

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

DISSERTAÇÃO

**A VIVÊNCIA FAMILIAR DA MULHER COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

HELENA LUIZA CERESER

Florianópolis, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO III - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CONVÊNIO REPENSUL

TÍTULO: A VIVÊNCIA FAMILIAR DA MULHER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

HELENA LUIZA CERESER

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do grau de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

sendo APROVADA em 02.04.1996, atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

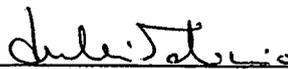
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Ingrid Elsen - Presidente - Orientadora



Dra. Mercedes Trentini - Membro



Dra. Zuleica Maria Patricio - Membro



Dra. Esther Jean Langdon - Membro



Dra. Lúcia H. T. Gonçalves - Suplente

*"De tudo, ficaram três coisas:
A certeza de estarmos começando,
A certeza de que é preciso continuar,
E a certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar,
Fazer da interrupção um caminho novo;
Fazer da queda, um passo de dança,
do medo, uma escada
do sonho, uma ponte,
da procura, um encontro".
FERNANDO SABINO*

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta dissertação, não poderia deixar de prestar meus agradecimentos às pessoas que comigo participaram desta trajetória. Como é impossível nominar todas, agradeço em especial:

Às famílias que tão gentilmente aceitaram e permitiram minha invasão em suas vidas, sem o que não seria possível a realização do presente trabalho;

Aos meus pais Henriqueta e Augustinho (in memoriam), que me ensinaram o valor da participação familiar;

Ao Volmar e Tiago que participaram e compreenderam meus períodos de ausência;

Às colegas do curso de mestrado, Carmem, Laura, Margrid, Maria Augusta, Maria Celeste e Rosa, que cada uma, com sua forma peculiar me ajudaram na superação das dificuldades encontradas no caminho;

À todas às colegas do Departamento de Enfermagem pelo incentivo e apoio recebido;

À Dra. Ingrid Elsen por acreditar na minha capacidade, por entender minhas limitações, por me estimular e me auxiliar no desenvolvimento do presente trabalho;

À Elizabeta (Beta) e Vania pela disponibilidade e incentivo permanente;

À Maria de Lourdes pela amizade e auxílio prestado nos momentos mais difíceis;

Às inesquecíveis Mara, Valquiria e Celmira por me permitirem compartilhar as dúvidas, dificuldades e alegrias;

À Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Dda. Angela, Dda. Maria da Graça, Dda. Edilza, mestrandos Juliana e José Claudio, pela contribuição no desenvolvimento de um trabalho individual, resultante de uma construção coletiva;

Aos dirigentes da REPENSUL, tanto local quanto central, pela infra-estrutura proporcionada.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
2- BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3- O PROCESSO DE COMPREENDER A MULHER HIPERTENSA E SUA FAMÍLIA.....	32
3.1- Tipo de Pesquisa	32
3.2- Local da Pesquisa	33
3.3- População e Amostra	33
3.4- Coleta de Dados	34
3.5- Registro de Dados	38
3.6- Análise de Dados	38
3.7- Aspectos Éticos da Pesquisa	40
3.8 - Facilidades e Limitações	42
4- DESVELANDO O MUNDO DA MULHER HIPERTENSA	43
5- REFLETINDO AS VIVÊNCIAS FAMILIARES.....	123
6- COMPREENDENDO A MULHER HIPERTENSA NA FAMÍLIA.....	134
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXO 1	156

RESUMO

A VIVÊNCIA FAMILIAR DA MULHER COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Autora: Helena Luiza Cereser
Orientadora: Dra. Ingrid Elsen

Trata-se de um estudo exploratório com famílias de mulheres hipertensas, residentes em um bairro de Santa Maria (RS). Os dados foram coletados no domicílio através de entrevistas e observações. O número de entrevistas em cada família variou entre seis e nove. Os dados foram inicialmente descritos sob a forma de uma trajetória familiar. Logo após uma reflexão das vivências familiares, das seguintes questões: a família, o papel da mulher, a ajuda e o processo saúde/doença. A análise constou da identificação e discussão do tema central que permeia a vivência familiar da mulher hipertensa, o qual foi denominado: "A hipertensão arterial: um assunto da mulher ou da família? "

ABSTRACT

THE FAMILIAR LIFE OF THE WOMEN WITH HIGH BLOOD PRESSURE

Author: Helena Luiza Cereser

Adviser: Dra. Ingrid Elsen

This is an exploratory study with the families of women with high blood pressure, residents in a suburb of Santa Maria (RS). Data was collected in the women's residences using interviews and observations. The number of interviews done with each family has varied between six and nine. Data was initially described under the form of a familiar tendency. Then there was a reflection about familiar life experiences of the following questions: the family, the role of the woman, the assistance and the health/disease process. The analysis consisted in the identification and discussion about the central theme which permeates the life of the blood pressure women's which was: "high-blood pressure: a women's or a family's mater?"

