragem. “Vá minha filha, eu ficarei bem”. Isso durou 18 meses e você fez como a amendoeira. A amendoeira é uma árvore com flores quase invisíveis, elas se parecem com folhas que vão ficando tanto mais belas quanto mais perto do fim. Ela canta na hora de morrer e não nega o melhor que tem. Tal como a amendoeira você partiu sorrindo, me dizendo: “filha cumpra minha missão e é minha hora de ir”. E você foi, tranquilo, sereno deixando um vazio pela sua ausência, mas ao mesmo tempo, uma grande lição de vida. Ser filha de vocês é uma grande responsabilidade.*

*Aos meus irmãos, Carlos Alberto, Rosemary e Marco Aurélio que apesar de não entenderem minhas escolhas, me apoiam incondicionalmente.*

## ***Um agradecimento especial***

*Um mestre funciona como um agente catalisador, cuja simples presença estimula...*

*É como quando o sol nasce pela manhã e os pássaros imediatamente começam a cantar. Eles surgem voando de todos os lados, celebrando e dando boas-vindas ao novo dia através das canções. O sol não age diretamente sobre eles, mas algo acontece; o ambiente que ele cria faz com que os pássaros se sintam vigorosos, jovens e vivos.*

*As flores começam a desabrochar...*

*O sol não se está dirigindo a cada flor, forçando-a a abrir, pelo menos não de uma forma direta, entretanto os seus raios dançam ao redor da flor, dando-lhe calor e encorajando-a delicadamente. As flores têm de ser tocadas de uma forma suave, se você forçar suas pétalas a se abrirem elas não resistirão. Você conseguirá fazer com que se abram, mas ao mesmo tempo elas morrerão. O sol simplesmente cria o clima no qual elas podem desabrochar. Um desejo interior surge dentro delas, algum instinto misterioso entra em sintonia com o calor do sol. E as flores se abrem e começam a exalar sua fragrância.*

*Exatamente como o trabalho do mestre...*

*Ele não pode entregar a você aquilo que conhece, mas pode criar um certo campo de energia no qual suas pétalas podem abrir, no qual as suas sementes são encorajadas, em que você pode criar coragem suficiente para dar o salto, no qual o milagre torna-se possível.*

*Osho-Zen: The special transmission.*

*Dr<sup>a</sup>. Alcione e Dr<sup>a</sup>. Regina Célia: vocês foram o meu sol. A luz da vossa sabedoria iluminou meu caminho. Vocês me ensinaram a romper limites, os meus próprios limites, superar os interditos e ajudaram a projetar-me para um mais além. Obrigada.*

***Mais um agradecimento especial***

*Valéria Silvana Faganello Madureira*

*O grande néctar da vida é a possibilidade de realizar o divino que existe dentro de cada uma de nós. O seu lado divino prevaleceu nas horas mais imprecisas. Obrigada pelo apoio, incentivo e amizade. Obrigada pelos momentos de sabedoria que dividiu comigo.*

### ***Outro agradecimento especial***

*A Dr<sup>a</sup>. Ingrid Elsen e Dr<sup>a</sup>. Mercedes Trentini.*

*O amor incondicional é aquele amor que não coloca nenhuma condição para ser vivido. Ama por amar. Cria relações, gera laços, sem intenção de retorno e de cobranças. Incondicionalmente, vocês ocupam um lugar especial na minha vida. Obrigada pelos ensinamentos divididos comigo o que me levou a acreditar que sempre é tempo de buscar o que se deseja.*

## ***Um agradecimento carinhoso***

*Àquele que sempre esteve ao meu lado e me deu forças para superar as dificuldades.*

*Ao meu primeiro grande mestre Dr. Wilson Cremmer de Paula, principal mentor de minha paixão pela enfermagem psiquiátrica.*

*As grandes incentivadoras Dra. Maria de Lourdes de Souza, Dra. Lidvina Horr e Dra. Kenya S. Reibinitz. Vocês são personagens centrais na minha história de vida.*

*Vilma Beltrame, como combinar a perfeição final com o estágio imperfeito atual? Obrigada pelas trocas, pelo companheirismo, por tua amizade.*

*A Silvana Bernardi, que não foi só uma eficiente bolsista, mas acima de tudo, soube me entender nos momentos menos fáceis e mais uma vez transformou o difícil em fácil e o ‘meu’ trabalho em ‘nosso’ trabalho.*

*As amigas Marice e Loreni pelo apoio constante.*

*O saber tem sabor quando resulta de experiências, de observações dos vai-véns da vida. O sábio vê além das aparências. Maria Luiza, essa frase você me dizia quando eu cansada, reclamava das dificuldades. Elas foram úteis para entender que se faz caminho ao caminhar.*

*Aos membros da banca de qualificação, Dra. Ingrid Elsen, Dr. Jonas Salomão Spricigo e Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha por terem dividido comigo seus saberes, os quais foram imprescindíveis para a conclusão deste.*

*Aos professores do Curso de Doutorado, pelo s transmitido. Existe uma beleza imensa em construir juntos.*

*A grande incentivadora e amiga nas horas mais imprecisas Tânia Forner, pelas traduções do inglês e apoio incondicional.*

*Vera Lúcia Gomes, aprendi que a vida devolve o que recebe independente da posição que se ocupe. A gente faz por merecer.*

*Devo ter feito algo de muito bom para poder ‘ganhar’ uma amiga como você.*

*Aos colegas do curso de doutorado em especial à Maria Angélica Waidman, Marlene Pelzer, Edilza Ribeiro, Valéria Silvana Faganelo Madureira e Vera Lúcia Gomes, pela cumplicidade estabelecida, parceria certa na realização dos trabalhos, os quais contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.*

*À Dr<sup>a</sup>. Vânia Techio e Msc. Cláudia Moro, pela sensibilidade e colaboração nas leituras do estudo.*

*Claúdia Crespi Garcia, sua eficiência e simpatia tornaram as situações possíveis de realização.*

*A Elizete Pedotti, querida amiga e incentivadora.*

*As famílias que compartilharam comigo suas experiências, pela disponibilidade, confiança e pela vontade de transcender o possível em busca de novos padrões de consciência.*

*As colegas que estiveram sempre presente e torcendo pelo sucesso desse estudo - Ivete, Ana Maria e Vilma.*

*Ester e Carlos que me substituíram e não permitiram que minha ausência fosse sentida.*

*Aos membros da banca de defesa: Dr. Jonas Salomão Spricigo, Dr<sup>a</sup>. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dr<sup>a</sup>. Sônia Silva Marcon, Dr<sup>a</sup>. Mara Regina Santos da Silva, Dr<sup>a</sup>. Ângela Rosa Ghiorzi e Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Pereira Nunes. Vocês foram fundamentais para a conclusão do presente estudo.*

## ***O Reconhecimento***

*À Pós-graduação de Enfermagem da UFSC-PEN*

*À Universidade Federal de Santa Catarina.*

*À Universidade do Contestado-UnC Concórdia, Direção Acadêmica e Administrativa.*

*Ao Núcleo Jurídico da Universidade do Contestado.*

*Ao Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia – SC.*

*Ao Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal Da Saúde de Concórdia.*

*Ao Hospital São Francisco.*

*Aos que não têm seus nomes aqui registrados, mas que torceram pela realização dessa minha jornada, abrigada.*

*Enfim, divido minha alegria com todos os que acreditaram e ajudaram a concretizar meu sonho.*

## RESUMO

STAMM, Mariestela. **Quebrando o Silêncio no Cuidado Transdimensional a Mulheres Alcoolistas em Família.** Florianópolis, 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve por objetivo geral desenvolver um processo de Cuidado Transdimensional a mulheres alcoolistas em família. Foi realizado com três famílias de classe social distinta, no período de fevereiro de 2003 a julho de 2004. O referencial Teórico Filosófico que deu sustentação para essa tese foi o Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente. A Pesquisa Convergente Assistencial foi adotada como método. Na coleta de dados foram utilizadas a entrevista gravada e a observação acurada. Como recursos auxiliares, o genograma contribuiu para o entendimento das relações, vínculos e padrões das famílias de origem, e a Linha do Tempo Familiar-LTF propiciou às famílias identificarem os acontecimentos significativos ao longo da história. Os resultados desse estudo evidenciaram que tanto o referencial teórico quanto o metodológico foram alicerces fundamentais para a construção da pesquisa. As famílias, com suas peculiaridades, valores, crenças, mostraram variedades na forma de organização, o que foi entendido e respeitado. Houve necessidade de prestar o cuidado profissional, como também foi constatado, que a família possui recursos próprios para cuidar-se. Neste estudo, foi possível compreender como se constroem as relações de cuidado e descuidado nessas famílias, os recursos de cuidado intra e extra-familiar existentes, a importância da formação de parcerias e o impacto das relações de gênero e gerações na construção dos processos de vida e de cuidado e des-cuidado. O Cuidado Transdimensional, tendo como foco essencial o processo de morte-renascimento humano-planetário-cósmico, permitiu um cuidado participativo e reflexivo no qual cada ser envolvido, identificou suas fragilidades e participou efetivamente da reconstrução da vida familiar. Os resultados desse estudo mostraram que a família que possui mulher alcoolista, é um *locus* propício para o cuidado interdisciplinar no cuidado em Enfermagem tem um papel importante. Esse estudo fortaleceu a convicção de que a família é um bem reconhecido, um bem desejado e defendido. É um espaço fértil, instigante, inesgotável e cada vez mais importante para estudos e cuidados.

## ABSTRACT

STAMM, Mariestela. **Breaking the Silence in the Transdimensional Care to Alcoholics Women in family**. Florianópolis, 2005. Thesis (PhD in Nursing, Area of Concentration: Philosophy, Health and Society) - Course of Post-Graduation in Nursing University Federal of Santa Catarina, UFSC.

This qualitative study's primary objective is to develop novel processes of trans-dimensional care to alcoholics women in family. This research was conducted with three families from distinct social classes between February 2003 and July 2004. The philosophical theoretical frame of reference that underpins this thesis is emerging paradigm widely known as trans-dimensional care. The convergent research of assisting was adopted as a method of research throughout the study. The data was compiled by analysis of tape-recorded interviews and accurate notes of observation made by the researcher during those interviews. Other resources like the genograma contributed to the analysis of relations, bonds and standards of the origins of the families, and the Familiar-LTF Time Line propitiated the families to identify the significant events along a set period of time. The results of this study illustrate that the theoretical referential aspects were of equal importance as the methodological factors in serving as the basic foundations of this research. The families, with their inherent peculiarities, complexities, values and beliefs, show great variety in their organization form. In some cases, there was necessity to give professional care, as the study also highlighted that the families did not possess all the resources and support available to them. In this study, our understanding of how to construct relations of care and negligence in these families, the existing ecursos of intra and extra-familial care, the importance of partnerships and the impact of relations and generations in the construction of the processes of life and care and careless, improved greatly. Trans-dimensional Care has as its essential focus, the process of human being-planetarium-cosmic death-rebirth. Through this form of care, it allowed a participative and a reflective care in which each family identified its fragilities and participated effectively in the reconstruction of the familiar life. The results of this study conclude that families who include alcoholic women are propitious focal points for interdisciplinary ( which nursing has an important role. This study fortified the certainty th family is a recognized, desired and a defended asset. It is a fertile, instigati inexhaustible that greatly requires more studies and as a result, more care.

## RESUMEN

STAMM, Mariestela. **Quebrando el Silencio en el Cuidado Transdimensional a Mujeres Alcohólicas en Familia**. Florianópolis, 2005. Tesis (Doctorado en Enfermería, Área de Concentración: Filosofía, Salud y Sociedad)- Curso de Pos Grado en Enfermería /Universidad Federal de Santa Catarina, UFSC.

Se trata de un estudio cualitativo, que tuvo por objetivo general, desarrollar un proceso de Cuidado Transdimensional a mujeres alcohólicas en familia. Fue realizado con tres familias de clase social diferentes, en el período de Febrero de 2003 a Julio de 2004. El referencial Teórico Filosófico que dio la sustentación para esta tesis fue el Cuidado Transdimensional: un paradigma emergente. La Pesquisa Convergente Asistencial, fue adoptada como método. En la colecta de datos fueron utilizadas la entrevista gravada y la observación acurada. Como recursos auxiliares, el genograma contribuyó para el entendimiento de las relaciones, vínculos y padrones de las familias de origen, y la Línea del Tiempo Familiar-LTF, propició a las familias, identificar los acontecimientos significativos a lo largo de la historia. Los resultados de esos estudios evidenciaron que, tanto el referencial teórico como el metodológico, fueron la base fundamental para la construcción de la pesquisa. Las familias, con sus peculiaridades, valores, creencias, mostraron variedades en la forma de organización, lo que fue entendido y respetado. Hubo necesidad de prestar el cuidado profesional, como también fue constatado, que la familia, posee recursos propios para cuidarse. En este estudio, fue posible comprender como se construyen las relaciones de cuidado y descuido en esas familias; los recursos de cuidado intra y extra- familiar existente, la importancia de las relaciones de género y generaciones en la construcción de los procesos de vida y de (des) cuidado. El Cuidado Transdimensional, teniendo como foco esencial el proceso de muerte – renacimiento, humano- planetario- cósmico, permitió un cuidado participativo y reflexivo en el cual, cada ser envuelto, identificó sus fragilidades y participó efectivamente de la reconstrucción de la vida familiar. Los resultados de este estudio mostraron que la familia que posee mujer alcohólica es un locus pro-nat- para el cuidado interdisciplinario, en el cual la Enfermería tiene un | importante. Este estudio fortaleció la convicción de que la familia es un reconocido, un bien deseado y defendido. Es un local fértil, instigante, inagclavie y cada vez más importante para estudios y cuidado.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>10</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>11</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>12</b>

## INTRODUÇÃO

### CAPÍTULO I- CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Alcoolismo .....	21
1.2 Alcoolismo na Mulher .....	26
1.2.1 Alcoolismo e Família.....	30

### CAPÍTULO II- FAMÍLIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS

2.1 Família: Breve Contextualização .....	39
2.1.1 Relações de Poder e Família.....	46
2.2 Estudos de Família na Enfermagem.....	51
2.3 Um Modo de Conceituar Família .....	53
2.3.1 A família Como Unidade.....	54
2.3.2 Padrões de Interações.....	55
2.3.3 A Estrutura Familiar e a Formação da Identidade .....	57

### CAPÍTULO III- REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.1 Concepções Filosóficas .....	
3.1.1 Consciência Individual .....	61
3.1.2 Consciência Universal .....	62
3.1.3 Meio Ambiente.....	62
3.1.4 Processo de Morte-Renascimento.....	64
3.1.5 Padrões de Significado do Cuidado Transdimensional .....	65
3.1.5.1 O Cuidado Transdimensional Enquanto Parceria.....	66

3.1.5.2 - O Cuidado Transdimensional Enquanto Experiência Interior .....	66
3.1.5.3 O Cuidado Transdimensional Enquanto Busca de Unidade .....	67
3.1.5.4 O Cuidado Transdimensional Enquanto Prática Indeterminada .....	67
3.2 Cuidado Transdimensional: Um Paradigma Emergente .....	69

## **CAPÍTULO IV- METODOLOGIA**

4.1 Pesquisa Convergente – Assistencial.....	74
4.2 Cenário do Estudo .....	79
4.3 Famílias do Estudo .....	80
4.3.1 Formalização do Convite e início do estudo .....	81
4.4 Coleta de dados.....	82
4.4.1 Entrevista.....	82
4.4.2 Observação .....	84
4.4.3 Instrumentos de Apoio.....	85
4.4.3.1 Genograma.....	85
4.4.3.2 A Linha do Tempo familiar-LTF .....	89
4.5 Saturação dos Dados .....	89
4.6 Registro das Informações.....	90
4.7 Análise.....	92
4.8 Rigor do Estudo.....	92
4.9 Questões Éticas.....	94

## **CAPÍTULO V- AS FAMÍLIAS EM FOCO**

5.1 Família I.....	97
5.1.1 Linha de tempo (LTF) - Família I .....	
5.1.2 A História de Maria .....	
5.1.3 O Encontro com Pedro .....	104
5.1.4 Téo .....	106
5.1.5 Cida .....	108
5.1.6 Rogério .....	109
5.1.7 Jaime e Ricardo.....	110
5.1.8 O Irmão de Pedro .....	110

5.2 Família II.....	112
5.2.1 Linha de tempo (LTF)-Família II .....	112
5.3 Família III.....	118
5.3.1 Linha de tempo familiar (LTF)-Família III .....	119

## INTRODUÇÃO

*A larva é feita para se tornar borboleta. Algumas vezes nós podemos sentir a queda das nossas asas e neste cair reside o começo do despertar em nossa consciência. Por isso não se pode destruir a larva, mas permitir que ela se transforme em borboleta. Não se pode destruir o Ego, mas abri-lo à dimensão do self. Não destruir a pessoa, mas abrir-lhe a dimensão transdimensional. Não é esmagando a larva que a ajudamos a tornar-se uma borbo. Isto lembra a borboleta que somos. Esta borboleta à espera de abrir suas asas... de não estar nem além, nem aquém do que se quer*

*(Jean-Yves Leloup, 2003).*

Algumas situações vividas pelo ser humano, podem passar despercebidas se não refletidas. Elas acontecem! Simplesmente acontecem? Ao longo da vida tenho observado que o ser humano, na maioria das vezes, acumula conquistas, vitórias, frustrações, dissabores, sem refletir, sem questionar o porquê dos acontecimentos.

Távola (1985) defende que o problema existencial consiste em verificarmos se estamos aquém, além, ou exatamente no ponto do que somos. Concordo com o autor quando defende ser difícil estar no 'ponto', já que a sociedade, a luta pela vida, os valores aparentes, preparam o ser humano para viver o depois, o amanhã, o além. A educação também é um dos processos que nos acelera: seja inteligente! Enfrente riscos! Lute pelo que quer! Consiga as coisas!

Encontrar o próprio ponto talvez seja possível após desacertos e acertos, percebendo que o próprio ponto também é composto de 'aléns e aquéns'. Segundo Távola (1985), o próprio ponto, ou ponto certo, é quando o que fazemos parece que nos estava destinado há muito tempo. Não no sentido do que estava escrito, mas do algo difuso, que vai tomando formas e quando acontece, traz paz e certeza de se estar fazendo o correto. Aí me parece que se chega ao próprio ponto: nem aquém, nem além do que se é, do que se quer.

Ser Enfermeira... era o ponto que buscava. Esta busca iniciou na infância quando comecei a conhecer a enfermagem através de mamãe. Ela falava com orgulho da época que fora "Enfermeira da Cruz Vermelha". Eram histórias lindas. Trabalhou em hospitais e também na 2ª Guerra Mundial. Ainda tenho um recorte de jornal com fotografia do grupo de enfermeiras catarinenses da Cruz Vermelha Brasileira, que seguiram para o *front*.

Outros tantos documentos, como roupas, a tarja branca com a cruz vermelha manchada de sangue, que segundo ela, foi quando ajudou salvar um jovem soldado, e títulos de honra ao mérito pelos trabalhos prestados. Estão ainda guardados como relíquias. Quando sentávamos ao seu redor, que acontecia seguidamente após o jantar, ela relembrava os momentos vividos com paixão, amor e saudades. Eu a olhava e percebia um brilho intenso no seu olhar enquanto falava. Parecia estar falando sozinha, revivendo intensamente o momento do cuidado para com todos os que passaram por suas mãos. Contava com orgulho que para ir à guerra, teve que alterar a data do seu nascimento, pois não tinha idade suficiente. Esse detalhe, ressaltado por ela inúmeras vezes, aumentava minha admiração ou, então, idolatria por suas histórias de vida. Cada momento contado e recontado fortalecia minha opção de vida: "quando crescer quero ser Enfermeira".

Assim sendo, em 1979, ingressei na faculdade de enfermagem e em nenhum momento tive dúvida do que queria. Quando fiz a disciplina de pediatria, achava que, quando formada, optaria por pediatria. A questão é que, em cada estágio ia me identificando e dizendo que seguiria aquele rumo. Assim pensei em trabalhar em pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, clínica médica, CTI... Porém, não gostei de um deles, o último, que foi de Enfermagem Psiquiátrica, e cheguei a verbalizar na avaliação final, que **jamais** trabalharia nessa área. Seis meses após, fui convidada a assumir a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica I e II na então Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense - FEAUC, hoje, Universidade do Contestado - UnC, na qual trabalho desde 1982.

Como recém-formada, com todo o idealismo latente, senti-me desafiada e optei por aceitar essa proposta. Naquele momento, o processo de aprendizado se aprofundava. Um dos aprendizados que trago no meu dia a dia é que **jamais**, é uma palavra a ser usada com cautela. Outro aprendizado importante, é que devemos estar atentos, abertos para as possíveis oportunidades e possibilidades que a vida nos oferece, mesmo parecendo contrárias ao que desejamos. Foi neste contexto, que encontrei mãos amigas, as quais me conduziram, ampararam, ajudaram, apoiaram e me ensinaram a compreender e amar a Enfermagem Psiquiátrica também. Além da Enfermeira Solânia Zanata Durman,

que acreditou no meu potencial, a figura central dessa mudança, desse novo olhar, foi o grande mestre e amigo, Enfermeiro Wilson Kraemer de Paula. Foi com ele que aprendi a ver o doente mental fora da Instituição que tanto o despersonaliza; que o transforma em plácido robô, sem vontade, sem perspectiva. Foi a partir dessa nova visão que comecei a ir ao encontro das famílias desses doentes, e num trabalho contínuo, houve um processo espontâneo, intuitivo de desinstitucionalização.

A partir disso, o trabalho relacionado ao doente mental, e sua família se sedimentava. No início usamos os pressupostos de Travelbee (1979) e a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), como principais guias. Já no mestrado, utilizei a Teoria Transpessoal de Watson (1988), para cuidar de famílias em situação de alcoolismo na qual a figura masculina era o alcoolista. Encontrei o meu 'ponto' como Enfermeira. Porém, no momento em que iniciei o doutorado, estava aquém, por isso, busquei fortalecer esse 'ponto' através do presente estudo. Nele, tenho como foco o alcoolismo feminino, buscando formas inovadoras de cuidar da mulher alcoolista em família.

Considerando minhas crenças, valores e ideais, escolhi para ser meu guia o Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente de Alcione Leite da Silva (1997a), que incentiva o olhar atento, o cuidado amoroso, não reducionista, reflexivo, oportunizando aos seres envolvidos entender e transformar o seu processo de vida. O estudo está dividido em sete capítulos assim distribuídos:

No primeiro faço a Contextualização do Estudo. Procuo mostrar que o alcoolismo é um problema complexo, multifacetado, cuja definição e configuração passaram por significativas mudanças. Procuo mostrar também o preconceito existente quando é focado o alcoolismo na mulher através de uma revisão de literatura sobre alcoolismo e família, e finalizo com os motivos que me levaram a propor o presente estudo, objetivos e justificativa.

No segundo capítulo, Aspectos Históricos e Teóricos faço uma breve contextualização sobre família. Enfoco relações de gênero e gerações, descrevo o conceito de Família adotado pelo Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação

na área da Saúde da Família-GAPEFAM, e cito alguns estudos existentes na área da Enfermagem.

O Referencial Teórico-Filosófico que norteará o desenvolvimento desta tese constitui-se no terceiro capítulo. Ele contém as concepções filosóficas, principais conceitos, o processo de morte-renascimento, o processo de ser e viver saudável e os Padrões de Significados do Cuidado Transdimensional.

A Metodologia utilizada está detalhada no capítulo quatro. Evidencio o caminho percorrido no desenvolvimento deste estudo, que tem como base a Pesquisa Convergente Assistencial. A PCA, proposta por Trentini e Paim (1999 e 2004), permite a construção do conhecimento com base no processo de cuidar. Possibilita uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções diante de situações que necessita alguma forma de intervenção, permitindo assim, possibilidade de transformar o contexto pesquisado.

As Famílias em Foco é o título do quinto capítulo, no qual apresento os participantes do estudo e suas histórias de vida. Utilizo o Genograma e a Linha do Tempo Familiar (LTF) para melhor descrever os eventos. Foram situações vividas com intensidade e que possivelmente não consegui descrever todos os detalhes e com a riqueza que me foram detalhadas.

Convergência entre Pesquisa e Cuidado é o título do sexto capítulo. Nele, está contido a trajetória da pesquisa, as principais situações que exigiram o cuidado profissional, como também, o incentivo dado para que utilizassem seus potenciais de Cuidado.

No sétimo capítulo, O Explícito e o Implícito Repensado, retomo o conteúdo, analisando as informações relevantes que revelam e expressam o tema central. Finalizo o estudo com as Considerações Finais fazendo uma síntese do estudo.

## CAPÍTULO I

### CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

*... Não há tentativa sem erro, não há conhecimento sem limitação, e não há revelação sem compreender a eterna imperfeição*

(Lukas e Eberle, 1993).

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte de uma cultura secular da própria humanidade. Não há cultura conhecida que não utilize de alguma forma o álcool como uma substância associada a rituais de celebração. Se beber é uma questão cultural, o que tem trazido à tona tantas preocupações e debates relacionados ao álcool? Parece que a resposta está nos 11% da população que bebe de forma descontrolada; o Ministério da Saúde, (2002), considera esse percentual elevado. Não há dúvidas de que o alcoolismo há muito se tornou um problema de Saúde Pública. Não se pode desconsiderar que o alcoolismo é um problema complexo, multifacetado, cuja definição e configuração sofreram modificações ao longo da história. Desse modo, qualquer investigação nessa área deve considerar essas perspectivas. Essa é a finalidade desse capítulo, no qual também abordo o alcoolismo feminino e a família.

### **1.1 Alcoolismo**

O termo alcoolismo, segundo Bertolote (1997), foi proposto pela primeira vez em 1849, pelo médico sueco Magnus Huss. No entanto, independente da denominação, o consumo de álcool é tão antigo quanto à história da humanidade. De acordo com Trefaut (1997), no período neolítico, entre 10 mil e oito mil a.C., o ser humano já produzia e consumia bebidas e, desde Hipócrates, há descrições de danos causados pelo excesso de seu uso. Na literatura técnica em geral, nota-se um progressivo abandono do termo alcoólatra por alcoolista, por entenderem que o sufixo *latra* indica adoração. Ramos (1997) explica que o dependente de álcool é um doente que o usa por necessidade, não por adorá-lo. Por isso,

esse autor, entre outros, prefere utilizar o termo alcoolista, o qual também adoto nesse estudo.

O alcoolismo vem se constituindo em um dos grandes problemas sociais. A divergência de concepções usadas faz com que dificulte o seu entendimento e, conseqüentemente, inviabilize ações efetivas para a desmistificação e combate desse mal. Vaillant (1999, p. 14) exemplificando as formas diferentes de compreender o alcoolismo, cita o pensamento de Todd de 1886 "toda a alma humana é digna de salvação, mas o que quero dizer é, se uma escolha deve ser feita, os bêbados serão provavelmente a última classe a alcançar a salvação". Essa maneira preconceituosa de entender o alcoolismo, corrobora com a idéia de Mc Goldrink (1954, p. 27) ao defender que "alcoolismo não é um distúrbio maior que o roubo ou linchamento. Como eles, são os produtos de um ponto de vista, um modo de vida, proveniente da ignorância e frustração". Szasz (1972, p. 84) reforça esses pensamentos quando refere: "o beber excessivo é um hábito. Se nós escolhemos chamar os maus hábitos de doença, não existe limite para aquilo que classificamos como doença".

Essa maneira de entender alcoolismo foi difundida ao longo da história, repercutindo até os dias atuais. A visão do alcoolismo como crime, desvio de personalidade e outras classificações pejorativas, fizeram com que muitos doentes fossem abandonados, menosprezados e ridicularizados.

Contrapondo a esses autores, Sonenreich (1971) definiu o alcoolismo como perda da liberdade de escolher entre beber e não beber, de optar onde, quando e quanto beber. Assim, começa um novo olhar para aqueles que não conseguem colocar limites no seu querer. Para a Organização Mundial da Saúde - OMS (1988), alcoolismo é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como um fator determinante sobre as causas psicossomáticas, preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude.

Jellinek (1960) define alcoolismo como qualquer uso de bebida alcoólica que ocasiona prejuízos ao indivíduo, à sociedade ou a ambos. Masur (1987) tem a convicção de que alcoolismo é uma doença, à medida que implica em uma

situação de dependência tão intensa, que leva a visível prejuízo físico, psíquico, interpessoal, com perda da liberdade sobre o ato de beber. Em relação à causa, essa autora refere não haver uma resposta simples, breve, clara e convincente. Existem múltiplas tentativas de respostas, como a vulnerabilidade biológica, a psicológica e a social. A autora parte da premissa de que todos os que bebem têm potencialmente a possibilidade de se tornar alcoolistas, o que dependerá de diferentes fatores predisponentes. Nesse sentido, o alcoolismo vem se destacando como um processo multifacetado e complexo. Segundo Bertolote (1997), os múltiplos estudos, possibilitam considerar o alcoolismo como uma doença, como uma síndrome, um sintoma comportamental, um fenômeno social, e até mesmo, uma questão moral.

A American Psychiatric Association – APA (1987) informa que dentre a população que consome bebidas alcoólicas, aproximadamente 11% desenvolvem o alcoolismo, caracterizado por alterações sociais, psicológicas e orgânicas.

Enquanto as estatísticas apontam para o aumento do alcoolismo, Bertolote (1997) ressalta que tanto no Brasil quanto em outros países, a produção também vem aumentando. Em termos de números, informa que em 1970, a produção anual absoluta de álcool atingiu a média de 4,7 litros para cada brasileiro, com idade igual, e acima de 15 anos. Foi observado que em todo o mundo, a produção de álcool cresceu em 50% de 1965 a 1980, e a produção *per capita* em 15% no mesmo período.

Em acréscimo a essas informações, Vaillant (1999) informa que a indústria de bebidas alcoólicas ocupa a terceira posição na geração de impostos, sendo responsável por 10% de todo o imposto sobre produtos industriais, que vai ao encontro dos interesses econômicos, que estão subjacentes aos dos veículos de propaganda. O autor lembra que a propaganda é um dos grandes incentivadores do consumo exagerado e crônico de álcool, e que os principais resultados dessa situação são os acidentes de trânsito, diminuição da atividade produtiva, dificuldades interpessoais e doenças orgânicas, entre outros.

O estudo realizado por Masur e Del Porto (1982) mostrou que no Brasil, 1,5 milhões de acidentes de trânsito por ano estavam relacionados ao consumo de

álcool, como também a 39% de todas as ocorrências policiais. Outro estudo realizado por Chassin e Carlini, citado por Diegues (1998), mostra que das 5.700 pessoas que morreram de causas não naturais em São Paulo no ano de 1996, 48% estavam sob efeito do álcool. Nessa pesquisa não há relato de quantos não alcoolizados morreram em virtude disso, mas supõe-se que o número deva ser significativo. O mesmo estudo mostra, ainda, que o álcool foi responsável por 54% dos afogamentos, 53% dos atropelamentos, 52% dos homicídios, 51% dos acidentes de carro e 36% pelos suicídios.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), os gastos com internações no triênio 1995/96/97, ultrapassaram a 310 milhões de reais. Os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas se constituíram na segunda causa de internações psiquiátricas, ficando entre as cinco primeiras causas de internação no país.

O trabalho realizado por Oliveira e Luis (1996), no setor de urgências psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, no período de 1988 a 1990, com a finalidade de caracterizar distúrbios psiquiátricos relacionados ao consumo de álcool, demonstrou que das 5.453 pessoas atendidas, 1.082 tiveram diagnósticos relacionados ao consumo de álcool. Destas, 576 receberam o diagnóstico de "Síndrome de Dependência Alcoólica"; 379 de "Psicose Alcoólica". Na Psicose Alcoólica, observaram que em 1988 houve 91 casos; em 1989, 108 e em 1990, este número passou para 180, aproximadamente o dobro do diagnosticado em 1988. O terceiro diagnóstico foi o "Álcool sem Dependência", com 127 casos, também com aumento progressivo: 09 casos em 1988, 36 em 1989 e 82 em 1990, o que significa um aumento de cerca de nove vezes de 1988 a 1990. Esse estudo ainda permite observar que a faixa etária predominante está entre 25 e 34 anos e que o aumento mais evidente ainda se concentra no sexo masculino, apesar do aumento gradativo no consumo para ambos os sexos. Nessa mesma direção, Laranjeira e colaboradores (1996) confirmam que é maior o aumento de álcool na população masculina, girando em torno de 10% a 12%, e que os homens, geralmente, não buscam tratamento. Nas mulheres, o índice está em torno de 3% a 5%, com evidências de aumento desse percentual.

Outra conseqüência diz respeito ao afastamento dos trabalhadores por auxílio-doença, sendo que, no Brasil, em 1975, o alcoolismo foi à terceira causa de afastamento por diagnóstico psiquiátrico e ocupou o quarto lugar como manutenção do auxílio-doença. Fridman e Pellegrini (1994), em estudos mais recentes, mencionam que o alcoolismo continua sendo o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e, também, a terceira causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social.

Uma pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, em 2000, revelou que no estado de São Paulo há cerca de um milhão de dependentes de álcool e que, em 52% dos casos de violência familiar, o agressor estava alcoolizado. Uma das conseqüências da violência no lar é a desestruturação, quando não, a destruição do núcleo familiar, com todas as mazelas que advêm ao cônjuge e aos filhos. Essa mesma pesquisa revela também um acentuado aumento do número de mulheres alcoolistas e o uso precoce do álcool por adolescentes (GUADAGNIN, 2004).

Esses estudos reforçam a necessidade de vigilância contínua, a fim de definir estratégias de ação diante da realidade encontrada. Os números apontam para o crescimento do alcoolismo também na mulher, e, ao mesmo tempo, são poucos os estudos que abordam essa questão. Parece que o alcoolismo feminino é algo tão invisível, que tanto a mídia quanto estudiosos não reconhece a mulher como consumidora. Essa afirmação se baseia nos comerciais de bebida que tem como alvo o homem, e para isso, utiliza o corpo da mulher para chamar a atenção deles.

Expoentes do assunto como Jellinek (1960), Blane (1968), Masur (1987), Cahalan (1970), Szasz (1972), Back & Freixa (1977), Lazo (1990), Bertolote (1997), Ramos (1997), Edwards (1995, 1998), Laranjeira (1997), Vaillant (1999) e muitos outros, descrevem a relação política do álcool e suas implicações sociais, a epidemiologia e os aspectos clínicos, explorando as conseqüências físicas e emocionais. São centenas de artigos e livros que trazem informações a respeito do assunto, mas é notório que a maioria se concentra em torno do alcoolismo masculino, além das poucas referências às inter-relações familiares.

## 1.2 Alcoolismo na Mulher

Estudos recentes têm demonstrado o aumento crescente do alcoolismo feminino carregados de conotação preconceituosa. Bach e Freixa (1977) defendem a idéia de que o aumento é apenas a diferença entre alcoolismo clandestino e a nova postura feminina. Na opinião desses autores, a censura moral ainda condena com maior rigor os excessos femininos e, também, que a conotação do próprio álcool é entendida, em nossa sociedade, como símbolo de virilidade. Essas afirmações fazem lembrar que, apesar dos grandes avanços nas conquistas femininas, estereótipos rígidos ainda condicionam os papéis sociais, os quais continuam solidamente alicerçados.

Vargas (1988) concorda que a diferença entre o alcoolismo masculino e o feminino tem diminuído, e apresenta os seguintes dados: Suécia, 12,5 mulheres para 20 homens; União Soviética, 11 mulheres para 14 homens; Noruega, quatro mulheres para cinco homens; Inglaterra, 2,2 mulheres para quatro homens; Estados Unidos, uma mulher para cinco homens e no Canadá, há quase um equilíbrio entre os usuários de álcool de ambos os sexos, cinco homens para seis mulheres. No Brasil, a incidência tem também aumentado, apesar de não existirem dados estatísticos confiáveis, lembra o autor. Nos anos 60, os indicativos mostravam nove homens para uma mulher e, atualmente, tem sido divulgado que estes números caíram, ficando quatro homens para duas mulheres.

Outro estudioso que menciona o aumento do consumo de álcool pelas mulheres é Edwards (1995). Segundo o autor, até recentemente, em muitos países ocidentais, eram diagnosticados seis homens para uma mulher alcoolista, e que esse número caiu consideravelmente. O autor lembra que as estatísticas lidam com o alcoolismo diagnosticado e o que vem sendo observado é que muitas mulheres ao procurarem o médico, embora os sintomas sejam evidentes, recebem o diagnóstico de depressão, neurose, que “parece” ser mais condizente com a condição da mulher. Edwards (1995) chama isso de preconceito cultural, isto é, mulher “não bebe”, ou não “deveria beber”, principalmente em uma

sociedade que é mais complacente a comportamentos e atitudes desse tipo para com os homens.

Em relação à questão do preconceito, Lazo (1990) escreve que na Roma antiga, o alcoolismo feminino era tratado com o mesmo rigor que o adultério, pois se acreditava que o álcool tornava as mulheres sexualmente agressivas e promíscuas. Masur (1987) relata que os primeiros livros de psiquiatria informavam que o alcoolismo feminino era diferente do masculino, sendo tratado como um sério desvio de personalidade, com tratamento diferenciado do homem.

Edwards (1995) também constata essa postura e afirma existir credences que precisam ser eliminadas. Discorda da literatura quando esta, de forma simplificada, defende a idéia de que a origem do problema está na interação entre personalidade e o convite das circunstâncias à ingestão excessiva de álcool. Se existe um convite constante para o beber, argumenta o autor, então o peso da personalidade nesta equação de dois termos não precisa ser muito grande, e é o que parece ocorrer com freqüência no caso dos homens. Se houver proibições sociais relativa à ingestão excessiva, será necessário um peso maior para o distúrbio da personalidade. Assim, define-se, com base em uma lógica extremamente simplificada, o estereótipo da mulher alcoolista como alguém de personalidade desviante.

Edwards (1995) assegura que esta lógica é falha e nos dá como exemplo para análise, uma nota de alta enviada por um hospital ao clínico geral de uma cliente:

Como é comum em mulheres alcoolistas, o grau de perturbação de personalidade tornou o tratamento muito difícil e acho que temos que aceitar um mau prognóstico. A cliente aproveitou pouco os grupos e não se dispôs a baixar suas defesas e discutir suas tendências neuróticas. Nós a consideramos uma personalidade inadequada com traços depressivos. Agora que os filhos cresceram, dispõe de muito tempo e, ao invés de ajudar seu marido que é muito ocupado, ela parece querer colocar em risco a posição social dele. Ele é uma pessoa que lhe tem dado todo apoio, tem sofrido muito e quase não agüenta mais, o que é bem compreensível (...) (EDWARDS, 1995, p. 109).

O autor caracteriza as circunstâncias acima descritas como um lar que foi alterado pelo alcoolismo da mulher. Sugere também que um dos elementos que pode ter desencadeado o alcoolismo foi a solidão e a saída dos filhos de casa. Contrapondo ao parecer técnico, lembra que se um homem fosse abandonado em um local qualquer, com muita bebida disponível, a sociedade entenderia como uma ingestão excessiva circunstancial. No entanto, a mulher em cena, “é uma personalidade inadequada com traços depressivos” – a culpa é exclusivamente dela e não das circunstâncias. Isso sugere mais uma vez, a existência de desigualdade na compreensão e tratamento do alcoolismo para com as mulheres.

Quanto ao tratamento da mulher alcoolista, tomando novamente o exemplo citado, a cliente participava de um grupo terapêutico com predominância de homens. É provável e previsível que ela tivesse dificuldades em discutir seus problemas, em expressar seus sentimentos naquele grupo. Então, lembra Edwards (1995), dizer que essa mulher em particular, é intratável, sugere, no mínimo, uma compreensão reduzida da situação.

Para Vaillant (1999), o homem precisa superar algumas atitudes profundamente arraigadas nele. Em nossa cultura, ainda é esperado da mulher um comportamento doce, meigo, que seja “boazinha”, muito diferente do que se espera do homem. Procurando elucidar mais essa questão, o autor nos dá o seguinte exemplo: um rapaz vai a uma festa e se embriaga. O máximo que pode acontecer é se tornar alvo de brincadeiras, mas com certeza não perderá nem amigos, nem prestígio. Se uma mulher se embriaga, ela primeiramente provoca constrangimento, com conotações sexuais, pois a mulher embriagada torna-se “fácil” e suspeita-se que seja promíscua. Isso vem ao encontro do que era propagado na Roma antiga. O autor lembra que, apesar das muitas conquistas femininas, em algumas áreas, como na questão do alcoolismo, muito há por fazer. Enquanto, a mulher do exemplo citado parece intratável e não necessitar de apoio, o marido é um bom sujeito, sofredor, alguém que deve ser ajudado, amparado. Assim, a mulher alcoolista, é retratada como um ser que prejudica o marido e os filhos, e em momento algum é vista como alguém que necessita de

ajuda, como se a figura feminina estivesse pautada no ser e no fazer para os outros.

Milan e Ketcham (1981) destacam ser o metabolismo da mulher e o tabu social existente, os dois elementos principais que, de alguma forma, fazem o desenvolvimento do alcoolismo nas mulheres parecer diferente daquele que ocorre no homem. A questão do metabolismo está relacionada com o peso corporal, volume de sangue e menos líquido corporal do que os homens, motivos pelos quais elas apresentam maior sensibilidade ao álcool.

Ao focar a questão tabu, Vaillant (1999) lembra que a mulher tem um padrão de ingestão moldado à sua realidade. Toma como exemplo uma mulher que não trabalha fora, que não tem renda própria. Como dona-de-casa, provavelmente bebe mais em casa do que no bar como comumente acontece com o homem, que também bebe em casa, mas não dispensa o bar. O que é um fato comum no homem é raro na mulher. A mulher adquire sua bebida no bar ou supermercado, e se não tiver uma renda própria, no caso sendo do lar, seu orçamento para bebidas fica restrito, o que a leva a preocupar-se com o preço não com a qualidade, e acaba comprando a bebida mais barata que encontra. Por causa dos tabus existentes, o alcoolismo pode permanecer furtivo e secreto por muito tempo. Essa mulher se preocupa com o horário da abertura dos bares, e do supermercado, com o período de ausência do marido e das crianças, com a volta das crianças da escola, com os finais de semana, nos quais terá de ter um controle maior. Esse controle faz com que retarde os sinais e sintomas do alcoolismo e o nível de intoxicação é mais leve do que o observado nos homens (VAILLANT, 1999).

Na minha experiência profissional, ao acompanhar mulheres alcoolistas, também constatei a presença do preconceito no âmbito familiar, e, as formas de lidar com o problema variam, principalmente, segundo as camadas sociais. Famílias mais abastadas tinham como preocupação maior ocultar a situação. Solicitavam ajuda, mas demonstravam preocupação diante da possibilidade de alguém ficar sabendo. Quando encaminhada para alguma clínica especializada, dizia-se que “havia viajado para o exterior”. A reação da família é de perplexidade

e de hostilidade. A forma mais plausível de lidar com a situação era de afastá-la do convívio, sem muito constrangimento. Quando de sua alta, nenhuma dessas famílias aceitou freqüentar grupos de auto-ajuda, pois seria assumir algo inaceitável por todos.

As famílias de camadas populares reagiam de forma diferente. Demonstravam maior vontade de ajudar, de acompanhar. Não era percebido medo nem vergonha ao dizer que a mãe ou a esposa bebia. Na volta da internação, incentivavam e acompanhavam através dos grupos de auto-ajuda. Das experiências vividas com famílias na qual o homem era o alcoolista, independente de camadas sociais, esposa e filhos participavam do processo de recuperação sem nenhum constrangimento.

### **1.2.1 Alcoolismo e Família**

Apesar do significativo volume de informações sobre alcoolismo, a principal abordagem está direcionada ao ser alcoolista. Mesmo estando arraigado na rede de interações familiares, ainda faltam ações concretas que contemplem a família. Cônjuges e filhos raramente são lembrados. Eventualmente seus nomes e idade são registrados na anamnese inicial. Há uma vaga consciência que eles existem, como também, um sentimento de que deveria ser feito algo. Entretanto, essa lacuna existe (EDWARDS, 1995).

A co-dependência é enfocada como uma doença que afeta toda a família. Os filhos desempenham alguns papéis, assim descritos por Cordo (1998): o 'herói' da família, geralmente é o papel desempenhado pelo filho mais velho. Tem uma conduta exemplar, cuida dos irmãos mais novos, bom aluno, aparentemente feliz. Com alguma freqüência, logo que alcança a autonomia, desliga-se da família. O 'bode expiatório' é aquele filho que se responsabiliza em desviar a atenção do alcoolista através de comportamentos desajustados. Geralmente é toxicodependente, com comportamentos delinqüentes. Se for mulher, pode prostituir-se, engravidar na adolescência e também tornar-se adicta. A 'criança

perdida' é o filho solitário, geralmente o mais novo que comumente sente-se rejeitado.

Silva (1996) realizou sua dissertação de mestrado sobre alcoolismo e família, através de uma pesquisa bibliográfica. Utilizou como fonte, artigos publicados em periódicos nacionais e estrangeiros, no período de 1990 a 1994. Como resultado, a autora registra a insuficiência de dados, de pesquisas e estudos que enfoquem a família no contexto do alcoolismo, como também a carência de estudos no que tange ao alcoolismo feminino. Confirma a situação da família como algo à margem, sem espaço próprio e, quando raramente mencionada, é vista como foco de pesquisa ou mantenedora de fatores vulneráveis do alcoolismo. No planejamento e no cuidado de enfermagem, lembra que geralmente os familiares não estão inclusos. Quando isto acontece, é feito de maneira parcial sem uma sustentação teórica maior.

Silva (2002) também observa que tanto os filhos como o cônjuge são desconsiderados, pois o modelo vigente de assistência à saúde, privilegia a pessoa alcoolista. Com isso, são esquecidos todos aqueles que podem adoecer em consequência da situação e se esse modelo se mantiver, os personagens que fazem parte dessa família, tenderão a ser no futuro os próprios clientes desse modelo de assistência. Para a autora, a não inclusão da família como unidade de cuidado denuncia uma visão reducionista, passiva, no próprio sistema de saúde, no qual os profissionais são coniventes.

Por concordar com este pensamento e por entender que uma das soluções é estender o cuidado, não só ao ser alcoolista, mas a toda sua rede de interações, é que construí a dissertação de mestrado, concluída em agosto de 2000, sob o título “**A Enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem Transpessoal**”.

Os personagens do estudo foram duas famílias denominadas: Outono e Primavera. A **Família Outono** era composta por 07 membros, pai, 51 anos, alcoolista, mãe, 49 anos e cinco filhos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Desses, três eram casados e somente a filha caçula de 18 anos morava com eles. A **Família Primavera** era composta por quatro pessoas: pai, 29

anos, alcoolista, mãe, 24 anos; uma menina de quatro anos e um menino de três anos. Ambas as famílias tinham a mesma necessidade: superar o alcoolismo. Contudo, cada uma reagia de maneira peculiar, deixando evidentes as diferenças.