INTRODUÇÃO

Ao apresentar esta pesquisa, necessário se faz um breve retrospecto da minha caminhada. O trabalho aqui proposto representa a essência da minha vivência profissional e pessoal, minhas inquietudes, crenças e esperanças. Ao longo da minha trajetória profissional, tenho desenvolvido atividades, procurando aprender e cuidar tanto de alunos quanto de clientes, no ambiente hospitalar e na comunidade.

Convivi com vários tipos de pacientes, dentre eles, aqueles em estado grave no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), onde constatei que muitos que aí chegavam, estavam em estágio adiantado de complicações e/ou seqüelas de patologias como, por exemplo, da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus, para as quais hoje já se conhecem formas de prevenção e tratamento. Percebia ainda quão superficial era o meu conhecimento acerca das atitudes e motivos que levavam o cliente e sua família a "não poder" ou "não querer" suprir suas necessidades de saúde, prevenindo doenças ou tratando-as precoce e adequadamente.

Constatar esta realidade trouxe sofrimento e muitos questionamentos que, sem dúvida, foram essenciais para me impulsionar na busca de outros caminhos. Comecei me perguntando o que estava fazendo enquanto enfermeira/educadora para a prevenção ou enfrentamento das doenças crônicas. Tentando interferir nesta problemática, aceitei o convite de uma colega e, em 1987, iniciamos um trabalho com clientes portadores de Hipertensão Arterial (H.A.) em um bairro de Santa Maria (RS). Fomos trabalhar nessa comunidade por entender que, um dos motivos da clientela não buscar o serviço de saúde, era a

dificuldade de acesso ao mesmo.

As atividades desenvolvidas nesta comunidade foram: a consulta de enfermagem ao adulto, um levantamento domiciliar sobre a prevalência de Hipertensão Arterial (H.A) e um curso sobre H.A. Gradativamente, outros profissionais foram participando do trabalho e outras ações foram acrescentadas, tais como: palestras, formação de um grupo de entre-ajuda e sessões de fisioterapia.

Percebendo a dificuldade em trabalhar com pessoas no seu próprio contexto e desejando instrumentalizar-me para assisti-las fora das dependências do hospital, busquei, em 1989, no Curso de Especialização "Saúde Coletiva", o suporte teórico para a realização das atividades a que me propunha desenvolver. Ao avançar nos conhecimentos sobre saúde coletiva, e na observação de minha prática cotidiana, percebi que a consulta de enfermagem desenvolvida era baseada no modelo biomédico, referencial este voltado para a assistência individual e que coloca a doença como centro da atenção profissional e onde a cura, ou a melhora, está muito condicionada à vontade do indivíduo em querer ou poder mudar. Embora a consulta de enfermagem privilegie aspectos bio-psicossociais, estes não são suficientemente abrangentes a ponto de identificar a real situação do cliente, sua família, ambiente e comunidade em que vive.

Por experienciar que esta abordagem era insuficiente, busquei, na atividade grupal, a complementação da primeira. Na visita domiciliária, realizada com o propósito de levantar a prevalência da H.A., todos os membros da família eram convidados a participar das atividades propostas. Observei, porém, que os homens vinham em menor número e, quando presentes, participavam da consulta de enfermagem demonstrando dificuldade para permanecer no grupo de entre-ajuda. Este era coordenado por uma enfermeira e uma fisioterapeuta que solicitavam a presença de outros profissionais, sempre que necessário. O grupo

tinha por objetivo a discussão, troca de experiências e reflexões acerca dos condicionantes do processo saúde/doença.

A clientela da consulta de enfermagem e do grupo de entre-ajuda era constituída, predominantemente, de mulheres com as seguintes características: donas-de-casa, casadas, idade superior a 40 anos e com baixa escolaridade. Individualmente, na consulta de enfermagem, ou no grupo, algumas mulheres deixavam transparecer, enquanto outras verbalizavam, uma auto-estima baixa e dificuldade em se perceber como pessoa com direitos e, entre esses, o de ser feliz e o de ser cidadã responsável por seus atos e por sua história.

A experiência deste trabalho comunitário levou-me a acreditar que as mulheres, além de procurarem mais os serviços de saúde, aceitam, melhor que os homens, o processo de compartilhar conhecimentos e sentimentos. A atividade grupal foi valorizada pelas mulheres, pois além de representar a oportunidade de desvelar sentimentos, também possibilitava que cada uma ouvisse a outra e assim constatasse que as dificuldades de umas são semelhantes às das outras. Essa vivência em grupo favoreceu o desenvolvimento de atitudes que evidenciavam a compreensão, a vontade de ajudar e a solidariedade.

A exposição de sentimentos por parte das clientes levou-me à reflexão do quanto é necessária e enriquecedora a interação e a troca entre clientela e profissionais. Também percebi que as pessoas e grupos não querem só informações, mas necessitam apoio, atenção, aceitação e liberdade para exteriorizar dúvidas e sentimentos.

CERESER e VOGT (1993), relatando a experiência com o trabalho em grupo de entre-ajuda, salientam que o estresse, um dos fatores de risco da H.A., aparece como um dos elementos mais importantes na exacerbação do quadro hipertensivo. As situações estressantes verbalizadas estavam

freqüentemente associadas ao mundo familiar, como a dificuldade da mulher em expressar seus sentimentos, o pouco valor dado ao seu papel de dona-de-casa e mãe, assim como a sensação de impotência frente às transformações que acontecem dentro e fora da família, que trazem repercussões temporárias ou permanentes em seus membros.

Esse sentimento de desvalorização apresentava-se exacerbado na mulher com mais de 40 anos, talvez pelo fato dela acreditar que nesta fase diminuíram sua capacidade e ritmo de trabalho, beleza e interesse sexual. Além disso, as mulheres queixavam-se da submissão a que estão sujeitas aos maridos, ao pouco poder de decisão e ao fato de não receber compensação ou reconhecimento por suas atividades domésticas. Estas mulheres, quando trabalhavam "fora", ou realizavam alguma atividade para ajudar no orçamento doméstico, além de desempenharem a dupla jornada de trabalho, recebiam baixos salários em função do próprio nível de escolaridade.

Meu interesse em aprofundar o estudo sobre a mulher hipertensa e suas relações familiares aumentou, após desenvolver um trabalho assistencial com três famílias de mulheres com H.A., nas disciplinas do mestrado: Educação e Assistência de Enfermagem; Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Prática Assistencial de Enfermagem.

Estas vivências me impulsionaram a continuar na busca do entendimento da vida diária destas mulheres e a desvendar a relação entre a hipertensão arterial e seu contexto familiar. Neste processo algumas questões se impuseram: Como realmente é o dia a dia da mulher hipertensa? Como esta mãe, esposa cuidadora e portadora de H.A., age no mundo familiar? Ela quer ajuda da família para manter o tratamento da H.A.? Ela pede ajuda? Ou não explicita seus sentimentos e necessidades? Como a família considera a H.A. e quais os cuidados que seus membros julgam importantes e exercitam no dia-a-dia? Era

meu interesse saber se havia ou não dificuldades ou empecilhos para uma adequada aderência da mulher ao tratamento da H.A., bem como conhecer as relações familiares, tentando descobrir se estas contribuem ou não para a manutenção do tratamento.

Os profissionais de saúde, desconhecendo muitas vezes as relações familiares, encontram dificuldades para uma assistência mais efetiva, tanto individual quanto grupal, que atenda às necessidades da clientela e que possibilite uma aderência ao tratamento. Acredito que este estudo venha fornecer subsídios que facilitem a compreensão da participação da família no tratamento da mulher com H.A., oferecendo condições para cuidado e tratamento mais efetivos e contextualizados.

Objetivo

Tentando compreender melhor o mundo da mulher hipertensa e sua família, me propus desenvolver este trabalho, tendo por objetivo:

Desvelar a vivência familiar da mulher com hipertensão arterial.