O alcoolista da **Família Outono** fazia seu quarto tratamento; no primeiro conseguiu ficar abstinência por três meses, no segundo por dois anos e no terceiro, por doze anos. O da **Família Primavera** iniciava seu primeiro tratamento.

A mulher da Família Outono, filha de alcoolista aprendera desde cedo com a mãe a conviver com a situação de alcoolismo, trazendo consigo recordações tristes vividas na infância e na adolescência, nas quais a marca do desamor imperava na família. Seu pai era austero, rude e agressivo, tanto na embriaguez quanto na sobriedade. Admirava a mãe que nunca se lamentava, aceitando a situação como 'coisa do destino'.

Dessas dificuldades, tirou o aprendizado que punha em prática no cotidiano. Havia idealizado para si um casamento baseado no amor, respeito e principalmente sem alcoolismo. Após alguns meses de casada, percebeu que seu marido também era alcoolista. Reproduzia, então, comportamentos aprendidos desde a infância com a mãe. Manejava as dificuldades, procurando não contrariar o marido quando ele se encontrava alcoolizado. Para tanto, encaminhava as crianças cedo para a cama a fim de evitar discussões e para que elas não presenciassem as cenas indesejáveis que geralmente ocorriam. A ordem era calar. Calava-se e obedecia para, na sobriedade dele, mandar. Isto a distinguiu da mãe, porque esta não tivera voz ativa, já que seu marido sempre fora rude mesmo em sobriedade. A situação atual era diferente, pois, quando sóbrio, o marido tornava-se dócil, tímido e calado.

Com astúcia, permanecendo ora na luz, ora na sombra, essa mulher procurava manter o equilíbrio da família, buscando constantemente a superação de um viver não saudável diante daquela realidade. Dizia orgulhosamente que, embora tivessem vivido inúmeras dificuldades, se considerava saudável e feliz. Descrevia uma 'força interior inexplicável', que lhe permitia trabalhar, cuidar dos negócios da família, educar os filhos, manter os relacionamentos sociais. Para isso, valorizava os momentos de sobriedade do marido, os quais ocorriam nos

finais de semana, ocasião em que passeavam e visitavam amigos, e nas férias, sempre planejadas, viajavam com toda a família. Além do citado, seu maior prazer concentrava-se no trabalho; era diarista e quando saía de suas quatro paredes para as atividades, sentia-se "aliviada e renovada". Era nele que também encontrava forças para enfrentar as agruras do cotidiano.

Durante o processo de recuperação, essa mulher mostrou-se confiante e foi o principal ponto de apoio para seu companheiro. Nos encontros, falavam de dificuldades já passadas, retomando situações vividas, mas não elaboradas, que haviam deixado mágoas e ressentimentos. O casal lidava com estas situações de forma serena, como alguém que 'limpa suas gavetas' para deixá-las em ordem.

Patrício (1996) lembra que em algum momento somos cientistas, místicos, filósofos e artistas. Estes elementos evidenciavam-se principalmente na mulher que ponderava, falava de um Deus forte e poderoso que não os abandonava, usava de sensibilidade para resgatar o viver saudável, a família feliz com a qual sempre sonhara, não desanimando e acreditando sempre nesta possibilidade.

A **Família Primavera** demonstrou ser, pelo menos no início, o oposto da família Outono. A mulher, amargurada, triste, com queixas constantes de dores físicas, filha de pai alcoolista, também sonhara com um casamento feliz. Criticava o comportamento da mãe frente ao alcoolismo do pai, achando-a submissa. Nesta situação, cresceu sem amor ou afeto, em um ambiente no qual imperava a violência.

Quando seu marido chegava em casa, embriagado, na maioria das vezes, não permitia que ele entrasse e, aos gritos, jogava objetos no chão. Não acreditava na possibilidade de recuperação do companheiro e não o incentivava neste sentido. Sua conversa normalmente girava em torno de fatos negativos com ela, falando em tom agressivo e desafiador. Depois dos filhos, o trabalho era seu maior bem. Dizia ter prazer no que fazia, falava com orgulho de sua profissão, ressaltando ser ela a principal responsável pelo sustento da casa, já que seu marido nunca conseguia fixar-se em um emprego, o que o levou a assumir os afazeres domésticos. Essa condição dava a ela poder, e, em muitas situações, era evidente a dominação que exercia dentro do lar.

O homem mostrava-se dependente, queixoso, considerava-se discriminado pela sociedade em função de um defeito físico na mão; sentia-se incapaz de viver longe dos pais, embora verbalizasse ser este um de seus maiores sonhos. Quando criança, fora companheiro do pai nos bares e, na adolescência, usuário de maconha. O fato de depender financeiramente da mulher o desagradava e, ao mesmo tempo, procurava, através do trabalho doméstico, mostrar sua importância e sua contribuição.

Após quarenta dias de acompanhamento, a transformação inicia nessa família. O lado saudável começa a emergir e eles se movimentam na busca daqueles objetivos que até então consideravam impossíveis. Começam o que Krestan e Bepko (1995) denominam de ajuste à sobriedade. Esses autores alertam para o risco de separação de casais no início do tratamento, podendo levar de seis meses a dois anos até que todos os ressentimentos se resolvam. Nessa família, a presença da Enfermeira os levava a refletir, a ponderar, a buscar novas alternativas, e isso acontecia durante os encontros. Pouco a pouco os conflitos se desvelavam e uma nova forma de enfrentá-los acontecia.

Deste modo, as famílias souberam, mesmo que de maneiras diferentes, aceitarem a individualidade de seus membros, lidando com crises, conflitos e contradições, transformando uma realidade difícil em uma mais prazerosa. Sobressaiu-se o papel central desempenhado pela mulher tanto na manutenção, como na superação de uma situação considerada por muitos de insustentável. Se retrocedermos ainda mais no tempo vivido por estas famílias, especialmente por suas mulheres, veremos que em suas famílias de origem, a mulher-mãe também foi central. As mulheres das famílias Outono e Primavera viviam no seu tempo-espaço presente, situações já vividas por suas mães, reproduzindo ou negando completamente aquilo que suas mães faziam.

Mesmo vivendo numa cidade de interior, cuja predominância é o modelo de família patriarcal, havia uma relação na qual a mulher se destacava, impondo normas ou mesmo ditando regras, apoiando, redimensionando, administrando o lar. Este estudo foi um dos elementos que despertou inúmeros questionamentos em relação ao alcoolismo feminino e família. Será que os homens e os filhos têm

o mesmo olhar ao se depararem com situação semelhante? Será que mesmo sendo alcoolista, a mulher tem comportamento semelhante ao do homem? Ela deixa de cuidar? Alguém assume seu papel?

A insistência acerca do alcoolismo e família tem suas raízes tanto em minha vida profissional como pessoal. Em minha vida pessoal está relacionada ao fato de ser neta e filha de alcoolista e, como tal, ter vivenciado em família as situações derivadas desta doença.

Nesse contexto, lembro-me de episódios tristes como brigas constantes entre meus pais, mudanças de comportamento de papai para com a família, evidenciado por arrogância, autoridade abusiva, agressividade e intolerância. O medo entre nós era uma constante, embora mamãe exercesse sobre ele um domínio significativo. A embriaguez não acontecia com muita frequência, exatamente pela capacidade dela contornar a situação. Quem tomava as iniciativas, administrava e comandava a rotina da casa era ela. Além disso, trabalhava como professora primária, profissão idêntica a de papai. Quando sóbrio aquele homem rude, agressivo, tornava-se um ser sensível que cantava canções de ninar e contava histórias. Éramos quatro irmãos e eu era a terceira entre eles. A ordem sempre foi calar não dizer nada, ninguém poderia saber que o professor, o que deveria servir de exemplo na comunidade, era um alcoolista.

Cresci ouvindo sobre os malefícios do álcool e vivenciei o quanto este interfere no cotidiano de uma família. Quando cursava a faculdade de enfermagem, em 1980, minha mãe recebeu o diagnóstico de câncer de mama. Foram somente onze meses de sobrevivida. Durante aquele período, percebia que, na ausência dela, papai se excedia em seus costumeiros aperitivos, o que me deixava apreensiva. Mesmo com todas as suas recomendações antes de morrer, e da promessa que não beberia mais, no dia de seu enterro, papai já estava completamente embriagado. Foi a partir de 24 de junho de 1981, dia do falecimento de minha mãe, que comecei a enfrentar sozinha situações difíceis causadas pelo alcoolismo.

Em 1983, como docente da Universidade do Contestado-UnC, assumi a cadeira de Enfermagem Psiquiátrica. Desenvolvi um projeto com uma colega, no

qual atendíamos famílias que tinham algum portador de doença mental, e o alcoolismo era uma das doenças que mais exigia nosso envolvimento. Buscava, possivelmente, uma resposta para mim mesma, pois, quando chegava em casa tinha meu pai, um alcoolista, para cuidar.

Vivenciei o que a literatura descreve; momentos de dor, desesperança, isolamento social. Foram quatro longos anos de luta para que deixasse de beber. A ambivalência era uma constante: por um lado, como profissional do cuidado, tinha que entender e fazer algo por ele, pois se tratava de um doente. Por outro, sentia-me fragilizada e impotente diante da situação. Felizmente, persisti até conseguir fazê-lo aceitar o tratamento. Desde sua recuperação, o desejo de fazer algo mais concreto para os que estão envolvidos em situação de alcoolismo, cresceu ainda mais. Como enfermeira, nessa nova etapa, busco percorrer um novo caminho, acreditando estar somando com outros estudos relacionados à família e alcoolismo.

Apoiada na convicção de que o alcoolismo é uma doença que se encontra intimamente relacionada à rede de interações familiares, busco eco para minhas inquietações através da interrogação:

### **Como cuidar de mulher alcoolista em família, tendo como base o Cuidado Transdimensional?**

Para tanto, proponho como **Objetivo Geral:**

Desenvolver um processo de Cuidado Transdimensional com mulheres alcoolistas no seu meio familiar.

Como **Objetivos Específicos:**

- ✓ Compreender como se constroem as relações de des-cuidado em famílias com mulher alcoolista.
- ✓ Identificar e articular os recursos de cuidado intra e extra-familiares no processo de cuidado.

- ✓ Compreender o processo de morte-renascimento de famílias que possuem mulheres alcoolistas.

Creio que este estudo possa contribuir para preencher a lacuna existente acerca de estudos voltados ao alcoolismo na mulher e família. Cuidar de famílias que possuem mulher alcoolista, tendo como base o Cuidado Transdimensional, implica em conhecer a história de vida para efetivar o cuidado. Implica em entender um movimento dinâmico na busca de crescimento humano e valorização da vida. Conhecer como são construídas as relações de cuidado na família poderá ser uma contribuição também significativa não só para a Enfermagem, mas a todo profissional que cuida de alcoolistas e de suas famílias.

## **CAPÍTULO II**

### **FAMÍLIA: Aspectos Históricos e Teóricos**

*A família é um modo universal para  
o viver.*

*Ela é a unidade de crescimento; de  
experiência;*

*De sucesso e fracasso; ela é também  
a unidade  
da saúde e da doença*

**(Nathan W. Ackerman, 1971).**

Na sociedade contemporânea, a família tem sido considerada um valor ideal que a maioria da população cultiva. Estudiosos das mais diferentes áreas constataram que a família, apesar de ter sido afetada pelas mudanças socioculturais, éticas e religiosas, conseguiu reagir aos condicionamentos externos e, ao mesmo tempo, conseguiu adaptar-se a eles, encontrando novas formas de organização. A família tem mostrado que possui uma forma própria de agregação, uma dinâmica de vida, reconhecida como uma estrutura básica da experiência humana e social. Para compor este capítulo, resalto alguns aspectos históricos da família, enfoque relações de gênero e gerações e descrevo a concepção teórica de família para esse estudo. Pontuo alguns estudos relevantes voltados à família na área da Enfermagem.

## **2.1 Família: Breve Contextualização**

Abordar o tema família é algo desafiador, dada à vasta literatura existente com seus inúmeros enfoques e diversificadas definições. Szymanski (1997) lembra que o mundo familiar é palco de inúmeras interpretações. Teorias ambíguas e incompletas tentam descrevê-la. Ghiorzi (2004, p.95) entende que a “definição de família hoje, só pode ser aquela que a própria família se dá e que provém da imagem que a família tem dela mesma”. Ribeiro (1999) também considera essa uma tarefa complexa, principalmente quando o profissional que trabalha com famílias toma como referência maior seus valores, suas crenças e experiências pessoais. Entendo que as experiências pessoais possam contribuir de alguma maneira, desde que não sejam impostas como modelo a ser seguido.

Segundo um ditado budista citado por Sarti (2003), para algo se tornar invisível é só se tornar cotidiano. Tida como natural rotineira e presente em todas as culturas desde os primórdios, a família, é supostamente, um agrupamento bastante conhecido, o que confirma o ditado budista. Contudo, essa visão pode impedir de considerá-la na sua imensa complexidade e de pensá-la como um fenômeno passível de estudos e observações.

Conforme Petrini (2003) a família se destaca das outras formas de relações sociais, pelo seu modo específico de viver a diferença de gênero, que envolve sexualidade, e as relações entre as gerações, que implica a situação de parentesco. O mesmo autor defende ainda que o ser humano não pode existir sozinho, que há necessidade, para a sua realização, do convívio com outra pessoa. Homem e Mulher surgem como expressão de uma originária unidade dual, que ao mesmo tempo valoriza a identidade e a diferença. A mesma dignidade, os mesmos direitos qualificam a identidade do ser humano, que é apontado na história como homem e mulher. Os modelos de comportamento masculino e feminino, fruto de elaborações culturais historicamente construídas, estão sendo rediscutidos para que diminua a desigualdade existente.

Assim, cada família tem sua forma própria de organização. Sua estrutura atual tende a se voltar na afeição e nas relações entre pais e filhos, na privacidade de suas casas. Uma invenção relativamente recente na história do ser humano ocidental, que ganhou contornos mais delimitados a partir do século XVII na Europa. O processo histórico que resultou na constituição dos valores e dos costumes da família, está contida no estudo clássico de Ariès (1981) na História Social da Criança e da Família, baseado em fontes francesas.

Nas palavras de Ariès (1981), até o século XV, a família era vista como uma unidade moral e social. Entre os pobres, o sentimento era pouco vivenciado o mesmo acontecendo com as famílias mais abastadas. A explicação dada para este tipo de comportamento é que as crianças morriam em grande número e o sentimento do apego poderia trazer mais sofrimento. Os pais não podiam então se apegar em algo que era considerado efêmero. O autor encontrou registrada a seguinte nota de uma mulher que consolava outra que acabara de ter o sexto

filho: “Antes que eles possam te causar problemas, tu terás perdido a metade, e quem sabe todos” (ARIÈS, 1981, p.56). Essa aparente indiferença, segundo o autor, estava atrelada à configuração demográfica da época.

Na sociedade medieval não havia condições para constituir uma noção de intimidade e privacidade entre os membros em suas habitações. As famílias eram compostas por grandes agrupamentos formados por servidores, protegidos e parentes consangüíneos. Viviam em grandes casas, urbanas ou rurais, abertas à visita pública dos amigos, clientes, clérigos e visitantes. Nestas habitações não havia separação entre vida profissional, vida privada e vida social (MELMAN, 2002).

As grandes casas, segundo Ariès (1981) continham cerca de trinta a quarenta pessoas e pertenciam aos mais ricos. A camada menos favorecida da população, geralmente possuía casas pequenas e pouco habitadas. Mesmo assim, independentemente da classe social, o isolamento em espaços privados não existia como um valor.

Outro fato significativo estudado por Ariès, é que a duração da infância era reduzida a seu período mais frágil. Quando a criança conseguia alcançar alguma autonomia, era colocada entre os adultos e tratada como tal. De criança ela se transformava em adulto jovem, e assim, não passava pelas etapas intermediárias da latência e da puberdade. Nessa época, a família não era responsável direta pela transmissão dos valores e dos conhecimentos e pela socialização da criança. Por volta dos sete anos de idade, a criança se afastava dos pais e sua educação acontecia em outra família. Meninos e meninas eram enviados para a casa de outras pessoas para ali fazerem o serviço pesado. Desempenhavam todas as tarefas domésticas e eram educados para servirem seu mestre da melhor maneira possível. Chamadas de aprendizes, deviam saber organizar a mesa, arrumar as camas, cozinhar, arrumar a casa entre outras atividades. A aprendizagem era considerada uma espécie de estágio que durava cerca de sete a nove anos.

Nessas condições, a criança se tornava independente de sua família de origem, mesmo que voltasse a ela, o que nem sempre acontecia. Portanto, a

família não alimentava um sentimento profundo entre os filhos, era mais uma realidade moral e social do que sentimental (ARIÈS, 1981). Como na Europa medieval, na família colonial brasileira também não havia qualquer preocupação especial com intimidade ou privacidade. Segundo Melman (2002), do período colonial até meados do século XIX, a família brasileira vivia em grandes casarões onde conviviam os filhos legítimos, agregados, parentes e escravos por todos os lados, que se responsabilizavam por todo o funcionamento da habitação. O autor ressalta que nessas famílias, tornava-se difícil distinguir onde terminava a obrigação do cotidiano e começava a diversão, onde iniciava o lazer e findava o serviço doméstico de manutenção e subsistência.

Esse universo sagrado, secreto de portas fechadas, nasce então, no início do século XIX, quando a família começa a manter a sociedade à distância e viver em seu mundo privado. A casa é reorganizada e dá maior espaço para a intimidade. Donzelot (1986) explica que a partir disso é que surge a preocupação com a habitação, que era a de ser suficientemente pequena para não dar abrigo a nenhum estranho, ao mesmo tempo em que deveria ter espaços distintos para pais e filhos. O quarto de dormir deveria se transformar no centro virtual, invisível para os filhos. De portas fechadas sobre sua intimidade, os segredos da vida privada não são desvelados e, em um mundo próprio, o grupo que nele habita é considerado como principal responsável pela formação e destino de seus membros.

No Brasil, a família era organizada em torno da figura do senhor, que ocupava as funções de pai, marido e chefe. Os demais membros da família ligavam-se a ele de forma passiva. Os interesses da organização estavam diretamente vinculados à sobrevivência e ao fortalecimento do grupo e da propriedade. Após uma lenta e insidiosa construção de um novo sentimento de família, os pais passaram a desejar estar cada vez mais próximos dos filhos, o que lhes permitia fortalecer os laços de afetividade passando a ocupar o lugar central na realidade familiar. Melman (2002) explica que a transformação dessa idéia familiar, inicialmente limitou-se à burguesia e à nobreza. Pouco a pouco, esse modelo de família nuclear e sentimental foi assumido por todas as camadas sociais.

A família, além de uma realidade social, sempre foi objeto de legislação dos diferentes estados, por exemplo, o estado romano considerava, através do direito romano, família tudo que estivesse sob o poder paterno: mulher, filhos, escravos e até bens, como terra, instrumentos e animais de trabalho. A tradição romana constituiu-se em forte fator de influência nas legislações modernas.

Na legislação brasileira, o direito de família recebeu forte influência dos direitos canônico e português, na qual a igreja defendia o principal conceito da família. A lei civil, sob a influência da Igreja, manteve por muito tempo o princípio da indissolubilidade do casamento. Somente em 1977, através da emenda constitucional n.9, é que o Senador Nelson Carneiro, conseguiu instituir o divórcio no Brasil (GENOFRE, 1997).

Historicamente as diversas constituições brasileiras protegiam somente as famílias denominadas na época de legítimas. Genofre lembra que na Constituição de 1934, o Estado deu total apoio à Igreja quanto à indissolubilidade do vínculo conjugal. Da mesma forma em 1946, 1967 e 1969. Nesse período, de 1946 a 1969, o Código Civil só reconhecia a união legitimada pela Igreja e pelo Estado. O artigo 380 dispunha que:

O pátrio poder é exercido pelo marido, com a “colaboração” da mulher, cabendo ao marido ainda: a chefia da sociedade conjugal; o direito de fixar o domicílio da família; o direito de administrar os bens do casal e o direito de decidir, em caso de divergência (GENOFRE, 1997, p. 98).

Foi na Constituição de 1988 que o casamento deixou de ser o elemento definidor da família. A partir de então, independente da existência do casamento civil ou religioso é considerada como entidade familiar, a união estável entre o homem e a mulher. É considerada também como entidade familiar, a comunidade formada por um dos pais e seus descendentes, encaixando-se na definição de

famílias monoparentais, em que o homem ou a mulher assume as responsabilidades.

Apesar das transformações jurídicas endossadas pelo estado brasileiro, a igreja católica mantém seus princípios dogmáticos relacionados à organização e às relações familiares. Prova disso é que a Cúria Romana, em agosto de 2004 divulgou amplamente o documento da Santa Sé que denunciava o feminismo por tentar diminuir as diferenças entre homem e mulher. O Vaticano, segundo Alvarenga (2004), concluiu que se essa igualdade acontecer, o casamento passará a equivaler a uma união homossexual. O autor lembra que o ser humano já se acostumou com a rigidez da Igreja, que só admite sexo com fins reprodutivos, e que os católicos fingem que algumas regras inexistem e continuam freqüentando a igreja. Se não fosse dessa forma, cada família teria mais de dez filhos. Ainda no âmbito dessa discussão, Sabino (2004) lembra que a Bíblia é o mais denso repositório cultural da humanidade, com uma coletânea de frases depreciativas sobre o sexo feminino. A mulher aparece em mais de 200 citações, como propriedade do homem de volúpia e perdição. Na hierarquia católica, quem pode mais é quem manda mais. O principal mandamento da Cúria é "Não pense. Se pensar, não fale. Se falar, não escreva. Se escrever não assine. Se assinar não se arrependa".

Além disso, merece destaque a Carta aos Bispos da Igreja Católica sobre a colaboração do Homem e da Mulher na Igreja e no Mundo, que se volta para o que denominam de exageros do feminismo e seus perigos para a família. Para a Igreja Católica, a tentativa de a mulher abolir a diferença entre os sexos, está sendo o principal motivo de desequilíbrio familiar, e, nesse mesmo documento, não aceitam sequer, discutir o sacerdócio feminino (SABINO, 2004). Dessa forma parece haver a responsabilização da família pelo equilíbrio social e com isso a apologia do modelo da família burguesa moderna.

Mesmo com a legislação do Estado sobre a família e com as proibições da Igreja, os arranjos familiares são múltiplos: é comum em nossos dias encontrar famílias com base em uniões livres, famílias monoparentais com chefia feminina ou masculina, mães/adolescentes solteiras que assumem seus filhos, mulheres

que optam por ter filhos sem envolvimento com o pai da criança e famílias formadas por homossexuais. Sobre essas mudanças, Pereira (1995) entende que, apesar de interferir nas medidas políticas relacionadas à família, os arranjos familiares não devem ser encarados como tendências negativas, doenças ou sintomas de crise. A aparente desorganização da família nada mais é do que uma reestruturação, a qual, ao mesmo tempo em que pode causar dificuldades, pode também apresentar soluções. Esse processo contraditório, que, por vezes, pode abalar o sentimento de segurança das pessoas, propicia também a possibilidade de emancipação de segmentos, aprisionado no mundo privado, de muitas sociedades conjugais opressoras.

Apesar de todo o processo de reestruturação da família, Bordieu (1996) nos indica que permanece a tendência de algumas correntes verem a família como um universo social separado, empenhado em um trabalho de perpetuação das fronteiras e orientado pela idealização do interior como sagrado, *sanctum*, e esquecem que cada família tem seu modo próprio de circular, de ser e de sentir família.

A unidade doméstica é concebida, então, como um agente ativo, com vontade própria, capaz de decidir, através de suas capacidades e prioridades, com sentimentos que se apóiam em um conjunto de pressupostos cognitivos, e com prescrições normativas relacionadas à maneira de viver as relações domésticas. Usando a linguagem de Aristóteles, a família é o local, ou deveria ser da *philia*, confiança, doação, na qual deveriam se inspirar os modelos ideais das relações humanas e princípios de construção da relação social, mesmo com todas as mudanças ocorridas ao longo dos anos (BORDIEU, 1996; SZYMANSKI, 1997).

Nesta perspectiva, prevalece a ideologia da família como a base da sustentação, do amor e de felicidade, como o da responsabilidade pela sorte de seus membros. A esse respeito, Mito (1999) pondera que *a priori*, a família não é o lugar de felicidade. Trata-se de uma ideologia, que foi fortalecida entre fatos naturais e família (casamento, nascimento, morte) e pelo envolvimento afetivo que

ocorre entre seus membros, minimizando a indiferença de uma sociedade industrial, cada vez mais materialista e desumanizada.

Nesse prisma, lembra Miotto (1997) que a família é um grupo social construído historicamente e, portanto, não natural. Para ela ainda persiste no âmbito dos serviços uma forte tendência, dada a ideologia predominante, de tratar as relações familiares de forma naturalizada. É esquecido, que cada família possui sua própria dinâmica construída entre seus membros e com outras esferas da sociedade. Assim, considera-se a família não apenas como um espaço privado, expressivo de afetos, emoções e sentimentos, mas também como espaço público.

Na sociedade contemporânea, a legitimação da família como grupo social expressivo de afetos, emoções e sentimentos, deve ser considerada na sua totalidade. A família não é somente um mundo privado, mas também um espaço público, no qual são vividos práticas e valores comuns de inegável significado social. Toda a família possui uma história interna construída através de seu tempo de vida, que se transforma continuamente nas suas relações de gênero e gerações, bem como de seu contexto social. Considerando o objeto dessa tese, acredito ser importante destacar, ainda que muito brevemente, a inter-relação Família e Gênero.

### **2.1.1 Relações de Poder e Família**

A família tem sido considerada como um *locus* privilegiado das relações de gênero e poder. Os estudos sobre gênero e relações de gênero começaram a ser realizados com o surgimento das chamadas teorias feministas. A historiadora Americana Joan Scott desponta como pensadora de referência. Scott (1988) tenta, então, formular o gênero enquanto categoria analítica, vendo como as identidades são construídas historicamente através dos discursos, e, como diferentes sentidos são atribuídas à diferença sexual. Segundo Scott (1990, p.14), o conceito de gênero se instala na conexão entre duas proposições: 1- “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças

percebidas entre os sexos” e 2- “o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Lauretis (1987, p.5) também situa gênero em dois níveis: “é tanto um construto sociocultural quanto um aparelho semiótico, um sistema de representação que atribui significado (...) a indivíduos da sociedade”. Para Saffioti (1994), a construção de gênero pode ser compreendida, como um processo de modelagem-conquista dos seres humanos, que tem lugar na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens. O devir das representações sociais, molda homens e mulheres, culminando com a diferença de gênero. Mesmo que sejam categorias definidas como masculino e feminino, essas também normatizam as relações sociais. A dinâmica dos discursos hegemônicos e nas próprias práticas micropolíticas no sentido da construção originária do gênero, tendem para desconstrução/reconstrução.

Godelier (1980) refere que se voltarmos para a sociedade da Antigüidade como Grécia, Roma, China, Japão ou para as da Idade Média, como Inca, Astecas, ou para as sociedades de castas da Índia, a dominação era feita pelos homens. Na Atenas clássica, era privilégio masculino possuir a terra da cidade, sacrificar aos deuses, exercer as magistraturas e a soberania política, desenvolver filosofia, matemática, bem como defender suas terras. Para um grego, ser homem plenamente era não ser mulher, ser livre e não ser escravo. À mulher cabia apenas a obediência e sua ocupação primordial era com a educação dos filhos e com a economia doméstica.

Muraro e Boff (2002), fazendo uma retrospectiva histórica sobre o masculino e feminino, lembram que numa fase que durou um milhão e meio de anos, foram vividas relações de harmonia e equilíbrio com a natureza. A violência existente hoje é algo recente na história evolutiva humana. Diferentemente do que se pensa, a verdadeira adaptação da humanidade acontecia através da solidariedade. As relações eram igualitárias, e por ser responsável pela reprodução da espécie, a mulher era considerada mais próxima dos deuses. Assim, por um milhão e meio de anos, os princípios feminino e masculino, governavam o mundo juntos, de forma harmoniosa e integrada.

Foi nas sociedades de caça, há oito mil anos, que tiveram início as relações de força. Aos homens cabe a caça dos grandes animais e a guerra; às mulheres, a caça dos pequenos animais, a colheita e a cozinha cotidiana. Nasce, então, o princípio masculino que governa o mundo sozinho. A relação homem/mulher passa a ser desigual, na qual a dominação e a violência sustentam as relações entre grupos, espécies e natureza (MURARO e BOFF, 2002).

As posições teóricas, as formas de luta, os movimentos feministas, têm se voltado em favor da institucionalização de direitos para diminuir a desigualdade entre homens e mulheres. Apesar de correntes contrárias, como o cristianismo, islamismo e judaísmo, as conquistas são notórias e incontestáveis. Nesse início de século, segundo Muraro e Boff (2002), as mulheres são aproximadamente 50% da força de trabalho mundial, isto é, para cada homem que trabalha uma mulher também trabalha. Esse dado, ao menos teoricamente, está fechando o ciclo patriarcal, iniciado no período histórico junto com a sociedade escravista, na qual as mulheres foram reduzidas à função de procriadora e de cuidadora.

Juridicamente, a igualdade da mulher também tem avançado significativamente. Entretanto, lembra Camps (1998), esta igualdade ainda é insuficiente. A autora aponta alguns aspectos para justificar a afirmativa; uma delas é a da mulher liberada que segue sua trajetória sentido-se inferior em sua vida privada, com dupla jornada de trabalho, ainda lhe cabendo o cuidado dos filhos, e das pessoas mais velhas. Se por algum motivo descuida dessas atribuições, tem a tendência de sentir-se culpada, pois a mulher liberada, ainda o é só da porta pra fora, pois, dentro da casa, o superego não as abandona.

Outra constatação feita por Camps (1998) está relacionada ao poder. Segundo ela, qualquer mulher pode ser diretora de uma empresa, reitora de uma Universidade, presidente de uma nação; os cargos de responsabilidade estão à disposição de todos, homens e mulheres. Porém, isto é só na teoria, porque na prática, a mulher enfrenta como obstáculos o próprio homem, que não quer perder o papel de principal protagonista, e a própria resistência das mulheres, que mantêm determinados valores como a maternidade e o cuidado com a família.

Então, na verdade, a mulher quer mais, mas não quer renunciar a nada; o homem não quer mais e não quer perder o que conquistou. Como contraponto, lembra daquela minoria de mulheres que, embora minoria, existe. São as que tentam imitar os homens descuidando da casa, não cozinhando, não indo às compras, não querendo ter filhos e se ocupando com o marido na mesma proporção que estes se ocupam com elas. São boas profissionais, que assumem os valores masculinos e se esquecem que são mulheres. Em relação a isso, sugere como uma estratégia importante, não masculinizar as mulheres, mas sim feminizar os homens. Simplificando essa observação, questiona por que valores como altruísmo, ternura, abnegação, passividade, modéstia, cooperação, não podem substituir o que prevalece na sociedade competitiva que é a agressividade, a valentia, a dureza, o poder, a desigualdade? A cultura imposta é imutável? O ser e o fazer das mulheres são ou não são valores importantes? Sobre isso, Muraro e Boff (2002, p. 179) explicam:

(...) é a própria cultura que "carimba" o menino, desde que nasce, para o papel que virá a exercer no mundo - o de pertencer à vida pública, produtiva - e, portanto, a competir pelo poder, prejudicando o outro sem culpa, porque este papel é o de cuidar em primeiro lugar do próprio interesse. A mulher, diferentemente, destinada à casa e à vida privada, é "carimbada" para o doar a si, para o altruísmo.

Apesar das inegáveis transformações histórico-sociais, o sistema patriarcal subsiste contemporaneamente. Esse sistema ainda molda os novos arranjos familiares, as novas formas de família. As conquistas nessa área são, em grande parte, frutos do Movimento de Liberação das Mulheres, iniciado no final da década de sessenta. Esse Movimento tem sido um referencial significativo para as novas formas de consciência sobre as relações de poder entre homens e mulheres (SILVA, 1997b).

Seguindo o raciocínio de Lauretis (1987), Scott (1990), Saffiotti (1994), León (2000), Silva (2004), nas relações de gênero, o poder ocupa a cada dia um papel central nos debates das ciências sociais. As discussões têm girado em torno da inclusão e da exclusão, sobre a gama heterogênea dos sujeitos sociais

que aspiram em participar e terem sua identidade social definida. Em nome do poder, foi negado à mulher, espaços para exercerem algumas funções consideradas masculinas. Na verdade, conforme assinala León (2000), são múltiplas as formas de relação de poder. Essas podem significar dominação, desafio, resistência, como também servir de controle sobre as fontes existentes de poder.

Entre os muitos enfoques dados ao poder, sobressai-se o pensamento de Foucault (1979), que o conceitua como a constelação dispersa de relações desiguais. O autor, ao enfatizar o aspecto produtor de poder, insurge contra a visão que o encara como uma expressão de uma operação, que traz em seu bojo, a forma de enunciação da lei e do discurso de proibição, com uma série de efeitos negativos tais como, exclusão, rejeição, ocultação, obstrução e outros. Em sua visão impõe-se uma mudança nesse enfoque, encarando o exercício do poder, menos em termos jurídicos e de proibição, e mais como técnicas e estratégias, com efeitos produtivos. Defende, ainda, que devemos deixar de descrever os efeitos do poder em termos de poder, porque ele exclui, reprime, censura, abstrai, esconde. O poder produz realidade, campos de objetos e rituais de 'verdade'. O ser humano e o conhecimento que dele se pode ter, se originam nessa produção (FOUCAULT, 1979).

Foucault (1977, p.222) entende que “uma sociedade sem relação de poder, somente pode ser uma abstração”. Isso implica que, qualquer agrupamento humano vai estar permeado por relações de poder, posto que a existência deste tipo de relação seja coexistente à vida social. Em cada ponto do corpo social, entre homem e mulher, entre membros da família, entre empregado e patrão, entre professor e aluno, existem, naturalmente uma relação de poder. O importante disso, como seres humanos, é que devemos ficar atentos para essa realidade, e, na medida do possível, procurar identificar os possíveis abusos nessas relações e combatê-las. Em uma família onde existe alcoolismo, já são identificados os abusos de poder e violência. Pode parecer uma tarefa difícil, que poderia ser chamada de “tarefa de Sísifo”. Por mais profunda e longa que ela seja, estará sempre incompleta, o que não é motivo para omissões.

## 2.2 Estudos de Família na Enfermagem

O interesse crescente na enfermagem por estudos nas mais diversas áreas da família, é apontado por Marcon (1998). A autora relata que em 1994 foi realizado em Valdivia, no Chile, a IV Conferência Internacional de Enfermagem Familiar, na qual foram apresentados 374 trabalhos relacionados à família, e destes, 127, perfazendo 34%, eram estudos de enfermeiras brasileiras. Em 1997, Marcon, Carreira e Balan, através de um estudo dos resumos de trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem no período de 1985 a 1996, identificaram que dos 4.283 estudos, 208 tinham a família como temática. As autoras citam que o interesse pela área vem aumentando, de maneira lenta, mas progressiva, e destacam São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Santa Catarina como estados de maior envolvimento.

Soma-se a esses dados, o resultado do Congresso Internacional Pesquisando a Família, que aconteceu em Florianópolis-SC, de 24 a 26 de abril de 2002, no qual foram inscritos e apresentados 369 trabalhos, divididos em temas livres e sessão pôster. Profissionais de diversas áreas, estados e países, lá estiveram para partilhar experiências e dúvidas. Um número expressivo de Enfermeiras, técnicos em enfermagem, estudantes de graduação participou do congresso. Ficou evidente que os estudos sobre família vêm fortalecendo a enfermagem como disciplina, ciência, agregando-se às demais áreas do conhecimento.

Elsen (2002) também aponta a enfermagem como uma das profissões que tem contribuído com inúmeros estudos sobre família em uma gama diversificada de abordagens. Em sua tese de doutorado, realizada em 1984, constatou que a família é um sistema de saúde para seus membros, através do próprio conjunto de crenças, valores e conhecimentos. Esse conjunto ressaltado pela autora, é o que norteia as ações da família tanto na promoção da saúde de seus membros, como na prevenção e no tratamento da doença.

A literatura da enfermagem tem abordado a questão da família como principal agente cuidador em situação de saúde ou doença. Aos profissionais cabe apoiá-las, orientá-las e fortalecê-las. Elsen (2002) destaca estudos recentes como o de Ribeiro (1999) que enfoca o envolvimento da família com um membro doente agudo, e o de Guerreiro (1989) e Motta (1997) voltados para a família com doente crônico.

Ainda é restrito o número de estudos voltados à promoção da saúde e da vida. Nessa linha de abordagem estão indicados os estudos de Boehs (1990) e Monticelli (1994). As autoras registram o cuidado cultural promovido pela família e da rede de suporte social, quando do nascimento de um novo ser. Conseguem em seus estudos apontar caminhos para o diálogo entre cuidadores profissionais e família. Marcon (1998), através de uma investigação trigeracional, identificou as mudanças e permanências na maneira das famílias criarem seus filhos (ELSEN, 2002).

Outras contribuições como as de Nitschke (1991), Boehs (1990 e 2001), Althoff (2002), também são citadas por Elsen (2002) como relevantes à profissão. Esses são alguns dos estudos, que evidenciam as contribuições da enfermagem nos estudos sobre famílias, somando saberes científicos e culturais.

Na área da saúde mental, a partir da década de 80, a família passou a constituir um atrativo para estudos acadêmicos, embora estes estivessem voltados para uma abordagem antipsiquiátrica. Nos anos de 1990, percebeu-se um aumento significativo de pesquisas sobre a relação da família com o portador de distúrbio mental. Esses estudos apontam a família para algumas direções, conforme elenca Rosa (2003): Como um recurso, como um lugar de possível convivência, como sofredora, como sujeito de ação e como provedora de cuidado. Independente do papel que a família venha a desempenhar, o importante é que, profissionais que trabalham direta ou indiretamente com saúde, tem voltado seu olhar para a família como parte do processo saúde-doença.

## 2.3 Um Modo de Conceituar Família

Nas últimas décadas, a família, como a sociedade, passa por grandes mudanças. Mudou o modo de entender e viver o amor, a sexualidade, a fecundidade, o vínculo familiar, a maternidade e a paternidade, o relacionamento entre homem e mulher. Baseado em recentes investigações científicas no Brasil e no exterior, Petrini (2003), embora destaque que houve um enfraquecimento das relações familiares, afirma que houve também, indícios e evidências de uma surpreendente vitalidade do ideal familiar. No meio da turbulência social, a família empenha-se para encontrar novas formas de estruturação.

Assim, nos últimos anos, diferentes linhas de estudos e pesquisa têm se voltado à família. Nos estudos da Enfermagem sobre família, vem se destacando, no Brasil, o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde e Família – GAPEFAM<sup>1</sup>. Neste estudo, adoto a conceituação de Família proposta pelo GAPEFAM, por considerá-la abrangente e compatível com a realidade contemporânea:

*Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de adoção, interesse e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidade, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros e da própria comunidade (ELSEN et al, 1992, p. 6).*

---

<sup>1</sup> Esse Grupo é um dos pioneiros no Brasil, na área da Família. Foi criado em 1984, pela Enfermeira Dr<sup>a</sup>. Ingrid Elsen, então docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Segundo Elsen (1994), o grupo estruturou-se através de múltiplas reuniões e estudos, e hoje, com seus 19 anos de existência é um marco de referência para aqueles que desejam trabalhar com famílias. Esse grupo agrega também profissionais de diferentes áreas da Região Sul do Brasil, através da Rede de Laboratórios de Estudos Interdisciplinares sobre Família e Saúde - LEIFAMS. Diante de inúmeras concepções teóricas existentes

Por se constituir em um processo complexo e em constante transformação no que se refere ao agente e à forma de cuidar e ver a Família agrega a concepção acima, algumas categorias teóricas significativas que vem sendo cada vez mais incorporadas nos estudos sobre família para dar densidade à discussão sobre o cuidado com famílias. São elas; a família como unidade, estrutura familiar e a formação da identidade.

### 2.3.1 A família Como Unidade

Pensar a família como unidade significa tratá-la como um todo e não considerá-la como a somatória de seus elementos. Miotto (1998) recorre à metáfora saussuriana de Walrond – Skinner, para dar mais clareza a essa afirmação: “(...) da mesma forma que não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para as peças, uma vez que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado de todas as outras, a família não pode ser tomada apenas como a soma de suas partes (...)” (MIOTTO, 1998, p. 22). Isto significa que em qualquer movimento da parte, o todo é atingido. O grupo familiar é um sistema aberto, quando interage com o sistema social, aceita normas que são sugeridas e alguns valores fundamentais.

Minuchin e Fishman (1990, p. 23) relatam que em 1979, Koesler, tentando esclarecer a complexa unidade de mais de duas pessoas, criou o termo *holon*<sup>2</sup>, derivado do grego *holos* (todos) mais o sufixo *on*, que sugere uma parte ou partícula. “A família nuclear é um *holon* da extensa, esta o é de comunidade (...) cada todo contém a parte e cada parte contém também o ‘programa’ que o todo impõe. Parte e todo contêm um ao outro num processo contínuo, atual e corrente de comunicação e interrelação”.

Nesse sentido, entende-se também que na família como unidade, cada membro que a compõe é um *holon* desta unidade. Contudo, cada membro inclui aspectos peculiares, conforme as demandas da vida. Para Miotto (1998), as

---

<sup>2</sup> O termo *holon* significa ao mesmo tempo um todo e uma parte. Na terapia familiar, a unidade de intervenção é considerada um *holon* (Minuchin e Fishman, 1990).

relações estabelecidas entre os membros da família, ocorrem em um processo circular e as trocas ocorrem conforme os padrões de relacionamento determinados na própria família.

De acordo com Minuchin e Fishman (1990), esses padrões estão intimamente relacionados às regras universais que tentam ainda regular a organização familiar e também a regras advindas do próprio meio familiar. Estas regras influenciam tanto o comportamento individual como o do todo. Metaforicamente, lembram os autores, que dentro das regras existem áreas delimitadas, nas quais o território pode ser entendido como: "faça como quiser; entrada proibida; prossiga com cautela; pare". Ao transgredir alguma dessas áreas, pode surgir sentimentos de culpa, medo e ansiedade, entre outros. Supostamente, cada *holon* sabe até onde pode adentrar nesse território, e seguindo os padrões de comportamentos, respeitando ou não a referida demarcação, é que vai alterar, ou não a rede de transações familiares.

São, então, criadas expectativas de comportamentos e essas se articulam às negociações tanto explícitas como implícitas entre seus membros no cotidiano. Ela passa por constantes arranjos, com subsistemas distintos, cada um desses assumindo seu papel que pode ser de pai, mãe, filho, avô, avó, e assim sucessivamente. É nessa unidade que o grupo familiar, visto como um todo, se envolve em um processo dinâmico, resultando o denominado padrão de interações.

### **2.3.2 Padrões de Interações**

A formação de uma família acontece, quando duas pessoas se unem e expressam o desejo dessa união. Cada um dos elementos tem expectativas, valores, crenças, tanto conscientes, quanto inconscientes. É no cotidiano que os dois conjuntos de valores vão se conciliando, ou não. Procurando preservar sua individualidade, cada um dos cônjuges abrirá mão de algumas preferências e nesse processo, um novo sistema é formado (MINUCHIN e FISHMAN, 1990).

Os novos padrões de interação segundo esses autores, ocorrem habitualmente sem serem reconhecidos como tais. Existem por si só, formando parte das premissas da vida, e vão acontecendo naturalmente sem acordos ou reflexões. Se ambos provêm de famílias patriarcais, a mulher naturalmente se ocupará dos afazeres domésticos e o homem será o principal provedor. Outros padrões de interação também podem ocorrer como resultado de um acordo formal, como, “é sua vez de lavar a louça”. Em qualquer situação, os padrões estabelecidos determinam como cada cônjuge se percebe e percebe o outro no cotidiano. Na situação em que o habitual deixa de acontecer, é provável que emergirá o senso de traição, ou outro sentimento equivalente. Obviamente haverá pontos de discórdia e a família, então, deverá procurar soluções plausíveis.

Segundo Nichols e Schwartz (1998), as alterações, pelas quais as famílias passam, provêm de acontecimentos intra-familiares e pressões provenientes do meio externo. O primeiro está relacionado ao próprio processo de desenvolvimento de seus membros, tais como: a adaptação do casal no início do casamento, o nascimento do primeiro filho e dos demais, a adolescência dos filhos e maturidade dos pais, saída dos filhos de casa, velhice. Outros elementos podem surgir como: doença, morte, alcoolismo, mudança de cidade, mudança de emprego ou qualquer situação que modifique a continuidade da estrutura.

Em relação às demandas externas, essas podem estar diretamente relacionadas ao grupo familiar ou a um de seus membros. Independente de quem e como, lembrando da metáfora saussuriana, toda família será afetada. Elkaïn (2000) lembra que qualquer processo de mudança pelo qual a família passa, pode implicar numa crise a ser trabalhada. Essa crise será melhor enfrentada se houver apoio mútuo entre seus próprios membros, e do suporte externo disponível.

Dessa maneira, em muitos momentos, a família deverá se reestruturar, mudando regras, alterando rotinas, e isto será mais ou menos traumático dependendo do grau de flexibilidade de cada unidade familiar e dos padrões de interações entre a unidade familiar. Assim, em uma família em que o alcoolismo está presente, todos os membros passarão pelo processo de reestruturação.

### 2.3.3 A Estrutura Familiar e a Formação da Identidade

A noção de estrutura familiar, segundo Rosa (2003) está atrelada à forma como a família é vista e entendida, relacionada principalmente à idéia de totalidade. As maneiras como seus componentes se articulam entre si e com os outros, estabelece uma forma determinada de organização. A família através de seus subsistemas desempenha as funções familiares. Esses subsistemas são formados ou individualmente ou grupalmente. Assim, como exemplos, cito os subsistemas dos pais, do casal, dos filhos, dos irmãos, que fornecem a base necessária para o desenvolvimento da interpessoalidade. Autores como Minuchin e Fischman (1990), Nichols e Schwartz (1998) denominaram de fronteiras essas regras que definem o papel que cada membro ou subsistema deve desempenhar.

Assim sendo, um dos aspectos primordiais que determina a estrutura familiar é a maneira como são delineadas essas fronteiras. Se forem compreendidas como fonte de segurança, o subsistema conjugal torna-se o 'porto seguro' para seus membros, e o principal apoio para lidar com as demandas do universo extra familiar, como também, refúgio para as tensões de fora. Se ao contrário, por algum motivo (cultural, social, valores), essas fronteiras não forem fortalecidas, o subsistema não terá condições de suportar as adversidades e a tendência é desfazer o sistema (MIOTO, 1994).

Minuchin e Fishman (1990) reforçam que o subsistema conjugal é referência para o crescimento dos filhos. A expressão das interações cotidianas dos cônjuges é para os filhos, modelo para suas relações íntimas futuras. O que a criança vê, sente, percebe, fará parte de suas expectativas e valores ao entrar em contato com o mundo exterior. Nesse prisma, se há alguma disfunção significativa dentro do subsistema conjugal, toda a família será atingida.

A família é vista, então, como matriz da identidade. A partir do *holon* parental, acontece a educação dos filhos e a socialização. Dentro desse subsistema, a criança aprende a relacionar-se com pessoas de maior autoridade e a considerar essa autoridade, racional ou arbitrária. É nessas transações que a criança vai se socializando e formando sua identidade que irá moldar seu senso

de adequação, aprendendo a lidar com as adversidades, com os conflitos e a adaptar-se às mais diferentes situações (MINUCHIN e FISHMAN, 1990).

Neste universo familiar, Miotto (1994) lembra que concomitante ao processo de individualização, os membros da família vão incorporando também o sentido de pertencer. Então eles passam a se perceber não somente como únicos, mas aprendem a compartilhar uma estrutura grupal, o que lhes dará base de sustentação para a convivência com outros grupos.

Essas considerações não esgotam o entendimento sobre família, pois se sabe que não há uma organização familiar universal ou um modelo único, ou melhor, de família. O que se percebe é que as famílias variam substancialmente quanto a sua dinâmica, estrutura e ao seu funcionamento, dependendo, principalmente, do grau de flexibilidade de atuação de cada *holon*, de seu lugar na estrutura social e do próprio momento histórico. Enquanto algumas famílias possuem uma surpreendente capacidade de adaptar-se e mudar, mantendo a continuidade, outras não conseguem o mesmo resultado.

No próximo capítulo, será apresentado o Referencial Teórico escolhido para esse estudo. O Cuidado Transdimensional de Silva (1997a) propõe perspectivas teóricas, filosóficas e práticas de cuidado elencadas a seguir.

## **CAPÍTULO III**

### **REFERENCIAL TEÓRICO - FILOSÓFICO**

*Para predizer o que vai acontecer é*

*Preciso entender o que já aconteceu*

(Nicolau Maquiavel).

Entendo que a escolha de um referencial teórico seja fundamental, pois é ele que serve de guia para o pensar e o fazer profissional. Para realizar a pesquisa com famílias que tenham mulher alcoolista em seu meio, considerei importante optar por um referencial que me desse sustentação para viabilizar os objetivos propostos. Essa sustentação encontrei no referencial teórico-filosófico de Alcione Leite da Silva (1997a), *Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente*, que apresento a seguir.

### 3.1 Concepções Filosóficas

O Cuidado Transdimensional tem como base filosófica o **cuidado ao ser humano** em sua inter-relação com o **meio ambiente**, no contexto das próprias experiências de vida. Tem como foco o processo de **morte-renascimento**, com vistas ao processo de ser e viver de forma mais saudável possível.

Silva (1997a) defende a idéia de que ser humano e meio ambiente se conjugam, isto é, um reflete o outro. O **ser humano**, também denominado pela autora de **alma** ou **consciência individual**, é concebido como:

Um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser, as quais se desvelam na medida em que vamos transcendendo os nossos limites de expressão no mundo e conseqüentemente, os limites do saber e de percepção da realidade... (SILVA, 1997a, p. 102-103).

Ao mesmo tempo em que a Alma/Ser na sua totalidade é intangível, certas expressões podem ser tangíveis, argumenta a autora. Por este prisma, estamos diante de uma nova ordem de visão de mundo, a qual se diferencia totalmente da visão proposta pelo paradigma reinante. A proposta da autora baseia-se na teoria da Totalidade e da Ordem Implicada de David Bohm, a qual é sustentada por três esferas principais de existência: “ordem explicada/explicita/desdobrada; ordem implicada/implícita/dobrada e, para além das duas, o substrato original ou a fonte de tudo” (SILVA, 1997a, p. 103). Seguindo essa linha de raciocínio, a autora sustenta que o ser apresenta três ordens de existência que é a **alma** propriamente dita ou **consciência individual** envolvida no todo; a **ordem implicada**, que denomina de **campo-não-manifesto** e a **ordem explicada** entendida por **campo manifesto**. Ressalta que estas ordens coexistem simultaneamente, na medida em que constituem uma realidade única.

### 3.1.1 Consciência Individual

A Alma ou consciência individual é a expressão máxima de amor e sabedoria. Para Silva (1997a), a consciência individual reflete a capacidade limitada do eu, do outro, do mundo, caracterizada pelo desconhecimento dos infinitos padrões de expressão da consciência, os quais se revelam através de um processo criativo, sensível e interacional com o todo. Quanto maior for a quantidade e a qualidade das experiências vividas, maior será a capacidade de perceber as interações estabelecidas. Isto expressa o próprio processo evolutivo dos seres humanos. Então, nesse paradigma, consciência individual é entendida como sendo o ser humano, com seus anseios, limitações, esperanças e realizações.

O pensamento é a expressão máxima do ser, o qual retrata com imagens vivas seus padrões de sentimentos e emoções. Esses padrões por sua vez, são interpretados pela autora como forças energéticas que se irradiam, envolvendo o ser como um todo, bem como o meio no qual está inserido. Dessa forma, o poder da ação da alma/ser, não se limita aos atos físicos. Pensar e sentir, explica a autora, “implica em movimentos de forças vivas, em agir, emitir e captar energias

e, portanto participar das trocas vitais, seja para criar, deformar e recriar, ou para integrar, desintegrar e reintegrar” (SILVA, 1997a p. 107).

A consciência individual é parte integrante da **Consciência Universal ou Alma Universal**.

### **3.1.2 Consciência Universal**

Ao se referir à alma ou Consciência Universal, a autora utiliza letras maiúsculas como forma de diferenciação da alma ou consciência individual que possui capacidade reduzida de expressão do seu potencial de amor e sabedoria, entendida como um microcosmo. A Alma ou Consciência Universal é uma realidade complexa, representada por um macrocosmo, rica em diversidade, que contempla a totalidade, extrapolando, assim, a tridimensionalidade e indo além da noção de espaço-tempo.

Embora guarde estreita relação com a consciência individual, a Consciência Universal para Silva (1997a) é o mais elevado estágio de amor e sabedoria. Entretanto, o seu Campo Universal Manifesto, em uma realidade tridimensional, não consegue refletir este estágio em toda a sua dimensão. A forma fragmentada que surge, é explicada pela autora como algo que a inteligência, o racional não consegue alcançar.

Esta nova realidade, complexa, rica em diversidade, que contempla a totalidade do ser - meio ambiente, vai além da noção espaço-tempo. É uma percepção mais abrangente do todo, na qual a intuição poderá ser um dos grandes recursos utilizados para acessá-la, mesmo que de forma incompleta.

### **3.1.3 Meio Ambiente**

Silva (1997a) entende que ambiente e ser humano guardam íntima relação. A partir da perspectiva tridimensional, a autora ressalta que ainda não conseguimos superar nossa visão reducionista, tanto do ser humano, como do

meio ambiente. Continuamos atrelados aos cinco sentidos, os quais nos capacitam a acessar somente o **campo manifesto**.

A metáfora de uma teia cósmica explica melhor sua visão sobre o meio ambiente: tudo interage com tudo, mas esta interação não é apreendida no seu todo pelos cinco sentidos, nem pela razão. Então, este meio/teia reflete a Consciência Universal, que é o mais elevado estágio da consciência. Entretanto, o seu **Campo Universal Manifesto**, na perspectiva tridimensional, reflete de forma fragmentada este estágio.

Silva (1997a) refere que da mesma forma que a consciência individual está relacionada com a totalidade do ser, a Consciência Universal também está presente tanto no **Campo Manifesto** como no **Campo Não Manifesto**. Eles não podem ser tratados separadamente. O **Campo Manifesto** pode ser visto como uma expressão particular e derivada do conjunto mais geral do **Campo Não Manifesto**. Conjuntamente em uma série ordenada de desdobramentos, se interpenetram uns nos outros, a princípio por toda parte e em todo o espaço.

Diante disso, a individualidade só será possível como desdobramento do todo. Assim sendo, o Campo Universal Manifesto não pode ser considerado autônomo. Qualquer forma de autonomia, vista por esse ângulo, será limitada pela própria lei do todo, denominada de Lei Cósmica ou Universal. Embora todo o conjunto de leis que governa a totalidade ainda seja desconhecido, existe possibilidade de abstrair subtotalidade de movimento relativamente autônomos e independentes a partir do conjunto de leis (SILVA, 1997a).

Entendendo dessa forma, nada se completa por si só, e o ser é plenamente percebido através da participação. A autora defende a idéia de que, quando o ser prejudica a si mesmo, concomitantemente atinge os que fazem parte do seu meio. Da mesma forma, todos os que evoluem e enriquecem a sua forma de expressão da consciência beneficiam diretamente a todos com quem convivem. A Consciência Universal, então, é o meio ambiente, é uma percepção mais abrangente, sem fronteiras, sem tempo e espaço delimitado.

### 3.1.4 Processo de Morte-Renascimento

No Cuidado Transdimensional, o conceito de morte-renascimento emerge a partir dos princípios de imanência e transcendência. Esses se constituem em um sistema dinâmico de forças, no qual **imanência** procura integração, contração, interiorização, organização, enquanto **transcendência** persegue diferenciação, expansão. Silva (1997a) explica ser este um processo cíclico em que os princípios de imanência e transcendência embora opostos se complementem. Assim, imanência dá lugar à transcendência e essa volta a ser imanência no momento em que é interiorizada. Entretanto, se diferenciada, já transcendeu a condição imanente. Interpretando o pensamento de Silva, morte e renascimento não existem separadamente. É a transcendência contínua da nossa percepção que, através da interação e reflexão, algo pode ser visto de múltiplas maneiras em momentos também múltiplos.

Na perspectiva da ciência da Complexidade, Silva (1997a) explica a morte-renascimento como um sistema que se move através de níveis de caos ou desorganização. Por analogia, morte e renascimento ao mesmo tempo em que se constituem em opostos, se completam.

Nesse sentido, Silva (1997a) entende que morremos e renascemos a cada reestruturação de idéias, emoções pensamentos e ações. É através do processo de morte-renascimento que se adquire a condição permanente de transcendência para o alcance de níveis mais complexos de expressão da consciência. Morte-renascimento implica em redefinição de valores, requerendo dos seres um comprometimento e envolvimento nos significados das experiências de vida.

Esse processo deverá refletir a capacidade dos seres em entender o próprio processo da vida através do processo de morte-renascimento individual e coletivo. Isto implica na compreensão da temporalidade dos nossos limites de perceber o que realmente acontece conosco e a capacidade individual de **vir a ser**. Soma-se a esse pensamento uma das suposições de Watson (1988) de que as respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser. Silva (1997a) acredita que o ser saudável é capaz de ser o seu próprio cuidador ao compreender e direcionar o seu processo de

morte-renascimento e se engajar em novas possibilidades e, principalmente, ao conseguir ir além da capacidade intelectual/racional, expressando outras capacidades de ser, como o amor, solidariedade, intuição, compaixão, sensibilidade, imaginação e formas multisensoriais de percepção.

A partir do pensamento de Silva (1997a), podemos entender que **ser saudável** é também ser solidário e comprometido com a vida nas mais diversas formas de expressão. Trabalhar com famílias e mulheres alcoolistas poderá exigir um constante morrer e renascer, diante de uma possível e necessária reestruturação do vivido, em direção a novos padrões de significado. Trabalhar o processo morte-renascimento com esta clientela será um desafio, considerando que princípios, valores e crenças de cada ser humano são distintos.

### **3.1.5 Padrões de Significado do Cuidado Transdimensional**

Segundo Silva (1997a), o cuidado emerge da convergência da ciência, arte e espiritualidade. Tem como foco o centro espiritual do ser. Consiste em um referencial catalisador de reflexão, conscientização, ação e transformação que eleve os níveis de qualidade de vida no planeta. Esta forma de cuidado, para a autora, exige novas habilidades dos seres cuidadores, sugerindo que estes extrapolem as capacidades intelectual-rationais, e incluam no processo de cuidado a sabedoria, o amor, a solidariedade, a criatividade, a intuição, a sensibilidade, a imaginação e as formas multissensoriais de percepção.

Lembra, também, que o cuidado engloba responsabilidades mútuas entre os seres envolvidos no cuidado. Através de uma relação transparente de ternura e solidariedade, oportuniza a reflexão e o compromisso do ser consigo, com o meio e com o outro. Silva (1997a) identifica padrões de significado do Cuidado Transdimensional, dos quais destaco: parceria, experiência interior, busca da unidade e prática indeterminada.

### **3.1.5.1 O Cuidado Transdimensional Enquanto Parceria**

Este padrão permite extrapolar qualquer noção de espaço-tempo, na qual a relação transdimensional tem por finalidade a crescente expressão da consciência no planeta. Silva (1997a) argumenta que no processo saúde-doença, o ser que necessita de ajuda, pode permitir ser guiado em direção a novas opções de escolha, que até então não era percebido por ele. O encontro, então, deve ser entendido como um acontecimento singular, no qual o próprio ser do cuidador é parte integrante do cuidado.

Na parceria, o amor deve prevalecer como um processo mais simples e mais eficaz, que implica em atitudes de honestidade, aceitação, interesse, respeito e confiança. Nesse padrão, os seres envolvidos recebem e doam, e independente de resultados, mesmo quando as metas parecem não serem atingidas, as aquisições ficam registradas e estas, em algum momento, podem se efetivar (SILVA, 1997a).

### **3.1.5.2 - O Cuidado Transdimensional Enquanto Experiência Interior**

É caracterizado por uma diversidade de expressões em que a ênfase da informação se desloca para os seus significados. Silva (1997a) ressalta a importância da singularidade e originalidade de cada encontro do cuidado, que pode ser rica em imagens simbólicas. Além das imagens que podem adquirir as mais diversas formas e significados, é uma experiência que pode se caracterizar com alguns componentes, como som, cores e odores. Destaca como um dos principais elementos desse padrão, a intuição. Considera ser esta uma dimensão imprescindível no processo de viver e cuidar. Ao mesmo tempo em que admite não ser fácil explicar a intuição na sua totalidade, defende que esta é fundamental na prática do Cuidado Transdimensional.

Destaca que a intuição na enfermagem, apesar de sua inclusão recente, é expressiva para validar a sua função no desenvolvimento do conhecimento da mesma. Tem se revelado como componente importante nos julgamentos clínicos, em tomadas de decisões, passando a ser um atributo valioso e imprescindível

para um cuidado de enfermagem. Salienta ainda, que apesar do crescente número de estudos sobre a intuição, ainda não existe uma definição clara e a lacuna existente é significativa (SILVA, 2003).

Mesmo assim, incentiva para que os profissionais se voltem para este método de conhecimento, através da sua voz interior. Alerta para a dificuldade inicial que geralmente ocorre, pela própria postura racional que o ser humano assume.

### **3.1.5.3 O Cuidado Transdimensional Enquanto Busca de Unidade**

Esse padrão exige que seja ativado o complexo vontade-pensamento-sentimento pelos propósitos do bem maior que é o amor. Esse traz em si o compromisso com a vida. A autora quando se refere à busca de unidade, não afirma que ela não exista, pelo contrário, ela existe, mas nem sempre temos consciência dela. Para que ela aconteça, é necessário transcender a razão/intelecto. Implica em entrar em sintonia com o próprio ser, e com os demais seres. É um processo que acontece a partir do movimento de imanência e transcendência da consciência.

Para esclarecer melhor utiliza as palavras do filósofo oriental Chuang-Tzu "(...) você usa seu olho interior, seu ouvido interior para penetrar o coração das coisas..." (SILVA, 1997a, p. 154/155). Implica, portanto, em uma visão do todo, procurando compreender esse todo.

### **3.1.5.4 O Cuidado Transdimensional Enquanto Prática Indeterminada**

Essa prática caracteriza-se pela imprevisibilidade, não repetitividade do processo como um todo. Sendo o ser humano um ser único, cada acontecimento também é único e, portanto, não pode ser estruturado de forma rígida. Por tratar-se de um processo coletivo de trabalho, os envolvidos com o cuidado, participam em conjunto com a realidade transdimensional.

Esse raciocínio vai ao encontro do que defendo no cuidado. Ao cuidarmos de famílias, ou mesmo pessoas, a conduta é olhar para cada ser envolvido de forma singular. Isso significa mudança de velhos condicionamentos, e, como bem caracteriza Silva (1997a, p. 167), implica em "flexibilidade, confiança no processo e a admissão de que somos eternos aprendizes na arte de cuidar". Alerta para um revisitar contínuo da nossa prática, e que os nossos padrões de significados sejam freqüentemente aperfeiçoados e moldados conforme a exigência do momento.

Com a finalidade de fortalecer o processo que norteará esta pesquisa, selecionei os **pressupostos** filosóficos do Cuidado Transdimensional, de acordo com Silva (1997a).

- ❖ Cuidado Transdimensional emerge a partir da relação estética entre os princípios feminino e masculino, expressando-se na convergência entre arte, ciência e espiritualidade (p. 26).
- ❖ Cuidado transdimensional emerge como um processo facilitador do processo de morte-renascimento, buscando expandir as capacidades inerentes aos seres para entrarem em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores neste processo (p.27).
- ❖ Cuidado Transdimensional extrapola o processo saúde-doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, de qualidade de vida no planeta (p. 37).
- ❖ Cuidado Transdimensional representa um espaço para o desejo, a imaginação e a paixão de ser e viver esperançadamente, esta dimensão do cuidado não pode ser omitida quando se aborda a questão da qualidade de vida no planeta (p. 77).
- ❖ Cuidado Transdimensional prioriza também o desenvolvimento das capacidades intuitivas, criativas e imaginativas e, portanto, artísticas do ser desde a infância, como forma imprescindível de ser e de viver. Neste sentido, a intuição constitui-se em um fenômeno de qualidade criativa e de síntese, imprescindível na prática (p. 80).
- ❖ Cuidado Transdimensional privilegia o centro espiritual do ser, com vistas a novos padrões de expressão da consciência e

de interação com os outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo (p. 80).

❖ Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais/racionais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multisensoriais de percepção (p. 81).

❖ Cuidado Transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, sem perder de vista a realidade transdimensional (p. 81).

❖ Cuidado Transdimensional é uma dimensão fundamental do processo evolutivo. É imprescindível considerarmos que, assim como os seres envolvidos no cuidado são seres em constante devir, o saber teórico-prático sobre o cuidado também é um saber inacabado e, portanto, em constante devir (p. 119).

❖ Cuidado Transdimensional emerge, então, da compatibilidade estética e amorosa dos seres envolvidos no cuidado, em que, ao mesmo tempo, doam e recebem (p. 120).

### **3.2 Cuidado Transdimensional: Um Paradigma Emergente**

O Cuidado Transdimensional, engloba as características do paradigma Unitário-Transformativo e Era III da medicina, e avança em direção a uma nova perspectiva para o cuidado, com vistas a uma ação transformadora em sociedade. Para a autora, o cuidado emerge das experiências compartilhadas, possibilita novas descobertas e encoraja a expressão dos seres envolvidos.

Apesar de ser um paradigma emergente, o Cuidado Transdimensional vem sendo utilizado em trabalhos de conclusão de curso de graduação, de mestrado e de doutorado. Freitas (2000), na sua dissertação de mestrado, adotou o referencial metodológico de Silva (1997a) para trabalhar com estudantes de graduação em Enfermagem. Identificou com as estudantes, que a Enfermagem como ciência e arte do cuidado, ainda não priorizam a construção e aperfeiçoamento do ser na graduação. O estudo permitiu perceber, também, que

os currículos enfatizam o fazer em detrimento do ser, privilegiando a formação cognitiva e psicomotora, relegando ao esquecimento a dimensão sócio-espiritual e afetiva do acadêmico em formação.

A autora entende que para valorizar o ser, é fundamental criar nos currículos de Enfermagem, um espaço para que os alunos tenham a oportunidade de perceber e aprimorar o cuidado atento, amoroso, crítico e emancipador, durante seu processo de formação e transformação. Considera fundamental para o fortalecimento dos acadêmicos, e em consequência, da Enfermagem, que se busque integrar o cuidado do ser, o cuidado de si, para dar melhor suporte a estes quando forem cuidar do outro. Suas reflexões compiladas no estudo evidenciaram, também, a importância de vivências como suporte para as participantes do estudo expressarem seus sentimentos, e refletirem comunitariamente a construção de laços e de cuidado humanitário mais profundo. Para isso, utilizou os padrões de significados propostos por Silva (1997a). Estes padrões, parceria, experiência interior, busca de unidade, prática indeterminada e complexa, inovaram o processo desenvolvido, que, segundo Freitas (2001), romperam com posturas tradicionais. Atribui o sucesso do seu estudo ao respaldo do referencial escolhido.

Estima (2000) também utilizou este referencial para desenvolver um processo de cuidado com oito trabalhadoras de enfermagem, visando construir um conhecimento acerca do processo de ser e viver destas trabalhadoras. O estudo, que se constituiu em dissertação de mestrado, foi norteado por nove oficinas, entendidas como espaços vivenciais de cuidado. Segundo a autora, a convivência permitiu a formação de vínculos afetivos, de confiança mútua e respeito. O Cuidado Transdimensional possibilitou segurança, flexibilidade, tranquilidade e originalidade na realização do estudo. Em sua conclusão, descreve que o estudo serviu como orientação e estímulo para as trabalhadoras de Enfermagem ampliar e conquistar novos espaços. O processo de reflexão-conscientização-ação-transformação, possibilitou "uma existência e co-existência plena de significados e sentido, requisito para a resignificação da enfermagem enquanto disciplina e profissão" (ESTIMA 2000, p. 138).

Borgonovo (2001), em sua dissertação de mestrado "Vivenciando o Cuidado Transdimensional com trabalhadoras de Enfermagem Psiquiátrica", destaca que este referencial se traduz em um importante alicerce para o cuidado em psiquiatria. Através de um processo participativo e reflexivo, oito trabalhadoras do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, participaram durante três meses deste estudo. A autora trabalhou com o processo de morte-renascimento, possibilitando interações dinâmicas, intuitivas e criativas, através de oito vivências, tendo como base o significado do cuidado de si e do outro na infância, adolescência, idade adulta e no trabalho. Pelos resultados obtidos, a autora, afirma que o Cuidado Transdimensional se traduz em importante referencial para o cuidado em psiquiatria, como também acredita ser possível utilizá-lo em outras áreas, por possibilitar autoconhecimento e autotransformação dos sujeitos envolvidos.

Bellaguarda (2002) foi outra enfermeira que utilizou o Cuidado Transdimensional em sua dissertação de mestrado. Com base no processo de morte-renascimento, desenvolveu seu estudo com duas clientes com câncer e suas famílias no próprio domicílio. A autora, em sua conclusão, afirma que apesar dos desafios enfrentados, foi um processo de cuidado contagiante de amor, respeito e solidariedade. Utilizou os padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional - oração, musicoterapia e toque terapêutico. Essas vivências conduziram a construção de conhecimento acerca dos padrões de expressão do processo da morte e do morrer evidenciado pelos familiares. A autora afirma que foram aprendizados compartilhados, profundos e significativos. Enfatiza a importância do papel da Enfermagem no ato de cuidar e incentiva que seja intensificado o cuidar com habilidade, competência, ética e comprometimento com a vida e sua evolução. Para a autora, trabalhar no domicílio com os referidos familiares, tendo como suporte o Cuidado Transdimensional, foi gratificante.

Nunes (2002) também utilizou esse referencial na sua tese de doutorado. Foi um estudo de cunho fenomenológico, que desvelou a essência da experiência vivida por pessoas portadoras de algum tipo de câncer. O foco da experiência do cuidado teve como base o processo de morte-renascimento. Em sua pesquisa, a autora mostra um movimento integrador que envolveu os participantes, de tal

forma, que permitiu a estes vivenciar um movimento cíclico de um constante renascer. Conclui que o Cuidado Transdimensional foi uma ferramenta importante para responder sua indagação: Qual é o significado da experiência de ter câncer e de ser cuidado no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer?

O Cuidado Transdimensional tem, assim, sido viável no estudo com pessoas portadoras de câncer; estudantes de enfermagem, famílias e clientes terminais, para trabalhadores de Enfermagem Pediátrica e Psiquiátrica.

Percebo que a Enfermagem brasileira amplia seus espaços e propicia uma perspectiva em direção a uma nova visão de mundo e de cuidado. O Cuidado Transdimensional parece oferecer a esperança e a promessa de um caminho mais sereno, mais humano, mais envolvente, em consonância com os anseios de cultivar um universo amoroso de cuidado.

Com base no referencial teórico-filosófico delimitado, apresento no próximo capítulo a metodologia que utilizei, a qual norteou o desenvolvimento do estudo.

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGIA**

*O pesquisador do Ser Humano tem que  
ser alguém capaz de pensar.*

*Porque ele não terá receitas,  
experimentos padronizados,  
questionários fechados, escalas  
validadas (...).*

*Ele terá que descobrir seus próprios  
caminhos, testando, recuando,  
ensaiando, corrigindo-se*

(Egberto Ribeiro Turato, 2003).

No presente capítulo, apresento o caminho escolhido para chegar aos resultados obtidos, procurando elucidar as formas de condução de todo o processo que envolveu essa pesquisa. A opção por um referencial metodológico para esse estudo fundamentou-se em alguns aspectos que considerei primordial: a natureza da questão da pesquisa; a incompatibilidade do referencial teórico-filosófico de Silva (1997a) com abordagens autoritárias e lineares; meu desejo pessoal de no decorrer da pesquisa, não somente pesquisar, mas dar subsídios para o fazer, mantendo uma estreita relação com o todo. Para tanto, optei pela **Pesquisa Convergente- Assistencial - PCA**, proposta por Trentini e Paim (1999 e 2004), a qual permite construir um conhecimento com base no processo de cuidar.

#### **4.1 Pesquisa Convergente – Assistencial**

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é definida, por Trentini e Paim (1999, p.26), como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar solução para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social”. Esse método abre espaço para a possibilidade de transformação no contexto pesquisado.

As autoras se inspiraram na Pesquisa-Ação de Kurt Lewin, psicólogo alemão radicado nos Estados Unidos, publicada pela primeira vez em 1946. Segundo Mantovani (1998), Lewin foi um dos representantes mais ativos do movimento da *gestalt* direcionando seus estudos para os processos motivacionais e interpessoais, sendo considerado o fundador da Pesquisa-Ação. Esse termo foi

dado por um grupo de pesquisa que atuava no campo administrativo nas Índias Inglesas durante a década de 40. O estudo desse grupo estava voltado para produzir pesquisa que colaborasse na mudança de situações institucionais ou de aspectos de comportamentos, em que participantes e pesquisadores envolviam-se em intervenções sociais (MANTOVANI, 1998).

Michel Thiollent (1998), outro defensor desse método, procura mostrá-lo como um diferencial aos padrões da pesquisa convencional. Para esse autor, um dos principais objetivos da pesquisa-ação é o de dar à pesquisadora e aos participantes, meios capazes de responderem com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, transformando através de ações concretas a realidade, quando esta necessita ser mudada. Busca facilitar soluções aos problemas reais, para os quais, procedimentos convencionais não contribuem para o esperado e desejado.

Tal como é entendida, a pesquisa-ação não está relacionada com a psicologia individual, o que não significa que a realidade psicológica seja desprezada. Entretanto, esta modalidade de pesquisa tende para os aspectos sócio-políticos. Na visão da Sociologia, a pesquisa-ação dá ênfase à análise de diferentes maneiras de ação. A realidade social, os aspectos estruturais não ficam desconhecidos e a ação se manifesta no conjunto de relações sociais. Apesar das multiplicidades de conceitos, Thiollent (1998, p.14) define a Pesquisa-Ação como:

Tipo de pesquisa social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e participativo.

Acrescenta que os termos Pesquisa-Ação e Pesquisa-Participante não devem ser entendidos como sinônimos, porque a primeira, tem além da participação, uma ação social e educacional planejada.

A PCA também não pode ser confundida com a Pesquisa-Ação, ou com a Pesquisa Participante. A PCA proposta por de Trentini e Paim (1999, 2004) teve

como referência maior a Pesquisa-Ação, contudo, tem sua característica própria. Na PCA, a pesquisadora é incentivada para o **pensar** e o **fazer**. Então, pensa fazendo e faz pensando e, assim, sistematiza seu fazer. Entendida desta forma, tanto o **saber pensar** como o **saber fazer** são valorizados. Trentini e Paim (1999, 2004) lembram que, habitualmente, a enfermeira volta-se mais para o fazer, mas para se renovar, é necessário que **aprenda a fazer**, o que implica em **pensar este fazer**. Ao apresentarem esse método de pesquisa, tentam romper o mito de que pesquisa é atividade somente para privilegiados, algo difícil de ser concretizado.

Embora tenham pensado na Enfermagem como principal área de atuação, lembram que este método poderá ser utilizado por outras profissões, principalmente por aquelas que estão envolvidas com pessoas da comunidade. Exige participação ativa dos participantes da pesquisa, orienta para a realização de mudanças, em uma relação mútua de cooperação. Ressaltam que esse método volta-se, principalmente, para as necessidades manifestadas pelos envolvidos na pesquisa.

No delineamento de uma PCA, alguns princípios devem ser respeitados para que aconteça a clareza e a coerência metodológica. Os princípios seguidos para este estudo foram:

**a) Estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social.**

Minha proposta foi de encontro a uma situação social ampla, uma vez que o alcoolismo encontra-se inserido dentro de um problema social e há muito vem preocupando estudiosos da área. Ao propor estudar os processos relacionais em famílias com mulheres alcoolistas, foi necessário, inicialmente, conhecer a estrutura cultural e social, elementos como valores, crenças, costumes, estilo de vida, fatores econômicos, políticos, educacionais que influenciavam o cotidiano das famílias. Foi necessário, também, conhecer a realidade da família,

identificando o cuidado familiar existente, a necessidade do núcleo familiar, para, pesquisadora e participantes decidirem as ações de cuidado que foram realizadas.

**b) Compromisso com a melhoria do contexto social pesquisado.**

Desde o início, a idéia central não era somente conhecer uma realidade, mas cuidar e construir conhecimento na área de atuação, conforme preconiza a PCA. Nas famílias em situação de alcoolismo, o contexto social e familiar encontra-se, geralmente, fragilizado, o que exige o envolvimento maior da pesquisadora com as mudanças necessárias. Este compromisso envolveu tanto a pesquisadora quanto os participantes, em um processo construído a partir das necessidades que emergiam durante os encontros.

**c) Utilização de métodos e técnicas variadas.**

Neste estudo, os métodos de coleta de dados utilizados incluíram a entrevista gravada e a observação acurada. Como instrumentos de apoio, foram utilizados o Genograma e a linha do tempo familiar - LTF. A abertura para múltiplos métodos de coleta de dados fornece uma maior perspectiva de abordagem do objeto da pesquisa e maior fidedignidade dos resultados. As técnicas utilizadas contribuíram para uma maior visibilidade da história de vida dos participantes e para uma maior efetividade do processo de cuidado.

**d) Articulação da prática profissional e do conhecimento teórico com canalização progressiva dos resultados para situações práticas.**

A proposta deste estudo nasceu de uma necessidade pessoal e profissional. Os vinte anos que atuei com famílias e alcoolismo deram-me uma sustentação significativa em todo o processo. O fato de atuar como supervisora de estágio de Enfermagem Psiquiátrica durante o estudo, foi também importante,

pois possibilitou uma constante articulação entre a prática profissional e a pesquisa, como também permitiu o envolvimento maior com a equipe de saúde.

**e) Inclusão de atividades de assistência/cuidado, embora não se consubstancie como ato de cuidar ou assistir somente.**

O presente estudo não se constitui em um mero relato de experiência da prática, mas de uma ação-reflexão-ação sobre o processo que envolveu pesquisadora e participantes. Assumi o papel de cuidadora, como também oportunizei aos participantes a tomada de decisões que julgassem importantes. Dessa ação, foram gerados novos conhecimentos. A construção foi pautada nos princípios da ética em pesquisa, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e pelas exigências do rigor científico.

**f) Não se propõe a generalização.**

Os resultados desse estudo são aplicados no contexto dessa pesquisa. Entretanto, nada impede que os achados não possam ser transferidos para outros contextos, porque mesmo sendo o ser humano um ser único, que vive conforme suas crenças e valores, existem nas culturas, similaridades que podem ser consideradas como válidas, quando se pretende realizar um cuidado. Então, a utilização dos resultados desse estudo em outros contextos, ficará condicionada à avaliação de futuros leitores, conforme o que propõe o princípio da transferibilidade no rigor científico em pesquisa qualitativa.

**g) O profissional assume o papel de cuidador, principalmente durante a coleta de informações.**

Isto significa que na PCA, a pesquisadora supera a neutralidade e envolve-se com os participantes do estudo, cuidando quando for necessário. Esse foi um fato relevante que acompanhou todo o processo da pesquisa. Participei

ativamente nas situações mais diversificadas possíveis. Convivi com situações que me levaram a rever os meus próprios valores.

**i) Representatividade dos dados, ao invés de representatividade do número de sujeitos.**

A pesquisa foi realizada com três famílias, conforme previsto no projeto. Com a Família I, a pesquisa se desenvolveu em um período de quinze meses; com a Família II, foram necessários seis meses e com a Família III, nove meses. Não foi uma breve coleta de dados, mas um acompanhamento assíduo, atento, que demandou tempo e presença constante.

**j) Envolvimento participativo das pessoas envolvidas no processo da pesquisa.**

Os participantes foram conduzidos à reflexão, a pensar suas vidas e agirem com base na reflexão dos problemas vivenciados, o que possibilitou uma prática de cuidado a partir dos recursos da própria família. O saber fazer incluiu tanto a objetividade como a subjetividade dos familiares, em um constante processo reflexivo.

Assim, a Pesquisa Convergente-Assistencial permite à pesquisadora usar seu conhecimento, sua criatividade, para junto com os participantes do estudo, efetivar o cuidado e transformar a realidade.

## **4.2 Cenário do Estudo**

O domicílio familiar tem sido palco recorrente para estudiosos da família. Os estudos voltados à Família na área da Enfermagem também estão acontecendo dentro desse espaço. Nele, há maior oportunidade de ser percebido o cotidiano, as atividades da vida diária, as relações existentes. Dentro desse

espaço, é definido o 'rosto' com o qual cada um participa nas mais diferentes situações.

Autoras, como Patrício (1996), Elsen (1984, 1999, 2002), Althoff (2001), Nitschke (1991), Motta (1997), Monticelli (1997), Marcon (1998, 1999, 2002), Silva (2002), também defendem que no seio familiar a pessoa se mostra tal como é, com a totalidade de sua existência, temperamento, capacidades e limites. Por assim também entender, escolhi o domicílio, como espaço físico para o cenário deste estudo. Em decorrência da necessidade da família, houve momentos em que a pesquisa se estendeu também a outros ambientes, como, Hospital Geral, sala do Núcleo Jurídico da Universidade do Contestado, Presídio Municipal, Sala do Programa de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Independente do local, houve a preocupação em propiciar um ambiente harmonioso e privativo. Firmamos uma relação de confiança, de modo que cada participante pudesse falar espontaneamente. Foi um processo de descoberta contínua, visualizado como um movimento criativo, dinâmico, eminentemente participativo e reflexivo. Esta trajetória dinâmica permitiu a participação ativa dos envolvidos na pesquisa, a resolução de problemas na prática e as mudanças nas situações que exigiam uma atuação imediata.

### **4.3 Famílias do Estudo**

Neste estudo utilizei a **amostragem proposital, intencional ou deliberada**. Esse tipo de amostragem é definido por Pope e Mays (1995, p.43), "como aquela de escolha deliberada de respondentes, sujeitos, participantes ou ambientes, oposta à amostragem estatística, preocupada com a representatividade de uma amostra em relação à população total". Assim, deliberadamente, escolhi os participantes que me dessem informações substanciais para o tema em evidência. Para tanto, optei pela escolha de três famílias nas quais tivessem uma mulher alcoolista. Para preservar suas identidades, optei por denominá-las de Famílias I, II, III. A escolha foi realizada de forma distinta: convidei a Família I por já ter cuidado da mulher alcoolista em

1985, quando fez um tratamento e iniciou o processo de recuperação do alcoolismo. Com o passar dos anos, perdemos o contato, e, diante dessa nova oportunidade, senti o desejo de revisitá-la. Soube através do Programa de Saúde Mental que teve várias recaídas após nove anos de sobriedade. A Família II foi escolhida por sua situação econômica privilegiada. A opção pela escolha de níveis sociais diferenciados, partiu da idéia de que a diversidade entre as camadas sociais, poderia enriquecer de alguma maneira o estudo. A Família III foi recomendação, solicitação e sugestão de uma profissional médica, que tinha conhecimento do meu projeto de pesquisa.

#### **4.3.1 Formalização do Convite e início do estudo**

Em datas distintas, encontrei-me com as famílias e expus os detalhes do projeto de pesquisa. Segui o mesmo critério para todas: apresentei o projeto, detalhei os objetivos, a natureza do estudo, o método, os benefícios previstos e os riscos e incômodos que esse estudo poderia acarretar. Assegurei o direito de decidirem pela participação no mesmo, informando também sobre a possibilidade de desistência no momento que assim desejassem. Solicitei a permissão para gravar os encontros quando considerasse necessário. As pessoas consultadas aceitaram prontamente o convite, concordaram com a gravação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A).

Iniciei o estudo com a Família I em fevereiro de 2003, e concluí em maio de 2004. Com a Família II, a pesquisa aconteceu de julho a dezembro de 2003. A Família III participou de abril de 2003 a fevereiro de 2004. A diferença de calendário para cada família deu-se em detrimento das necessidades apresentadas por elas. A Família I, por ser mais numerosa e por apresentar situações mais ansiogênicas, necessitou de um tempo maior para a conclusão do estudo.

#### 4.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos a partir da **Entrevista** gravada, após consentimento dos participantes, e **Observações** efetuadas pela pesquisadora. Como instrumento de apoio, utilizei o **Genograma** e a **Linha de Tempo Familiar – LTF**, apresentados a seguir.

##### 4.4.1 Entrevista

Segundo Corrêa (1996), a **entrevista** é uma das formas mais difundidas e utilizadas na coleta de dados orais. Essa forma supõe o encontro face-a-face de entrevistado e entrevistadora. É fundamental desenvolver um nível de confiança, de interação, de respeito, de reciprocidade e de intimidade entre as partes envolvidas, para evitar que a entrevista não seja um mero jogo de perguntas e respostas.

Minayo (1993) lembra que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sim, uma situação de interação, na qual os dados poderão sofrer alterações dependendo da natureza da relação. É na verdade um encontro de dois mundos diferentes, no qual se busca relações de situações vividas, posições e compreensão da pessoa diante de um determinado fenômeno, nesse caso, a família que vivencia o alcoolismo feminino.

Outro autor que se destaca nos estudos da entrevista é Bleger (2001). Esse autor diferencia entrevista e outro tipo de relação interpessoal. A entrevista está determinada de forma predominante pela personalidade do entrevistado. Assim, a entrevistadora pode controlar a entrevista, porém quem a dirige é o entrevistado. Lembra que o ser humano já tem sua história sistematizada em um conjunto de possibilidades quando vai ser entrevistado. A entrevista oferece, então, a possibilidade de voltar ao passado através da reflexão do vivido e, mais que isso, possibilita analisar a realidade e o mito, o objetivo e o subjetivo, que podem estar mesclados nas percepções que o ser humano tem do mundo e da vida, tanto de forma individual como coletiva. Contudo, a entrevista não esgota os dados desejados.

Conforme a afirmação de Garro (1994), no momento em que a pessoa fala de si, surge informações que precisam ser analisadas criteriosamente. O participante retoma uma experiência vivida e é nesse momento que a pesquisadora 'entra' na vida do outro e começa a se aproximar do que busca. Baseado nessa afirmação, esse autor lembra que:

Quando a pessoa fala de suas experiências, reconstruindo eventos passados de uma maneira congruente com sua compreensão atual, o presente é explicado tendo como referência o passado reconstruído, e ambos são usados para gerar expectativas sobre o futuro (p.776).

Seguindo o mesmo raciocínio, Silva (2001) refere que no momento em que a pessoa está expondo seu vivido, ela também está reorganizando sua experiência, e diante do ouvinte ela pode selecionar o que considera importante naquela circunstância.

A entrevista mais indicada na Pesquisa Convergente Assistencial é a entrevista informal, conduzida em contatos repetidos ao longo de um tempo, por valorizar a participação de todos os envolvidos com contatos freqüentes.

Minayo (1993) entende que o grupo familiar influencia o comportamento individual e o indivíduo pode influenciar o comportamento do grupo. Corroborando com esse pensamento, priorizei condições para que os participantes expressassem suas opiniões, desejos e sentimentos, ora sozinhos, ora no grupo familiar. Assim, dividi o processo em dois momentos: o primeiro, efetivou-se com entrevistas individuais, por entender que sem a presença de outro familiar, o participante teria maior liberdade de expressar seus sentimentos, experiências e percepções. Na seqüência, conduzi as entrevistas com o grupo familiar. As entrevistas aconteceram de forma não linear, isto é, havia um movimento constante de ir e vir, independente do número de encontros.

Na perspectiva do Cuidado Transdimensional, o encontro do cuidado é um acontecimento relativo, singular e original, que envolve seres de diversos padrões

e ritmos de expressão da consciência. Conseqüentemente, não prevê nenhum roteiro sistematizado, já que cada momento deverá ser único. Entretanto, deixa em aberto para que a pesquisadora crie um instrumento que lhe sirva de guia para chegar aos objetivos traçados.

O mesmo raciocínio é encontrado na Pesquisa Convergente Assistencial. O que difere a PCA das outras formas de pesquisa é, principalmente, a maneira de escolher o tema e a forma de conduzir a pesquisa. Também não sugere nenhum roteiro sistematizado, deixando liberdade para a pesquisadora optar pelo caminho que melhor se adequar à situação desejada.

Contudo, para minha própria segurança, optei em construir um roteiro de temas baseado em Edwards (1995), para a realização das entrevistas (anexo B). Ele contém questões da história familiar, pessoal e história atual da família. Nele há o direcionamento inicial dos encontros, o qual convergia aos objetivos do estudo. Não levava comigo nenhum roteiro escrito, mas as idéias principais eu as tinha registrado mentalmente. Nem sempre os assuntos se esgotavam e, então, no encontro seguinte retomávamos o que ficava pendente. Quando havia falta de clareza, ou quando percebia que a pessoa entrevistada vacilava, deixando transparecer que poderia ter algo mais a falar, retomava o assunto. Cada encontro durava em torno de 45 a 60 minutos. A transcrição dos dados foi realizada logo após cada encontro, por uma bolsista.

#### **4.4.2 Observação**

Trentini e Paim (1999, 2004) lembram que, quando é usada a observação como técnica de investigação, essa deve ser entendida como uma observação consciente, objetiva, formalizada e transparente à compreensão de outras pessoas.

Segundo Turato (2003), a técnica da observação é um elemento importante que deve acompanhar a entrevista. Saber observar o que não ficou explícito durante a entrevista, é fator imprescindível para uma eficiente coleta de dados. Então, gestos, silêncio, fala embargada, uma palavra ou frase pronunciada de

forma vacilante e colocações com ou sem inibições são fatores que podem enriquecer a pesquisa.

Por outro lado, Popper (1998) adverte que a observação tem limites à medida que o enunciado, que deveria manter-se no campo lógico e metodológico, acaba sendo interpretado a partir das experiências perceptuais de quem faz a pesquisa. Esse fator pode gerar resultados não fidedignos, já que a observação feita pelo ser humano, está relacionada com suas experiências subjetivas, ou pelo seu sentimento de convicção. Segundo Bleger (2001, p.19), uma maneira de evitar que isso ocorra, é realizar a observação concomitante aos objetivos traçados. Quando esses forem claros e utilizados como tais, a observação passa a ser um elemento rico para o estudo. "Observar, pensar e imaginar coincidem totalmente e formam parte de um só e único processo dialético. Quem não utiliza a sua fantasia poderá ser um bom verificador de dados, porém nunca um investigador".

Seguindo as sugestões de Bleger (2001) e Turato (2003), minha observação teve como norte as questões de pesquisa e os objetivos. Explorei elementos como, apresentação pessoal, aspectos da linguagem verbal e não-verbal, mudanças de postura, mímica facial, gesticulação, mudanças no timbre de voz, choro, riso e sorriso durante a entrevista. Imediatamente após, descrevia no item Notas de Observação (NO), os aspectos relevantes. Bleger (2001) acrescenta que, quando a indagação e a observação são manejadas concomitantemente formando parte de um só processo, é que adquire seu real valor e transcendência.

#### **4.4.3 Instrumentos de Apoio**

##### **4.4.3.1 Genograma**

O genograma é uma representação gráfica multigeracional da família, que vai além da simples genealogia, pois inclui as relações e interações familiares. É

largamente utilizado na prática de terapia familiar e tem se mostrado um instrumento eficiente para o entendimento das relações, vínculos, mitos, padrões das famílias de origem (Cervený 2001).

Teve origem através de Bowen (1978), que partiu da evolução da Teoria dos Sistemas Familiares. Carter e McGoldrick (1995), Guerin e Pendagast (1976) e Lieberman (1979) são alguns autores que trabalham com genograma, baseados na idéia de Bowen.

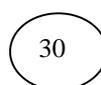
Kramer (1995) substituiu o termo genograma por diagrama e explica que o processo de fazer o diagrama é uma exploração mútua de questões transgeracionais. Guerin e Pendagast (1976) denominaram o genograma de mapa viário do sistema de relações familiares. Carter e McGoldrick (1995) explicam que o genograma é uma forma de desenhar a árvore familiar que registra informações sobre os membros de uma família e pressupõe três níveis de abrangência: um primeiro que é o traçado da estrutura familiar; o segundo o registro informativo da família e, o terceiro, a representação das relações familiares.

Em minha prática profissional com famílias tenho utilizado o genograma como um instrumento importante de apoio. No presente estudo, adotei o modelo proposto por McGoldrick e Gerson, citado por Cervený (2001, p. 102-104), conforme segue:



A

Homem: colocado à esquerda da representação. Idade internamente e nome ou inicial externamente.



B

Mulher: colocado à direita da representação. Idade internamente e nome ou inicial externamente.