2 BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

Na tentativa de desvendar o cotidiano familiar e conhecer a participação da família em relação a um membro portador de uma doença crônica degenerativa, que é a hipertensão arterial, necessário se fez consultar a literatura. Para tanto, a mesma está sendo apresentada na seguinte seqüência: A mulher e seu papel social; A mulher hipertensa; A família e a saúde.

A Mulher e seu Papel Social

A história tem mostrado os vários papéis exercidos pela mulher como provedora material de um grupo (mulher primitiva), como controladora e tomadora de decisões (no matriarcado), até a mulher atual que, em número cada vez mais freqüente, é a "chefe da família", isto é, sua provedora material e afetiva, associada à responsabilidade legal pelos filhos e pela casa.

Enquanto a mulher primitiva preocupava-se com a sobrevivência, cuidando dos filhos, coletando raízes e frutos próximo à caverna, os homens caçavam e guerreavam com outros grupos, com o intuito de se apossarem de novos domínios ou defender o território já conquistado. Quando aquele local não mais oferecia alimentos, os indivíduos locomoviam-se à procura de outros, com maiores possibilidades.

Com o passar do tempo, os seres humanos deixaram de ser nômades. Associado à caça e pesca, iniciaram o cultivo da terra. Com isso, houve um acréscimo às atividades femininas, sendo que o homem continuou as atividades longe do cotidiano da família, caçando, pescando e lutando com outros

homens. E à mulher coube a atividade perto da moradia (caverna, gruta, cabana, tenda ou qualquer construção que servisse de abrigo), a de cuidar da terra.

O tempo foi passando e os costumes e práticas foram evoluindo. Hoje, para alguns grupos, a maior preocupação é o avanço tecnológico, a concorrência intelectual e o uso da inteligência artificial. Porém, no mesmo tempo e espaço geográfico, existem indivíduos e grupos ainda preocupados com a sobrevivência, onde nem a agricultura evoluiu e a busca da alimentação é uma constante.

No Brasil, tem-se estas duas realidades, todavia o contingente maior é de pessoas inquietas com o "hoje", com a concretude do dia-a-dia, com o buscar solução para situações de sobrevivência. Ilustrando a condição da mulher brasileira, cito o trabalho de DIAS (1991), no livro "Mulheres, sanitárias de pés descalços", no qual retrata os múltiplos papéis desempenhados pela mulher pobre, entre estes o de psicóloga, assistente social, educadora e agente de saúde. Uma das funções da mulher, para a qual a autora chama atenção, é aquela relacionada à manutenção do bem-estar mental da família, quando a mulher se preocupa com o equilíbrio das ansiedades e tensões familiares, tentando de todas as maneiras resolver os problemas, não importando a que custo. A fala, logo a seguir, exemplifica a preocupação da mulher em relação à família, sua pouca comunicação com os componentes do grupo familiar, quanto à necessidade de dividir preocupações, responsabilidades e permitir-se fraquejar:

Qualquer problema que você traz para ela (a mãe) aqui ela vai pegando, ela vai se virando e vai tomando conta daquilo, assumindo a responsabilidade. Se a gente vem despejando as coisas para ela, ela vai aceitando, vai aceitando. [] Ela acha que tem que dar conta de tudo. Ela tem que resolver todos os nossos problemas. Ela assume todos os problemas para ela. A gente fica tranqüila e ela sofre tudo. [] Ela fica nervosa porque não dá conta. A carga está muito pesada (p.31).

Ainda sobre a divisão social do trabalho e a submissão da mulher

ao domínio masculino, estão muito bem colocados no trabalho de pesquisa realizado por MOTTA-MAUÉS (1993) junto a uma comunidade interiorana, no estado do Pará. Nesta comunidade, a responsabilidade com as lidas da casa e a agricultura fica com as mulheres, enquanto que a pesca é privativa do homem. Estes ajudam na lavoura de forma esporádica, em um período do ano, na preparação da terra, cabendo às mulheres o restante das atividades na lavoura. Também nesta comunidade as atividades políticas são exercidas somente por homens, assim como o costume de ir a divertimentos sem levar a esposa, é aceito socialmente.

Neste contexto sócio-econômico-cultural, localizo a mulher brasileira "comum", não importa se no interior do Pará, Paraíba ou na periferia de uma grande cidade. O que elas têm em comum é a submissão, herança da mulher pobre e pouco instruída, a que não tem acesso a evolução tecnológica nem cultural. Poucas são as que tentam romper com esta submissão e buscar soluções para os problemas que as afligem, não o fazendo por acreditarem não ter força nem capacidade para mudar a realidade. Mostram-se resignadas com a situação vivenciada, porque foram preparadas para serem submissas na família de origem e na nova família que constituírem.