16

---

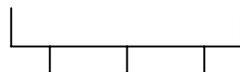
Ligação, casamento

---

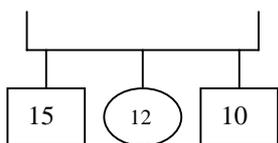
O número acima indicando o número de anos de casamento



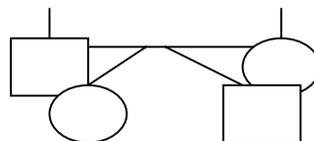
Indica separação,  
divórcio, rompimento.



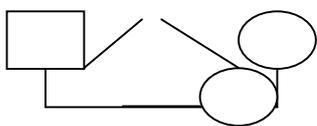
Indica filhos



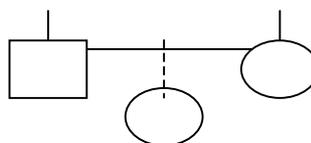
Os filhos são colocados  
obedecendo à seguinte  
ordem: + velho à  
esquerda e + novo à  
direita



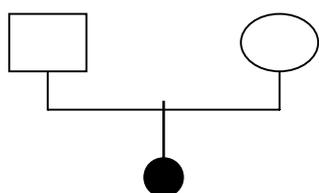
Indica gêmeos



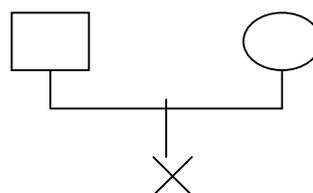
Indica gêmeos idênticos



Significa adotado



Indica aborto espontâneo



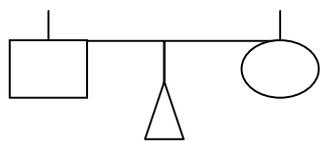
Significa aborto provocado



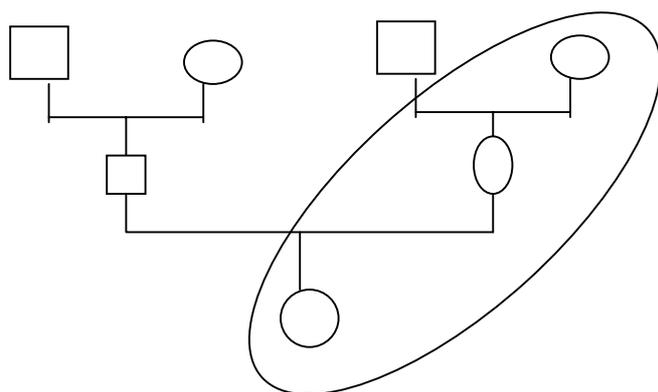
Qualquer símbolo cruzado  
significa que a pessoa  
morreu. Acresce-se acima a  
data de morte e causa



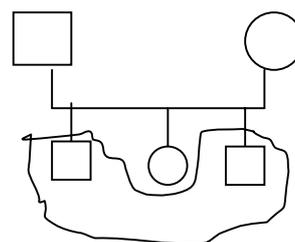
(A) teria hoje 72 anos. Morreu  
em 1980 do coração



Gravidez



Aliança intergeracional



Aliança intrageracional

### Relacionamentos



Biológico e normal



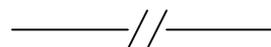
Pouco relacionamento



Conflito



Relacionamento  
fusionado e conflitivo



Rompimento



Separação



Relacionamento  
fusionado

#### **4.4.3.2 A Linha do Tempo familiar-LTF**

Para James e Woodsmal (1994), a linha do tempo é o primeiro elemento na base da personalidade. Memórias, decisões, experiências, boas ou ruins, são nela coletadas ao longo do tempo e determinam como nós nos relacionamos com o mundo. A forma de armazenar a memória afeta o modo como vivemos a vida. Essa técnica permitiu à família identificar os momentos de estresse e de acontecimentos significativos ao longo da história. A percepção de padrões interacionais e intergeracionais pode levar à mudança significativa, transformando a experiência em conhecimento.

A linha do tempo familiar (LTF) pode ser elaborada a partir do próprio genograma. Para o presente estudo, optei por realizá-lo de forma independente. Elaborei uma linha vertical com cada família, na qual coloquei as datas e fatos mais importantes. Para organizá-la, tracei uma linha explicando ser essa a linha do tempo familiar. A pergunta fundamental foi: em que ano começou essa família? A partir daí, fomos reconstruindo a história familiar.

#### **4.5 Saturação dos Dados**

Em pesquisa qualitativa, segundo Trentini e Paim (2004, p.74), “o termo saturação geralmente é utilizado para designar a repetição do conteúdo das informações”. Então, quando ocorrer repetição de informação, quando estas não acrescentarem dados para a pesquisa, quando não houver mais novos elementos, o tamanho da amostra pode ser considerado suficiente.

Trabalhar com processo de vida às vezes pode confundir a pesquisadora quanto à questão da saturação dos dados. Por vezes, parecia que os dados eram insuficientes e que precisaria estender a pesquisa por um período maior do que fora planejado. Ao entender que a vida é um processo dinâmico, constatei que, quando determinada situação encerrava, outro fato surgia, o que me levava a pensar que a saturação dos dados não aconteceria. Compreendi, então, que, pelos objetivos traçados, houve informações suficientes para compor o presente

estudo. Entretanto, continuo acompanhando as Famílias I e III, sistematicamente, porque se enquadram na clientela de cuidado contínuo.

O processo de cuidado foi entendido como um processo participativo, educativo, intuitivo, reflexivo, criativo e estético, com vista ao desenvolvimento e crescimento do potencial de cada família do estudo. Reiterou a liberdade e estimulou o ser a assumir suas próprias decisões de forma crítica e consciente da realidade em que estava inserido, possibilitando o crescimento individual e familiar.

#### **4.6 Registro das Informações**

Trentini e Paim (2004) pontuam que na pesquisa qualitativa o registro das informações passam basicamente por quatro processos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Na fase da apreensão, é sugerido organizar e relacionar os dados com o objetivo de codificá-los e, posteriormente, categorizá-los, de conformidade com as seguintes nomenclaturas:

**NE- Notas de Entrevista** – São os registros feitos imediatamente após cada encontro. As entrevistas foram transcritas na sua íntegra, preservando a linguagem dos participantes.

**NO- Notas de Observação** – Nesse item, são registrados as observações realizadas durante a entrevista. Essas contemplam desde o tom de voz, expressão do olhar, espaço físico, ruídos, comportamentos dos participantes e da pesquisadora. É valorizada também a comunicação não-verbal do participante, pois essa geralmente traz informações adicionais para o registro. Percebia que em algumas situações, a pessoa entrevistada demonstrava dificuldade em explicitar seu pensamento através da fala. Então, gestos, mímicas, passavam a ser elementos significativos de informação.

**NT- Notas Teóricas** - Nesse item é incluído as reflexões entre pesquisadora, participantes e o referencial teórico-filosófico. Foi um diálogo

contínuo entre teoria e prática, entre os dados obtidos e o Cuidado Transdimensional.

**NM- Notas Metodológicas** – Foram constantemente revistas as estratégias métodos e técnicas utilizadas para o processo de cuidado. De conformidade com as necessidades, conforme preconiza tanto a PCA, quanto o Cuidado Transdimensional, as ações de cuidado também foram freqüentemente revisadas.

**NC- Notas de Cuidado** - São registradas as ações de cuidado da pesquisadora, dos próprios membros da família e os cuidados realizados pela rede de suporte social. Concomitante ao cuidado, os des-cuidados também foram registrados.

**ND- Notas de Diário** – São anotações diárias das dúvidas, percepções, angústias, medos, conquistas, enfim, todo o sentimento vivido que envolvia o processo. Essas anotações foram o fio condutor para reflexão e análise. Esse item é também por mim entendido como **Diário de Campo**. Essa fase é denominada de **apreensão**. O processo de registro ocorria logo após a realização de cada encontro. As entrevistas gravadas foram primeiramente transcritas em formulário próprio (anexo C e D). Após a transcrição, eu as lia, relia e incluía as notas de observação relacionadas ao tom de voz, gestos que acompanhavam as falas, momentos de silêncio, expressões corporais que se destacavam durante o encontro. Segundo Trentini e Paim (1999 e 2004), essa modalidade possibilita maior riqueza de detalhes, facilita a imersão gradativa nos relatos das informações, contribuindo para a reflexão, interpretação e correção dos vazios que normalmente podem acontecer.

Na seqüência, as informações foram validadas com os participantes para assegurar a veracidade e consistência das informações, bem como oferecer oportunidade para corrigir, completar, excluir e comentar as informações.

## 4.7 Análise

Mantendo a coerência com os referenciais teórico-filosófico e metodológico, a análise dos dados se deu concomitantemente à coleta de dados. Uma vez transcritas e identificadas, fiz a codificação das informações e dos temas, destacando-os por relevância e repetição, o que ajudou a separá-los de conformidade com a idéia central que expressava. Então, a codificação é o reconhecimento de palavras, frases, parágrafos ou temas chaves que emergiram durante as entrevistas.

O passo seguinte foi isolar cada código que se destacou. Para isso, foi necessária uma leitura cuidadosa dos relatos, para encontrar a palavra central que representa o tema que norteou o processo de análise a partir de cada código, e desses, foram originadas as categorias.

Realizadas a codificação e categorização dos dados, os mesmos foram interpretados e analisados à luz do referencial teórico-filosófico desta proposta, que envolveu três processos de acordo com a PCA: **Síntese**: diz respeito à análise subjetiva das variações e associações das informações. A síntese é alcançada quando se consegue dominar o tema da investigação e memorizar o que ocorreu no contexto em estudo. **Teorização**: é uma fase em que a pesquisadora é estimulada a desenvolver um esquema teórico a partir do processo de síntese. Temas, conceitos e dados relevantes foram destacados. A grande quantidade de informações exigiu um olhar minucioso, atento, um trabalho intelectual rigoroso, para extrair os principais dados. O processo de **Transferência** acontece no momento em que os resultados são socializados, cuidando para não ser confundido com o processo de generalização.

## 4.8 Rigor do Estudo

Em estudos científicos, a atenção ao rigor é um item importante a ser considerado, especialmente em pesquisas qualitativas, por essa trazer o rótulo de muitas formas de interpretação. Sandelowski (1986) sugere que sejam

observados alguns critérios como: credibilidade, transferibilidade ou aplicabilidade e consistência.

**Credibilidade** - Um estudo qualitativo é verossímil quando apresenta descrições e interpretações de uma experiência humana tão fidedigna, que a pessoa que tiver passado pela experiência, reconhecerá como sua. Também é verossímil, quando outra pessoa, mesmo não tendo passado pela experiência, após a leitura, reconhece o personagem ao se confrontar com ele. Como forma de maximização da credibilidade do estudo, permaneci em campo no período que se estendeu de fevereiro de 2003 a maio de 2004, tempo que considerei suficientemente longo para possibilitar o contato com os participantes da pesquisa. Procurei, nesse período, apreender o mais profundamente possível as informações por eles oferecidas, preencher vazios e corrigir análises equivocadas.

Com essa mesma finalidade, procedi à validação das informações com os participantes. As análises foram discutidas ao longo da pesquisa e deixadas em aberto para possíveis alterações. Sandeslowski (1986) defende que a validação pelos participantes é uma técnica que se propõe a estabelecer a validade das interpretações feitas pela pesquisadora e para assegurar que os participantes tenham acesso ao que foi feito com seus relatos. Traduz-se em uma obrigação profissional de fazer ciência. É um processo que atravessa o estudo qualitativo e assegura o rigor do mesmo.

**Transferibilidade ou Aplicabilidade** - Esse critério refere-se à possibilidade de transferência dos resultados para outros contextos, ou, para o mesmo contexto em outro momento. A decisão sobre a aplicação fica ao encargo daquele que pretende utilizá-lo. Seguindo as recomendações de Sandelowski (1993), descrevi cuidadosamente o contexto do estudo, os participantes da pesquisa, a metodologia da coleta, registro, análise e interpretação das informações obtidas, acreditando que esse procedimento poderá ajudar o leitor a decidir-se pela aplicação ou não dos resultados em um novo contexto.

**Consistência** - Refere-se à estabilidade dos resultados no tempo, à possibilidade dos achados serem consistentes no caso de replicação da

investigação com os mesmos participantes ou em contexto similar. Em atenção à consistência de achados qualitativos, é utilizado a auditabilidade como um critério de rigor ou mérito, a qual possibilita aos interessados seguir claramente o percurso de decisões utilizado pela pesquisadora em um determinado estudo. A auditabilidade, segundo Sandelowski (1995), é adquirida pela descrição de como a pesquisadora tornou-se interessada na questão em estudo; como vê a questão estudada; o propósito específico do estudo; como os dados foram coletados; quanto tempo demorou a coleta de dados; as técnicas utilizadas para determinar a credibilidade e a aplicabilidade dos dados. Nesta pesquisa, a auditoria foi realizada pela orientadora e co-orientadora do estudo que avaliaram todo o processo desde as informações brutas até o relato final.

Além do exposto, procurei atender às recomendações de Trentini e Paim (2004, p.99-102) para assegurar a credibilidade da PCA quando: fiz a contextualização do problema e justifiquei a escolha do tema, mostrando com clareza a trajetória de construção do fenômeno; informei aos participantes sobre os objetivos do estudo, os procedimentos metodológicos e a importância do mesmo para a sociedade. Os dados apresentados retratam as informações dadas pelos participantes; as entrevistas foram realizadas em local reservado, preservando a total liberdade de expressão e o sigilo das informações. Procurei desenvolver a análise e interpretação das informações de forma consistente, enfocando os pontos que mais se destacaram. Não apresenta resultados definitivos ou verdades acabadas; mostra a associação explícita entre teoria e prática.

#### **4.9 Questões Éticas**

Além da ética necessária às situações do cotidiano, observei, nesta pesquisa, os cuidados éticos. Os cuidados éticos foram delimitados com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993), os quais enfatizam, sob a ótica do indivíduo

e das coletividades, quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O primeiro princípio, o da **autonomia**, essencialmente, permite ao(a) participante plena liberdade de decisão em participar da pesquisa sem nenhum tipo de coerção, bem como ser informado quanto aos objetivos, procedimentos e divulgação dos resultados.

O princípio da **beneficência** é entendido como a obrigação moral de agir em benefício dos outros, conforme que se vincula ao princípio da efetividade em saúde. Assim, pode aumentar a consciência do participante sobre sua própria situação de vida, enquanto fala de si (Beauchamp e Childress, 1994).

O princípio da **não-maleficência** implica em não infligir danos intencionais. Segundo Beauchamp e Childress (1994), isto requer da pesquisadora habilidade para que não provoque nenhum prejuízo ao participante. Nestas circunstâncias, existem três possibilidades que foram devidamente observadas: não invadir a privacidade, *evitar a abertura de novas feridas* e manter o anonimato.

Por último, o princípio da **justiça** está relacionado a um tratamento eqüitativo e apropriado a cada participante. Segundo Japiassu e Marcondes (1996), consiste na virtude moral de reconhecimento que devemos dar ao direito do outro, estabelecendo o direito como um ideal e exigindo seu acatamento e sua aplicabilidade. Estes visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Em atenção à eticidade da pesquisa, a proposta foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, processo N.º 17/03. A partir da aprovação, ao entrar em contato com os participantes, forneci os esclarecimentos acerca da pesquisa e solicitei a adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A) para que fosse assinado. O referido termo foi emitido em duas vias, uma das quais foi entregue aos participantes, enquanto a outra permanece com a pesquisadora. No próximo capítulo, descrevo a história colhida, tendo como apoio a PCA e o Cuidado Transdimensional.

## **CAPÍTULO V**

### **AS FAMÍLIAS EM FOCO**

*O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis*

(Fernando Pessoa).

Conhecer a história dos participantes foi um dos aspectos marcantes nesse estudo. O processo de conhecimento é fundamental para o cuidar. Houve avanços e retrocessos. Idas e vindas. Mas houve o mais importante: conhecer um pouco mais do ser humano que se desvela no cotidiano; que se entrega ao momento e divide sua experiência. Esse é o conteúdo do presente capítulo: a vida como ela é, para os personagens da Família I, Família II e Família III.

## 5.1 Família I

A Família I é constituída por três gerações: o casal, Pedro\* (44 anos) e Maria\* (45 anos); os filhos, Téo\* (22 anos), Cida\* (20 anos), Rogério\* (19 anos), Jaime\* (10 anos) e o neto Ricardo\* (15 meses), filho de Cida.

Pedro e Maria vivem juntos há oito anos. Quando dessa união, Maria já tinha os quatro filhos, sendo que os três mais velhos são do primeiro casamento e o mais jovem é de uma outra relação. Pedro também já foi casado e tem filhos que moram em outra cidade. Não sabe precisar quantos e onde estão. Não mantém contato com eles há mais de 10 anos. Pedro e Maria tiveram um filho, que foi entregue para adoção quando esse tinha três meses.

---

\* Nomes fictícios

Moram em uma casa em um bairro pobre e de alta criminalidade. Alugada no valor de R\$ 50, 00, a casa é de madeira, com três pequenos quartos, sala e cozinha conjugadas, banheiro na área externa da casa. A família já viveu inúmeras separações e ao retornarem ao convívio, juntaram seus pertences e dividem o mesmo teto. Assim, a geladeira é de Cida; o fogão é de Maria; o televisor é de Pedro; o sofá é de Téo. Móveis e utensílios adquiridos através de doações, pois, segundo eles, enfrentaram muitas dificuldades na vida. Maria é a única que tem emprego fixo e ganha um salário mínimo. Pedro é catador de lixo reciclável e nem todos os dias vai trabalhar. Sua renda mensal gira em torno de R\$100,00. Ganha uma cesta básica do programa DST/AIDS, por ser portador de HIV/AIDS. Maria e o filho do casal, não são soropositivos para HIV. Cida é profissional do sexo e o que ganha não é suficiente para manter-se. Seu marido está preso. Rogério também está detido no presídio por assalto à mão armada. Téo é o mais itinerante: ora fica em casa, ora mora com uma companheira. Tem um emprego, mas responde processo administrativo por faltar ao trabalho e por excesso de atestado médico.

A Linha do Tempo a seguir dá uma idéia geral dessa família:

#### 5.1.1 Linha de tempo (LTF) - Família I

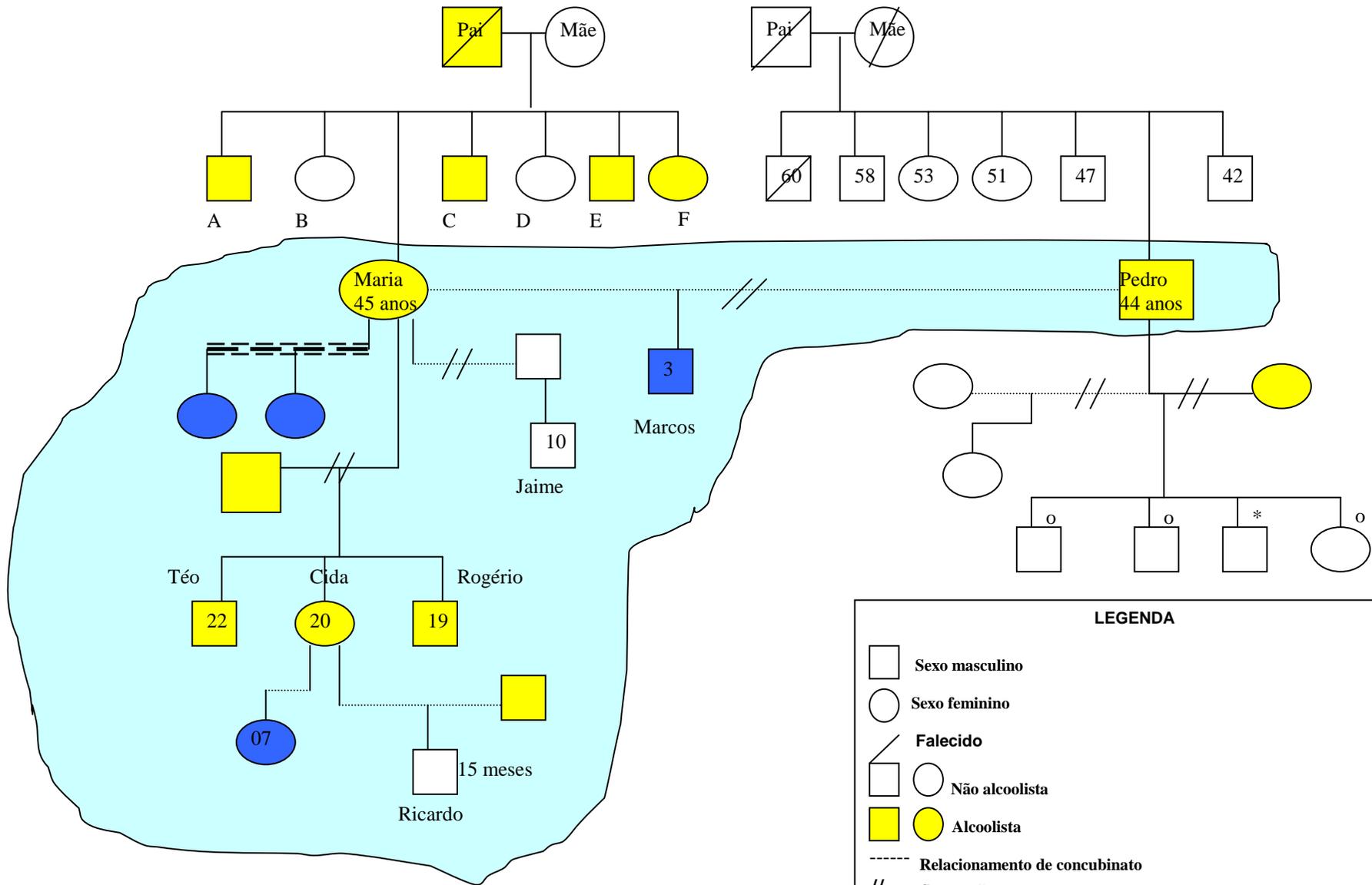
<b>20-08-1957</b>	Nascimento de Maria
<b>1963</b>	Primeiro coma alcoólico de Maria (seis anos)
<b>1971</b>	Maria sai de casa e inicia na prostituição (14 anos)
<b>1972</b>	Maria teve a primeira filha – doou (15 anos)
<b>1976</b>	Maria teve a segunda filha – doou (19 anos)
<b>1977/78/79</b>	Bebendo e se prostituindo
<b>1980</b>	Nascimento de Téo
<b>1981</b>	Casamento com o pai de Téo
<b>1982</b>	Nascimento de Cida – Foram morar no Estado do Mato Grosso
<b>1984</b>	Nascimento de Rogério
<b>1985</b>	Continuavam morando em Mato Grosso; passavam privações de toda a ordem. Marido também bebia e tentou matar Maria

<b>1985</b>	Maria volta com os filhos para Santa Catarina e não é aceita pela família
<b>1985</b>	Mudou-se para Camboriú-SC
<b>1985</b>	Intervenção do Conselho Tutelar e Maria foi encaminhada para o Hospital Psiquiátrico Colônia Santana
<b>01/1986</b>	Alta do hospital e mais uma recaída
<b>01/1986</b>	Interna no hospital geral e inicia novo tratamento
<b>02/1986</b>	Teve alta hospitalar e recomeça sua vida; conseguiu ficar nove anos em sobriedade.
<b>1986</b>	Passa por sérias dificuldades financeiras. Para garantir alimento para os filhos, aceita morar com um senhor de 70 anos que tinha boas condições financeiras.
<b>1987</b>	Separou-se e foi morar novamente sozinha com os filhos
<b>1987</b>	Conseguiu um emprego, participou da Associação de Recuperação do alcoolismo – ARAL.
<b>1989</b>	Eleita Coordenadora do grupo ARAL
<b>1990</b>	Secretária da Igreja e catequista. Fase de bons empregos
<b>1991</b>	Apaixonou-se por um jovem de 18 anos e engravidou
<b>1992</b>	Nascimento de Jaime; separou-se do companheiro.
<b>1993</b>	Ganhou uma casa da prefeitura
<b>1994</b>	Bons empregos, bons salários, conseguiu mobiliar a casa.
<b>12/1995</b>	Conheceu Pedro e foram morar juntos
<b>01/1996</b>	Maria recaiu
<b>02/1996</b>	Vendeu a casa e foi embora para Curitiba com Pedro e Jaime. Os outros filhos ficaram com um tio. Em Curitiba não conseguiram emprego e foram morar na favela
<b>1996</b>	Cida inicia na prostituição
<b>03/1996</b>	Maria se separa de Pedro e volta para os filhos
<b>04/1996</b>	Recomeça mais um tratamento para alcoolismo e retoma seu emprego
<b>1996</b>	Cida sai de casa
<b>07/1996</b>	Pedro volta e se reconcilia
<b>08/1996</b>	Voltam a beber

<b>1997</b>	Dias difíceis; sem emprego, sem dinheiro e muita briga.
<b>1997</b>	Cida tem uma filha e doa
<b>1998</b>	Continuam bebendo e enfrentando dificuldades
<b>1999</b>	Maria engravida e descobre que Pedro é soropositivo para HIV
<b>01/2000</b>	Nasce o filho. Feito exames para HIV e ambos não foram contaminados. Enfrenta preconceito por causa da AIDS
<b>02/2000</b>	Maria e Pedro voltam para Curitiba levando Jaime e o menino de um mês
<b>03/2000</b>	Em situação de miséria sofreram intervenção do conselho tutelar e perderam a guarda das crianças
<b>05/2000</b>	Recuperam a guarda de Jaime e doam o filho menor. Voltam a morar com os demais filhos
<b>2002</b>	Tempos difíceis com muita bebida. Cida saindo e voltando para casa. Rogério envolvendo-se com drogas; Téo não se fixando em nenhum emprego.
<b>08/2002</b>	Maria decide parar de beber e recomeça a estudar
<b>15/01/2003</b>	Rogério envolve-se em um assalto e é preso
<b>01/02/2003</b>	Maria começa a trabalhar em um emprego fixo
<b>25/02/2003</b>	<b>Início da pesquisa</b>

Segue genograma da Família I:

# Genograma das Famílias I



**LEGENDA**

- Sexo masculino
- Sexo feminino
- Falecido
- Não alcoolista
- Alcoolista
- Relacionamento de concubinato
- // Separação
- doado
- \* Registro com o sobrenome do pai
- o Não registrado com o nome do pai
- Pai desconhecido

### 5.1.2 A História de Maria

Terceira filha de uma família de sete irmãos, quatro mulheres e três homens. O pai era alcoolista e morreu em consequência disso há mais de 10 anos. Quando bebia era agressivo e se tornava um homem violento. Viu a mãe ser espancada inúmeras vezes. O pai abandonou a família quando o irmão mais jovem tinha seis meses. Desde criança, Maria gostava de beber e sempre que podia roubava cachaça do pai. Com seis anos teve seu primeiro quadro de coma alcoólico. Na adolescência, o alcoolismo intensificou-se e com ele veio a prostituição. Teve duas filhas, as quais foram doadas por não ter condições de sustentá-las.

Com 22 anos foi para uma cidade do estado do Paraná, onde conheceu um jovem com o qual se casou. Tiveram três filhos e viveram juntos durante oito anos, com muitas dificuldades, porque ambos bebiam. Em 1985, morava em uma cidade do Mato Grosso e lá, o marido tentou matá-la, sendo socorrida pelo filho mais velho que tinha na época cinco anos. Com os filhos, voltou para Santa Catarina e se separou do marido definitivamente. Voltou com a esperança de ser acolhida pela família, o que não aconteceu. A família não aceitava a separação. Para eles, mulher separada perdia o respeito e não merecia mais nenhuma oportunidade.

Em consequência disso, foi à procura de uma irmã que morava em outra cidade de Santa Catarina. Ao chegar lá, deparou-se com mais uma situação difícil. A irmã vivia na mais completa miséria e não pode lhe dar abrigo.

*Eu queria mudar de vida. Não encontrei apoio na minha família. Queria mostrar para a sociedade e para todos de que eu era capaz, que não precisaria de nenhum homem para me ajudar. Aluguei um barraco de uma peça em uma favela, matriculei Téo na escola e os menores na creche. Procurei emprego e não encontrei. Depois de esgotadas as possibilidades, recomecei a beber e para isso vendi o pouco*

*que tinha para poder comprar cachaça. Bebia tanto que cheguei ao ponto de não conseguir sair de casa nem para comprar a bebida. As crianças faziam isso. Ninguém tem idéia do que isso significa. A gente sabe que está errada, quer mudar, mas não consegue. Era terrível não ter o que dar para meus filhos e fazê-los mendigar comida com estranhos para podermos sobreviver (Maria).*

O filho mais velho, Téo, com cinco anos, cuidava dos dois menores, Cida de três e Rogério de um ano. Houve, então, uma denúncia e uma Assistente Social providenciou o retorno deles para Concórdia. Um dos irmãos de Maria foi buscar as crianças e ela foi encaminhada para tratamento em um Hospital Psiquiátrico de Santa Catarina. Isso foi em 1985. Fez o tratamento, não soube precisar o tempo. No retorno, com o apoio da família, do médico e de amigos, começou a participar da Associação de Recuperação do Alcoolismo - ARAL. Ficou nove anos em abstinência, e nesse período, foi coordenadora, por um ano, desse grupo de auto-ajuda. Com persistência, conseguiu construir uma casinha de chão batido em um bairro distante há cinco quilômetros do centro da cidade. Segundo ela, foi um período maravilhoso, no qual os filhos lhe davam total apoio. Conheceu uma Assistente Social que lhe deu emprego de diarista.

Aos poucos, comprava o necessário com o seu salário. As crianças freqüentavam a escola. Foi catequista durante três anos e secretária da igreja. Sentia-se importante. Teve mais dois companheiros, mas ambos bebiam e por isso foram relacionamentos breves. Aos 34 anos, teve uma paixão fugaz por um rapaz de 18 anos. Engravidou e teve Jaime, seu quarto filho. A relação entre os dois terminou antes de o menino nascer. Naquele período, ganhou uma casa da Prefeitura e nela foi morar com os filhos.

### 5.1.3 O Encontro com Pedro

Meses após, Maria conheceu **Pedro** por quem se apaixonou. Com ele, voltou a beber e começou a sofrer interferência dos irmãos. Pedro é um moreno claro, rosto expressivo, uma figura masculina bonita. Pais falecidos. É o penúltimo filho de uma prole de sete irmãos. Vem, segundo ele, de uma família que já foi unida. Recorda uma infância feliz, com um bom padrão de vida. O pai trabalhava em uma empresa, era um homem sem nenhum vício. Não fumava, não bebia. Seus valores fundamentais eram a honestidade e a sinceridade. Raramente saía de casa, era o provedor da família e a mãe a educadora e cuidadora.

Com 14 anos, Pedro teve seu primeiro emprego. Trabalhou durante quatro anos nas caldeiras de uma empresa em Concórdia. Saiu quando teve que ir para o exército e naquela época já bebia. Casou-se com 23 anos. Não soube precisar quanto tempo ficou casado e têm dúvidas quanto ao número e idade dos filhos. Após a separação do primeiro casamento, viveu com outra mulher em Curitiba durante dois anos. Tiveram uma filha, mas não a conheceu, pois se separaram antes do seu nascimento.

Teve 37 internações por causa do alcoolismo. Inúmeros empregos. Inúmeros relacionamentos. Tem filhos do primeiro casamento, do segundo e com Maria também teve um filho que foi doado. Desse modo, não tem contato com nenhum dos filhos. Nessas idas e vindas, segundo ele, a família o considerava morto. Ficou sem contato com a família durante nove anos (às vezes diz que foram 14). Relata que teve grandes oportunidades e chegou a ter bons salários. Jogou no Corinthians, mas não seguiu carreira por causa da bebida. Foi perdendo, gradativamente, os bens que possuía. Segundo ele, ainda possui um terreno que herdou da família de origem e que em breve vai construir a casa própria.

Com Maria, ambos bebendo, começaram as dificuldades financeiras e relacionais. Nenhum dos dois trabalhava. Para se verem livres de qualquer controle dos irmãos de Maria, decidiram ir para uma cidade do Paraná.

*Quando a gente perde o controle da bebida a gente perde o controle da própria vida. Pedro me disse que tinha uma casa em Curitiba e que lá teríamos trabalho. Aqui tinha que dar satisfação para meus irmãos. Sem pensar, vendi a casa que ganhei por R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) para o meu irmão e fui embora com Pedro. É difícil dizer isso, mas abandonei meus três filhos mais velhos e levei comigo somente Jaime. Ainda bem que um sobrinho cuidou deles (Maria).*

Chegando à cidade destinada, não havia casa alguma e nem oferta de trabalho. Foram morar em uma favela. Para sobreviverem, catavam papel e viviam na mais completa miséria, ambos bebendo de forma descontrolada. Pedro, quando embriagado, tornava-se agressivo e espancava Maria. Após quarenta dias, Maria pediu socorro à família. Ganhou uma passagem e voltou para os demais filhos, prometendo, mais uma vez, não beber mais. Pedro ficou em Curitiba.

Com acompanhamento psiquiátrico, conseguia trabalhar pela manhã como doméstica e à tarde como merendeira. Reiniciava uma nova etapa quando reencontrou Pedro. Voltaram a viver juntos e teve uma nova recaída. Foi no início deste segundo relacionamento que engravidou. Ainda trabalhava, quando no quarto mês de gravidez, soube que o companheiro era soropositivo para HIV. Fez todo o tratamento necessário e tinha marcado cesariana. No dia em que foi para o hospital o médico plantonista, fez parto normal.

Foi proibida de amamentar e conta que na maternidade uma médica pediatra ao entrar no quarto e vendo que estava amamentando, lhe tirou bruscamente o filho do colo, dizendo que não poderia amamentar porque teria AIDS. As companheiras da enfermagem ouvindo o comentário passaram a ignorá-la. Pela primeira vez sentiu o peso do preconceito. Relata ter feito 12 exames e todos deram negativos. Os exames realizados no menino, também foram negativos. Assim que saiu da maternidade, entrou para o programa do leite, e por

precaução, foi orientada para não amamentar. Após um mês, não ganhou mais leite e como não podia comprar, voltou a amamentar escondida.

Passavam novamente por sérias privações, venderam então o que restava e foram novamente para uma cidade do Paraná. Levaram com eles os dois menores, sendo que Téo, Rogério e Cida, ficaram com a avó materna.

Chegando lá, foram morar mais uma vez em uma favela. Novamente em condições de miséria, ambos bebendo, foram denunciados ao Conselho Tutelar. Naquela situação, perderam a guarda dos dois meninos. Pedro saiu de casa por uns dias e Maria voltou para Concórdia junto dos três filhos. Foi naquela circunstância, que o filho de Pedro e Maria foi entregue para um casal, e após, esses, o adotaram. Maria conseguiu retomar somente a guarda de Jaime. Dias após, Pedro voltou para a família.

Voltaram a conviver em família, mas com muitas dificuldades. Cida envolvida com delinquência, drogas e prostituição. Rogério também dependente químico e Téo não persistia no trabalho. Os filhos cresciam e se tornavam rebeldes. Maria faz mais um tratamento e consegue ficar abstinência. Em sobriedade recomeça a lutar para unir novamente a família. Conseguiu um emprego com carteira assinada e retomou seus estudos. Pedro continuava bebendo.

#### **5.1.4 Téo**

Pedro e Maria tinham dificuldade em educar as crianças, já que diante do alcoolismo perdiam a autoridade. Os filhos foram crescendo rebeldes e sem limites. Téo, o mais velho, é aquele que a literatura define como o 'herói'. Foi o 'bom filho' que assumiu o cuidado dos irmãos na ausência dos pais, com comportamento irrepreensível. Correspondendo ao esperado, assim que alcançou a autonomia desligou-se da família. Desinibido, falante, com traços da mãe, é uma figura simpática.

*Por ser o mais velho, a mãe dizia que eu devia ser a cartilha para os meus irmãos. Então eu tinha que ser modelo. Sei que por um longo período desempenhei um papel que não era o meu. Fui pai e mãe dos meus irmãos. A gente nunca sabia quando podia contar com a mãe. Chegou uma hora que cansei e saí de casa. Não consigo mais conviver com eles. Gosto de todos, mas não consigo ficar muito tempo ao lado deles (Téo).*

Começou a trabalhar cedo como guarda - mirim. Ficou no emprego durante cinco anos, idade máxima permitida. Foi *office boy*, empacotadeiro em um supermercado, e trabalhou também na Assessoria de Comunicação Social do município. Após seus 18 anos, não conseguiu mais se fixar em nenhum trabalho. Teve ótimas oportunidades que desperdiçava por faltar ao serviço.

*Não gosto de trabalhar em locais fechados, preciso de ar para respirar; preciso estar em contato com gente e por isso tenho dificuldade de me fixar em um emprego. Quando era criança vivia trancado dentro de casa cuidando meus irmãos, acho que fiquei com um trauma... (Téo)*

Gosta de beber e se alcooliza com frequência. Admite perda de controle quando bebe e que já bateu na irmã quando estava embriagado, respondendo processo por esse ato. Tem algumas namoradas e diz estar amando uma delas de maneira especial. Tem seu mundo próprio. Mora sozinho e visita a família esporadicamente.

### 5.1.5 Cida

Cida é a segunda filha do primeiro casamento de Maria. Com seus 20 anos chama a atenção por sua beleza física.

*Eu sou a ovelha negra da família. Quando criança incomodei muito a mãe, fugia de casa, andava com más companhias, cheirava cola, comecei a usar maconha cedo. A mãe chegou a me mandar para um Patronato para ver se me corrigia. Hoje, trabalho na boate como profissional do sexo. Tive uma filha com 15 anos e doeje para a madrinha porque não tinha como sustentá-la (Cida).*

Ao falar de si, não demonstrava inibição. Fazia questão de retratar-se tal como era. Demonstrou transparência desde nosso primeiro encontro. Tem consciência que fez a mãe sofrer. Na pré-adolescência, fugia dela, era rebelde e constantemente se envolvia com a polícia. Já trabalhou como carregadora de frango, doméstica e atualmente é Profissional do sexo. Conheceu o atual companheiro no carregamento de frango, que já era albergado do presídio por ter cometido vários crimes.

Apaixonou-se e foram viver juntos. Abriram uma boate, e ele deixou de se apresentar no presídio, o que lhe custou uma detenção de 10 meses. Naquele período estava grávida e teve o filho sozinha. Após a saída do companheiro do presídio, foram morar juntos em um município vizinho durante seis meses. O mundo do crime, das drogas lhe era familiar. Mesmo em liberdade condicional, o companheiro foi mentor de um assalto em janeiro de 2003, sendo novamente detido. Nesse assalto envolveu Rogério, irmão de Cida. Não tendo para onde ir, voltou para casa da mãe com o filho. Sabe dos defeitos do companheiro, mas gosta muito dele e pretende esperá-lo o tempo que for necessário. Enquanto o companheiro está detido, Cida continua na prostituição.

### 5.1.6 Rogério

É o terceiro filho de Maria e está detido no presídio por assalto à mão armada e formação de quadrilha. É usuário de maconha, cocaína e já fez uso de crack. Estudou até a oitava série. Iniciou com drogas aos oito anos por curiosidade. Nunca trabalhou. Tentou carreira de jogador de futebol em um time da cidade e foi com esta turma que conseguia mais droga.

Para conseguir a droga atuava como 'avião'. Comprava 300g., vendia 200 e usava 100g. Vendia para poder consumir. Quando a mãe descobriu ficou desesperada e pediu que abandonasse o vício, chegando a propor para que usasse só em casa.

*Eu estava envolvido demais, que não era só usar, tinha que vender também e se vacilasse corria riscos. Faço tratamento Psiquiátrico há muito tempo e em 1999 fui encaminhado para uma clínica de recuperação em Quilombo, Santa Catarina. Fiquei lá trinta dias e jurava que não iria mais usar drogas. Recebi até um certificado de reabilitação que entreguei para a mãe. Consegui ficar alguns dias sem droga, mas logo me encontrei com meu antigo grupo e voltei a fazer uso de maconha e cocaína. Aí começou uma etapa mais difícil ainda, a sensação de derrota, de incapacidade que me levou a cometer muitos erros (Rogério).*

Participava de pequenos furtos, mas não tinha nenhuma passagem pela polícia. Foi através do companheiro da irmã que se envolveu no assalto. Aceitou usar a arma, entrar no domicílio, render a vítima e praticar o roubo juntamente com outro menor. Nada foi roubado porque o plano não deu certo e ele foi preso em flagrante. Está detido aguardando julgamento.

### **5.1.7 Jaime e Ricardo**

Jaime, um garoto de 10 anos, é um menino aparentemente tranqüilo, estudioso e obediente. Um garoto solitário, fala pouco, mas tem um olhar expressivo no qual se percebe tristeza. Deixa claro que não gosta do padrasto, principalmente quando bebe porque bate na mãe. Embora não tenha medo dele, sua preocupação é pela mãe.

Ricardo é uma criança de 15 meses. Para a idade fala pouco e com dificuldade, mesmo assim o seu vocabulário é de conteúdo vulgar, fala palavrões sem saber o significado do conteúdo.

### **5.1.8 O Irmão de Pedro**

O irmão mais jovem ressaltou que a mãe protegia Pedro. Enquanto os demais estudavam e trabalhavam, Pedro nada fazia. Ganhava muito dinheiro como jogador de futebol, mas gastava tudo com mulheres e com bebida. Acredita que foi usuário também de outras drogas. Além do que ganhava a mãe lhe dava o dinheiro da pensão deixada pelo pai. Achava injusto voltar da escola à noite, muitas vezes sem ter conseguido jantar e ver o irmão nos bares bebendo.

Após a morte da mãe, o irmão foi embora sem mais entrar em contato com a família. Não soube precisar o tempo que ficou fora e confirma que todos pensavam que estivesse morto. Certo dia, um de seus irmãos que era caminhoneiro, deparou-se com um mendigo deitado à margem de uma rodovia de Santa Catarina e parou para socorrê-lo. Era Pedro. O irmão demorou alguns segundos para reconhecê-lo, dado a seu estado geral: magro, cabelos longos, roupas sujas. Levou o irmão para casa e reuniu a família para contar a novidade. Descrevia com emoção o impacto que isto causou em toda a família. Recuperaram um irmão que julgavam morto. Deram-lhe abrigo, roupas, refizeram todos os documentos, pois não tinha mais nenhuma identificação. Conseguiram

um emprego e quando acreditavam que tudo estava bem, Pedro voltou a beber e rompeu com a família.

*Eu gostaria de ajudá-lo, mas Pedro não permite. Você não imagina quanto nossa família já sofreu. Nosso irmão é o que chamam de 'ovelha negra' e foi o que mais teve oportunidade para ser um vencedor. Teve oportunidade de bons empregos, de constituir uma família, mas se deixou envolver pelo alcoolismo e outras drogas. Chega um momento que a gente desanima e desiste. Acho que nós desistimos. Mesmo assim, quando falo nele fico muito emocionado, afinal é meu irmão (irmão de Pedro).*

Uma cena que não consegue esquecer ocorreu a aproximadamente dois anos em uma noite de inverno, quando voltava de uma de suas viagens. Ao estacionar o caminhão no pátio da empresa onde trabalhava, viu um vulto que se deitava sob outro caminhão estacionado. Preocupado com a possibilidade de um acidente quando o motorista fosse sair no dia seguinte, chamou pela pessoa alertando do perigo que poderia estar correndo. A pessoa respondeu que estava cansada e com frio, por isso ficaria deitado sob o caminhão. Não conseguindo convencê-lo, procurou o guarda do estacionamento para ajudá-lo. Quando conseguiram tirar a pessoa de lá, viu que se tratava de Pedro. Convidou o irmão para ir dormir na sua casa e ele recusou o convite. Sem saber o que fazer, providenciou comida e roupas e o deixou dormindo dentro do seu caminhão. Seu estado geral estava novamente ruim. Apresentava uma ferida aberta em uma das pernas e sua higiene corporal era muito precária. Seus olhos ficaram marejados de lágrimas enquanto narrava o episódio. Assegurou que os demais irmãos tentaram ajudá-lo, mas Pedro parecia ser incorrigível e a família desistiu dele.

## 5.2 Família II

A Família II encontra-se numa situação mais privilegiada. Carmem, mora com sua mãe em uma casa de alvenaria em área central da cidade, com três suítes, uma ampla sala de dois ambientes, copa e cozinha conjugadas. Extensa área com churrasqueira, lavanderia, mais três salas destinadas à guarda de objetos. Possui carro, ampla garagem e um belo jardim.

Carmem tem 49 anos, casou-se em 1974 e separou-se no ano de 2000. cursou magistério e contabilidade, ambos equivalentes ao segundo grau. Alcoolista em recuperação há cinco anos, após oito anos de consumo. Trabalha em uma repartição pública. A mãe tem 89 anos, necessitando de cuidados constantes por ter artrose em ambos os joelhos, o que dificulta a sua locomoção. Carmem é a mais nova dos quatro irmãos. O pai faleceu há mais de 20 anos. Tem dois filhos com residência fixa em outra cidade. O mais velho tem 27 anos e o mais jovem 23. Ambos com curso universitário são independentes financeiramente. Visitam a mãe em datas especiais e mantêm contato semanal por telefone.

Segue a Linha de Tempo dessa Família:

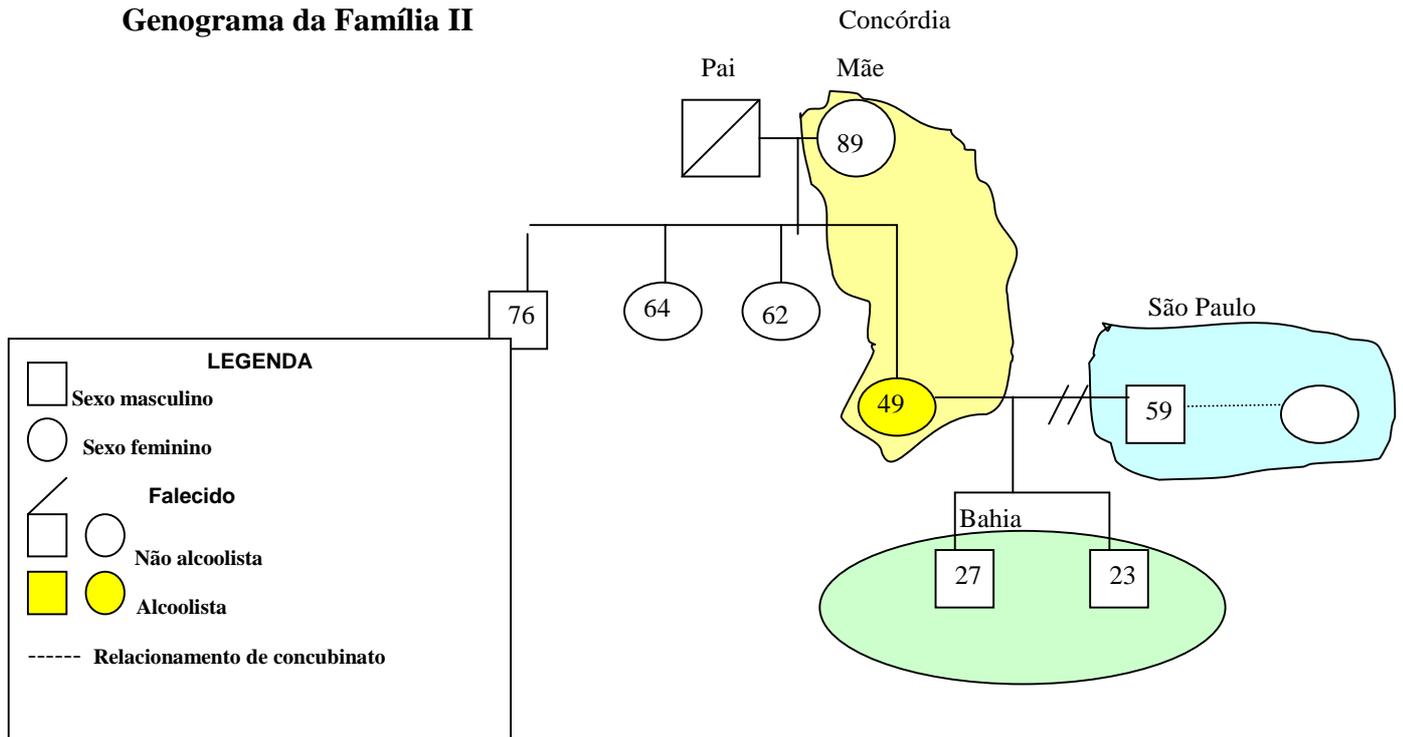
### 5.2.1 Linha de tempo (LTF)-Família II

<b>1954</b>	Nascimento de Carmem – infância, adolescência e juventude descritas como anos vividos em fartura e felicidade.
<b>1972</b>	Conheceu um jovem e começaram a namorar
<b>1974</b>	Após dois anos de namoro concretizou seu sonho de casamento
<b>1976</b>	Nascimento do primeiro filho
<b>1980</b>	Nascimento do segundo filho
<b>1982</b>	Viagem a passeio para os Estados Unidos

<b>1985</b>	Carmem começa a trabalhar
<b>1986</b>	Marido perde o emprego
<b>1987</b>	Início da crise conjugal e dificuldade financeira
<b>1988</b>	Filho mais velho sai de casa para estudar
<b>1990</b>	Início do alcoolismo
<b>1996</b>	Carmem, o marido e o filho mais jovem saem da casa da mãe para um apartamento a pedido da família.
<b>1997</b>	Carmem bebe diariamente. Marido a ignora.
<b>13/05/1998</b>	Foi para uma clínica fazer tratamento para o alcoolismo sem apoio do marido
<b>15/06/1998</b>	Teve alta da clínica e volta para casa. Marido continua indiferente
<b>1998</b>	Carmem recomeça a trabalhar e tenta resgatar o casamento
<b>1999</b>	Marido começou trabalhar em outra cidade e o casal passa a se encontrar somente nos finais de semana
<b>1999</b>	Carmem descobre que há muito seu marido tem outra mulher
<b>2000</b>	Separação definitiva do casal
<b>06/2003</b>	<b>Início da pesquisa</b>

Segue o Genograma dessa Família:

## Genograma da Família II



Carmem conta que teve uma vida maravilhosa. Quando nasceu, 13 anos após a última irmã, os irmãos já haviam saído para estudar. Com orgulho, narra que se sentia como filha única em meio a muita fartura. Foi uma criança feliz, com muita saúde. Aos dois anos começou a fazer balé. Desde pequena destacava-se no grupo da escola, da Igreja e entre os amigos. Na adolescência tinha seu grupo seleta. Com boa situação financeira, usufruía de regalias que outros jovens da sua idade nem sempre podiam ter:

Foi muito cortejada por rapazes influentes da sociedade, mas a maioria não passou de 'paquera'. Recordava com saudades das serenatas, das flores, das declarações de amor que recebia. Sentia-se precoce em tudo. Com 12 anos, mesmo sendo menor, dirigia o carro do pai. Como era de estatura pequena, para conseguir dirigir fazia uso de uma almofada para sentar-se no banco, caso contrário, não tinha visibilidade. Fazia programas na rádio local, cantava em casamentos, em grandes eventos e participava do teatro da escola.

Na sua adolescência e mesmo na sua juventude, ela e os amigos não usavam álcool ou outras drogas. Os encontros eram acompanhados de refrigerante ou chimarrão.

Em 1972, então com 18 anos, conheceu um rapaz por quem se apaixonou. Viveu um amor intenso e com ele se casou em 1974 quando tinha 20 anos e ficaram morando com os pais dela. O companheiro, 10 anos mais velho, trabalhava na área da educação. Era um homem respeitado pela sociedade. Tiveram o primeiro filho em 1976. Na gravidez teve algumas preocupações por ter tido rubéola e ter sido indicado aborto. Fez um tratamento rigoroso, o qual a fez engordar 28 quilos. O menino nasceu perfeito, pesando 2.750 Kg. Após quarenta e um dias do nascimento do filho, seu pai faleceu.

*Foi muita emoção. A chegada do nosso primeiro filho foi algo que não dá para esquecer, principalmente pelos riscos que corríamos. Não tínhamos a tecnologia de hoje. Não sabíamos se nosso filho seria perfeito ou se viria com alguma deformidade. Foi um dia glorioso. Após quarenta dias, papai faleceu. Outra emoção forte (Carmem).*

Envolvida com o filho, adaptava-se à vida de mãe e esposa. Após três anos e meio, engravidou do segundo filho e, desta vez, ao contrário da outra gravidez, emagreceu. Quando engravidou estava com 73 kg e no dia que foi fazer cesariana, estava com 63 kg.

Participava ativamente com o marido das atividades sociais. Viajavam muito, foram para o exterior várias vezes. Freqüentava as rodas sociais pela posição sócio-econômica que usufruíam e pela posição do marido, que exercia cargos importantes na sociedade. Nas festas, lembra que bebiam socialmente e não se dava conta do que estava acontecendo. Na verdade começou a beber em demasia e isso foi começando a destruir o casamento. Associado a isso, seu marido foi perdendo gradativamente os cargos que possuía, por questões

políticas. Em uma das trocas de governo municipal e estadual, foi afastado do trabalho.

Naquele tempo, Carmem já trabalhava fora e passou a ser a principal provedora da família. Entretanto, continuava bebendo sem se dar conta do que fazia. O filho mais velho foi embora com 14 anos para jogar futebol. Ficou com o menino de 10 e o casamento desmoronando.

Carmem bebia exageradamente e os irmãos pediram que o casal fosse morar em outro local, pois estavam causando transtornos na casa da mãe. Alugaram um apartamento e as dificuldades aumentaram. Sem o apoio da mãe e da família, Carmem descontrolou-se. Ela trabalhava, mas faltava ao serviço constantemente. O filho mais novo vivenciava com os pais aquele cotidiano.

Não tinha preferência por nenhuma bebida, bebia o que tivesse. Para disfarçar o odor característico, lavava a língua com perfume. No edifício onde morava encontrou uma pessoa que muito contribuiu para a sua recuperação. Essa amiga, percebendo seu estado, convidou-a para ir à igreja e participar do grupo dos carismáticos. Foi, segundo ela, uma experiência boa para sua vida. Contudo, não conseguia ficar sem a bebida. Não sabia por onde começar, não conseguia fazer nada sem antes beber um gole, pois suas mãos tremiam muito. Passou por momentos dramáticos, como em uma noite de Natal em que foi deixada trancada no apartamento pelo marido, por saber que se fosse à festa, beberia e acabaria com o Natal de todos. Sozinha, embriagou-se até não mais conseguir se manter em pé. Na volta da festa, marido e filhos se depararam com a cena degradante, e nenhum deles naquela situação, conseguia entendê-la e ajudá-la.

A pior fase de sua vida foi no final de 1997 e início de 1998. Perdeu o controle da situação e bebia o dia inteiro. Diante disso, com a ajuda da amiga, de uma assistente social e dos irmãos, foi incentivada a fazer uma desintoxicação em uma clínica particular. Os irmãos assumiram as despesas e ela aceitou.

Quanto ao marido, esse não fazia questão que ela fosse, pelo contrário, comentou que achava ser um investimento alto e que não valeria a pena. Na

época não se dava conta de que o marido não queria que fosse porque ele já tinha outra mulher.

Foi para a clínica acompanhada pelo marido, que durante a viagem continuou demonstrando não ser favorável ao tratamento. Ao entrar no quarto da clínica, lhe disseram que aquele havia sido preparado especialmente para ela. Não consegue explicar, nem entender o que lhe aconteceu. Após ter chegado lá, algo mudou dentro dela. Sentiu muita paz interior e necessidade de ficar só para repensar sua vida. Foi a partir de sua chegada na clínica que começou a transformação.

*Saí de casa chorando, preocupada com meu filho que estava fazendo cursinho em Itajaí e com o outro que estava longe. Enfim, sentia um aperto no peito indescritível. Quando cheguei lá, tive a sensação que estava entrando em um paraíso. Ao colocar os pés naquela clínica, senti que minha vida iria mudar (Carmem).*

Após uma semana de reclusão em seu quarto, só em contato com profissionais, passou a interagir com o restante do grupo. Identificou-se com alguns. Citou um médico cirurgião que havia perdido a clínica por causa da bebida. Conheceu jovens, adictos de maconha, cocaína e crack; aprendeu a amar pessoas de menor poder aquisitivo, a admirar os adictos e a ajudar os outros alcoolistas. À noite, habitualmente, sentava-se com os demais internos e faziam teatro. Muitos a procuravam para contar suas histórias e ela sentia-se capaz de ouvir e aconselhar. Foram 35 dias vividos intensamente e quando saiu de lá, sentia-se segura e confiante.

Ao retornar para casa, encontrou muita bebida ao seu dispor. Ninguém teve a preocupação de tirar qualquer garrafa. Ao contrário, percebeu que haviam aumentado a quantidade. Chegou em um domingo e na segunda-feira começou a trabalhar. Nunca participou de nenhum grupo de auto-ajuda. O marido continuava

tomando aperitivo antes e vinho durante as refeições. Sentia-se provocada por ele, mas a força para manter-se em sobriedade vinha de dentro dela. Tem consciência que não pode tomar o primeiro gole, pois poderá ser fatal. Faz cinco anos que está em recuperação e sente-se segura.

Enquanto bebia, suspeitava que o marido tivesse outra mulher, mas negava para si mesma essa possibilidade. Não entendia, ou não queria entender que estava sendo um objeto em suas mãos. Falamos sobre as possíveis causas da separação. Na sua percepção, não foi o alcoolismo. O fato de ter se tornado alcoolista pode ter sido fruto de um casamento mal sucedido.

Em 1998, ainda conseguiu controlar a situação e tentou salvar o casamento. Quando novamente mudou a política no estado em 1999, o marido conseguiu um emprego longe de sua cidade de origem. Naquela época, visitavam-se nos finais de semana, ora ele vinha para casa, ora ela ia até ele. Percebia que o relacionamento estava difícil e procurava reconquistar o marido, através de pequenas gentilezas. Voltou a lhe levar o café da manhã na cama, como no início do casamento e procurava fazer sua comida preferida. Preocupava-se em manter-se elegante, bem vestida e carinhosa.

Pouco a pouco foi percebendo que nada mais era importante para ele. Tudo era motivo para não ficar em casa. Almoçava e dizia que ia comprar jornal e voltava só no final da tarde. A situação se desvelou quando começaram as cobranças de lojas, nas quais ele comprava presentes para dar para outra mulher.

Foi no ano de 2000 que tomou a decisão de se separar, quando soube que seu marido já estava morando com outra mulher. Admitiu que foi algo muito difícil. Um sonho acabado que lhe deixou marcas profundas.

### **5.3 Família III**

A Família III é composta por três pessoas: o casal, Carlos (30 anos), Vera (36 anos) e uma filha de três anos. Moram em uma casa de alvenaria com 36m<sup>2</sup> com dois quartos, sala e cozinha conjugadas, banheiro interno, área de serviço,

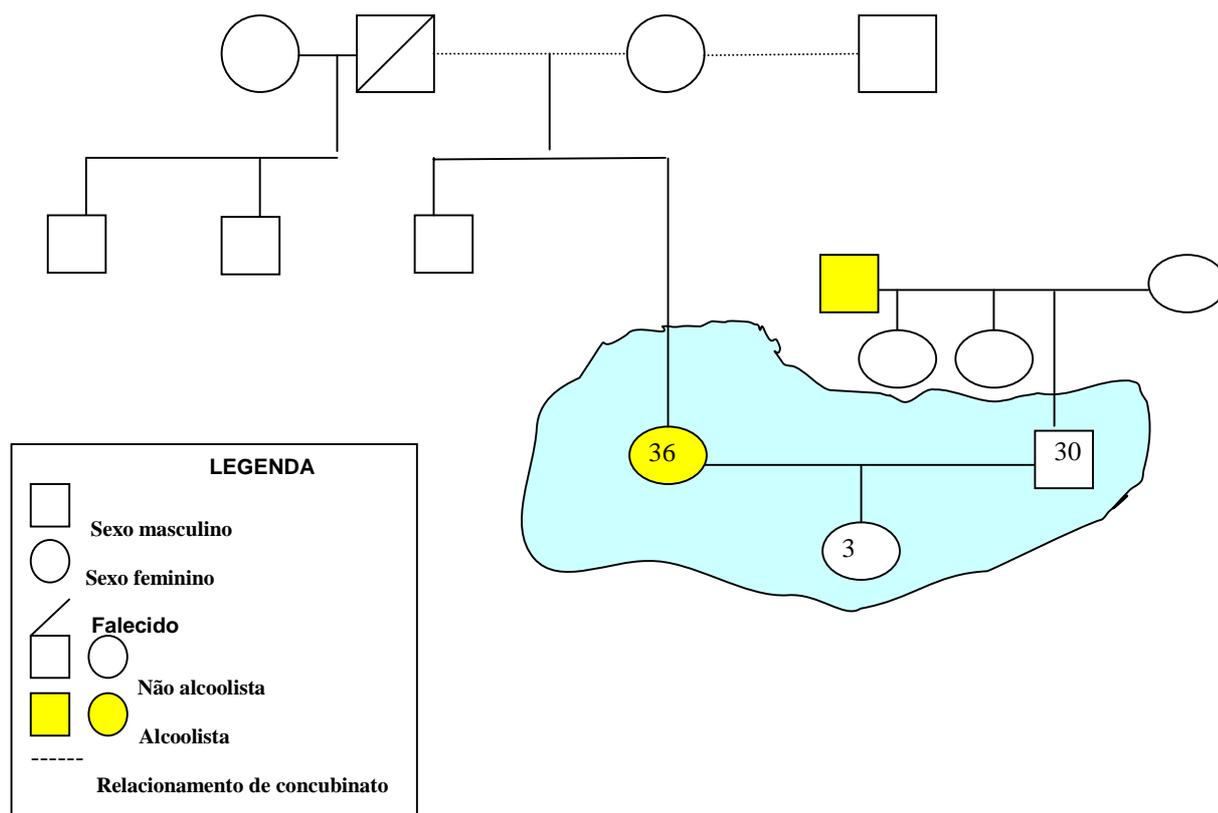
um amplo terreno, o qual permite ampliação da casa no futuro. Possuem carro, mobilete, micro computador, móveis necessários, TV, telefone, videocassete e eletrodomésticos básicos. Carlos é o único provedor da família, com um salário em torno de R\$ 800,00. Vera já trabalhou em uma empresa durante quatro anos e por incompatibilidade com a chefia, saiu do emprego.

Apresento, a seguir, a Linha de Tempo da família:

### 5.3.1 Linha de tempo familiar (LTF)-Família III

<b>1966</b>	Nascimento do irmão de Vera
<b>11/03/1967</b>	Nascimento de Vera
<b>1981</b>	Separação dos pais
<b>1981 a 1983</b>	Morou com o pai sem poder ver a mãe
<b>1983</b>	Volta para casa da mãe
<b>1986</b>	Concorreu a miss em sua cidade
<b>1987</b>	Teve depressão com tentativa de suicídio
<b>02/1996</b>	Conheceu Carlos em Belém do Pará
<b>06/1996</b>	Veio para Concórdia visitar Carlos e não mais retornou
<b>1998 a 2002</b>	Começa a trabalhar em uma empresa
<b>1999</b>	Engravidou
<b>02/2000</b>	Casou-se com Carlos
<b>27/03/2000</b>	Nascimento da filha
<b>2002</b>	É demitida do emprego
<b>23/04/2003</b>	Conheci Vera e Carlos. Ela estava internada no Hospital local para tratamento do alcoolismo
<b>13/05/2003</b>	Internou em uma clínica especializada para alcoolismo e outras drogas.
<b>16/06/2003</b>	<b>Início da pesquisa</b>

A seguir, o Genograma da família descrita:



Conheci Vera em um Hospital geral em abril de 2003, internada para tratamento de alcoolismo. Por solicitação de uma médica, aproximei-me de Vera. A princípio não tinha intenção de convidá-la para fazer parte da pesquisa, pois estava demasiadamente envolvida com a família de Pedro e Maria. Com o contato diário, nasceu entre nós uma relação de confiança e ela pedia-me para não abandoná-la. Durante as visitas conheci Carlos, o marido.

Já estava previsto uma internação de 35 dias em uma clínica especializada para tratamento de alcoolismo. Dia 13 de maio de 2003 foi encaminhada para essa clínica. Durante sua ausência, nas 5<sup>a</sup> feiras, Carlos e eu participávamos nas reuniões do Alanon - segmento dos Alcoolicos Anônimos- A.A voltado para a família. Carlos, na primeira reunião, expressou seu desânimo e seu pesar pelo comportamento da esposa. Frisou que não acreditava em sua recuperação. Além do alcoolismo, ela tem outros componentes que a fazem uma mulher de difícil

convivência. A filha do casal acompanhava o pai nas reuniões. Com seus três anos, era uma menina ativa, falante, desinibida e apegada ao pai.

Fizemos amplas discussões e uma pessoa em especial, naquele grupo, contribuiu muito. Trata-se de um pastor da Igreja Pentecostal, alguém sensível, interessado em saber mais sobre alcoolismo. Faz, voluntariamente, acompanhamento com famílias, especialmente àquelas que possuem alcoolismo em seu meio. Naqueles contatos, senti que o relacionamento com Carlos se fortaleceu e que não poderia abandoná-los naquele momento. Assim sendo, conversei com ele sobre a possibilidade deles fazerem parte do meu estudo quando Vera voltasse da clínica. Concordou prontamente.

Vera retornou da clínica no dia 16-06-2003, chegou dois dias antes do previsto. Estive na casa deles e solicitei a participação do casal na pesquisa. Vera, da mesma forma que o marido, também aceitou. Esclareci todos os objetivos, questões éticas, combinamos as entrevistas com consentimento para usar o gravador e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Vera voltou da clínica animada, dizendo ter gostado do tratamento. Começamos a freqüentar os Alcoólicos Anônimos.

No primeiro encontro com Vera, começamos fazendo o genograma e a LTF promovendo assim um ambiente de descontração. Vera falava pouco, pensava muito antes de responder qualquer pergunta. Parecia desconfiar de algo e isso era percebido em seu olhar que freqüentemente se desviava do meu; nos gestos intranqüilos das mãos e pernas; no sentar e levantar constante e no excesso de cigarro que fumava durante o encontro. Mesmo com dificuldade, Vera falou de sua vida.

Teve uma infância tranqüila, seu pai trabalhava em uma companhia aérea e tinham uma situação financeira razoável. Não lembra de nenhuma doença. É um ano mais nova que o irmão. Quando tinha 14 anos, os pais se separaram. A mãe envolveu-se com outro homem e o pai descobriu. O pai ficou com a guarda dos filhos, sem permitir que esses entrassem em contato com a mãe. Aquele período foi muito difícil, pois sentia falta dela. Precisava da figura da mãe, mas não lhe era permitido nenhum contato. Algumas vezes conseguiu se encontrar

com a mãe sem que o pai soubesse, o que lhe fazia sentir-se culpada por estar desobedecendo ao pai.

Tinha 17 anos, quando o pai deixou o emprego e foi trabalhar no garimpo. Não era permitida a presença de mulheres naquele local, por isso voltou para a casa da mãe. Houve então a separação dos irmãos, e segundo ela, foi outro momento difícil para enfrentar:

*Eu adorava meu irmão, era meu amigo e companheiro. Foi difícil porque me vi entre dois caminhos. Deixar meu irmão era ruim. Voltar para a mãe era algo que eu pensava que seria bom. Quando estava com meu pai sentia falta dela. Quando estava com a mãe, sentia falta dele. Eu sofri muito naquele tempo, por isso acho que os pais não devem se separar porque os filhos sofrem muito (Vera).*

Em meio a essas dificuldades, por volta de seus 20 anos teve depressão. Achava-se obesa e começou a tomar remédios para emagrecer. Exagerou na dose que culminou em uma depressão profunda, exigindo internação psiquiátrica durante 30 dias. Desde então, tem crises de depressão, não tolera engordar, e admite que tenha compulsão por compras. Trabalhou antes de conhecer o marido como autônoma vendendo roupas. Conheceu Carlos no ano de 1996 na sua cidade, quando esse prestava serviço para uma empresa do Rio Grande do Sul. Tinha então, 28 anos. Após 15 dias estavam namorando.

Carlos é o filho mais jovem, dos três irmãos. Nasceu no interior do município de Concórdia e teve uma infância simples, com dificuldades financeiras. Seu pai é alcoolista e isso gerava violência familiar, privação de amor e carinho. Mesmo assim, teve muitos amigos e apesar das dificuldades, foi uma criança feliz. Cresceu em meio à simplicidade e valores importantes como honestidade e respeito. Carlos tem um bom relacionamento com os pais e irmãs. Visitam-se com frequência. Atualmente o pai é alcoolista em recuperação.

Conheceu Vera em 1996 quando foi trabalhar para uma firma do Sul em Belém do Pará, onde Vera morava. Sentindo-se atraído por ela, começaram a namorar.

*Vera foi minha primeira namorada. Eu tinha 22 anos e ela 28. Eu sempre fui muito tímido, com pouca experiência. Tive uma educação rígida. Aprendi com meus pais que namoro e casamento era algo sério. A sexualidade estava latente em mim, mas só me envolvia em breves relacionamentos. Quando começamos a namorar, procurava me controlar e pensava que com minha namorada, deveria manter um relacionamento sem envolvimento sexual. Entretanto, algo muito forte aconteceu entre nós, e na primeira semana já houve envolvimento sexual também. Fiquei deslumbrado com a experiência de Vera e a paixão me deixou cego (Carlos).*

Carlos percebeu durante a breve fase de namoro que Vera bebia exageradamente. Por ser filho de alcoolista, temia por isso, não queria para si uma companheira que repetisse o comportamento do pai. Quando terminou seu trabalho, voltou para o Sul rompendo o namoro com Vera. Quatro meses após, ela insistiu em fazer-lhe uma visita e retomaram a relação.

No início, Vera sofreu com o processo de adaptação. Não se acostumava com a maneira das pessoas falarem, com a cultura daqui. Moraram inicialmente com os pais de Carlos, como não se entenderam foram morar com uma das irmãs de Carlos, o que também não deu certo.

Compraram uma casa em um conjunto habitacional onde vivem até hoje. Após quatro anos de convivência, em fevereiro de 2000, oficializaram o casamento. Em março do mesmo ano nasceu a filha. Naquele período, Vera trabalhava em uma indústria de alimentos e ajudava nas despesas da casa.

Vera conta que bebia 'socialmente' desde sua adolescência, mas foi após o nascimento da filha que desenvolveu a dependência. Sentia-se especialmente cansada ao chegar em casa e ter tantas tarefas para fazer. Beber era uma forma de amenizar o problema, sentia-se mais confortada. A partir disso, perdeu o controle. Quando deixou de trabalhar, o quadro piorou. Antes bebia no final da tarde, depois passou a beber o dia inteiro. Naquele período, a filha já estava na creche e por questão de segurança, Carlos a manteve lá.

As creches só aceitavam crianças cujas mães trabalhassem fora, porém, com a intervenção de uma Assistente Social da empresa onde Carlos trabalha, foi possível manter a garota naquele espaço até hoje.

Naquela época, Vera conta que, quando Carlos chegava em casa e a encontrava embriagada, lhe agredia. Foi espancada muitas vezes na frente da filha. Admite que tenha um 'gênio difícil', mas esperava dele mais apoio e compreensão. Carlos estava com os papéis de separação prontos quando Vera foi para a clínica. O processo foi suspenso por causa da situação de alcoolismo de Vera.

Carlos admitiu que em algumas ocasiões espancasse Vera. Sabe que é um erro grave, mas que era muito difícil para ele conviver com aquela situação. Chegava em casa e encontrava a esposa embriagada quase que diariamente. Ela não conseguia fazer as tarefas básicas da casa, assim, quando retornava do trabalho, tinha que fazer as atividades e cuidar da filha.

Durante nossos encontros, Vera mostrava-se agressiva quando se dirigia a Carlos. Provocava-o, retomando situações vividas: culpava-o pelo fato de há três anos não ver mais a família, enquanto ele visitava os pais toda a semana. Carlos não falava, mas seu olhar denunciava desprezo e ao mesmo tempo, indiferença. A cada instante parecia que aconteceria alguma agressão física. Vera se transformava na presença de Carlos. Quando estávamos sozinhas, Vera falava com carinho do companheiro e dizia que faria qualquer coisa para não se separar de Carlos.

Essa é uma síntese da história dessas três famílias. No capítulo seguinte, enfoco as relações de cuidado que aconteceram, tendo como critério fundamental, o Cuidado Transdimensional.

## CAPÍTULO VI

### CONVERGÊNCIA ENTRE PESQUISA E CUIDADO

*O universo não é uma idéia minha.*

*A minha idéia do Universo é que é uma idéia minha.*

*A noite não anoitece pelos meus olhos,*

*A minha idéia da noite é que anoitece por meus olhos*

(Fernando Pessoa, 1981:172).

Nas três famílias, o papel da mulher foi central, contrariando aqueles que defendem que a mulher pertence a um segmento vulnerável, e que o poder se centraliza no homem. Maria, Carmem e Vera, trazem uma história de luta e dor. Maria era a fonte de referência, a líder familiar. Com seu constante altruísmo, era a única que tinha emprego fixo e dava sustentação aos demais. Ao iniciar a pesquisa, já estava há seis meses em sobriedade e havia retomado seus estudos. Sonha no futuro ser Assistente Social. Entretanto, enfrentava situações difíceis com os filhos e companheiro. Carmem retomou sua vida, está conseguindo ficar abstêmia e adaptou-se às suas atividades normalmente. Vera é a que mais apresentou recaída e instabilidade emocional. Mesmo assim, é uma pessoa determinada que tenta lutar para realizar seus sonhos. Trago para esse capítulo, a trajetória da pesquisa, descrevendo as principais situações que exigiram o cuidado profissional, como também, o incentivo dado para que utilizassem seus próprios potenciais de cuidado.

## 6.1 Família I

Segue Linha do Tempo Familiar-LTF, a partir do início da pesquisa.

<b>25/02/2003</b>	<b>Início da pesquisa</b>
<b>02/03/2003</b>	Primeira entrevista com Maria
<b>04/03/2003</b>	Primeira entrevista com Pedro
<b>09/03/2003</b>	Primeira entrevista com Cida
<b>11/03/2003</b>	Primeira entrevista com Téo
<b>13/03/2003</b>	Primeira entrevista com a família (Pedro, Maria, Cida e Téo).

<b>14/03/2003</b>	Primeiro encontro com Rogério no consultório da médica psiquiátrica. Internação de Rogério no Hospital Geral
<b>15/03/2003</b>	Primeira entrevista com Rogério
<b>De 15/03 a 08/04/2003</b>	Processo de cuidado com Rogério em conjunto com acadêmicos de enfermagem e equipe de saúde
<b>08/04/2003</b>	Consulta Psiquiátrica de Rogério em Florianópolis e o retorno ao presídio
<b>09/04/2003</b>	Reunião com Promotor, Juíza e Advogado que acompanhavam o processo de Rogério.
<b>10/04/2003</b>	Entrada de pedido de Tutela Antecipada pelo advogado em favor de Pedro, contra o INSS.
<b>14/04/2003</b>	Mudança de advogado para Rogério. Acadêmicos do Curso de Direito da Universidade do Contestado assumiram o caso
<b>20/05/2003</b>	Primeira internação de Pedro
<b>Maio a novembro de 2003</b>	Nove audiências para desvendar o assalto que Rogério estava envolvido
<b>09/06/2003</b>	Pedro teve alta hospitalar e recomeçou em um novo emprego
<b>06/2003</b>	Cida começou a trabalhar com carteira assinada
<b>06/08/2003</b>	Cida conta que está grávida
<b>11/08/2003</b>	Cida faz aborto
<b>14/08/2003</b>	Cida interna e faz curetagem
<b>20/08/2003</b>	Cida apresentou um abscesso no seio direito
<b>22/08/2003</b>	Drenagem do abscesso
<b>28/09/2003</b>	Pedro recai
<b>01/10/2003</b>	Pedro sai de casa
<b>16/10/2003</b>	Pedro interna para mais um tratamento de alcoolismo
<b>01/11/2003</b>	Pedro recebe alta hospitalar e volta para casa
<b>03/11/2003</b>	Cida interna por picada de aranha e recebe o diagnóstico de sífilis
<b>15/12/2003</b>	Sai o resultado da Tutela Antecipada de Pedro. Passaria a ganhar um salário mínimo e um retroativo de R\$ 3.175,59 do INSS
<b>18/12/2003</b>	Sai a sentença de Rogério: condenado a cinco anos e oito meses de cadeia

<b>15/01/2004</b>	INSS recorre da sentença de Pedro
<b>15/01/2004</b>	Maria ganha na justiça R\$4.000,00
<b>02/2004</b>	Advogado recorre da sentença contra o INSS
<b>05/04/2004</b>	Início da liberdade condicional de Rogério
<b>08/05/2004</b>	Primeira quebra de albergue de Rogério
<b>15/05/2004</b>	Segunda quebra de albergue – Rogério novamente detido
<b>05/2004</b>	Pedro sai de casa após espancar Maria e Jaime
<b>06/2004</b>	Cida tem direito a suas primeiras férias
<b>06/2004</b>	Pedro interna para mais um tratamento
<b>06/2004</b>	Pedro volta para casa
<b>01/07/2004</b>	Maria muda de casa e se separa de Pedro

## 6.2 A Construção da Relação do Cuidado

Na Família I, Maria vivia uma experiência ímpar. Quando começou a falar de seu passado, deixava transparecer um sentimento de culpa e parecia querer resgatar algo. Em seu comportamento, eram observadas atitudes que encobriam as falhas dos filhos. Defendia-os com veemência – Rogério não estava envolvido no assalto; omitia informações dos demais filhos, e quando falava neles, destacava suas virtudes. Porém, os fatos eram evidentes: Rogério cometera um assalto e era dependente químico; Téo bebia em excesso e não conseguia manter-se no trabalho. Cida era profissional do sexo e usuária de drogas. Entretanto, para Maria, seus filhos eram perfeitos, e para cada situação havia uma explicação: Rogério sofreu a influência de más companhias; Téo não se fixava nos empregos porque tem asma; Cida trabalhava na prostituição porque não tivera outras oportunidades.

Assim, nos primeiros encontros, sentia como se andássemos em círculo. Foi após o nosso terceiro encontro que Maria começou a perceber que podia falar abertamente dos seus sentimentos. Começou a entender que eu não estava apenas fazendo uma pesquisa, e passou a me ver como alguém que poderia lhe dar apoio em suas necessidades. A partir disso, começamos uma relação na qual a confiança passou a ser destaque.

Além dos problemas emocionais, havia também dificuldades financeiras. Faltava o básico, como alimentos, roupa e calçado; o aluguel, a água e a luz estavam atrasados. Mesmo com todas as dificuldades, todo o sábado, durante 15 meses, Maria, tendo dinheiro ou não, arrumava uma sacola com pão, café, leite, refrigerante, biscoitos, cigarro e levava para o filho no presídio.

Foi necessário em uma determinada situação, fazer uma campanha para arrecadar roupas e alimentos, porque estavam passando fome. Não podia ficar indiferente àquela situação e após conseguir o intento, conversei longamente com Maria, procurando situá-la na realidade. Ponderei que no Presídio havia comida suficiente, que de certa forma tirava a comida dos demais filhos, que percebiam a situação, pois comentaram comigo:

*Para a mãe, o filho mais importante é o Rogério. Parece que quem erra é que mais ela protege, mais gosta. Ela tira as coisas de casa para levar no presídio e lá tem comida (Cida).*

Presenciei em alguns domingos, Jaime levar até o presídio um almoço especial que Maria fazia. A distância entre o presídio e a residência é de aproximadamente 12 km, e Jaime fazia esse percurso a pé ou com uma bicicleta velha. Após sucessivas conversas, Maria falou:

*Pensei muito em tudo o que falamos. Eu preciso e quero mudar. Não tenho só o Rogério de filho, vou dividir igualmente o que tenho entre todos. Se tiver que ir ao presídio de mãos vazias, vou sofrer, mas meu coração estará sempre cheio de amor e perdão (Maria).*

Era notória a dificuldade de gerenciamento do orçamento familiar. A família gastava mais do que ganhava. Foi após freqüentes diálogos, que comecei a observar tímida mudança. Mantínhamos contatos quase que diários e de forma transparente falava de suas angústias, dúvidas e de suas conquistas. Havia sintonia entre nós. Estivemos juntas nas nove audiências que ocorreram. Apesar da dor, dos inúmeros impasses ocorridos, Maria era a primeira a chegar e mantinha-se altruísta, acreditando, desde a primeira audiência, que o filho não seria condenado. Ficava a seu lado para apoiá-la, pois sabia que a condenação seria inevitável.

Maria cada vez mais se envolvia com o trabalho, com os estudos e com os filhos. Pedro passou a ser uma companhia que lhe causava preocupação, e o amor que sentia por ele parecia estar acabando:

*Estive pensando no meu passado e lembrando do que vivi com Pedro. Foi um amor louco, eu me apaixonei por ele de uma forma que não conseguia ver nada além dele. Por causa dele voltei a beber. Abandonei meus filhos acreditando nas mentiras dele. Vendi a casa que ganhei da Prefeitura e tudo o que eu havia conquistado. Fazia todas as vontades dele. Mesmo sabendo que tinha AIDS, transava com ele sem camisinha porque ele não gostava e eu queria agradá-lo. Doei meu filho porque não tinha como criá-lo (...). Sabe o que está acontecendo agora? O amor acabou! Não estou mais suportando que me beije, que me toque. Não quero mais ao meu lado alguém que só pensa em coisa ruim, que não acrescenta nada na minha vida. Por que não estuda comigo? Por que não se fixa em um emprego? Ele consegue somente me irritar, tem sido um peso muito grande para mim (Maria).*

Perguntei o que pretendia fazer:

*Vou conversar com ele. Se não tiver para onde ir, até que consiga um lugar pode ficar morando aqui, mas dormindo em cama separada. O que quero mesmo é que vá embora, de preferência para outra cidade. Ele ainda pode receber o dinheiro do INSS e viver bem sozinho ou com outra mulher (Maria).*

Pedro parecia não entender a mensagem da companheira. Era o membro familiar que mais dificultava a união da família. Seu pessimismo era algo marcante. Fazia observações que denegriam a imagem dos filhos de Maria. Contudo, quando se referia a ele – Pedro, colocava-se como uma pessoa de poder, de sucesso. Pedro tinha dificuldades em cumprir com os seus deveres. O que ganhava não era suficiente para manter a família e nem mesmo o seu alcoolismo e o seu cigarro.

Naquela família, a autoridade masculina perdeu sua força simbólica, não sendo mais capaz de mobilizar os elementos morais necessários à obediência. Demonstrava dificuldade de viver em grupo. Entretanto, a comunicação entre eles acontecia de forma grosseira, com conteúdos de ameaças e com previsões desastrosas:

*Esse aí [Jaime], quando crescer vai ser um bandido pior que o Rogério (Pedro).*

Pedro mostrava-se vulnerável diante dos enteados. As expectativas frustradas instauraram em Pedro um mecanismo que acabou em um emaranhado a que não conseguia responder. Ancorava-se na situação do HIV e do alcoolismo

como seu desafogo. Quando nos encontrávamos, percebia que sentia prazer em falar, mas nem tudo o que falava condizia com a realidade. Pouco a pouco fui percebendo que Pedro tinha por vezes, excesso de amor-próprio, e a fantasia era observada:

*Eu não tenho casa para morar porque a que herdei dei para minha irmã, mas tenho um terreno que logo vou construir uma casa e vou dar para a Maria (Pedro).*

Segundo Maria, Pedro nunca teve casa própria, nunca ganhou nada de herança e, portanto, nunca deu casa para ninguém. Sempre sorridente, colaborador durante as entrevistas, era comum observar excessiva emotividade, melindres e teatralidade. Por vezes, ficava confusa com o que ouvia, pois entendia que Pedro contava sua história baseado em fatos reais. Em uma das entrevistas, Pedro contou-me que era motorista de passageiros que compravam no Paraguai. Viajava todas as quintas-feiras, retornando nos sábados e ganhava R\$ 700,00 (setecentos reais) por viagem. Por mês isto se converteria em R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais). Não conseguia entender a dificuldade financeira que enfrentavam.

Em uma determinada situação, quando Maria reclamava da falta de dinheiro, comentei sobre os valores que Pedro dizia ganhar. Naquele momento esclareceu:

*Eu já devia ter te falado. Pedro mente muito. Nunca viajou para o Paraguai, o que ganha não dá nem para comprar o cigarro e a cachaça dele. Pedro foge do serviço e vive de fantasias. Foi assim que me apaixonei por ele. Prometeu um mundo de facilidades, disse que tinha uma casa em Curitiba, e na época por estar apaixonada, acreditava em tudo o que*

*dizia, tanto que abandonei meus filhos para ficar com ele. Vendi a casa que havia ganhado da Prefeitura porque lá em Curitiba nós tínhamos uma casa maior e melhor. O que aconteceu? Fomos morar em uma favela e para não morrer de fome fomos catar lixo. Pedro mente muito... (Maria).*

Procurei ficar mais atenta durante nossos encontros, na tentativa de ajudar Pedro a perceber a realidade. Apesar de tudo, ele fazia parte de uma família que lhe respeitava e que lhe dava apoio. Sua família de origem não o aceitava mais. As pessoas com quem convivia fora da família, estavam envolvidas com alcoolismo. Manter um diálogo com Pedro em sobriedade era uma tarefa difícil. Quando embriagado, a tarefa se transformava em algo impossível. Na tentativa de melhorar o quadro, juntamente com a Assistente Social do programa DST/AIDS, Assistente Social do Programa de Saúde Mental, mais os membros da família, convencemos Pedro a fazer mais um tratamento para o seu alcoolismo.

Após ter aceitado e conseguirmos a vaga, ele desapareceu durante três semanas. A internação se efetivou no dia 20 de maio de 2003 (três meses depois do início da pesquisa), após ter sido atropelado por uma moto. Em visível estado de embriaguez e higiene corporal precária, apresentava várias escoriações pelo corpo e um corte profundo na face lateral da perna direita. Após um longo e trabalhoso banho, naquela madrugada fria, foi efetuada a internação.

Durante os 20 dias que permaneceu internado, em parceria com os funcionários da unidade, acadêmicos de graduação de Enfermagem, fiz um acompanhamento diário com Pedro, no qual nossos encontros eram marcados pelo diálogo reflexivo. Ao aceitar a internação, Pedro abria mão do uso da bebida alcoólica e aí renascia um ser em sobriedade, que manifestava o desejo de um trabalho melhor, de uma vida mais digna.

Mesmo em sobriedade, Pedro, em algumas situações, continuava fazendo uso da fantasia e narrava fatos que não aconteceram. Frequentemente falava no filho que doou:

*O (...) veio me visitar. Disse que não quer mais morar com os pais adotivos porque são pretos (não é verdade). Ele quer voltar para casa. Brincamos, rolamos no chão, ele está muito esperto, ele é muito inteligente.*

*O doutor disse para eu assumir a coordenação da clínica. Aqui os pacientes fazem o que querem, e eu vou por ordem na casa (Pedro).*

Vivia seus momentos de fantasia. Acreditava no que dizia e, principalmente, durante as reuniões com todo o grupo da clínica, tentava se sobressair com depoimentos não verídicos. Nas reuniões da equipe técnica – Assistente Social, Médico, Psicóloga, Enfermeira, Terapeuta Ocupacional - Pedro era o cliente mais comentado, tido como 'difícil' por sua falta de colaboração.

Quando percebia que estava fantasiando, procurava trazê-lo para a realidade, embora fosse uma tarefa difícil, já que mantinha um curso único de pensamento nos fatos que narrava. Em muitas situações, era difícil saber quando Pedro falava algo real ou quando era fantasia. Aparentemente, mostrava-se interessado, dizia que queria cooperar com o estudo, mas ao mesmo tempo, dava informações inconseqüentes, superficiais, respostas evasivas. Estava diante de um quadro que não era só alcoolismo.

Dentro do hospital, não beber era uma tarefa simples. O desafio maior seria no momento da alta hospitalar. Isso era motivo de preocupação para a família e para mim. Pedro era catador de lixo reciclável, e o meio era propício para recaída. Ele próprio verbalizou isso:

*Se eu sair do hospital e voltar para a rua catando papel, não sei se consigo ficar sem beber, porque a maioria dos meus*

*colegas são meus companheiros de cachaça e sei que não sou tão forte quanto gostaria de ser (Pedro).*

Essas palavras mereceram destaque, porque habitualmente Pedro não era muito modesto. Admitir que pudesse recair para a equipe de saúde, era uma probabilidade de mudança. Com ajuda de outros profissionais e amigos, conseguimos um trabalho de motorista, no qual Pedro passaria a receber um salário mínimo, e assim, não precisaria mais sair de madrugada para catar lixo. A frase “se beber não dirija”, foi tema para profundas reflexões. Estava diante de um grande desafio: entregar um caminhão para ser conduzido por um alcoolista pode parecer um cuidado irresponsável. Contudo, acreditava na possibilidade de recuperação. Pedro parecia ciente que sua nova profissão não permitiria o uso de bebida alcoólica. Percebia orgulho quando contava para a equipe que seria um motorista e, assim, beber faria parte do passado.

Nesse processo, mais uma vez Maria foi a protagonista principal. Diariamente visitava-o no hospital levando seu apoio, incentivo e entusiasmo. Esteve comigo para conseguir emprego para ele. Empenhados em ajudar, todos se envolveram, fortalecendo não só as relações intra-familiares, como também as parcerias externas. Outros profissionais se mobilizaram para ajudá-lo, tais como, Assistente Social, Psicólogas, Médico, Enfermeiros, alunos de graduação de Enfermagem e Dentista. Pedro fez todo o tratamento dentário, paralelo à internação.

Concomitante a isso, através do Núcleo Jurídico da Universidade do Contestado, foi entrado com um pedido de Tutela Antecipada ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, em favor de Pedro. Conforme o artigo 20 da Lei número 8.742/93, essa, estipula o benefício assistencial de prestação continuada através de um salário mínimo mensal, ao portador de deficiência. Pedro, por ser portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em fase avançada, foi considerado deficiente pela justiça.

Após inúmeras audiências, em 15 de dezembro de 2003 foi julgado procedente o pedido. A União Federal e o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS foram condenados a concederem o benefício assistencial continuada no valor de um salário mínimo, bem como, pagar ao autor, (Pedro), as diferenças vencidas até a data do cálculo, correspondentes a R\$ 3.176,59 e vincendas, a partir do cálculo até a data da efetiva implantação do benefício. Pedro ficou radiante com o resultado, mas o INSS recorreu da sentença e foi postergado o resultado.

Paralelo ao cuidado com Pedro, os demais membros da família também eram cuidados. Através de contato freqüente, os laços de confiança entre nós se fortaleciam. Cida foi uma das participantes com quem mais tive facilidade de relacionamento. Nos nossos primeiros encontros, nossa conversa versava sobre o uso de preservativo, da necessidade de exames periódicos, consumo de álcool e outras drogas. Ela contava sua história de vida e assim começamos a refletir sobre a mesma. Perguntas como: Você está feliz com o que faz? Você gostaria de fazer algo diferente? Você já pensou em voltar a estudar? Essas questões surgiam espontaneamente e a faziam pensar. Percebia que aos poucos Cida começava a mudar. Ela me procurava para conversar, pedir sugestões, até que verbalizou sua vontade de sair da boate. Assim que manifestou a vontade de trabalhar fora da boate, com a ajuda de Maria, conseguimos um trabalho com carteira assinada.

No início, Cida trabalhava de segunda a sábado, mas aos sábados à noite, continuava indo para a boate. Argumentava que fazia parte do seu mundo e que sentia falta. Alguns meses após, procurou-me angustiada para contar que estava grávida. Pela primeira vez vi Cida fragilizada, temerosa, mas ao mesmo tempo decidida: *“não quero esse filho”*.

Falei com Maria sobre o que estava acontecendo e sobre a possibilidade de doar a criança. Aos prantos disse:

*Pelo amor de Deus eu não agüento mais ver filho para tudo que é lado. Eu já doei três. Cida um. Não sei o que é pior: fazer aborto ou doar. Se Cida ficar com o filho como vai trabalhar? Se Pedro ficar sabendo vai ser um inferno. Por favor, ajude minha filha decidir e me deixe fora disso (Maria).*

Cida não sabia dizer quem era o pai. Procurei acalmá-la e sugeri a adoção. Percebi que não seria fácil mudar sua opinião. Enquanto buscava alternativa, Cida, dois dias após, veio ao meu encontro radiante, dizendo que havia menstruado. Insisti em saber se era menstruação ou aborto. Apesar de ter respondido que era menstruação, pelo olhar e timbre de voz, percebi que omitia algo. Apresentava-se pálida, referindo dor no baixo ventre. Argumentei que sendo menstruação poderia ser um quadro de cólica. Fiquei preocupada e atenta aos sintomas futuros. Diariamente me aproximava dela e observava seu estado geral. Persistia o sangramento e a palidez. No quarto dia percebi que estava febril. Acompanhei-a ao pronto socorro que após exame clínico e ultra-som, o resultado mostrou feto morto de seis semanas. Foi submetida a uma curetagem e ficou internada durante dois dias.