Ainda sobre o mundo da mulher, ACEVEDO (1993), relata que, enquanto umas mulheres gastam dinheiro em compras intermináveis em butiques, outras chegam da lavoura cansadas para fazerem a comida para seus filhos, enquanto outras ainda são excelentes donas-de-casa, mantendo a casa impecavelmente limpa, exigindo que os filhos sejam obedientes e respeitosos. Esta diversificação é, contudo, só na aparência. O que tem por trás é a dominação e a agressão a que a maioria das mulheres são submetidas.

A condição de fêmea, por si só, leva o estigma da violência direta ou simbólica, imposta pelo mundo do homem, tanto na família, no trabalho, como

na mídia. Sobre a violência direta, que é a física, SAFFIOTI (1994) refere que, por ser mais conhecida, já está sendo possível contabilizá-la, não porém em sua totalidade, pelos registros em delegacias de polícia e, especialmente, com a criação das delegacias de polícia da mulher. Porém, em relação à violência emocional e sexual que a mulher sofre no interior do espaço doméstico, ainda é pouco denunciada. Assim sendo, há uma ausência de dados deste tipo de violência, muito comumente sofrida pelas mulheres das mais diferentes classes sociais.

Vários autores têm mostrado, em dados estatísticos, que a violência contra a mulher acontece em grande número na intimidade do lar. SAFFIOTI (1994, p.163) manifesta-se no sentido de que: "O domicílio mostra-se o lócus privilegiado do exercício da violência contra a mulher, como forma de controle social e de reafirmação do poder de macho". A dificuldade de rebelar-se contra o poder do macho, para esta mesma autora, deve-se ao fato de que "a sociedade dá ampla guarida à violência dos machos, principalmente quando se trata de quase-proprietários, como os maridos." (p.19).

Este poder que o homem acredita que tem e o exerce sob as mais diversas formas de violência, deve-se a um processo de construção histórico-cultural, onde a identidade masculina ou feminina é construída. Conforme CARNEIRO (1994, p.187) "a identidade social será construída a partir de elementos históricos, culturais, religiosos e psicológicos." A construção social da mulher, diferente do homem, não se deu só por ser a mulher biologicamente diferente, mas porque a história nos mostra que, nas relações de gênero sempre houve dominantes e dominados.

Para o entendimento dos direitos e dos papéis desempenhados pelas mulheres, é mister a definição do que seja o movimento que luta por uma maior valorização das mulheres e a melhoria nas relações entre os gêneros

feminino e masculino, que é o feminismo. Conforme CHINN, WHEELER (1985), o feminismo é uma visão de mundo que valoriza a mulher e que se confronta com injustiças sistemáticas baseadas em sexo.

O movimento feminista, que deu origem à teoria feminista, nos Estados Unidos, segundo as autoras acima referidas, emergiu a partir das décadas 50 e 60, juntamente com os direitos civis e movimentos pacifistas. Este movimento, no Brasil, só ganhou importância, de uma forma geral, no final dos anos 70. No meio acadêmico, conforme MACHADO (1992) o estudo deste tema intensificou-se no final da década de 80.

Em relação à teoria feminista, CHINN, WHEELER (1985) manifestam-se, dizendo que a mesma tem quatro abordagens filosóficas que são: o feminismo liberal; o feminismo marxista; o feminismo socialista e o feminismo radical. Para as autoras, o **feminismo liberal**, que foi o primeiro a aparecer, tem suas raízes nas teorias feministas de 1800, o qual prega a igualdade de oportunidades para mulheres e homens, critica a distribuição desigual de riquezas, poder e posições. As pessoas ligadas a esta visão feminista não vão contra os papéis de dona-de-casa e mãe, mas sim contra os imperativos políticos, sociais e econômicos que obrigam as mulheres a exercerem tais papéis. Sob o ponto de vista liberal, a opressão feminina origina-se da desigualdade de direitos civis e oportunidades educacionais.