Maria sabia o que estava acontecendo e pediu para que eu não lhe fizesse perguntas. Demonstrava preocupação pelo estado da filha, mas sentia-se impotente diante da situação:

*Você deve estar pensando que eu sou uma mãe irresponsável. Eu estou é cansada. Passa-me um filme na minha frente e me vejo no lugar da Cida. Já fiz isso e carrego um sentimento de culpa pelo que fiz. Ninguém consegue entender o que é ter um filho sem ter condição de criá-lo. Foram tantas as privações que passamos que não quero mais pensar na possibilidade de mais criança em casa. Foram muitas as noites que eu colocava as crianças*

*na cama para dormir porque não tinha nada para dar a elas. O mais triste é que não dormiam porque sentiam fome e me perguntavam se eles iam ter comida no dia seguinte. Chega, não quero mais pensar nisso e muito menos passar por isso novamente (Maria).*

Quando tudo passou, retomei o assunto com Cida. Confirmou que foi um aborto provocado com uma cureta improvisada. Expliquei sobre os riscos que correu. Perguntei sobre o uso do preservativo que dizia sempre usar. Admitiu que, quando estava sob efeito de álcool ou outras drogas, perdia a noção do que fazia.

Percebi angústia no seu olhar. Ela não estava indiferente diante do acontecido. Parecia frágil, temerosa, com sentimento de culpa e vergonha. Conversamos longamente sobre aqueles sentimentos. Na sua visão de mundo, Cida estava certa em não querer ter mais um filho. Com 20 anos já havia tido dois filhos e aquele terceiro como os demais, não havia sido planejado.

Há situações em nossas vidas que o silêncio fala mais que muitas palavras. Momentos que de fato não sabemos como agir. Eu não sabia o que fazer. Usando as palavras de Leloup (2003, p. 103) “é melhor escutar com o coração e agir, de tal maneira, que não se acrescente mais sofrimento ao mundo (...)”. Naquele momento, meu coração dizia que eu não tinha direito de censurar ou julgar Cida e que deveria respeitar o pedido de Maria.

Após aquele episódio, Cida teve mudanças significativas. Aquela garota imatura em alguns comportamentos, passou a pensar e a agir de maneira mais responsável. Passamos a nos encontrar com mais frequência e pouco a pouco foi abandonando a vida noturna nos finais de semana. Certa vez, durante uma conversa, disse-me:

*Você notou alguma mudança em mim? Acho que mudei muito. A última besteira que fiz foi ter engravidado. Eu devia*

*usar preservativo, mas vacilei... Agora é procurar aprender com o erro; estou muito arrependida, foi uma lição para nunca mais esquecer (Cida).*

Aquela garota parecia ter despertado para algo. Estava evidente a transformação, no entanto, mantinha-me atenta para uma possível recaída. Dias após, Cida queixou-se de dor no quadrante inferior do seio direito. Ao exame físico era visível e palpável a tumefação, rubor e calor. Um abscesso se formara na região descrita. Acompanhei-a até o pronto socorro, mas não pude permanecer no local. Conforme o relato posterior de Cida, foi encaminhada para três locais diferentes em um mesmo dia, sem resolutividade para o problema. Foi somente dois dias após a primeira consulta, que com a minha intervenção, a drenagem foi realizada. Isso reafirma que pessoas de baixo poder aquisitivo, ou em condições econômicas não favoráveis, enfrentam uma série de dificuldades para conseguir atendimento médico. Essa constatação tem o seu quê de paradoxal se nos reportarmos aos princípios do SUS: equidade, integralidade e resolutividade.

Posteriormente, Cida apresentou um eritema na região da coxa esquerda, acompanhado de dor, febre e mal-estar geral. Na consulta médica o primeiro diagnóstico foi sífilis. Após alguns exames e medicamentos desnecessários, chegaram ao diagnóstico correto: picada de aranha. Cida correu risco de vida, pois o quadro evoluiu para insuficiência renal. Foi necessário, mais uma vez minha intervenção, para que percebessem o equívoco. A Família esteve participando ativamente daquele processo. Acompanhei o protesto de Maria quando enfrentou o profissional que se enganou ao fazer o primeiro diagnóstico.

Esses foram os fatos mais relevantes que envolveram Cida. Em cada um deles, percebia que conseguia tirar um aprendizado. Ela passou por um processo de mudança significativa. Mostrava-se mais madura, responsável, mais companheira da mãe e irmãos. Uma menina-mulher, que parece começar a entender que a vida é composta de desafios, lutas e persistência.

De um lado havia a luta de Maria, a adaptação de Cida, as fantasias de Pedro, e paralelo a isso havia Rogério, que estava detido aguardando julgamento. Enquanto acompanhava a família no seu domicílio, também acompanhava Rogério no presídio, nas consultas médicas e nas internações hospitalares que houveram durante o período. No dia 14 de março de 2003, conheci Rogério quando o acompanhei na consulta com a médica psiquiátrica. Desde os 13 anos faz tratamento por uso de drogas e depressão com a mesma profissional. Após a consulta foi internado na Clínica Psiquiátrica – CLIPS, de um hospital geral. Naquele período estava na supervisão de estágio de Enfermagem psiquiátrica, o que possibilitou um contato diário com ele.

Chegou algemado no hospital e ficava as 24 horas do dia sob guarda policial. Dependendo do guarda, conseguíamos com que ele participasse das atividades praxiterápicas, reuniões de grupo e das demais rotinas da clínica. Outros eram rigorosos e não permitiam que saísse do leito, mantendo-o algemado. Intevi pedindo autorização ao Capitão da polícia, mas a explicação dada foi de que a responsabilidade sobre Rogério não era do Hospital, mas sim da Justiça.

Não satisfeitas com a resposta, Maria e eu procuramos o advogado de defesa, o qual não se mostrou aberto para diálogo, como também não demonstrou nenhum interesse em ajudar. Para ele era fato consumado: Rogério errou, era um marginal irrecuperável e teria que pagar pelo erro cometido. Sim, ele havia errado, também entendia isso, mas acreditava que a conduta para sua recuperação poderia ser outra.

Redobrei o cuidado a Rogério. Diariamente sentava-me ao lado de seu leito (sob o olhar do guarda), e conversávamos sobre os mais diferentes assuntos. Procurava incentivá-lo à reflexão do vivido. Tinha consciência de que havia errado, afirmava que estava arrependido e pedia uma chance para provar que podia fazer melhor. Prometia que não usaria mais drogas, que queria trabalhar para ajudar a família. Seus olhos brilhavam quando falava da família e principalmente da mãe.

Em alguns momentos, Rogério falava e eu ouvia. Em outros, eu falava e ele me ouvia, e, ainda em outros, mantínhamos um diálogo visando a sua saída do hospital e a etapa do julgamento, que pensávamos estar próximo, mas que só aconteceu nove meses após. Durante a internação, a família participou ativamente do cuidado. Apesar das visitas estarem limitadas, Maria ia diariamente visitá-lo. Pedro e os irmãos também se mostravam solidários com a situação, e uma das maneiras que encontravam para expressar o carinho que sentiam, era através da atenção e de lanches especiais, que mesmo com dificuldade financeira, levavam para ele.

Quando tudo parecia estar bem, Rogério tentou suicídio cortando os pulsos. Depois de controlada a situação, chorando, falou sobre o motivo de sua ação:

*Não agüento mais ser vigiado dessa forma. Não sou um bandido, cometi um erro, mas será que não tenho chance de mostrar que me arrependi? Logo volto para o presídio e quem vai cuidar de mim? Você tem idéia do que é um presídio? Se eu ficar muito tempo lá com certeza vou ser bandido de verdade; lá rola droga à vontade; os mais novos obedecem aos mais velhos. Estou na “cela do boi” e durmo com a cabeça ao lado do “Boi”, e às vezes sou acordado com alguém urinando em cima de mim (...) Te contaram o que o guarda fez comigo hoje, na frente dos outros pacientes? Téó me trouxe um caqui e o guarda jogou no lixo dizendo que bandido tem que comer “m” e não fruta. Se eles fazem isso aqui, imagina o que me aguarda lá no presídio (...). Quando estou sozinho o guarda me diz que sou fingido, que não tenho doença para estar no hospital, que eu tenho é que ir “ralar” junto com os outros marginais (Rogério).*

Essas palavras eram entrecortadas por muito choro. Naquele dia vi desespero, dor, medo e um pedido velado de socorro. Procurei novamente o Capitão da polícia e registrei queixa do ocorrido. Nenhuma providência foi tomada. Rogério dois dias após, foi levado a Florianópolis para exames específicos de droga, e no retorno foi direto para o presídio.

Com esses acontecimentos, a família, especialmente Maria não ficava indiferente. As ações de cuidado eram acompanhadas por todos, cada qual fazendo seu papel. Pedro também participava, mas não com a mesma intensidade do restante da família. Téo era o irmão mais distante. Se precisassem dele teria que ser chamado. Maria esteve presente nos momentos mais significativos. Acompanhou-me quando fui falar com o Promotor e a Juíza, dando-lhes ciência dos fatos ocorridos no hospital, e sobre o processo de recuperação dos detentos. Formulamos um pedido para que qualquer detento que interne no hospital, pudesse participar da rotina do Hospital. Conseguimos também, mudança de advogado através do Núcleo Jurídico do Curso de Direito da Universidade do Contestado.

Pedro continuava como motorista e após um mês de trabalho, recaiu. Durante a pesquisa, houve quatro recaídas com quatro internações e acompanhamento diário. Pedro buscava em cada tratamento recuperar sua dignidade, mostrar o valor que tinha. Procurava morrer para sua dependência, a fim de renascer para algo que fosse ele mesmo:

*As pessoas pensam que o bêbado bebe porque quer, porque não tem força de vontade. Eu mesmo pensava isto: bêbado é um sem-vergonha que não quer trabalhar que vive arranjando desculpas para beber, não se ajuda. Mas eu te digo, cada dia que acordo, rezo baixinho para que Deus me ajude, para que eu não tome o primeiro gole. Quando vejo, lá estou eu bebendo de novo, aí fico mais revoltado ainda comigo mesmo, acabo fazendo as besteiras que faço. Saio por aí com vontade em bater em tudo e em todos como se o*

*mundo fosse responsável pelos meus erros. Vim de uma família estruturada, eu sou a ovelha negra da família (Pedro).*

Pedro tentou, a família participou e colaborou ativamente, mas ele não conseguiu superar-se. Na última recaída, agrediu Maria, bateu em Jaime e acabou sendo preso. Havia percebido que algo estranho acontecia entre Jaime e Pedro. Encontrei o menino chorando duas vezes ao chegar à casa deles. Observava troca de olhares entre Jaime e Pedro carregados de rancor e medo. Por ter apenas 10 anos, optei em não incluir Jaime na pesquisa. Mesmo assim, com frequência conversava com o garoto. Falávamos sobre a escola, sobre seu futuro, sobre a situação de Rogério. Demonstrava maturidade e responsabilidade. Nos vinte dias de internação de Pedro, Jaime estava mais alegre e certa vez comentou:

*Sem aquele chato nessa casa tudo é melhor. A gente pode brincar, rir à vontade. Quando o pai está em casa a gente tem medo até de falar (...) ando cansado de apanhar (Jaime).*

Conversei com Maria a respeito e ela confirmou que Pedro era muito rude com os meninos. Procurei ficar atenta para possível violência contra os menores, e um mês após, em uma das recaídas de Pedro, Maria contou-me que ouviu Jaime chorando durante a noite, e ao abraçá-lo, percebeu que tinha uma faca sob o travesseiro. Desolado, contou para a mãe que estava pensando em suicidar-se porque não suportava mais a presença do padrasto em casa.

A partir desse fato, aproximei-me ainda mais de Jaime que verbalizou o seu desafeto por Pedro. Com expressão de raiva nos olhos, o menino disse:

*Não sei se tenho vontade de morrer ou de matar. Não o agüento me batendo, tudo que eu faço não está certo, ele grita comigo o tempo inteiro (...) não tenho medo dele, tenho raiva dele, porque ele bate na mãe e quebra as coisas que ela compra. Vive me dizendo que vou ser um bandido, um maconheiro como o Rogério. Eu gostaria que ele fosse embora pra bem longe (Jaime).*

Essas palavras foram uma síntese de mais de uma hora de conversa. Como havia contado que Pedro lhe espancou, pedi licença para fazer um exame físico. Constatei sinais de espancamento recente, na região das costas.

Denunciei ao Conselho Tutelar e solicitei que investigassem a possibilidade de abuso sexual. Felizmente minha suspeita era infundada. Pedro ficou detido durante uma semana. Diante desses fatos, Maria começou a falar em separação e reafirmava que o encanto por Pedro havia acabado. Mais determinada, na volta de Pedro da prisão, Maria impôs algumas condições para que permanecesse na casa, porque sabia que não tinha para onde ir. Não poderia mais beber; teria que encontrar um trabalho fixo; não poderia mais bater nos meninos e não mais dormiriam juntos. Ele poderia permanecer na casa como um amigo. Pedro tentou contestar, mas Maria não permitiu mais nenhum acordo.

Pedro conseguiu voltar para o trabalho e permanecer em sobriedade por mais um mês. Nesse período passei a fazer acompanhamento semanal com Rogério e seus colegas de cela. Cada um com sua história, sua dor e sofrimento. Falavam sobre o passado e o presente. O futuro para aqueles jovens parecia não existir. Confirmaram a entrada e o uso descontrolado de drogas no presídio. Procurei informação com um advogado da área penal, que explicou ser esse um mal necessário em todos os presídios. A entrada da droga é permitida para “manter uma aparente normalidade”. A maioria das rebeliões acontece quando por algum motivo, alguém tenta barrar a entrada das drogas. Assim, passo a

entender que a droga no presídio é uma camisa de força para controlar comportamentos.

Enquanto procurávamos possibilidades para sua liberdade provisória fui comunicada de que não poderia visitar Rogério no presídio porque estava de “castigo por 10 dias”. O jovem detento, em uma madrugada, roubou as roupas, calçado, relógio e outros pertences de um rapaz que foi detido e encaminhado para a mesma cela de Rogério. Soube através de Cida, que entre os detentos existe um acordo ou uma ‘lei’, na qual todo preso novo que tiver roupas boas e outros objetos de valor, deve dar para os que estão detidos há mais tempo. Quando Rogério foi preso, também tiraram suas melhores roupas. Quando a mãe levava comida aos sábados para ele, não conseguia comer nada, pois era obrigado a dar para os detentos mais antigos.

Naquele dia, chegasse quem chegasse, era a vez de Rogério usufruir do benefício. Se o detento não seguir o acordo imposto pelo líder, esse é punido. Só não contavam que alguém pudesse denunciá-los, pois entendiam que, no futuro, essa pessoa iria recuperar ou se beneficiar de outra situação. Era uma roda viva, na qual, obrigatoriamente, todos deveriam participar.

Após os dez dias, voltei a me encontrar com o grupo. Queixaram-se de insônia e solicitaram consulta médica porque necessitavam de remédios para dormir. Estava diante de um quadro atípico, isto é, conviver com aquele grupo era algo novo e desafiador. Atendi ao pedido deles, tendo sido encaminhados para consulta médica, recebendo tratamento.

No dia 18 de dezembro de 2003, saiu a sentença de Rogério: cinco anos e oito meses de reclusão. Em virtude de ser réu primário e já ter cumprido 13 meses de sua pena, poderia cumprir o restante em regime semi-aberto. Com a ajuda do advogado de defesa, Rogério saiu do presídio dia seis de abril de 2004, em regime de albergue. Assim, passaria o dia com a família e às 20 horas retornaria ao presídio. Nos finais de semana, deveria permanecer detido. Não seriam tolerados atrasos nem ausências, caso contrário retornaria ao regime fechado.

Foram 15 meses de reclusão, e ele voltava para o mesmo endereço, para a mesma turma. Aparentemente, Rogério parecia estar ciente que teria uma tarefa difícil pela frente e prometia respeitar o acordo feito com o advogado e com a família. Seu papel era apresentar-se no presídio diariamente, e evitar qualquer comportamento que pudesse prejudicá-lo. Pediu para que eu lhe ajudasse a conseguir um emprego:

*(...) gostaria muito de começar a trabalhar. Todos saem de casa e eu fico sozinho, é muito ruim. Trabalhando posso ocupar minha cabeça com coisas boas e ainda posso ajudar em casa com dinheiro. Quando fico sozinho só penso bobagem, e lembrando que no final do dia tenho que voltar para aquele inferno (Rogério).*

Fiz contato com a assistente social de uma empresa, e solicitei um emprego para Rogério, não omitindo nenhuma informação a respeito de sua vida pregressa. Após sucessivas reuniões com a diretoria da empresa, Rogério foi chamado para conhecer o futuro local de trabalho, onde passou duas tardes para ambientar-se. Concomitante a isso, foi realizado pela equipe da empresa, uma sensibilização com o grupo que seria colega de Rogério, destacando temas como preconceito, cidadania e coleguismo.

O salário inicial de Rogério seria R\$ 400, 00, com direito a almoço. O turno de trabalho seria das 10 às 18 horas, horário compatível com sua saída e retorno ao presídio. Mantive contato com Rogério quase que diário. Fazíamos planos, procurava motivá-lo de todas as formas, reforçando a possibilidade de mostrar para si mesmo o quanto era capaz de superar-se, e também para a sociedade que tanto lhe recriminou. Levava para nossas conversas as frases daquele advogado que dizia ser ele irrecuperável; de Pedro que duvidava de sua recuperação e, ao mesmo tempo, enumerava as pessoas que acreditavam na sua força de vontade. Via que Rogério vibrava com a possibilidade de um futuro

melhor, via a vontade sincera de querer ser melhor, de recomeçar, de ter seu primeiro emprego.

Dia sete de maio de 2004, trinta dias após o início da liberdade condicional, Rogério pediu emprestado R\$ 50,00 à irmã dizendo que iria comprar um presente para a mãe (dia nove era dia das mães). Nesse mesmo dia Rogério não retornou ao presídio só aparecendo dia nove à tarde em casa. Houve quebra de albergue o que lhe custaria a volta ao regime fechado. Com os R\$ 50,00 ele foi visitar uns amigos de infância e festejaram com mulheres sua liberdade.

Enquanto a família procurava por ele temendo que algo de ruim pudesse ter-lhe acontecido, Rogério se divertia com os amigos. Maria, no ano anterior, sofria porque o filho estava preso; nesse dia das mães, ela pensava que alguém poderia ter matado o filho, e isso a deixou transtornada. Só conseguiu acalmar-se com a volta dele.

Mais uma longa conversa, mais um pedido para a juíza e o promotor para tentar manter o emprego. Com a ajuda da Assistente Social do programa de saúde mental, conseguimos com que mantivesse o albergue e o compromisso do emprego. Rogério pediu inúmeras vezes desculpas e jurava não mais repetir o ato. Ficou acertado que começaria a trabalhar dia 18 de maio de 2004.

No sábado, dia 15 de maio, Maria preparou a sacola de Rogério com pão, dois pacotes de massa para cozinhar no domingo, café solúvel, açúcar, bolacha, e com a bicicleta de Jaime, foi para o presídio. No dia seguinte, dia 16 de maio às 20 horas, fomos informados que Rogério estava na delegacia todo machucado por ter sido espancado. Soubemos, então, que, ao invés de ir para o presídio, foi para uma casa de prostituição na periferia da cidade. Lá bebeu, ficou com mulheres e nada pagou, pois não tinha dinheiro. O proprietário sentindo-se lesado o espancou. Foi encontrado na beira do asfalto, desacordado, por policiais. Estava irreconhecível, dado os hematomas e edema que apresentava na face. O resultado disso foi a sua detenção, o cancelamento do emprego e do albergue.

“Somos eternos aprendizes na arte de cuidar” (SILVA, 1997a, p. 167). Esse aprendizado exige um revisitar contínuo da nossa prática, procurando moldá-la e

aperfeiçoá-la. Em tese, vejo que o cuidador desempenha um papel importante, mas a ação final é do ser cuidado.

Concomitante a essa situação, o humor de Pedro estava insuportável, segundo os comentários de Maria. Era final de tarde de domingo, durante minha costumeira caminhada, encontrei um homem deitado em uma sarjeta. Parei para ver se precisava de ajuda e vi que era Pedro completamente embriagado. Teve mais uma recaída e mais uma internação. Maria dessa vez ficou mais afastada e mostrava sinais de intolerância e irritabilidade. No dia da alta hospitalar, ao levá-lo para casa, encontramos Maria na porta com uma bolsa contendo os pertences de Pedro. Determinada falou:

*Tua chance acabou hoje. Pode pegar o que te resta e vá recomeçar tua vida. Dou-te três alternativas: a primeira é parar de beber e encontrar outra pessoa que consiga aturar o teu mau humor e o teu pessimismo; a segunda, é fazer o que você sabe muito bem fazer, vá para esse mundo de Deus mendigar; e a terceira, pegue uma corda e vá lá naquele terreno que você insiste em dizer que é teu e te enforque. Assim ao menos, você pensa que vai morrer no que é teu (Maria).*

Pedro parecia não ouvir e empurrando Maria entrou na casa. Estávamos só nós três e procurei ser a mediadora da conversa. Quando Pedro está sóbrio, ele não usa de violência física, mas a verbal fica exacerbada quando irritado. Começou a gritar com Maria, dizendo que se alguém tivesse que sair daquela casa não era ele. Deu a alternativa para que ela fosse embora com os filhos. Calmamente, Maria respondeu que isso seria uma questão de dias e que ela acataria sua idéia. Pedro parecia não acreditar nessa possibilidade, mas após cinco dias, Maria mudou de endereço. Levou com ela os filhos, e recomeçou uma nova vida com Cida, Jaime, Ricardo e Téo. Alugou uma casa mais próxima do

trabalho, mais confortável e com mais espaço. Pedro ficou morando sozinho. Falando sobre sua decisão, Maria desabafou:

*Acabou, está mais do que na hora de recomeçar uma nova vida. Sempre fui apontada como bêbada irresponsável por dar meus filhos, por abandoná-los naquela situação que já te contei. Fui discriminada pela sociedade porque bebia, e também porque sou pobre. Pobre bebe porque não tem vergonha na cara. Rico bebe porque é doente. Já trabalhei em uma casa em que a mulher para sair da cama me esperava para que eu desse um pouco de cachaça para ela poder ficar em pé. Mas era uma senhora distinta que se escondia de todos para ninguém saber. Uma pobretona como eu, saía pela rua e mostrava a cara. Hoje posso falar de cabeça erguida que sou uma vencedora. Você ainda vai à minha formatura. Vou ser uma boa Assistente Social (Maria).*

Com o desenrolar da conversa, ficou esclarecido que Maria durante seu período de sobriedade, trabalhou na casa de Carmem. Conviveu com o alcoolismo de Carmem e a ajudou a esconder a situação.

Após a saída de Maria, Pedro teve mais uma recaída e mais uma internação. Maria não foi visitá-lo e, com a equipe multiprofissional, foi realizado mais um cuidado diferenciado com apoio diário. O objetivo maior foi prepará-lo para viver sem a família de Maria.

### **6.3 Família II**

Segue a Linha do Tempo Familiar – LTF

<b>04/06/2003</b> -	Início da Pesquisa
<b>10/06/2003</b> -	Primeira entrevista com Carmem
<b>17/06/2003</b> -	Primeira entrevista com a mãe de Carmem
<b>08/07/2003</b> -	Primeira entrevista com Carmem e com a mãe
<b>22/07/2003</b> -	Carmem cancelou o encontro
<b>23/07/2003</b> -	Encontro com a amiga que acompanhou seu alcoolismo
<b>08/08/2003</b> -	Encontro com uma amiga de Carmem que conviveu com ela na infância
<b>12/08/2003</b> -	Mais um encontro com Carmem
<b>09/09/2003</b> -	Novo encontro com Carmem
<b>17/09/2003</b> -	Encontro com amiga de Carmem
<b>07/10/2003</b> -	Carmem cancelou mais um encontro porque estava com visitas
<b>28/10/2003</b> -	Mais um encontro com Carmem e a Mãe
<b>11/11/2003</b> -	Encontro com Carmem
<b>18/11/2003</b> -	Entrevista com a Assistente Social que encaminhou Carmem para o tratamento
<b>04/12/2003</b> -	Último encontro com Carmem.

Começar a pesquisa com a Família II foi de certa forma confortante. A princípio, parecia estar diante de uma família sem grandes dificuldades, o que me deixava menos apreensiva. Os encontros com Carmem e sua mãe foram encontros amistosos. Uma família que viveu momentos difíceis e que soube superar suas crises.

Entretanto, Carmem deixava transparecer insegurança durante as entrevistas gravadas. O tom de voz mudava acentuadamente, e também percebia certo alívio quando encerrávamos a entrevista. Por duas vezes não pôde me receber por outros compromissos. Apesar de verbalizar que era um prazer compartilhar comigo sua experiência de vida, o olhar, os gestos, a expressão corporal eram incongruentes com a afirmação. O tempo passava e não conseguia chegar ao âmago da questão. No quinto encontro parecia que nada mais havia

para ser conversado. As entrevistas com Carmem não acrescentavam e não respondiam à questão norteadora e nem aos objetivos da pesquisa.

Percebi que Carmem estava dando por encerrada sua participação, sentia-me convidada a me retirar de campo. Entretanto, havia uma lacuna a ser preenchida. Carmem não conseguia dividir comigo sua história. Falar do seu passado parecia algo difícil para ela. Procurei, então, uma pessoa que acompanhou a trajetória do alcoolismo.

*Estive ao lado de Carmem no seu período mais crítico. Ela perdeu todo o controle e bebia de manhã à noite. A família lhe abandonou. Tentei pedir ajuda para eles, mas ninguém suportava mais a situação. Os filhos foram embora. O marido, esse foi o mais terrível. Além de não ajudar, não fazia questão que melhorasse, pois já tinha outra mulher. Só Carmem não sabia. Foi quando pensei que ela fosse morrer é que implorei aos irmãos que fizessem algo. Esse dia me ouviram e aceitaram encaminhá-la para uma clínica especializada em alcoolismo (Amiga de Carmem).*

Essas informações me ajudaram a fazer uma nova abordagem com Carmem. Foi no nosso último encontro, quando mencionei mais uma vez a questão do alcoolismo como doença e seus preconceitos é que ela conseguiu verbalizar com serenidade seus sentimentos. Retomou a história do seu amor por aquele jovem que considerava seu príncipe encantado. Foi perdendo a noção que seu companheiro lhe tirava toda a liberdade de expressão. Era uma grande líder que, a partir do casamento, se transformara em esposa e mãe. No começo, até achou interessante, mas com o passar do tempo não suportou mais a situação. Teve que seguir uma rígida cartilha de comportamentos que a anulavam:

*Eu perdi o controle da minha vida e da minha família à medida que fui bebendo. Não tenho clareza onde ou como tudo começou. Como aprendi na Clínica, ninguém se torna alcoolista em um dia, um mês ou um ano. Comecei nas festas que freqüentávamos e perdi o controle. Via meu casamento desmoronando, mas negava essa possibilidade tanto quanto negava meu alcoolismo. Tenho dificuldade ainda hoje de admitir que seja alcoolista. O meio em que vivo não aceita essa situação. Na verdade, a hipocrisia é uma característica das ditas camadas sociais privilegiadas, e eu convivo com eles. Todos me receberam bem, mas tenho certeza que na minha ausência fui muito criticada. A 'vítima' da situação era meu marido (Carmem).*

De uma infância, adolescência e início de vida adulta feliz restavam lembranças amargas que jamais teve coragem de verbalizar. Observava no rosto de Carmem uma expressão de tristeza, decepção e dor. Via a imagem da fragilidade e ao mesmo tempo da guerreira que soube se superar. Carmem ainda acrescentou:

*Tive algumas vantagens por ter uma situação econômica e social diferenciada. Pude fazer o tratamento em uma clínica particular. Por outro lado, acho que as pessoas mais pobres são mais autênticas, participam mais, elas não têm medo nem vergonha de participar dos Alcoólicos Anônimos. Eu assumo que não gosto de falar sobre esse assunto (Carmem).*

Foi naquele encontro que aconteceu a convergência entre pesquisa e cuidado na Família II. Ao contrário da Família I, que exigia minha presença

constante, um cuidado permanente, nessa família, o cuidado profissional parecia dispensável. Constatei em *loco* o que consta na literatura: ao falarmos de família, devemos nos ater às suas especificidades, pois elas diferem umas das outras. As dificuldades de Carmem eram diferentes das Famílias I e III, entretanto elas existiam.

Mais uma vez constatei o que tenho encontrado em minha prática profissional. A classe social mais privilegiada tem maior dificuldade para admitir que o alcoolismo possa estar presente em um familiar, e é muito mais difícil quando se trata de mulher alcoolista. Carmem temia que alguém pudesse ficar sabendo dos nossos encontros. Aceitou participar da pesquisa, mas omitia algumas informações sobre sua história. Ficava evidente que preferia não comentar sobre alguns fatos que aconteceram em seu mundo privado. Carmem abriu a porta de sua casa com algumas restrições e estas foram devidamente respeitadas.

#### 6.4 Família III

##### Linha do Tempo Familiar - LTF.

<b>16/06/2003</b>	Vera teve alta da clínica. Início oficial da pesquisa
<b>19/06/2003</b>	Começamos a participar do grupo dos Alcoólicos Anônimos
<b>10/07/2003</b>	Vera recaiu
<b>15/07/2003</b>	Visita da mãe
<b>05/08/2003</b>	Início do acompanhamento com a psicóloga
<b>05/09/2003</b>	Mãe retornou para casa
<b>16/09/2003</b>	Vera desistiu da psicóloga
<b>17/09/2003</b>	Recaída com internação hospitalar
<b>19/09/2003</b>	Alta hospitalar a pedido
<b>12/10/2003</b>	Mais uma recaída
<b>28/10/2003</b>	Internação hospitalar
<b>13/11/2003</b>	Alta hospitalar
<b>14/11/2003</b>	Mais uma recaída

<b>16/11/2003</b>	Iniciou acompanhamento no Centro de Apoio Psicossocial – CAPS
<b>02/2004</b>	Desistiu do CAPS e nova recaída
<b>02/2004</b>	Pai de Carlos recebe diagnóstico de câncer na garganta. Vera muda de comportamento. Carlos preocupado com o pai pede apoio à Vera que começa uma nova recuperação
<b>03/2004</b>	Carlos é aprovado no vestibular para engenharia de alimentos. Vera retoma seus estudos. Família começa a se entender
<b>04/2004</b>	Vera está mais compreensiva; não deixou de beber.
<b>05/2004</b>	Consulta com nova psiquiatra e altera medicação. Parece mais serena
<b>06/2004</b>	Carlos promete que no final do ano irão visitar a família de Vera

A história dessa família também está entre aquelas que enfrentam muitas dificuldades. Vera, a protagonista principal, tentava sem sucesso manter-se em sobriedade. Em 15 de julho de 2003, a mãe de Vera veio do Pará para visitá-la com a proposta de ficar até dezembro. Durante oito anos, foi a segunda visita.

*Fiquei desesperada quando soube que minha filha não estava bem, por isso deixei tudo e vim para cá. Coitada da minha filha está tão sofrida, tão diferente. Ela sempre foi bonita, vaidosa, chegou a participar de um concurso de beleza. Era tão graciosa e olhe como está desleixada agora (Mãe de Vera).*

Contou que Vera, na sua juventude, apresentava comportamentos diferentes do outro filho. A separação e a morte do pai podem ter sido fatores desencadeantes para seu atual comportamento. Na sua juventude, mantinha-se calada, com tendência ao isolamento. Relatou também o quadro de depressão aos 20 anos com tentativa de suicídio, e quadros de agressividade. Antes disso, era uma moça meiga, vaidosa e bonita. Quando decidiu vir ao encontro de Carlos,

ninguém a deteve. Quando a visitou pela primeira vez, soube que o casal brigava e que Carlos a espancava.

Diante do que conversamos nos propusemos a continuar nas reuniões dos A.A. Pelo quadro, considerei a importância de um acompanhamento terapêutico com um profissional da Psicologia. Vera e a mãe concordaram com esta possibilidade. A mãe procurava ajudar a filha a manter-se em sobriedade, mas Vera mostrava sinais de irritação com a presença dela. Um mês após sua chegada, Vera pediu para a mãe ir embora. Dia cinco de setembro de 2003, a mãe retornou para sua terra natal, três meses antes do previsto.

No programa de saúde mental do município existem cinco psicólogas que atendem diariamente a população. Há uma demanda reprimida de cerca de 100 pessoas. Mesmo assim, por ser urgência/emergência consegui uma psicóloga para terapia individual todas as terças-feiras às dez horas. Ao lhe dar a notícia Vera ficou feliz. No primeiro encontro quis desistir por não ter gostado. Expliquei toda a dificuldade para conseguir a vaga e insisti para que persistisse pelo menos por mais dois encontros. A partir daí começou a gostar da psicóloga e se entusiasmou com o tratamento.

Dia 17 de setembro de 2003, doze dias após a viagem da mãe, por volta das doze horas, Vera me ligou com voz chorosa. Dizia estar desanimada, sem forças para lutar, sentia-se só e me pedia para ajudá-la a encontrar um emprego. Suspeitei que, pela voz embargada, poderia ter bebido. Falamos longamente por telefone e ao desligar, algo dentro de mim dizia para ir até sua casa. Foi o que fiz.

Quando lá cheguei, por volta das treze horas, encontrei Vera inconsciente no piso quente exposta ao sol escaldante, com odor forte de bebida alcoólica, e na mão um vidro vazio de remédio. Da cozinha exalava um cheiro de algo queimando. Havia uma panela com feijão que estava queimando, bem como uma frigideira com óleo a ponto de incendiar tudo. Desliguei o gás, solicitei auxílio de vizinhos para ajudar-me e a levei para o hospital. Lá foi feita lavagem gástrica e durante 6 horas não respondia a nenhum estímulo verbal. Por ter ficado exposta ao sol, apresentava queimaduras mais acentuadas no rosto. Os sinais vitais mantiveram-se abaixo do normal por mais de cinco horas. Permaneceu com

sonda nasogástrica por doze horas. No dia seguinte, não lembrava do que havia acontecido. Carlos estava irritado com a esposa e falou novamente em separação. Dois dias após, teve alta hospitalar a pedido.

Fiz um acompanhamento diário com Vera. A psicóloga foi um elemento importante naquele período. Vera tinha dificuldade de falar sobre seus sentimentos. Quando abordávamos algo que ela precisava pensar, falar de si, sua reação era de fuga.

Dia doze de outubro teve outra recaída. Durante cinco dias permaneceu embriagada. Cortou os cabelos, teve crises de choro. Vera solicitou internação. Depois de tudo pronto desistiu. Essas alternâncias de humor, comportamento e atitudes eram observadas com freqüência. Ficou um dia sóbria e voltou a beber. Do dia dezessete até vinte e sete de outubro, bebeu diariamente. Desistiu da psicóloga culminando com a perda da vaga. Pediu novamente para fazer tratamento no hospital.

Fui buscá-la para nova internação no dia vinte e oito de outubro às nove horas. Decidida, disse-me que seria a última vez. Foi bem recebida por todos no hospital e instalou-se em um quarto confortável com uma cliente. Pelo sistema SUS, deveria ir para uma enfermaria, mas como não tinha mais vaga ficou num quarto semi-privativo. Aproveitei a oportunidade e a estimulei para que refletisse sobre sua vida. Lembrei-lhe as pessoas queridas que a rodeavam, do apoio que recebia de toda a equipe, da filha e do marido que ficaram em casa.

Esteve internada durante quinze dias. Naquele período, encontrava-me com ela diariamente. Na maioria das vezes não a encontrava no quarto. Existia um local no hospital para as pessoas fumarem, chamado 'fumódromo'. Era um espaço usado quase que exclusivamente por homens e, geralmente, por alcoolistas em desintoxicação. Vera é fumante e juntava-se a eles para conversar, fumar e tomar chimarrão.

*Às vezes fico pensando na vida e chego à conclusão que cada um de nós tem um destino e que as coisas se*

*repetem. Minha mãe traía meu pai. Meu pai espancava minha mãe e isso eu presenciei muitas vezes. Teve épocas que ele dava minha mãe para outros homens em troca de dinheiro. O pai de Carlos bebia e batia na mãe e ele também assistia a tudo. Hoje, Carlos me bate na frente de nossa filha. Admito que sou confusa, que faço coisas que me arrependo depois. Gasto mais do que ganho, sou instável emocionalmente e tenho pavor de engordar. Além de tomar remédio para emagrecer, quando como demais provoço vômito (Vera).*

Ouvi atentamente cada palavra. Vera, e nem mesmo a mãe haviam falado sobre esse assunto nas inúmeras vezes que nos encontramos. Estava diante de fatos novos que com o tempo emergiram espontaneamente. Senti necessidade de ajuda profissional para conduzir a questão. Não tinha mais psicóloga. Propus-lhe então, que participasse do CAPS - Centro de Apoio Psicossocial. Lá existe um trabalho para pessoas portadoras de depressão, realizado com equipe multidisciplinar, composta de Médico Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Enfermeira. Aceitou a sugestão e após consentimento da médica assistente, fomos até o local para conhecer a equipe. Ficou entusiasmada com o local, com a proposta de trabalho e com as pessoas. Combinamos que iniciaria logo após a alta hospitalar.

Retornou para casa no dia treze de novembro e voltou a beber no dia seguinte. Os quinze dias que ficou internada pareciam que de nada valeram. Tentei me aproximar, mas era impossível conversar, dado o seu estado de embriaguez. Bebeu três dias consecutivos. Mesmo assim, no dia marcado, dezessete de novembro de 2003, apresentou-se no CAPS para a triagem e começou a participar das atividades.

Carlos demonstrava insatisfação com o comportamento de Vera. Já não falava em separação, pois entendia que Vera lhe traria dificuldades ainda maiores. Pensava também na filha que certamente sentiria falta da mãe, caso se

separasse. Deixei passar os feriados de final de ano e fui fazer uma visita à Vera. Combinamos por telefone um horário que estivesse sozinha em casa. Isso aconteceu no dia cinco de janeiro de 2004.

Fizemos uma retrospectiva desde que nos conhecemos. Falamos sobre sua dificuldade de relacionamento com vizinhos e demais pessoas. Ela admitiu ser tímida, e que, além da timidez, tinha outros componentes que a limitavam. Prometia que não iria beber e não conseguia cumprir a promessa. Sabia que não tinha dinheiro para comprar e continuava comprando. Sempre que necessitou teve Médico, Psiquiatra, Psicóloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira, clínica especializada gratuita, remédios gratuitos, enfim, tudo o que qualquer ser humano precisa e merece. Tem a mãe e o irmão que, embora morem longe, telefonam quase que diariamente. O marido lhe deu inúmeras oportunidades para reabilitar-se e ela não tem conseguido perceber o quanto tem desperdiçado a sua vida com bebida e cigarro. Mencionei a filha de três anos que precisa de uma mãe, mas não de uma mãe insegura, frágil, que não consegue cumprir suas responsabilidades, como pessoa, mulher, esposa e mãe.

Naquele dia, saí daquela casa com a sensação de que não era hora de deixá-la sozinha. Combinamos que manteríamos contato por telefone, e me dispus a continuar a seu lado quando precisasse de algo.

Dias depois, soube através de Vera que seu sogro estava com Câncer de garganta, e isso fez com que ela repensasse sua vida. Tem me telefonado com frequência e parece estar bem. Carlos, preocupado com a saúde do pai, não tem mais falado em separação. Vera desistiu do CAPS e recomeçou a estudar. Carlos foi aprovado no vestibular para engenharia de alimentos e também retomou os estudos. Trabalha durante o dia e estuda todas as noites.

Vera tem se mostrado mais confiante. Acompanhei-a em uma consulta com outra profissional médica, que mudou o tratamento. Conseguiu fazer regime e voltou ao seu peso ideal. Durante o ano de 2004, Vera não teve mais nenhuma internação, mas continua bebendo. Em janeiro de 2005 foi com Carlos e a filha visitar sua família de origem em Belém do Pará.

## CAPÍTULO VII

### O EXPLÍCITO E O IMPLÍCITO REPENSADO

*O cuidado transdimensional tem como base as histórias de vida, através de suas teias de significados, as quais refletem a singularidade e complexidade dos seres. O Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte-renascimento, requer, então, o engajamento dos seres nos significados das experiências vividas para que juntos tecam um novo mosaico de padrões de significados*

(Alcione Leite da Silva, 1997a).

Durante o presente estudo, inúmeras perguntas surgiram como também múltiplos dados com possibilidade de múltiplas interpretações. Situações que exigiam um olhar atento, amoroso e, ao mesmo tempo, tomada de decisões significativas, como na situação do aborto de Cida, nas tentativas de suicídio de Rogério e Vera, na violência doméstica e nas sucessivas recaídas de Pedro e Vera. O envolvimento com as artimanhas do conteúdo também foi um grande desafio. Dada a complexidade das situações interacionais, opto por analisar cada situação separadamente, embora, todas estejam presentes de forma interconectada. Nesse capítulo, analiso o processo de cuidado desenvolvido com famílias que possuem mulher alcoolista, tendo como base o Cuidado Transdimensional. Destaco a construção das relações de cuidado e des-cuidado nessas famílias, padrões de construção da estrutura e identidade familiar, recursos de cuidado intra e extra-familiar. Analiso também os padrões de significado do Cuidado Transdimensional e, finalizo com o processo de morte-renascimento no contexto estudado.

### **7.1 Construção das relações de des-cuidado em famílias que possuem mulher alcoolista**

Maria, Carmem e Vera tiveram uma educação voltada para o casamento. Suas famílias foram construídas com a expectativa de um relacionamento duradouro. O casamento aconteceu conforme preconizava a lei Civil, tendo por base a indissolubilidade da união. Maria, da Família I, era alcoolista antes do primeiro casamento. Construiu sua vida tendo como base as experiências vividas

na família de origem. Traz consigo uma herança genética considerada desfavorável e um meio também não menos favorável.

*Eu sempre quis casar construir uma família e queria uma família sem alcoolismo. Eu não me dava conta que era alcoolista. Não percebia que meus companheiros também bebiam. Quando casei pela primeira vez, achava que seria para sempre. Meu marido não tinha defeitos e eu tinha certeza que havia encontrado minha outra metade. Hoje, quando olho para o meu passado, percebo que para aquela situação, era o que eu conseguia fazer de melhor (Maria).*

Maria saía de sua vida de prostituição para começar uma família. Entretanto, havia o alcoolismo desde o início da relação. A unidade dinâmica daquela família foi se construindo e desconstruindo no seu cotidiano. As relações de cuidado entre seus membros era algo que não ficava evidenciado. Conforme salienta Sarti (2003), o nascimento dos filhos é um marco significativo para a família. Normalmente, a rotina familiar é modificada com a chegada de um novo ser. As responsabilidades aumentam, e novos compromissos surgem.

O nascimento dos filhos para essa família não chegou a modificar os padrões de interação e sua rotina. O casal continuava se alcoolizando e os filhos não foram motivo suficiente para mudança de comportamento. Minuchin e Fischman (1990) também lembram que pai e mãe são referências para o crescimento dos filhos. As interações quotidianas do casal são para os filhos, o modelo para suas relações íntimas futuras.

O referencial sobre família, eleito para o presente estudo, defende que a família é uma unidade dinâmica que se percebe como tal, define objetivos, tem identidade própria e convive por certo período no mesmo espaço. Pela história, houve mais des-cuidado do que cuidado. Embora houvesse o desejo latente de ser e ter uma família feliz, os obstáculos foram muitos. Cuidado, amor, afeto e

respeito foram substituídos por uma relação de violência e desamor. Que suporte tinham Maria e o marido para amar e educar os filhos? Que referência de família tinham Téo, Cida, Rogério e Jaime? Minuchin e Fishman (1990) destacam que a família é a matriz da identidade, assim, espera-se que os filhos respondam ao modelo vivido. Como crescer saudável, formar uma identidade aceitável pela sociedade em meio a tanto caos?<sup>3</sup>

Quando refletimos sobre esse assunto, Maria, Carmem e Vera concordaram que na situação de alcoolismo, os sentimentos que agregam, apóia, ficam prejudicados pela falta de discernimento devido à alteração de conduta que o alcoolismo provoca.

Nessa trajetória, cuidado e des-cuidado aconteciam. Apesar de prevalecer a ideologia de que a família é a base da sustentação do amor e da felicidade, autores como Szymanski (1997); Mioto (1999); Althoff (2001), Elsen (2002); Boehs (2002); ponderam que *a priori* a família não é o lugar de felicidade. Com ou sem alcoolismo são encontradas nas famílias, dificuldades de relacionamento. O índice de separação de casais apontado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, é expressivo, como também é fato comum a formação de famílias com base em uniões livres, famílias monoparentais com chefias femininas ou masculinas. Das três famílias estudadas, as de Maria e Carmem estão entre as monoparentais, e mesmo com o alcoolismo, a chefia foi assumida pelas mulheres. Como em outras famílias sem alcoolismo, essas, com suas especificidades, viveram momentos de amor e, talvez, de desamor mais acentuado.

O cuidado que emerge do próprio meio familiar, também esteve presente quando Maria contou que, ao chegar ao Estado do Mato Grosso, teve dificuldade por não conhecer ninguém, por não ter amigos e estar longe dos familiares e amigos. Foi mais um período de dificuldades. Passaram pelo processo natural de

---

<sup>3</sup> Estudos sobre resiliência, como o de Silva (2003) mostra que alguns filhos, embora o meio seja desfavorável, conseguem responder positivamente às demandas do cotidiano. A referida autora analisou 161 famílias constituídas de mães adultas e adolescentes e seus respectivos filhos. Os resultados indicaram que a sensibilidade materna tem função mediadora entre as condições desfavoráveis e o desenvolvimento normativo.

adaptação de mudança de cidade, mudança de emprego e lá viveram um determinado período. Quando a situação começou a ficar insustentável, Maria voltou com os três filhos para a família de origem em busca de proteção e de afeto.

Maria sofre pelas situações adversas vividas, mas, ao mesmo tempo, acredita na possibilidade de mudanças e de novas conquistas. Sua força interior se expressa na recusa em aceitar as coisas como são e no incentivo aos seus familiares, com vistas a transformações no processo de vida familiar. Segundo Silva (1997a), o cuidado emerge de experiência compartilhada, o que possibilita novas descobertas e encoraja a expressão dos seres envolvidos. Os homens que passaram pela sua vida, não conseguiram consolidar esta relação simétrica de apoio e de cuidado familiar.

Na Família II, Carmem teve um passado de regalias e oportunidades que Maria e Vera não tiveram. Teve amor, carinho, apoio, oportunidade de estudar e casou com o homem que amava. Construiu sua família em bases sólidas, tendo também como referência maior a família de origem. O alcoolismo entrou em sua vida como um acidente de percurso. Quando este não foi mais controlado, o marido e a própria família afastaram-se dela, contribuindo para o caos que viveu.

*Tem certas coisas na minha vida que ainda não consigo entender. Casei com o homem que eu amava e me sentia muito amada também. Tivemos dois filhos saudáveis que nos proporcionaram muitas alegrias. Vivemos momentos intensos de felicidade. Foram 26 anos de casamento, dos quais os últimos oito não foram bem vividos. Pensei que seria para sempre e hoje sei que o sempre não existe (Carmem).*

Nessa família, durante 18 anos, seus membros se articulavam entre si e com a sociedade de forma saudável. Possuíam uma maneira determinada de

organização. Percebiam-se como família, tinham objetivos em comum e os filhos foram motivos de alegria. Havia amor, carinho e respeito mútuo, segundo as palavras de Carmem. Tinham uma situação financeira privilegiada, e mesmo assim o des-cuidado aconteceu quando Carmem começou a beber de forma descontrolada. O que não ficou explícito nessa relação é se o desgaste familiar ocorreu em consequência do alcoolismo de Carmem, ou se o desgaste familiar favoreceu ao alcoolismo. O fato é que, após o advento do alcoolismo, a dinâmica familiar mudou, e a família não conseguiu se adaptar à nova situação, culminando com a saída precoce dos filhos de casa e a separação do casal.

Na Família III, a construção da família ocorreu por persistência de Vera. Quando decidiu vir ao encontro de Carlos, ninguém conseguiu impedi-la:

*Quando conheci Carlos, tive a certeza que seria meu marido. Foi amor à primeira vista. Era um anjo loiro que havia sido mandado para mim. Disputei com muitas mulheres e fui a vencedora... pelo menos na época fui (Vera).*

Vera não tinha mais certeza de que havia feito o melhor, mas como dizia, para aquela situação foi a melhor decisão. Insistiu em vir à procura de Carlos. Conviveu com ele durante quatro anos sem oficializar o casamento. Esse aconteceu com o nascimento da filha do casal que foi motivo de alegria e comemorações. Essa família apresenta sérias dificuldades de relacionamento. Vera passa por um processo de mudança, permeado por avanços e retrocessos. Ao mesmo tempo em que Vera busca integração, interiorização, organização, há diferenciação na forma de pensar e agir. Solicita ajuda, promete para si própria que vai parar de beber, mas não tem conseguido se reabilitar.

Presenciei nesses meses a probabilidade do rompimento da união conjugal tanto quanto a probabilidade da continuidade da relação. Presenciei recaídas e fui testemunha de muitas promessas de mudanças de comportamentos. Houve dias

de serenidade quando ficava sem beber e se mantinha altruísta procurando recomeçar com algo novo. Vera tem dificuldade de perceber as situações de mudanças necessárias. Mantém a relação com o marido, embora admita que não se sinta amada por ele.

A maneira como a família se articula entre si e os outros, estabelece uma forma determinada de organização que vai modificando conforme as necessidades (MIOTO, 1998). Na Família I, o alcoolismo na mulher não impediu que Maria fosse a cuidadora. Ela assumiu os filhos, a casa e a direção da própria vida. Carmem, apesar da sua condição sócio-econômica diferenciada, passou pelas mesmas privações e preconceitos que Maria e Vera passaram. Maria rompeu com seus companheiros. Carmem, após ter ciência da infidelidade do marido, pediu a separação. Vera tenta manter a relação mesmo desgastada. Vera ainda não chegou ao patamar que se encontram Maria e Carmem, pois a dependência, o medo e o apego a impedem de buscar formas de transcender a situação presente. O maior medo de Vera é não ter o direito de ficar com a filha, caso aconteça a separação; e nem o amor pela filha lhe tem dado forças para superar sua condição de alcoolista. Quando faz qualquer tentativa para mudança, não consegue persistir e acaba por manter esse padrão.

Independente da classe social, as dificuldades existiam. O alcoolismo na mulher se sobrepôs ao que se entende por cuidado, respeito, amor, confiança, harmonia. O des-cuidado então acontecia. A tarefa básica de solidariedade, de sociabilização, de amparo e de cuidado deixava de acontecer. Carmem foi deixada sozinha em uma noite de Natal por causa do seu alcoolismo. Foi espancada pelo marido algumas vezes e tinha que se manter calada porque ninguém acreditava nela. Quando havia marcas de violência, a explicação dada pelo marido é que havia caído porque bebera em demasia. Carlos espancou Vera, inúmeras vezes, por não ter habilidade de cuidar em um momento difícil. Maria também foi espancada pelos companheiros ao longo de sua história. Pedro além de espancar a família, também usava da violência verbal que afetava a todos. Caracteriza-se, então, elevado índice de violência.

Esse é um diferencial significativo entre alcoolismo na mulher e alcoolismo no homem. Das experiências com família na qual o homem é alcoolista, constatei que a violência doméstica acontecia porque o homem era o agressor. A mulher procurava ajudá-lo, cuidava para contornar situações desagradáveis (STAMM, 2000). Já na família em que a mulher é alcoolista, não foi percebida essa mesma tolerância, cuidado e preocupação. O homem continua espancando, e nas Famílias I e II, houve separação dos casais. Pedro espancava quando estava embriagado. Carlos, quando Vera se embriagava e o mesmo acontecia com o marido de Carmem. A reflexão esteve voltada para a análise do vivido:

*Você sabe que nunca parei para pensar nisso? Acho que me acostumei a apanhar e até achava que merecia. Afinal eu bebia e não conseguia cumprir meu papel de mãe e esposa. Hoje consigo ver as coisas de forma diferente. Eu estava doente e precisava de cuidado e não de pancada. Com tudo o que já conversamos, uma coisa posso dizer: Não vou mais permitir violência dentro da minha casa (Maria).*

Em relação à violência sofrida Carmem falou:

*Quando você está embriagada, apanhar ou não apanhar não faz muita diferença. O pior era quando eu ficava sóbria e me olhava no espelho, via as marcas que ficavam no meu corpo (choro). Aí me dava um desespero e a saída que encontrava para aquela situação, era voltar a beber. E tem mais. Apanhar era ruim, mas a maior violência eram as palavras que ouvia, as acusações e o olhar de desprezo. As marcas do corpo desaparecem, mas da alma ficam por muito mais tempo (Carmem).*

Na visão de Vera, esse episódio na sua vida era visto como algo inaceitável, mas também havia um sentimento de culpa: apanho porque estou fazendo algo errado:

*Eu sempre sonhei com um companheiro carinhoso, amigo. O fato de ter sido espancada foi muito ruim, mas ao mesmo tempo eu sabia que estava apanhando porque bebia. Hoje estou entendendo que isso jamais poderia ter acontecido. Primeiro porque nunca vi alguém tratar uma doença espancando o doente. Outra coisa horrível é que isso acontecia na frente da nossa filha. Indiretamente ela também foi espancada. O que uma criança de dois anos pode pensar vendo o pai batendo na mãe?(Vera).*

Esses depoimentos foram amplamente refletidos. As três mulheres entendiam como normal apanhar dos maridos porque bebiam. Sentiam-se como crianças que faziam alguma traquinagem e mereciam o castigo. Mais uma vez emerge a questão da culpa, da submissão e da dependência.

Ao perceberem essas limitações, Maria, Carmem e Vera procuraram transcender a situação. As três mulheres, em momentos diferentes, de formas diferentes, começam a romper com esse condicionamento. Maria decidiu retomar sua vida com seus filhos e se afastar de Pedro. Carmem, que a princípio resistiu à separação, percebeu que a maneira de recomeçar a vida, era através do divórcio. Vera ainda é a mais frágil em decorrência do estágio consciencial em que se encontra e do ritmo com que expressa o seu processo existencial. Nesse sentido, ela requer uma continuidade do cuidado profissional, para que possa se tornar a sua própria cuidadora.

Três famílias, três histórias diferentes e maneiras de conviver com a situação também diferente. Havia nas três famílias tanto o cuidado quanto o des-cuidado, confirmando o que Elsen (1984) já havia identificado. A família também é um sistema de saúde para seus membros. Em determinadas situações ela própria possui condições de se auto cuidar, de fazer a promoção da saúde de seus membros, como também atuar na prevenção e no tratamento da doença. Entretanto, existiam situações em que o cuidado profissional se tornava necessário e fundamental.

A construção das relações de des-cuidado estava relacionada ao próprio grupo familiar. Lembrando o pensamento de Elkaïn (2000), qualquer mudança pelo qual a família passa, pode implicar em uma crise a ser trabalhada. Essa crise foi muito sentida pela Família I, que enfrentou situação de miséria, não tendo o básico para sua sobrevivência. O desemprego, segundo Maria, foi um dos fatores que contribuiu para o enfraquecimento das relações familiares. Entretanto, pude observar pela história, que tanto Maria como os filhos tiveram oportunidade de trabalho, ganharam uma casa da prefeitura, recebiam apoio da comunidade. O que havia, era falta de continuidade nos compromissos assumidos.

Maria era a que dava maior valor ao trabalho. Paralelo a isso, nessa família, havia o conhecido Ganho Secundário. Utilizando a linguagem Freudiana, o ganho secundário acontece quando o instinto de autopreservação procura tirar vantagens das situações da vida, mesmo daquelas adversas. Pedro usava sua doença - HIV, para ganhar cesta básica, consultas diferenciadas, medicamentos, internação, atendimento especial no dentista e, inclusive, tutela antecipada. Pedro, apesar da sua doença, é um homem forte que tem condições para trabalhar. Seu grau de instrução não lhe permite desenvolver determinados trabalhos, porém, com sua boa aparência, já teve inúmeras oportunidades de emprego. Entretanto, Pedro tem dificuldade de se manter em um trabalho.

Mesmo Maria, com sua história de luta, nas oportunidades que surgiram para obter algum ganho financeiro, essa se mostrou persistente no seu intento. Maria ganhou, no período da pesquisa, três processos na Justiça movidos contra

ex-patrões, ex-marido e por tratamento preconceituoso. Essa era uma das maneiras que encontrava para ter uma renda familiar extra.

Pude constatar também, que essa família tinha dificuldade para gerenciar seus ganhos, extras ou não. Em janeiro de 2004, Maria recebeu quatro mil reais de um processo contra o ex-marido. Com o dinheiro comprou uma antena parabólica, uma TV em cores, tela plana e celular. As contas atrasadas foram esquecidas e ainda fez mais dívidas. Conseguiu o benefício da bolsa Família, e todas as bolsas que o governo oferece para os mais necessitados. Quando a situação fica insustentável, a família busca ajuda externa.

Vera, apesar de verbalizar sua vontade de trabalhar, dos empregos que conseguiu, permanecia pouco tempo neles. O desejo de trabalho para Vera, tinha significado de salário, de renda. Não era observado outro tipo de valor vinculado ao seu desejo de trabalhar. Para as pessoas de baixa-renda, segundo Sarti (2003), o salário é o critério fundamental. É certo que uma ocupação melhor remunerada, será mais valorizada. Entretanto, o valor do dinheiro, próprio de uma sociedade capitalista, é relativizado pelo valor moral do trabalho.

Nas três famílias, o trabalho era visto como fundamental para a sobrevivência, para o cuidado e para uma vida mais digna. A noção de dignidade está relacionada ao princípio de obrigações nas relações de trabalho, no qual a igualdade não é colocada em questão. Não é um princípio igualitário que se expressa na lei, mas de um princípio de obrigações, em que cada um tem uma parte a cumprir.

Nessas famílias, o trabalho foi um componente que esteve atrelado na construção das relações de cuidado e des-cuidado. Carmem, embora tivesse uma situação financeira privilegiada, mantinha seu trabalho como forma de contribuir mais, de sentir-se parte de um meio. Quando o trabalho faltou para o marido, a situação ficou mais crítica.

*O relacionamento não estava bom, mas piorou acentuadamente quando só eu trabalhava, imagine eu sustentando um homem (Carmem).*

Observa-se nesse depoimento que a estrutura familiar de Carmem estava moldada nos princípios do homem provedor e da mulher educadora. Mesmo que tivesse verbalizado que se sentia sufocada com essa situação, Carmem permitiu esse padrão para sua família. Entendia que podia colaborar, ajudando nas despesas da casa, mas ser a principal provedora, a deixava desconfortável.

A família como um sistema aberto, estabelece relações entre seus membros e com o sistema social. De acordo com Minuchin e Fishman (1990), as relações que se estabelecem entre os membros da família, ocorrem em um processo circular e as trocas vão acontecendo conforme os padrões de interação. Naturalmente vão se compondo papéis, e sendo criadas expectativas de comportamento.

Em uma família em que há alcoolismo, percebe-se que esses papéis são alterados. Na família de Maria, Téo por ser o filho mais velho, desempenhou por vezes o papel de pai e de mãe. A avó, ao cuidar dos netos, também fez esse papel. O mesmo aconteceu na família de Carmem quando um dos tios cuidou dos meninos. A creche foi à referência maior para a filha de Carlos e Vera. Nestas famílias, as relações de cuidado e de des-cuidado estiveram intimamente ligadas à construção dos padrões de estrutura e identidade familiar.

## **7.2 Padrões de Construção da Estrutura e Identidade Familiar**

Os padrões da construção da estrutura familiar, de acordo com Nichols e Schwartz (1998), provêm de acontecimentos intra-familiares e influências advinda do meio externo. Ao longo de sua existência, a família cria sua estrutura e sua identidade, tendo como base seus valores, expectativas e regras que lhe dão sustentação diante das adversidades. Maria é filha de alcoolista. Dos seis irmãos,

somente um não bebe. Iniciou cedo na prostituição. Doou duas filhas naquela etapa da vida. Seu primeiro marido era alcoolista. Antes de Pedro, teve mais dois companheiros, ambos alcoolistas. Apesar de ter vivido as conseqüências do alcoolismo na família de origem, seus ex-companheiros são dependentes do álcool. Constatado, assim, a tendência à reprodução dos padrões de construção da estrutura e identidade familiar e, por conseguinte do padrão de interação das famílias de origem. Nesses padrões podem ser observados movimentos caóticos, acentuados pelo desemprego, mudança freqüente de endereço, violência doméstica, prostituição, criminalidade, dentre outros aspectos.

A tendência nessa família é de que os filhos repitam esse modelo. Cida já trabalhou com profissional do sexo e como Téo e Rogério, ingere bebida alcoólica em demasia. Assim, uma ação de caráter de reabilitação deve se voltar para eles, e um de prevenção e de promoção à saúde para Jaime e Ricardo que estão expostos à situação. Saliento que não é somente o fator genético que pode contribuir para que os filhos repitam o modelo. Deve ser considerado o padrão caótico das relações que acompanha a vida da família, como também a falta de programas sociais e políticos que dêem sustentação em seus momentos de dificuldade. Qualquer afirmativa em relação ao alcoolismo parece-me improcedente, já que até então, a ciência não deu a palavra final acerca da (s) causa (s) do alcoolismo. O que se sabe é que há uma probabilidade biogenética em famílias em que existe um alcoólico, mas como bem sinaliza Bertolote (1997p. 18) “o fenômeno não é simples”.

Na família de Carlos e Vera, alguns comportamentos também parecem que foram repetidos. Não foi constatada a existência de alcoolismo na família de Vera. Carlos é filho de alcoolista, mas se mantém abstinente. Esse é um outro aspecto que há muito tem chamado a atenção para os modelos de repetição na família alcoólica. Segundo Edwards (1995), é freqüente o ser humano, independente de ser homem ou mulher, que provém de uma família alcoólica e não se torna alcoolista, acabar por escolher parceiro ou parceira alcoolista. Carlos casou com uma alcoolista, talvez, uma maneira implícita de repetir padrões. Nessa situação, deve ser considerado também o risco de alcoolismo para os filhos, pois ambos, Carlos e Vera, levam consigo a predisposição biogenética, e os padrões de vida

caótica. Essa repetição de padrões não foi percebida na família de Carmem. Na sua história de vida, não há informações de antecedentes alcoólicos.

Segundo Edwards (1995), ainda existem famílias que repetem os padrões exatamente como se deu no passado, podendo não haver a percepção dessa repetição. Parece existir um conjunto de situações inter-relacionadas. Nas famílias de Maria e Vera houve situação de repetição de padrões, contudo, não é entendido como algo que necessariamente deva acontecer. Algumas descrições encontradas na literatura são descrições estereotipadas sem validade científica, isto é, nem todo o filho ou filha de alcoolista casará com um alcoolista.

Entretanto, já é fato comprovado que na família onde existe a situação de alcoolismo, vamos nos deparar com algum tipo de desgaste familiar. Existe a tensão imposta pela imprevisibilidade do que poderá acontecer, com a exaustão resultante da experiência em lidar com o desconforto contínuo. Vamos identificar o isolamento social que acompanha a família pelo medo e vergonha da sociedade. Atitudes punitivas ligadas a credices que ainda não foram removidas, e, principalmente, quando se trata de alcoolismo na mulher todo esse quadro fica mais acentuado.

Assim, a construção dos padrões da estrutura e identidade familiar é ainda marcada fortemente pelas relações de gênero e de poder. Lauretis (1987); Scott (1988), Saffiotti (1994) entre outros autores insurgem contra a exclusão da mulher em nome do poder porque, além de excluir, reprime, abstrai e esconde as potencialidades existentes na mulher. Não há mérito algum em transformar a mulher alcoolista em um fetiche e esquecer a visão do cuidado que integra e transforma. Independente das diferenças, origem e quadro das situações que emergem no homem e na mulher; independente da sensibilidade necessária para avaliar a posição da mulher frente ao alcoolismo, há, fundamentalmente, coisas em comum entre o homem e a mulher entre o alcoolista homem e a alcoolista mulher. Ambos perdem a noção do que fazem e a primazia em suas vidas é a bebida alcoólica. Trabalho, família, amigos, ficam em segundo plano. A diferença mais notória entre o alcoolismo na mulher, é que, mesmo sendo mais

discriminada, conserva a função de cuidadora e esta tende a não agir com violência.

Conforme salienta Camps (1998), juridicamente a igualdade da mulher tem avançado de forma significativa. Entretanto, ainda existe a mulher que permite a violência doméstica e que se submete às exigências do 'seu' homem. Ainda se observam padrões de interação construídos com base nas relações de gênero e de poder, o que leva à assimetria nas relações entre homem e mulher e à exclusão das mulheres dos recursos familiares e sociais. Maria, Carmem e Vera, em algumas situações, permitiram que seus companheiros determinassem os papéis de cada membro. Elas reproduziam o que aprenderam em suas famílias: marido manda e mulher obedece. Homem trabalha fora e mulher cuida da casa.

Na proposta deste estudo, a não repetição dos padrões nocivos, requer que direcionemos o foco do cuidado para a busca de alternativas mais harmoniosas de interação familiar. Um dos pressupostos do Cuidado Transdimensional se caracteriza pela maneira inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída a partir da interação pelo diálogo permanente entre os seres que cuidam e seres cuidados. Dessa forma, o cuidado aconteceu através do diálogo, da escuta atenta, das parcerias feitas, das freqüentes reflexões e resolução dos problemas. O sentido de confiança foi desenvolvido entre os participantes a partir da sinceridade, honestidade e, principalmente, da disponibilidade e presença constante. Maria sabia que seu casamento não estava bem, que a relação com Pedro estava desgastada, mas não conseguia admitir a possibilidade da separação. Através da reflexão do vivido, Maria, Carmem, Vera, Cida, Téo, Rogério e demais envolvidos, fizeram suas opções.

O Cuidado Transdimensional prioriza também o desenvolvimento de atividades criativas. Atenta a esse pressuposto, outra forma de cuidado foi o uso do genograma familiar que representa um retrato vivo intergeracional da família. A imagem visual que o genograma proporciona, apontou os focos onde o alcoolismo esteve presente no passado e o cenário que o rodeia. As famílias se

mostraram preocupadas em relação à essa realidade, e o assunto foi amplamente debatido. Deixaram transparecer que se deram conta dos futuros riscos.

Outro instrumento que auxiliou foi o resgate da história de vida através da Linha do Tempo Familiar. Esta técnica permitiu à família identificar os momentos de estresse e de acontecimentos significativos ao longo de suas vidas. A percepção de padrões interacionais e intergeracionais pode levar a mudança significativa, transformando a experiência vivida em algo positivo para à família. Com Carmem, esse instrumento não foi tão eficaz quanto foi com as demais famílias, o que comprova que cada situação deve ser focada de uma forma especial.

### **7.3 Recursos de Cuidado Intra e Extra-Familiar no Processo de Cuidado**

Nas histórias das famílias desse estudo e ao longo do processo de cuidado, ficou evidente a presença de recursos de cuidado intra e extra-familiar. Esses recursos são suportes familiares e sociais que se constroem com base nas parcerias intra e extra-familiares. A parceria se constituiu em um dos padrões de expressão do Cuidado Transdimensional. Nesse estudo, a parceria se caracterizou pelo envolvimento de dois ou mais seres, no sentido de dar sustentação às famílias que necessitavam de ajuda, em determinados momentos de suas vidas e buscar resolutividade para os problemas que afetavam o seu viver.

Durante o estudo, busquei fortalecer as relações de cuidado existentes em cada família. Cada família mostrou de forma singular e única a sua determinação, empenho, como também as suas fragilidades, ambigüidades e incongruências. No cuidado a essas famílias, deparei-me, em inúmeras ocasiões, com situações complexas, o que demandou o fortalecimento das parcerias intra e extra-familiares já existentes e o estabelecimento de novas parcerias, principalmente no âmbito extra-familiar.

Na Família I as relações extra-familiares se evidenciavam por contatos que Maria fazia com pessoas consideradas influentes na sociedade. A relação com a

família de origem era percebida somente com uma de suas irmãs e visitas semanais à sua mãe. Pedro não tinha mais nenhum vínculo extra-familiar e os amigos de Pedro, se resumiam a outros alcoolistas.

Na Família II, as relações tanto intra como extra-familiares, depois de superada a fase do alcoolismo, davam-se de forma harmoniosa. Carmem relacionava-se bem com a mãe e filhos, voltou a freqüentar as rodas sociais e retomou seu papel na sociedade. O único relacionamento que não conseguiu resgatar foi com o ex-marido. Afastar-se, foi um dos mecanismos que Carmem encontrou para diminuir seu sofrimento.

Na Família III, havia a questão do isolamento de Vera. Era como se fugisse dela mesma, não tinha amigos, queixava-se quando Carlos visitava os pais, e não o acompanhava. Atualmente, Vera está mais próxima da família do marido, e procura estar mais presente na vida familiar do companheiro.

A família extensa foi uma das parcerias importantes já existentes. Nas três famílias, houve uma coletivização de responsabilidades e o cuidado intergeracional aconteceu naturalmente. Na ausência de Maria e Pedro, os filhos foram cuidados pela avó, tios e por amigos. Durante as audiências de Rogério e nas dificuldades enfrentadas, o grupo de parentesco esteve presente.

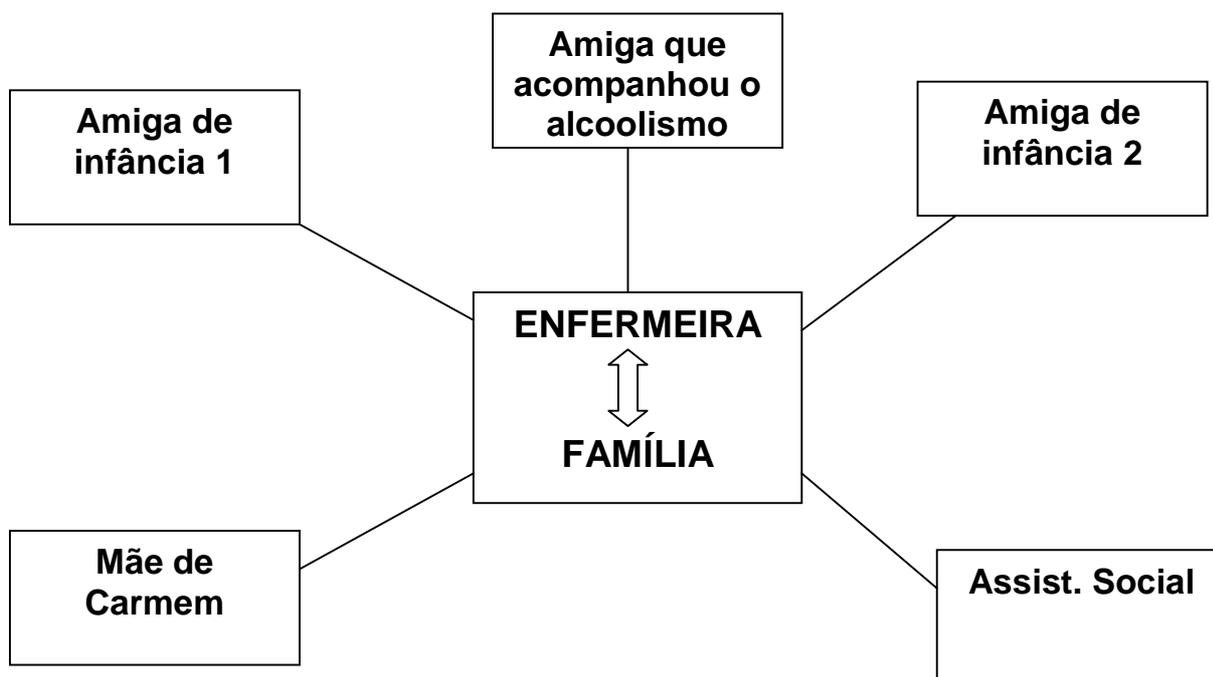
Os filhos de Carmem também passaram pela proteção da família extensa. O mais velho, com 14 anos, foi cuidado por um dos seus tios. O mais jovem, quando saiu de casa foi morar com o irmão. Houve a mobilização da rede familiar para incentivar Carmem a aceitar o tratamento, que ultrapassou os limites da casa. Entraram em cena, irmãos consangüíneos, amigos e Assistente Social. Após a separação, e como não houve nova união, Carmem tornou-se a figura central dessa família. Sua casa é o lugar onde os filhos freqüentam, sendo o ponto de referência para toda a família.

A parceria extra-familiar também ocorreu em conjunto com o Programa de Saúde Mental, Programa de DST/AIDS e Saúde da Família, através de seus profissionais, que deram sustentação ao processo de cuidar para as famílias de Maria e Vera. Advogado, Juiz Promotor, Polícia, fizeram parte desse contexto.

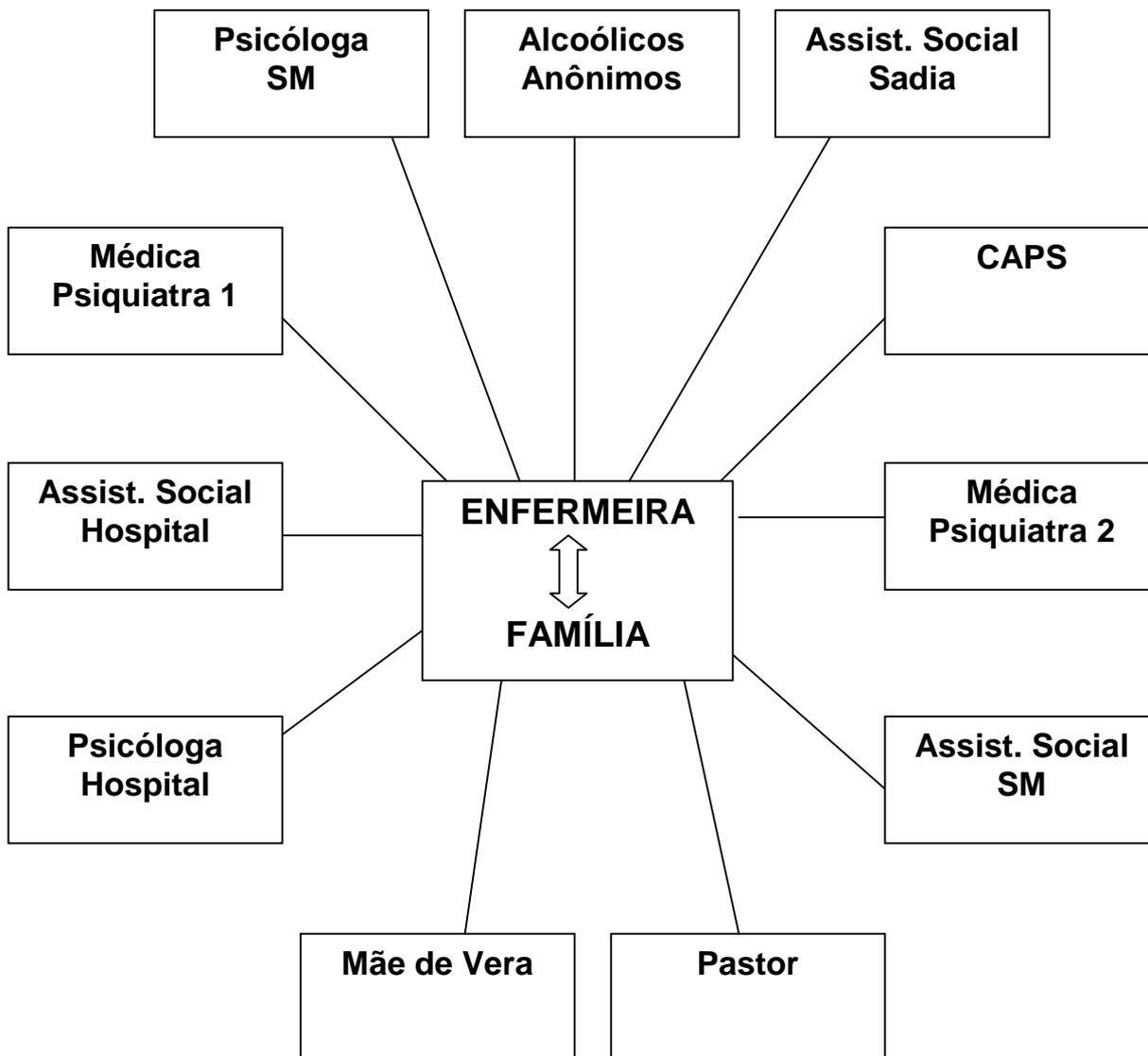
Profissionais como Psicóloga, Assistente Social, Enfermeira, Médico, também foram fundamentais.

Outros meios significativos para o cuidar foram a aproximação da pesquisadora com a família extensa de Maria e Pedro; com os padrões de Cida e Maria; com o Presidente da Associação dos moradores do Bairro onde a Família I morava; a Clínica Psiquiátrica do Hospital São Francisco de Concórdia (CLIPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Enfim, vários recursos intra e extra-familiares foram articulados para aprimorar o cuidado nesse estudo. As figuras que seguem, mostram as relações de parceria com as famílias pesquisadas, o que me leva a afirmar que, para cuidar de famílias, é necessária uma ação coletiva, multidisciplinar, e por vezes, transdisciplinar .

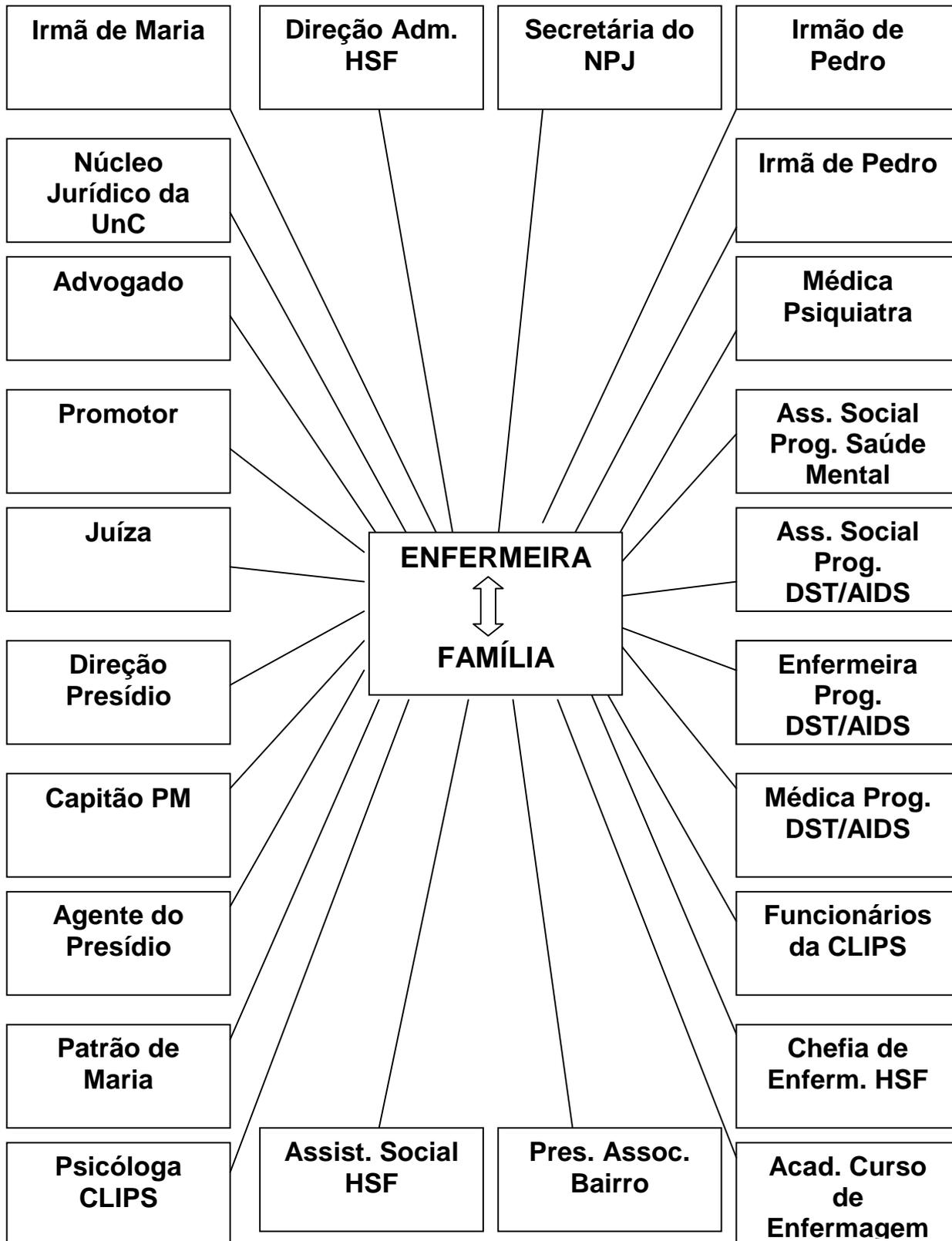
#### RELAÇÕES DE PARCERIA – Família II



### RELAÇÕES DE PARCERIA – Família III



**RELAÇÕES DE PARCERIA – Família I**



Embora tenha acontecido a parceria, nem sempre os recursos extra-familiares foram eficazes. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios fundamentais a **Universalidade** que garante a atenção à saúde, a todo o cidadão. Quem é esse todo? São os Pedros, as Marias... que precisam levantar de madrugada para conseguir uma ficha para consulta médica? E os exames laboratoriais? E os remédios? E os exames de maior complexidade? Pedro precisou fazer uma Tomografia Computadorizada durante a pesquisa. Conseguiu com minha intervenção. E se não tivesse interferido, Pedro conseguiria? Em Concórdia, como na maioria das cidades brasileiras, a fila de espera para eletrocardiograma, tomografia, ressonância magnética é expressivamente grande.

A **Equidade** assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade. Assegura de que forma? Com uma boa equipe de saúde? O que seria uma 'boa equipe'? Aquela que confunde uma picada de aranha com sífilis?

Outro princípio importante do nosso sistema de saúde é a **Integralidade**. Este visa atender o ser humano como um ser integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. Quando acompanhei Maria, Pedro, Rogério, Cida e Vera nas consultas médicas, nos exames realizados pela Enfermagem e outros profissionais, houve um atendimento diferenciado por causa da minha presença, mesmo assim, poderia ter sido melhor. Quando acompanhei Pedro no dia do acidente, o profissional médico lhe dirigia a palavra em tom jocoso. Por estar embriagado queria fazer a sutura sem anestesia "para dar-lhe uma lição". Ao acompanhar Vera até o hospital, por vezes ouvia em tom de menosprezo "outra vez"? Esses comportamentos evidenciam descaso, falta de sensibilidade, de compromisso e de profissionalismo. A pergunta que fica é: Como é cuidado o ser humano de baixo poder aquisitivo e pouca escolaridade, quando este procura os serviços de saúde?

A **Resolutividade** significa que, quando uma pessoa necessita de atendimento, o serviço deverá estar capacitado para enfrentar e resolver a situação até o nível de sua competência. Compreendo que, quando não tiver a competência necessária, a equipe deva saber a quem encaminhar. Para uma

simples drenagem de abscesso, Cida foi encaminhada a três locais distintos. Em um só procedimento foram descumpridos os princípios do SUS. Uma política organizacional que está implantada desde 1990, mas que ainda não atende aos anseios da população. Sem cair em contradição, apesar das deficiências encontradas, houve também qualidade e cuidado efetivo em outras situações.

Embora seja um universo pequeno, ficou evidenciada a desigualdade social. E não foi só no Sistema de Saúde que foi possível observar essa desigualdade. Outro segmento de cunho social relevante está ligado às questões da Justiça. O sistema carcerário que devia preocupar-se com a reabilitação / reeducação daquele que se desviou do que se julga normal, parece ser um reduto que profissionaliza o crime. Um local povoado de incongruências e descaso. Um ambiente lúgubre infestado de baratas que sobem pela rede de esgoto. Lá também existem desigualdades nas relações de poder. Existe o protegido, o marginalizado, o que recebe regalias e aquele que não tem chance alguma. Rogério havia participado do assalto, mereceu a sentença recebida, porém, a maneira como foi tratado pelos policiais e pelo primeiro Advogado, não condiz com o que se espera de um programa de reabilitação social. O ser humano está sujeito a erros, mas simplesmente condená-lo não parece ser a solução mais plausível.

Por outro lado, existem segmentos da sociedade preocupados na reeducação dos detentos. Algeri (2004) enfoca em sua matéria, a possibilidade da profissionalização dos detentos. Em parceria com vários segmentos da sociedade, foi implantado no presídio, um curso de qualificação profissional em instalação elétrica e manutenção de máquinas industriais no Serviço Nacional da Indústria, com duração de três semestres, perfazendo um total de 575 horas/aula. A meta é que ao finalizar o curso, o detento saia com emprego garantido. Silva (2005) publica o resultado de uma avaliação realizada pela Corregedoria Estadual. De acordo com o resultado, Concórdia, Rio do Sul e Blumenau são as três cidades de Santa Catarina que servem de modelo de organização, graças aos trabalhos sociais e parcerias feitas.

São elogiáveis as inovações que estão sendo realizadas. É um começo para diminuir o caos instalado. Entretanto, esse projeto, ainda não consegue atingir 100% dos detentos. Muitos, inclusive Rogério, não conseguiram vaga. É preocupante saber que, mesmo com os maus tratos observados, com a entrada de drogas sem controle, com uma superlotação, está sendo apontado como um dos três melhores de Santa Catarina.

Apesar das assimetrias e incongruências presentes nos recursos intra e extra-familiares mencionados neste estudo, pude constatar a necessidade e importância das parcerias no cuidado às famílias com alcoolistas. Vimos que o ser alcoolista influencia o comportamento do cônjuge de tal maneira que se estabelece uma espécie de ressonância na família. Nesse sentido, essa família requer um cuidado profissional. Um cuidado de natureza complexa, plural e multiprofissional. Cuidar de famílias nessas condições requer também a visão da família como uma unidade, sem, contudo perder de vista a diversidade interna. Assim, focalizar apenas um ator significa perder a visão do todo. Cuidar de família em situação de alcoolismo requer persistência e para isso é recomendável manter parcerias estruturadas. Entretanto, podemos nos deparar com obstáculos como despreparo profissional e preconceito que ainda existe em relação ao alcoolismo. O número de profissionais que se dedica a essa causa ainda é insuficiente. A própria sociedade marginaliza o alcoolista, e como já foi citado, em se tratando de mulher o preconceito é mais acentuado.

Para construir e fortalecer essas parcerias, é necessário que o cuidador esteja respaldado em um referencial que lhe dê sustentação. O Cuidado Transdimensional é um desses referenciais, pois possibilita um processo de cuidado diferenciado, no qual os atores têm a possibilidade de escolher seu próprio papel. Permite ao ser envolvido no cuidado o encontro com suas limitações e possibilidades, que lhe dá alternativas de escolha.

#### 7.4 Padrões de Significado do Cuidado Transdimensional

Apoiada nos Padrões de Significado do Cuidado Transdimensional, busquei na parceria, experiência interior, busca de unidade prática indeterminada e prática complexa, alternativas para cuidar das famílias. Enquanto **parceria**, o encontro do cuidado foi entendido como um acontecimento relativo que envolveu variados padrões e ritmos de expressão intra e extra familiar. A parceria foi concretizada quando ambas as partes participaram ativamente. A presença constante, a confiança e o respeito, os diálogos reflexivos, a busca de soluções para os inúmeros desafios fortaleceram a parceria entre cuidadora e famílias e, conseqüentemente, o processo de morte-renascimento.

A Família I esteve aberta para o diálogo, para as reflexões, e cada decisão tomada foi realizada em comum acordo. Na Família II, esta parceria não foi tão efetiva. Houve diálogo, reflexão, porém os padrões de expressão pareciam definidos. Isso é entendido pela posição social, pelo medo de se expor, condizendo com a observação de Vaillant (1999). A mulher alcoolista de classe social diferenciada, em detrimento a uma aura de prestígio, acaba não recebendo um cuidado eficiente, pelo mecanismo de negação que acomete tanto o profissional como a família. Já na Família III, a parceria constituiu-se em um meio importante. Na perspectiva do Cuidado Transdimensional, o ser cuidador é parte integrante do cuidado e deve agir de tal forma que todo o ambiente envolvido seja mobilizado de forma saudável. Vera e Carlos ainda não redescobriram totalmente suas potencialidades, mas, segundo Silva (1997a) na parceria não devem ser considerado somente os resultados. O que foi registrado permanece, e em um momento inesperado pode acontecer a transcendência. O casal pode estar mobilizando seus recursos internos de acordo com as suas particularidades, ritmos e desejos. O que pude perceber, é que, em cada encontro, houve interação e uma troca constante.

A parceria extra-familiar, abordada anteriormente, se mostrou como recurso imprescindível ao cuidado de famílias com alcoolistas. As parcerias estabelecidas com os sistemas sociais contribuíram para um cuidado de maior qualidade, bem como para a busca de resolutividade dos problemas encontrados.

Sem estas parcerias, não teríamos atingido o nível de resolutividade desejado no cuidado. Contudo, ficou muito evidente nesse estudo, que nem sempre é possível estabelecer parcerias efetivas com esses sistemas. Esses sistemas, com destaque para o da saúde e o carcerário, se constituíram em desafios, em decorrência do despreparo de seus profissionais para atuar junto às famílias com alcoolistas e em conseqüência, com uma gama complexa de problemas de saúde e sociais.

A **experiência interior** foi outro elemento que deu sustentação ao cuidado às famílias. Através do sentir é que percebemos o que somos. Não existem duas pessoas que tenham a mesma maneira de ser, de perceber, mas a intuição é inerente a todo o ser humano. Através do pensamento, formamos conceitos e vamos classificar nossas impressões. Se o mundo é um quebra-cabeças que cada um de nós agrupa de modo diferente, cada um de nós pode aprender a lidar com seus quebra-cabeças, usando as suas capacidades interiores e seus conhecimentos. Aliado ao processo de interiorização, a voz interior nos faz agir sem saber porque agimos daquela forma, em um determinado momento.

Nesse estudo, destaco alguns exemplos. Estava em casa estudando, quando senti que precisava ir até o hospital. Deixei o que fazia e fui até o Pronto Socorro. Quando lá cheguei, encontrei Maria acompanhando Rogério que havia sido espancado no presídio. Ao me ver, Maria disse que estava me chamando mentalmente. Comecei a partir daí, a prestar atenção em algumas situações que nós chamávamos de coincidência. Inúmeras vezes ia ao encontro de Maria e Cida sem ter combinado algo previamente, e quando me aproximava delas, freqüentemente ouvia dizer que estavam precisando falar comigo. Entendíamos que, com a freqüente proximidade, desenvolvíamos um sentido de compreensão, de empatia, de troca, de **experiência interior**. Durante o processo, fui aprendendo a manter contato com meu sentir e compreender ser essa uma maneira de realizar um cuidado diferenciado.

Percebia que a freqüência desse padrão de significado ocorria mais na Família I. Entretanto, quando Vera tentou suicídio, também fui levada por algo que me inquietava, que não me deixou ficar em casa e me fez ir ao seu encontro. Foi

uma experiência ímpar, que acrescentou um significado importante no modo de conduzir o cuidado.

O Cuidado Transdimensional enquanto **busca de unidade** só pode ser apreendido e vivenciado se for transcendida a razão/intelecto. Os nossos cinco sentidos não permitem a compreensão dessa realidade. Esse cuidado, segundo Silva (1997a), acontece através das potencialidades, da sintonia compartilhada entre os seres, o mundo e a Alma Universal. Uma realidade complexa, que contempla a totalidade do ser. Nesse estudo, a busca de unidade aconteceu com as três famílias. Mesmo Carmem em sua seleção de informações, compartilhou situações nas quais as palavras não conseguiam expressar tamanho sentimento. A visão do conjunto de sua história, infância, adolescência, juventude e o casamento desejado de 18 anos bem vividos, tiveram um final inesperado. Entender esse todo implica em vivenciar essa unidade.

Para que ocorra esse processo, Silva (1997a) entende que o ser cuidador deva se colocar em um estado captativo e receptivo para poder estabelecer uma sintonia compartilhada. O compartilhar com a Família I foi muito além daquilo que os cinco sentidos explicam. Quando Cida provocou o aborto, embora no início negasse o fato, algo dentro de mim esperava pela confirmação verbal. Depois de seis meses de contato, é que Maria falou da doação das filhas e de sua vida pregressa. Para verbalizar o que se tem guardado no íntimo do ser, pelo medo do julgamento, algo muito significativo deve acontecer como a sintonia, o respeito, o amor e a segurança, os quais foram fortalecidos em cada encontro.

A busca da unidade também esteve presente na Família III. Quando me aproximei de Vera senti sua fragilidade e, a princípio, hesitei em convidá-la para fazer parte da pesquisa, por achar que três famílias seria um número excessivo de participantes. Oficializei o convite após ela ter pedido para que não a deixasse só. Seu pedido de socorro me tocou profundamente. Vera precisava de cuidado, atenção, apoio, bem como Carlos e a filha. Silva (1997a) explica o sentido de **servir** como uma das maiores forças na evolução da humanidade. Esta concepção implica em admitir a vida como força dinâmica, indivisível, através da quais todos estamos ligados uns aos outros. Conseqüentemente, todos temos,

direta ou indiretamente, responsabilidades na construção de um mundo melhor e mais feliz. Nesse estudo, tinha clareza da escolha das Famílias I e II; a Família III foi mais um presente que ganhei, pois pude vivenciar com eles momentos de parceria, unidade, experiência interior que enriqueceram a qualidade do processo de cuidar.

A **prática indeterminada** é outro alicerce significativo do Cuidado Transdimensional. No início, tinha um roteiro que pretendia segui-lo durante as entrevistas. Teve seu valor, pois em algumas situações constituiu-se em uma fonte de apoio. Com o passar dos dias, a formalidade foi substituída pela imprevisibilidade. Nas três famílias havia a situação de alcoolismo, mas os acontecimentos em cada uma eram únicos, particulares e singulares. As perguntas iniciais do roteiro estabelecido foram importantes, porém, em contato com a especificidade de cada família, com cada elemento que fazia parte da família, esse roteiro foi flexibilizado.

A indeterminação esteve presente em muitos momentos, nas diversificadas situações não esperadas, mas ocorridas. No início desse estudo, jamais poderia prever ou determinar as situações vivenciadas e o desenrolar do processo de cuidado, da forma com que se deu. Este processo, como me referi anteriormente, foi original e único com cada família. No entanto, revisitando as construções efetivadas, percebo uma lógica imanente e transcendente presente, a qual caminhou para momentos de ordem, mesmo no caos reinante. Com base nessa experiência, percebo que o acaso não preside as experiências de vida, em seus encadeamentos e desdobramentos. A vida das famílias se mostrou em sua riqueza de experiências, em sua força e criatividade transformadora, o mesmo se dando com o processo de cuidado. Deste modo, a indeterminação é uma força enriquecedora e transformadora presente no processo de viver e cuidar, a qual suplanta as nossas tentativas de querer determinar e enquadrar as nossas ações e vivências.

Cuidar, com base nesse padrão de cuidado, requer mudanças nos antigos condicionamentos, abertura, flexibilidade e a admissão de que somos eternos aprendizes na arte de cuidar (SILVA, 1997a). Aprendi muito com as três famílias.

Aprendi com cada elemento que compunha a família. Um estudo que me fez revisitar minha prática e aperfeiçoá-la continuamente. Não tinha nenhuma noção de estrutura de presídio, de como cuidar em um presídio, não esperava ter que me envolver com Juiz, Promotor, Advogado e outros personagens que fizeram parte desse estudo. Foi um processo que trouxe em si a própria transcendência, tanto para mim como para os seres envolvidos no cuidado. Fortaleceu o aprendizado no sentido de dar opções para o envolvido no cuidado escolher a alternativa que melhor lhe conviesse. Quando Rogério optou em ir para a casa de prostituição ao invés de voltar ao presídio, ele estava alertado do que poderia acontecer. Preferiu correr o risco e com isso perdeu a liberdade e o emprego.

O que poderia ter sido feito para que isso não acontecesse? Ao falar sobre o assunto com Maria, concluímos que a única maneira de ter impedido o episódio era ter acompanhado Rogério até o presídio. Isso poderia resolver aquela situação, mas na primeira oportunidade, ele se desviaria da rota, pois ainda não estava preparado para a mudança.

O Cuidado Transdimensional enquanto **prática complexa** envolve fenômenos que, por vezes, não podem ser racionalizados. Contudo, falando a linguagem de Silva (1997a), o Cuidado Transdimensional é constituído por um conjunto de significados que emerge dos seres envolvidos no cuidado e que se mantém interconectado com o meio em que vive. Pela sua complexidade, não é indicado métodos e técnicas mecânicas, como preconizadas pelos métodos tradicionais de pesquisa.

Para tanto, se faz necessário alterar protocolos pré-fixados e utilizar as percepções multissensoriais para lidarmos com as múltiplas interferências. Ao entrar na Família I e me deparar com a falta de suprimento alimentar, por um instante, tive dúvida se deveria fazer algo concreto em relação à situação, ou apenas registrar como um fenômeno encontrado. Respalhada na PCA e no Cuidado Transdimensional, foram providenciados alimentos para suprir a necessidade da família sem que comprometesse o estudo. Entendo que em uma relação de ajuda, a doação de qualquer objeto, pode ser interpretada como barganha (se eu der algo estou assegurando a participação da família no estudo).

Entretanto, essa atitude apenas fortaleceu a parceria que foi se estabelecendo com nossa convivência. As partes perderam a primazia diante da unidade e unicidade e houve a revitalização das relações. Conforme Silva (1997a, p.107), “pensar e sentir implica em movimentos de forças vivas, em agir, emitir e captar energias e, portanto, participar das trocas vitais, seja para criar, deformar e recriar, ou para integrar, desintegrar e reintegrar”. Embora seja difícil definir os limites de participação de cada ser, o Cuidado Transdimensional preconiza que cada ser envolvido no cuidado, contribua com seus talentos e habilidades. Neste sentido, cada ser humano deve ser respeitado como é. Um ser em constantes mudanças, em direção ao vir a ser.

Cida era profissional do sexo, dizia gostar do que fazia e por si só decidiu ter outra profissão. O caminho era dela e foi ela quem decidiu mudar a direção. Foi visível a transformação. Afastada do álcool e outras drogas, passou a se sentir mais valorizada e aumentou sua auto-estima. A decisão de Maria separar-se de Pedro e viver com os filhos em outro endereço, em uma casa mais confortável, foi outra mudança significativa. Entre uma e outra mudança era observado o processo de morte-renascimento acontecer.

### **7.5 Processo de Morte-Renascimento em Famílias que Possuem Mulher Alcoolista.**

Antes de entrar no mundo destas famílias, cada qual tinha sua forma de organização, que foi respeitada. A minha presença, balizada pelo Cuidado Transdimensional, ajudou na reorganização, contribuiu para a tomada de decisões plausíveis para um viver mais digno e saudável. Essa afirmação está baseada na relação de confiança que foi desenvolvida entre nós, especialmente com as Famílias I e III.

No Cuidado Transdimensional, o ser cuidador deve estar aberto para o amor, sensibilidade, solidariedade, intuição e formas multissensoriais de percepção. Deve estimular a responsabilidade mútua entre quem cuida e quem é cuidado. Como cuidadora, procurei estar sempre presente, criar condições para

as famílias refletirem sobre as situações vivenciadas e tomar suas decisões. Por outro lado, houve situações que requereram uma ação mais imediata de minha parte, o que fiz de comum acordo.

Como Ser Humano complexo, plural, rico em diversidades e com inimagináveis possibilidades, Maria constrói a sua história. Uma história marcada por avanços e retrocessos, por um viver permeado de caos e ordem. Ao sair, ainda muito jovem da casa dos pais iniciou uma nova etapa de sua história. Vivenciou o processo de morte-renascimento quando casou, quando se separou, quando ficou em sobriedade durante nove anos e nas suas diversas recaídas. Esse processo acontecia também nas suas trocas de parceiros, nas mudanças de emprego, nas doações dos filhos, no abandono dos filhos e do retorno para eles. Passou pelo processo que acarreta renovação e diversificação da vida. Silva (1997a) defende que uma das dificuldades de passar pelo processo de morte-renascimento é a necessidade de segurança e o medo de mudanças. Maria mostrava-se aberta para as mudanças quando procurava novas alternativas para melhorar seu cotidiano e possibilitar aos filhos uma vida mais digna e com menos sofrimento. Não significa que sempre conseguia. Sua história revela suas lutas, seus conflitos e as diversas experiências dolorosas. Através de sua consciência individual, Maria tinha seus anseios, esperanças, limitações e frustrações.

Na visão do Cuidado Transdimensional, o amor implica em ausência de qualquer forma de possessividade, mas ao mesmo tempo, requer um engajamento com a vida. Maria por vezes, tornava-se autoritária e possessiva. Agia como supermãe, decidindo a respeito da família, montando as estratégias para que os filhos se mantivessem distantes de qualquer possibilidade de risco. Essa forma de comportamento estava atrelada ao seu passado. De protagonista passou a ser expectadora, mas não conseguia assistir a tudo sem tentar interferir. E nas suas intervenções ocorriam os conflitos de gerações, cobranças implícitas ou explícitas dos filhos. Maria expressava, assim, em seu cotidiano, sentimentos de culpa em face do processo vivido. Tentava através de seu zelo constante reverter as situações presentes e o caos na sua vida e na de seus filhos.

Pedro e Maria traziam em seus valores, o modelo da família, na qual o homem é quem manda e decide. Pedro entendia assim. Maria na sua família de origem, também conviveu com esse modelo. O pai determinava, a esposa e os filhos obedeciam. Mulher para ser digna, honrada, tinha de casar 'no papel', ter filhos registrados e obedecer ao marido. Maria parecia haver rompido com esse modelo ao sair de casa aos 14 anos. No entanto, mostrava-se ainda ligada a ele, evidenciando que nem sempre é fácil romper com as formas de condicionamento, com os padrões da vida familiar, construídos ao longo do tempo.

O tempo de Maria é hoje. Para o referencial teórico escolhido, passado e futuro fazem parte do presente. É um paradigma não-espacial, atemporal, indeterminado e complexo, que encontra o transcendente na realidade presente imanente. Foi necessário, então, não só revisitar o vivido, mas também refletir sobre o vivido.

Nas reflexões, Maria ia verbalizando e percebendo que agia conforme os recursos disponíveis que a circunstância lhe oferecia. Quando Maria falava que seu pai era o principal provedor e que sua mãe seguia suas regras, lembramos que esse mesmo homem abandonou a família quando o filho mais jovem tinha apenas seis meses. O que aconteceu com essa família? A mãe assumiu o comando, os filhos mais velhos passaram a assumir novos papéis, e a família, mesmo sem a figura do pai, conseguiu sobreviver. O pai de Maria quando estava alcoolizado, perdia a autoridade e o respeito. Segundo ela, o sentimento mais forte na família era o medo.

Conforme salienta Silva (1997a), pode ser doloroso vivenciar os momentos de caos que geralmente precedem o renascimento. Substituir velhos hábitos e condicionamentos arraigados ao longo da existência, impõe desafios. Estar face a face com as próprias limitações exige tomada de decisão. Maria começava a entender que podia mudar e que muitas ações do ser humano são resultados de padrões incorporados ao longo da vida. Poderia ter sido diferente, mas que recursos tinha naquela situação para fazer essa diferença?

Assim, Maria começa a perceber a força de ser mulher. Começa a entender que em uma relação a dois, homem e mulher têm os mesmos direitos.

Se Pedro fosse um companheiro ativo, colaborador, bom pai para seus filhos, poderiam viver juntos. Maria passa pelo processo de morte-renascimento quando percebe que não depende de Pedro para viver, que nesses oito anos de convivência, ela foi o arrimo principal na família. Nas crises vividas, Maria soube crescer, evoluir, enquanto Pedro permaneceu no seu mundo de fantasia.

Utilizei a abordagem reflexiva também com Cida. Com seus 20 anos, essa abordagem teve de ser mais conduzida, exigiu maior presença e repetições. Para que entrasse em contato com suas possibilidades, expandindo suas capacidades, foram necessários a presença, a disponibilidade, o altruísmo e acreditar que o ser humano é um ser em constante processo de mudanças. Cida vinha de uma relação desgastada e seu companheiro cumpre pena em regime fechado por ter cometido alguns crimes. Faltam mais doze anos de reclusão. No início, Cida ia todos os sábados visitar o companheiro e levava o filho. Aos domingos, aconteciam as visitas íntimas. Nos nossos primeiros encontros, afirmava que esperaria pelo companheiro o tempo que fosse necessário. Cida estava condicionada a posturas de controle e certeza, o que retardava qualquer mudança. Conforme salienta Silva (1997a), o processo de morte-renascimento pode ser retardado quando existem incertezas e desconhecimento do próprio ser.

Cida não se dava conta de sua potencialidade e tinha certeza que esperaria pelo companheiro. Começou com a mudança de emprego, e sem nenhuma influência externa, decidiu que iria retomar sua vida com outro companheiro. Isso lhe trouxe momentos de angústia e dúvida, mas concluiu que fizera a opção certa. Cida transcendeu suas próprias limitações e o processo de morte-renascimento aconteceu.

Carmem viveu o processo de morte-renascimento quando foi para a clínica e conseguiu deixar o álcool no seu retorno. Retomou sua vida, tentou refazer o casamento, mas a incompatibilidade existente fez com que não conseguisse seu intento. Houve então o processo de individualização, no qual Carmem aprendeu a lidar com as adversidades, conflitos e voltou novamente ao convívio com a mãe. Houve redefinição de valores e um recomeço. Uma nova ordem de complexidade foi evidenciada através da tomada de decisão da separação e da sua re-inserção

no meio social. Carmem renasceu para a família de origem, para sua família e para si própria.

Vera é a que mais teve dificuldades de se engajar no processo de mudança. O processo de morte-renascimento pode ser muitas vezes sutil, imperceptível e nesse sentido, Vera já o vive. Ela vai precisar de mais acompanhamento e mais cuidado. Os acontecimentos foram tão dinâmicos, que, quando uma situação parecia estar resolvida, surgiam novos elementos que exigiam novos redirecionamentos no cuidado. Sem iniciativa, Vera espera pelas decisões de Carlos sem contestar, sem participar das decisões. Demonstra dificuldade para mudar antigos hábitos, para permitir novos padrões de ação. Com isso, estão tendo dificuldades para promover as transformações necessárias para um viver mais saudável. No entanto, é preciso atentar para o fato de que, na perspectiva do Cuidado Transdimensional, o processo de morte-renascimento não é linear, mecânico e determinado. Esse processo comporta avanços e recuos, ordem e caos, paradoxos e saltos, com vistas ao surgimento de novos comportamentos e atitudes. O Caos reflete a ausência de um sentido de vida para além de nós mesmos e a ordem, a busca de um ou mais sentidos de vida. No processo de morte-renascimento, ordem e caos estão presentes no movimento da vida, impulsionando-nos ao avanço criador e transformador. Os avanços e recuos presentes nesse movimento não implicam em estagnação, mas em forma de buscar novo fortalecimento para continuar a avançar, em busca do salto quântico. Deste modo, não se pode comparar os processos de vida, nem generalizar as conquistas, ou mesmo prever os acontecimentos. Isto porque, cada ser é singular, com uma história de vida diferenciada, com potencialidades, capacidades e ritmos próprios.

Pedro, apesar de sua dificuldade em relacionar-se com os filhos de Maria, das suas freqüentes recaídas, da violência que provocava, em diversos momentos, foi também apoio para a família. No entanto, às vezes, ultrapassava os próprios limites quando verbalizava os sentimentos que tinha por Maria, quando cuidava de Ricardo e quando participava ativamente das reflexões. Deste modo, Pedro revelava um mundo interior permeado por conflitos, baixa auto-estima, insegurança e impotência em face das dificuldades. Um mundo onde

ordem e caos coexistiam em conflito e se expressava, preponderantemente, através de um padrão caótico, exacerbado pelo uso do álcool. Nesta condição existencial, o diálogo reflexivo, quando possível, era a forma mais viável de poder buscar novos comportamentos e atitudes.

Tanto o Cuidado Transdimensional como a Pesquisa Convergente Assistencial, me deram sustentação para a continuidade da pesquisa e do cuidado, embora, por vezes gostaria de compreender mais os comportamentos dos envolvidos. Compreendendo ou não, a escuta, o olhar atento e sensível era a forma de cuidar. A relação de ajuda acontecia através de longas reflexões. Através do Cuidado Transdimensional buscávamos juntos expandir suas capacidades, possibilitando o contato com suas próprias potencialidades para poderem ser seus próprios cuidadores.

Assim, as reflexões eram voltadas para o encontro do eu interior, da essência maior de cada participante. Pouco a pouco, a soberania dava espaço ao conjunto, ao todo familiar, e era observado um movimento constante emergindo de cada 'eu'. Dentro da concepção do Cuidado Transdimensional utilizei os instrumentos que dispunha. A tecnologia somou-se ao cuidado pessoal, humano, através do amor, sensibilidade e intuição.

Cada família dentro de seu contexto, de sua realidade, procurou o que julgava ser melhor para si. Foi um movimento isento de polaridades, nem negativo nem positivo, que envolveu a todos, em um movimento cíclico conduzindo a um constante renascer. Carmem nasceu em uma família amorosa e chegou a enfrentar situações caóticas tanto quanto Maria que viveu em uma família com desamor. Pedro também cresceu em meio a uma família amorosa, e dos sete irmãos é o único que tem uma vida considerada desregrada. Carlos viveu em uma família com desamor, desejou, a partir disso, construir uma família 'ideal e ainda está aquém do desejado.

Então, um relacionamento baseado no amor, respeito, talvez permita um maior contato com os próprios sentimentos, sem necessidade de subterfúgios, fugas, crises conversivas, uso de drogas ou outros comportamentos considerados

inaceitáveis pela sociedade. Mas isso não garante uma vida mais serena e com menos dificuldades.

O processo de morte-renascimento, nesse estudo, foi entendido como um movimento integralizador, que envolveu uma ordem globalizada de existência. De certa forma, não foi só um estudo, foi, principalmente uma forma de vida. Foi um processo que envolveu a pesquisadora de maneira diferente da pesquisa convencional. Meu mundo esteve voltado para essas três famílias de forma total. Entrei em espaços inimagináveis, me vi diante de situações que, como cuidadora me fizeram vacilar, porém, não desistir. Assumi, conforme preconiza o Cuidado Transdimensional, a flexibilidade, a atitude amorosa, o viver atento e reflexivo para a busca de soluções. Cuidar de famílias em situação de alcoolismo com o olhar do Cuidado Transdimensional, permitiu um cuidado efetivo.

Houve dias de risos e dias de lágrimas. Quando tudo parecia encaminhado, acontecia uma recaída, uma briga, um desentendimento. Quando parecia que nada podia dar certo, aconteciam dias de sobriedade, de companheirismo, de respeito. Idas e vindas. Essas idas e vindas permitiram que cada família fosse focada como única, o que levou a um processo de cuidado diferenciado. Ao perceber de que forma, com que ordenamento a família se articulava, foi possível compreender a unidade familiar, como uma totalidade surgida da composição e combinação de singularidade e individualidade em contextos específicos e definidores.

Vivenciar com essas famílias a experiência do Cuidado Transdimensional, possibilitou à cuidadora e aos participantes, ampliar a expressividade crítica na busca da compreensão do processo de morte-renascimento. Houve parceria, busca de unidade e experiência interior. Silva (1997a) refere que a construção do saber, ocorre em um processo ativo de nossa interação com o mundo. Nesse tempo, o meu mundo se voltou de uma forma especial para essas famílias. Foi um encontro com o outro e comigo mesma. Foi muito mais que uma descoberta, foi o desafio de entrar nas mazelas das famílias e viver uma aventura mesclada de prazer, paixão, suspense, inquietação e por vezes angústia. Insisto em dizer: não foi só uma pesquisa, um estudo, mas uma forma de vida consciente.

Desse modo, o cuidado a famílias com mulheres alcoolistas, com base no referencial utilizado, abre novos horizontes de possibilidades criadoras e emancipadoras. Leva-nos a uma jornada em direção a nós e aos outros, ao conhecimento do que somos, onde estamos hoje e para onde queremos ir. Esse processo emerge do contexto das nossas experiências passadas, como também das escolhas e decisões e atos efetivados anteriormente. No tempo presente se situa o campo das possibilidades transformadoras, o tempo de cuidar e de buscar um sentido para além de nós mesmos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O trabalho com família lembra o trabalho de uma orquestra. O pesquisador, que a rigor, não pega em nenhum instrumento musical, faz parte da orquestra, tem nas mãos uma batuta. Sua função será a de estimular a atualização da harmonia, do ritmo, da emoção e da vida potencialmente contida naquele conjunto (a família).*

*Para poder realizá-la deverá conhecer a partitura da música a ser executada, os componentes da orquestra. A beleza do concerto será produto do conjunto. O maestro não interpreta, mas participa regendo. Transforma-se no fator que pode fazer a diferença*

*(Carlos Arturo Molina-loza, 1996:266).*

Ao finalizar o presente estudo, verifico se consegui chegar ao 'ponto' desejado. Aquém? Além? Houve situações em que o todo parecia difuso, mas aos poucos, ia tomando formas, e essas passavam a ser compreendidas, isto é, nem aquém nem além.

Durante a construção desse processo, no segundo capítulo, fiz referência as possíveis dificuldades que encontraria para identificar as adversidades existentes em um grupo familiar. Analogicamente, utilizei o termo tarefa de Sísifo. Esse personagem da mitologia Grega era tido como o mais esperto entre os seres humanos. Apesar de toda sua astúcia, frequentemente se via diante de situações difíceis. Cada esperteza criava novas dificuldades, que por sua vez exigia constante sucessão de saídas provisórias.

Certa vez Sísifo descobriu que Zeus havia raptado Egina, filha de Ásopo, o deus dos rios. Como faltava água em suas terras, Sísifo teve a idéia de revelar a Ásopo o paradeiro de sua filha desde que ele lhe desse em troca uma nascente. O pai aceitou a proposta e deu a Sísifo a nascente. Teve a água, mas outro problema surgiu: Zeus ficou furioso com a delação e mandou a Morte buscá-lo.

Sísifo, com sutileza recebeu a Morte. Elogiando sua beleza pediu-lhe para deixá-lo enfeitar seu pescoço com um colar, que era uma coleira, com a qual ele manteve a Morte aprisionada e conseguiu driblar seu destino. Conta a lenda que, durante muito tempo, não morreu mais ninguém. Sísifo soube enganar a Morte, mas arrumou novas confusões. Desta vez com Hades, o deus dos mortos, e com Ares, o deus da guerra, que precisava dos préstimos da Morte para consumir as batalhas.

Tão logo teve conhecimento do ocorrido, Hades libertou a Morte e ordenou-lhe que trouxesse Sísifo imediatamente para o inferno. Ao se despedir da mulher, teve o cuidado de pedir secretamente que ela não enterrasse seu corpo. No inferno, Sísifo reclamou a Hades da falta de respeito de sua esposa em não enterrar seu corpo. Suplicou por um dia de prazo para se vingar da mulher ingrata e cumprir os rituais fúnebres. Hades concedeu-lhe o pedido e Sísifo retomou seu corpo e fugiu com a esposa, enganando a morte pela segunda vez.

Após viver muitos anos escondido, finalmente morreu. Quando Hades o viu, reservou-lhe um castigo especial. Sísifo foi condenado a empurrar uma enorme pedra até o alto de uma montanha. Antes de chegar ao topo, porém, a pedra rolava para baixo, obrigando Sísifo a retomar sua tarefa, até o fim dos tempos (SHINYASHIKI, 1997).

A história de Sísifo se aplica em alguns comportamentos encontrados nas três famílias. Pedro, Maria, Cida, Téo, Rogério, da Família I, olhando para seu retrovisor, viram muitas pedras que não conseguiram levar até o topo da montanha. Usavam de soluções paliativas, o que só aumentava suas dificuldades. Os atalhos que percorriam apenas criavam mais obstáculos. Furtos, uso do álcool e outras drogas, prostituição, falta de persistência no trabalho, falta de gerenciamento nas despesas domésticas, eram as principais pedras que impediam a chegada ao local desejado.

Carmem, da Família II, também passou por muitas dificuldades. Sua pedra não era de menor tamanho. Talvez, pela sua situação socioeconômica diferenciada, teve maiores condições de retomar sua vida, o que não garante que alcançou a meta desejada. Foi enriquecedor compartilhar com a experiência da família de Carmem. Ficou evidenciado mais uma vez que ao trabalharmos com famílias, existem diferenças na forma de aproximação. A família abrirá a porta de sua casa e de sua vida se assim achar conveniente. Carmem, apesar de sua simpatia, de me receber bem, falou parte de sua história. Preferiu calar-se e contar somente o que lhe convinha. O seu mundo privado permanece dentro do seu ser, e seu silêncio foi respeitado.

Carlos e Vera, Família III, ainda não conseguiram se enxergar por completo. Vera precisa mais tempo para perceber o quanto ainda pode mudar. Vera tem dificuldade de concluir seus objetivos, por isso está continuamente recomeçando. Seu esforço é desordenado e além de suas freqüentes recaídas, apresenta outras disfunções, como bulimia, ansiedade e quadros depressivos.

Assim, esse estudo não foi somente uma pesquisa, mas uma forma de vida. Não foi colher dados, analisá-los e descrever resultados. Foi necessária convivência, presença em dias e horas inimagináveis. Foi necessária disponibilidade, para estar junto. É um novo caminho para a estrutura do cuidado, da pesquisa, conforme preconiza o Cuidado Transdimensional, que entende a realidade como una, indivisível, que ultrapassa a noção da justaposição das multidimensões e de suas inter-relações. Uma realidade rica em diversidade, que permitiu que houvesse abertura para o fazer, para o estar junto, independente de formalidades ou de encontros pré-agendados. Havia um roteiro para um encaminhamento inicial que foi útil e utilizado em momentos que se julgou necessário, porém foi apenas um detalhe que contribuiu com o todo.

Na visão do Cuidado Transdimensional o ser humano cuidador é aquele que integra seus cuidados, que consegue compartilhar as dimensões do cuidado, em uma troca constante de energia amorosa, de forma espontânea no processo de ser, estar e viver no mundo. O ser cuidador Transdimensional desenvolve uma escuta e um sentir qualificado, buscando fortalecer-se para fortalecer o outro. Sabe escutar sua voz interior, sentir e compartilhar com o outro, independente de local, dia e hora. Não é uma tarefa de Sísifo. É uma tarefa que pode encontrar alguns 'Sísifos'.

Assim, esse estudo exigiu atenção, persistência e envolvimento. Em cada experiência vivida, em cada situação inesperada, houve uma relação de cuidado atento e amoroso. O estar presente, o ouvir, o dar oportunidade de escolha, foram ferramentas fundamentais em todo o processo. Cada encontro teve seu significado. O Cuidado Transdimensional permitiu a retomada da história de vida dos participantes. Cada um revisitou seu passado e, na medida do possível, conseguiu verbalizar questões que estavam adormecidas, que não haviam sido

refletidas, e não eram entendidas por eles como algo que poderia ser mudado, o que possibilitou, para alguns, mudanças significativas.

Permitiu também, que as pessoas se percebessem como únicas e ao mesmo tempo, parte de um todo que é a unidade familiar. Essa unidade dinâmica que vivia no mesmo espaço, se percebia como família porque tinha objetivos comuns, embora nem sempre explicitados, e com eles construíram sua história. O fato de ter sido realizado inicialmente entrevista individual, para após reunir o grupo familiar, foi um dos alicerces marcantes. A história individual deu maior sustentação, possibilitou maior entrosamento e embasamento para as abordagens posteriores.

Com esta dinâmica, passaram a entender que as relações de gênero e gerações podem ser vistas de outra forma. Que as relações de cuidado e des-cuidado podem ser reestudadas e reestruturadas. Que não há necessidade de agir com violência e nem permitir uma relação violenta. Da mesma maneira como foram construídas as relações de des-cuidado, foi possível construir as relações de cuidado. Nada foi criado, apenas aconteceu o processo de morte-renascimento. Mudaram antigos hábitos, condicionamentos e percepções e permitiram novos padrões de comportamento.

Esse referencial possibilitou conjugar ciência, amor, sabedoria, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multisensoriais de percepção. Então, cuidar de Famílias tendo como referencial o Cuidado Transdimensional, implica em não só saber como é essa família, mas atuar com elas, fortalecendo as relações de cuidado já existentes. Identificar as fragilidades e participar efetivamente de sua reestruturação, lançando mão dos recursos de cuidado intra e extra-familiar. Cada participante, de acordo com as circunstâncias vividas, permitiu-se passar pelo processo de interiorização, de individuação e de transformação. Ao mesmo tempo em que buscavam alternativas, ocorria a diferenciação, a exteriorização e a desorganização. Imanência e Transcendência foi um movimento contínuo observado de forma peculiar em cada família, através dos conflitos, paradoxos e das próprias rupturas que aconteceram durante o processo.

É um referencial que pode ser utilizado por profissionais que cuidam. O Cuidado Transdimensional de Alcione Leite da Silva abre um leque de possibilidades, e propicia ao ser cuidador optar pelas estratégias de maior domínio e preferência.

Nesse estudo, o Cuidado Transdimensional possibilitou, conforme preconiza seus pressupostos, extrapolar o processo saúde-doença, por permitir ver a vida em todas as suas formas de expressão da consciência. Então, nas mais variadas situações, dor ou alegria, foi possibilitado para que os participantes expandissem suas próprias capacidades e entrassem em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores.

Esse estudo fortaleceu ainda mais a minha convicção de que a família é um bem reconhecido, um bem desejado e defendido. É um local fértil, instigante, inesgotável e cada vez mais importante para estudos e cuidado.

O caminho a percorrer é ainda longo. Cada vez mais é necessário aprofundar conceitos, verificar resultados, fortalecer as parcerias e combater as políticas excludentes. Há um vasto campo a ser investigado na área da família, alcoolismo e Enfermagem. É um tema inesgotável que requer mais estudos e mais pesquisas. Pesquisar e cuidar de famílias é uma tarefa que exige um olhar transdimensional, com uma equipe transdisciplinar. Não é uma tarefa de Sísifo, inacabável, mas uma tarefa que exige esforço e persistência. A seqüência, ordem-desordem-interação-nova-ordem, é a característica mais perceptível dos seres vivos. Em um organismo vivo, partes se desagregam, outras se regeneram e outras renascem. É algo contínuo que demanda envolvimento, disponibilidade e conhecimento, conforme preconiza o Cuidado Transdimensional.

Encontrar o próprio ponto talvez seja possível após desacertos e acertos, percebendo que o próprio ponto é composto de aléns e aquéns. Fortaleci meu 'ponto' através desse estudo, como profissional e como ser humano. Espero que possa servir de incentivo para outras pesquisas, somando assim mais informações, e que, desconstrua idéias preconceituosas acerca do alcoolismo na mulher.

O estudo não encerrou aqui. Tenho acompanhado as Famílias I e III, agora com um novo olhar. Nasceu, cresceu e fortaleceu em nós, o sentido de confiança, amor e respeito. O tempo de convivência mostrou que quanto mais nos aproximamos das pessoas, se houver empatia, sintonia, como foi o caso com essas duas famílias, o sentido de confiança fica fortalecido e o vínculo permanece.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGERI, Carla. Nova chance aos detentos com a profissionalização. **O Jornal**, Concórdia, 25 ago. 2004. Folha Cidade, ano 29, n. 1603, p.5.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001 – Série teses em enfermagem, n. 31.

ALVARENGA, Tales. Medo de Mulher. **Veja**. São Paulo, ano 37, n.32, ag. 2004, p.87.

APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical manual of disorders. 3rd ed., Washington, DC: APA, 1987.

*ARIÉS, Philippe. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.*

BACH, L. & FREIXA, F. **Que és el alcoholismo?** Barcelona: Gaya ciencia, 1977.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis. **Vida morrida, morte vivida**: uma abordagem no cuidado transdimensional no Domicílio. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

BERTOLOTE, José Manoel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula, BERTOLOTE, José Manoel et al. **Alcoolismo hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997, p 17-31.

BEAUCHAMP, Tom L. & CHILDRESS, James. **Principles of Bio-medical Ethics**. 4 ed. New York: Oxford University, 1994.

BLANE, H.T. **The personality of the alcoholic: guises of dependency**. New York: Harper na Row, 1968.

BLEGER, José. **Temas de Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BOEHS, Astrid Eggert. **A Família e a Equipe de Enfermagem no Hospital Pediátrico: movimentos de aproximação e distanciamento**. Florianópolis: Editora UFSC. Série Teses em Enfermagem n.35. Enfermagem/PEN/UFSC, 2002.

BORGONOVO, Karla Denise Schipmann. **Vivenciando o Cuidado transdimensional com trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN. Universidade Federal de Santa Catarina: UFSC.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996.

BOWEN, Murray. **Family Therapy In Clinical Practice**. Nova Iorque: Aronson, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool - PRONAL**. Brasília: MS/Disan, 1988.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** – Resolução n. 196. Brasília, Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Departamento de gestão de políticas estratégicas**. Secretaria de políticas de saúde. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Centro Brasileiro de informações sobre drogas Psicotrópicas – CEBRID** – Brasília, 2000.

CAHALAN, D. **Problem drinkers: a national survey**. San Francisco: Jorsey Bass, 1970.

CAMPS, Victória. **El siglo de las mujeres**. 2 ed. Madrid: Cátedra, S.A., 1998.

CARTER, Betty, MCGOLDRICK, Mônica As mudanças no ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica & Colaboradores. **As Mudanças no**

**ciclo de vida familiar** - Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995, p. 7-27.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **A Família como Modelo: desconstruindo a patologia**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2001.

CORDO, Margarida. O Alcoolismo e Família: sinais de co-dependência. **Hospitalidade**, v. 62, n.245, p. 9-15, out./dez.1998.

CORRÊA, C.H.P. História oral: sobre suas razões e objetivos. In: MAIHY, J.C.B. (org.). **(Re) introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996.

CONSELHO Federal de Enfermagem. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Brasília, 1993.

DIEGUES, Consuelo. Tragédias inflamáveis. **Veja**, São Paulo, v. 31, n. 49, p. 100, dez. 1998.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EDWARDS, Griffith et al. **A política do álcool e o bem comum**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

EDWARDS, Griffith. **O tratamento do alcoolismo**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

ELKAÏM, Mony. **Se você me ama, não me ame**. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviour among Brazilian families living in a fishing village**. San Francisco: UCSF. Thesis (Doctorate in Nursing Science) – University of California, 1984.

\_\_\_\_\_. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994, p. 19-60.

\_\_\_\_\_. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002, p. 11-24.

ELSEN, Ingrid et al. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias**. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992. 9f. Mimeografado

ESTIMA, Sonara Lúcia. **O processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadores de enfermagem**.

Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1977

\_\_\_\_\_. **Micro física do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FREITAS, Kênia Silva dos Santos. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

\_\_\_\_\_. **O vôo da arte e educação no cuidado do ser**. Erechim: Edifaps, 2001.

FRIDMAN, I.S. & PELEGRINI, I.L. **Trabalho e drogas: Uso de substâncias psicoativas no trabalho**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1994.

GARRO, Linda. C. Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). **Soc. Sci. Med.** London, v. 38, n. 6, p. 775-788, 1994.

GENOFRE, Roberto Maurício. Família: uma história jurídica. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org). **A família contemporânea em debate**. 2. Ed. São Paulo: EDUC, 1997, p. 97-104.

GHIORZI, Ângela da Rosa. **Entre o Dito e o Não Dito: Da Percepção à Expressão Comunicacional**. Florianópolis: Ângela da Rosa Ghiorzi, 2004.

GODELIER, Maurice. As relações homem-mulher: o problema da dominação masculina. In: **Revista da Civilização Brasileira**. Rio de Janeiro, 1980, p. 9-29.

GUADAGNIN, Ângela. Alcoolismo e Violência. In: **Alcoolismo & Violência – Câmara dos Deputados – Comissão de Seguridade Social e Família**. Brasília, 2004, p. 9-11.

GUERIN, P. J. & PENDAGAST, E. **Evolution of family system and genogram**. Nova Iorque: Gardner Press, 1976.

HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JAMES, Tad & WOODSMALL wyatt. **A terapia da linha do tempo e a base da personalidade**. Blumenau: EKO, 1994.

JAPIASSU, Hilton & MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JELLINEK, E.M. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: College and University Press, 1960.

KOESLER, Arthur. **Janus: a summing up**. New York: Vintage books, 1979.

KRAMER, Janette. **Family interface: transgenerational patterns**. Nova Iorque: Brunner/Mazel, 1985.

KRESTAN, Jo-Na, BEPKO, Cláudia. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty, MC GOLDRICK, Mônica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 415-439.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1996.

LARANJEIRA, Ronaldo, PINSKI, I. **Alcoolismo: mitos e verdades**. São Paulo: Contexto, 1997.

LAURETIS, Teresa de. **Technologies of gender**. Bloomington: Indiana University Press, 1987.

LAZO, Donald M. **Alcoolismo: o que você precisa saber**. São Paulo: Paulinas, 1990.

LEÓN, Magdalena. Empoderamento: Relaciones de las Mujeres com el Poder. **Estudos Feministas**. Ano 8. 2º semestre, 2000.

LELOUP, Jean-Yves. **Caminhos da Realização**. 13 ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 1996.

LIEBERMAN, S. **Transgenerational analysis: The genogram as a technique in family therapy**. Nova Iorque: Company, 1979.

MANTOVANI, Susanna. **La ricerca sul campo in educazione: i metodi qualitativi**. Milano: 1. ed. Bruno Mondadori, 1998.

MARCON, Sônia Silva et al. Trabalho da mulher: o confronto com a realidade familiar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 369-379, 1997.

MARCON, Sônia Silva. **Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.

\_\_\_\_\_. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSEN, Ingrid et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002, p. 45-96.

MARCON, Sônia Silva; ELSEN, Ingrid. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.1, n.1/2, p. 21-26, jan./dez., 1999.

MASUR, Jandira & DEL PORTO, J.A. Nonmedical treatment of alcoholism with emetic drugs and disulfiram in Brasil. **Journal of Studies on alcohol**, 42 : 814-817, 1982.

MASUR, Jandira. **A questão do alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

Mc. GOLDRINCK, E. J. **The management of the**. Boston: Houghton Mifflin, 1954.

MELLO, Eduardo Kopp Nogueira. Família: a doença que somos nós. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 32-35, jan./fev., 1990.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MILAN, James R, KETCHAM, Katherine. **Alcoolismo**: os mitos e a realidade. São Paulo: EFEB, 1981. 219 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MINUCHIN, Salvador, FISHMAN, H. Charles. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes médicas, 1990.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Famílias de jovens que tentam suicídio**. Campinas. Tese (Doutorado) - Unicamp, 1994.

\_\_\_\_\_. Família e serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 55, p. 114-130, nov./1997.

\_\_\_\_\_. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**. Florianópolis, n.2, p. 20-26, maio, 1998.

\_\_\_\_\_. Famílias Hoje: O começo da Conversa... **Texto & Contexto Enfermagem**. V. 8, n. 2. P.211-219, mai./agos. 1999.

MOLINA-LOZA, Carlos Arturo. **Destino familiar, desatino terapêutico**. Belo Horizonte: ArteSã, 1996.

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

MOTTA, Maria da Graça Corso da. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**. Pelotas: Gráfica Universitária UFPel, 1997.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e Masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NICHOLS, Michael P., SCHWARTZ, Richard C. **Terapia familiar**: conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed, 1998.

NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em família**: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. 1991. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da UFSC, Florianópolis, SC.

NUNES, Ana Maria Pereira. **Vivenciando o Ser e o Estar sendo cuidado no Centro de Apoio ao Paciente com câncer**. Tese (doutorado em Enfermagem)- Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, UFSC, 2002.

OLIVEIRA, Eliene Reis de; LUIS, Margarita A. Villar. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgência psiquiátrica. **Cad. Saúde pública**. V. 12, n. 2, Rio de Janeiro, abr./jun., 1996.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Ser saudável na felicidade-prazer**. Florianópolis: UFPel, 1996.

PEREIRA, Potyara A.P. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 48, p. 103-114, agos., 1995.

PETRINI, João Carlos. **Pós-Modernidade e Família**: um itinerário de compreensão. São Paulo: EDUSC, 2003.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Qualitative Research**: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach. New York: Anchor Book, 1995.

POPPER, Karl. **A lógica da Pesquisa Científica**. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 1998.

RAMOS, Sérgio de Paula. Prefácio da primeira edição. In: RAMOS, Sérgio de Paula, BERTOLOTE, José. **Alcoolismo hoje**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 8.

REPÚBLICA Federativa do Brasil. **Constituição Federal de 1988** – Ministério da Educação. Brasília, 1969 - 1988.

RIBEIRO, Maria Salete. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis: JOESC, 1999.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SABINO, Mario. A Mulher dos Padres. **Veja**. São Paulo, ano 37, n.32, agos. 2004, p.86-87.

SAFFIOTI, Helelieth. Conceituando o Gênero. In: SAFFIOTI e MUÑOZ-VARGAS (orgs.) **Mulher Brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília: UNICEF, 1994, p.271-283.

SANDELOWSKI, Margarete. The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing Science**, v. 8, n. 3, p.27-37, april 1986.

\_\_\_\_\_. Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. **Advances in Nursing Science**, v. 16, n.2, p. 1-8, dec.1993.

\_\_\_\_\_. Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, n. 18, p. 179-183, 1995.

SARTI, Cynthia Andersen. **A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SCOTT, Joan. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988.

\_\_\_\_\_. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: LOPES, Eliane Marte Teixeira e LOPES, Lauro. **Educação e Realidade**. Número especial. Porto Alegre, vol.15, a 2. Jul/dez.1990., p.5-22.

SHINYASHIKI, Roberto. **O sucesso é ser feliz**. São Paulo: Editora gente, 1997.

SILVA, Alcione Leite da. Transcendendo feminino e masculino: uma relação estética para a consciência do cuidado. **Texto Contexto Enf**. Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 18-33, jan./jun., 1996.

\_\_\_\_\_. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: Ed. Universitária. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC, 1997a.

\_\_\_\_\_. O feminismo pós-moderno e a pesquisa: implicações para a enfermagem. **Texto Contexto Enf**. Florianópolis, v. 6, n.1, p. 66-83, jan./abr., 1997b.

\_\_\_\_\_. **Habilidade Intuitiva no cuidado de Enfermagem.** Rev. Latino-am Enfermagem. São Paulo, n.11 a.4, jul./ago. 2003, p.429-435.

\_\_\_\_\_. **Enfermagem e Saúde sob a ótica de gênero:** Desafios para o século XXI, Florianópolis, 2004 (Artigo não publicado).

SILVA, Denise Maria Guerreiro da. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus:** experiências pessoais e culturais. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

SILVA, Mara Regina Santos da. **Família e alcoolismo:** em busca do conhecimento. Florianópolis. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 1996.

\_\_\_\_\_. Convivendo com o alcoolismo na família. In: ELSEN, Ingrid et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: UEM, 2002, p. 271-292.

\_\_\_\_\_. A Construção de Uma Trajetória Resiliente Durante as Primeiras Etapas do Desenvolvimento da Criança: O Papel da Sensibilidade Materna e do Suporte Social. Florianópolis. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2003.

SILVA, Alison da. Presídio Regional entre os Melhores. **O Jornal**, Concórdia, 15 jan. 2005. Folha Segurança, n. 1644, p. 15.

SONENREICH, Carol. **Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo.** São Paulo: Edição do autor, 1971.

STAMM, Mariestela. **A Enfermeira cuidando de famílias em situação de alcoolismo com uma abordagem transpessoal.** Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

SZASZ, Thomas. Bad habits are note diseases: a reputation of the claim that alcoholism is a disease. **Lancet**, 1972.

SZYMANSKI, Heloisa. Teorias e “Teorias”. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org.). **A Família Contemporânea em Debate.** 2. ed. São Paulo: 1997 p.23-27.

TÁVOLA, Artur da. **De alguém que já não fui.** 8 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

TRAVELBEE, Joice. **Intervencion Em Enfermeria Psiquiátrica**. 2. Ed. Colômbia: Carvajal, 1979.

TREFAUT, Maria da Paz. Dura volta à superfície. **Carta capital**. [ s.l. ], p. 74-77, abr., 1997.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Convergente Assistencial**: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VAILLANT, George E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

VARGAS, Heber Soares. **Repercussões do álcool e do alcoolismo**. 2 ed. São Paulo: Fundo editorial BYK, 1988.

VARGAS, L. A. **Cuidando e ressignificando o processo de ser e viver da mulher com câncer**. Florianópolis, 1999. Monografia - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

WATSON, Jean. **Nursing**: human science and human care: a theory of nursing. 2 ed. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1988.

## **ANEXOS**

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estou ciente que a Enfermeira Mariestela Stamm, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFSC, irá desenvolver um estudo com famílias que tenham em seu meio uma mulher alcoolista. Fui esclarecido sobre todos os objetivos da pesquisa - **Quebrando o Silêncio no Cuidado Transdimensional A Mulheres Alcoolistas em Família.**

Ficou claro que posso perguntar e falar o que desejar compreendendo que poderão surgir situações de conflito como também benefícios com a participação neste estudo. Me foi garantido o respeito, individualidade e privacidade. Foi esclarecido que as informações colhidas serão cuidadosamente mantidas em sigilo, bem como garantido o sigilo de meu nome e dados que possam revelar minha identidade. Ficou claro para mim que, poderei me retirar do estudo, se julgar necessário.

Assim sendo, autorizo a pesquisadora a gravar entrevista referente ao assunto mencionado, bem como, transcrevê-la para compor partes e/ou servir de base à consecução dos objetivos do trabalho. Autorizo também a pesquisadora que proceda a discussão do material que resultar desta pesquisa com sua orientadora, co-orientadora e/ou outro colaborador que possa auxiliá-la teoricamente na redação final do estudo.

Autorizo ainda, que o material que resultar de minha entrevista, possa compor o texto final da tese da referida pesquisadora.

Concordo, portanto, com todas as condições ofertadas pela pesquisadora para a utilização de minhas informações.

Concórdia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
2003.

Nome: _____	Nome: Mariestela Stamm
Assinatura: _____	Assinatura: _____
CPF: _____	CPF: nº 345.804.769-72
	Telefone: 0xx49 444.2605
	e-mail: estela@netcon.com.br

Orientadora  
Dra. Alcione Leite da Silva

Co-Orientadora  
Dra. Regina Célia Tamaso Miotto

**ANEXO B****ROTEIRO DE TEMAS*****I- História familiar***

- 1- Pais: idade, saúde, ocupação, relacionamento atual com os pais;
- 2- Pessoas significativas na infância;
- 3- Irmãos: número, idade, atual relacionamento;
- 4- Ambiente na infância: reconstrução do ambiente do lar durante a infância e o meio social e cultural no qual estava inserido;

***II- História pessoal***

- 1- Nascimento;
- 2- Adaptação geral na infância - doenças na infância, relacionamentos;
- 3- Escolaridade: adaptação social;
- 4- História profissional e ocupação atual;
- 5- Casamento: qualidade do casamento; impacto da bebida e atitudes dos familiares em relação aos alcoolismo da mulher;
- 6- Filhos: relacionamento;
- 7- Situação sócio-econômica;
- 8- Lazer;
- 9- Crise - situações vivenciadas;
- 10- Emoções/Sentimentos/Afetos;
- 11- Situação de espiritualidade.

***III- História atual da família***

- 1- Redistribuição de papéis;
- 2- Relacionamentos;
- 3- Crises enfrentadas;
- 4- Co-dependência.

Baseado em Edwards (1995).