Na **abordagem marxista**, a opressão tem origem na introdução da propriedade privada. A posse da terra acompanhou a industrialização e instituiu um sistema de classes, de onde derivou o sexismo. As mulheres e as crianças tornaram-se propriedade dos homens, assim como bens materiais e meios de produção. O **feminismo socialista** condiciona às instituições sócio-econômicas e culturais, como família, maternidade, serviço da casa e consumismo como desencadeadores da opressão feminina e que estas instituições funcionam de

forma diferente nas diversas classes sociais. Contrariando as afirmações anteriores, SCOTT (1990, p.9) manifesta-se no sentido de que: "a subordinação das mulheres é anterior ao capitalismo e continua sob o socialismo."

De acordo com CHINN, WHEELER (1985), o feminismo, sob a **ótica radical**, é uma abordagem mais original, visto que não se baseia em teorias sócio-econômicas preexistentes, mas está se desenvolvendo sob uma visão centralizada da mulher. Para este grupo, o que norteia o movimento feminista é a opressão que a mulher sofre em todos os sistemas sócio-econômicos e não pode ser removido simplesmente através da mudança destes sistemas. As feministas que comungam desta forma de pensar, vêem a família patriarcal, a violência contra a mulher, a prostituição e a pornografia como instituições culturais que contribuem para a manutenção da opressão feminina. As teorias marxista, liberal e socialista definem a mulher em relação ao homem em termos de igualdade e desigualdade. Para as feministas radicais, a igualdade não é assunto de discussão, mas sim a descoberta, análise e valorização da experiência, sem os padrões impostos pela ideologia e sistemas masculinos.

Concordo com as feministas mais avançadas de que as diferenças entre homens e mulheres não precisam ser suprimidas, ao contrário devem ser cultivadas. O que precisa ser entendido é que a mulher é diferente do homem quanto à biologia, ao comportamento, à sensibilidade, à intuição e à percepção, porém isto não quer dizer inferioridade, submissão, obediência, complacência, mas, sim, que cada gênero tem suas especificidades e como tal se complementam.

Está havendo em todo o mundo uma grande evolução no estudo e avaliação dos movimentos feministas. Alguns destes estudos desembocaram em propostas mais amplas da situação da mulher, os quais, além do tema "mulher", abrangem as relações de gênero. No Brasil, esta mudança dos estudos da

"mulher" para os de "gênero", foi proposto no Seminário de Estudos sobre Mulher no Brasil: Avaliação e Perspectivas, em novembro de 1990 em São Roque (S.Paulo).

A palavra "gênero", utilizada pelas feministas, tem por objetivo, no entendimento de SCOTT (1990, p.5), "expressar a organização social da relação entre sexos". A fixação no estudo da mulher como sexo oprimido não tem a abrangência da análise das relações existentes entre os sexos ao longo da história. E que, ao se conhecer o mundo das mulheres, necessariamente se precisa conhecer o mundo dos homens, caso contrário ficará um estudo incompleto. Ainda SCOTT (1990), discorrendo sobre o termo "gênero" diz:

o uso da palavra gênero põe a ênfase sobre todo o sistema de relações que pode incluir o sexo, mas ele não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade. (p.7)

Em relação ao vários papéis sociais da mulher em nosso meio, destaco a responsabilidade pela administração do lar, o cuidado com os filhos e doentes. Sobre isto, VERDI (199-, p. 1) nos diz: "Não há dúvida que a mulher é um elemento vital no controle da saúde da população. Vários fatores contribuem para que ela assuma a direção das decisões e ações sobre a saúde de sua família".

Ainda sobre o papel da mulher cuidadora, BUDÓ (1994) constatou em trabalho realizado na zona rural de um pequeno município de descendentes de imigrantes italianos, que os cuidados relacionados à saúde e doença eram executados pelas mulheres, sendo elas: mães, filhas, avós e vizinhas. Quando a mulher da casa não podia cuidar, outra mulher vinha para ajudar, por exemplo: sobrinha, nora ou vizinha. O papel do homem no cuidado era somente de substituto e delegado por uma mulher.

Não obstante, estas mulheres reconhecerem que desempenham um papel preponderante no mundo doméstico, encarregando-se da educação e saúde

de sua família, CERESER, VOGT (1993) levantaram junto a um grupo de mulheres suas queixas e dificuldades no relacionamento familiar, pouca valorização como mãe, cuidadora, dona de casa e mulher.

A condição de não reconhecimento do "ser-mulher" é o que mais fere, constrange e agride as mulheres de uma forma geral. Isto também foi observado por SILVA (1988) quando diz:

O que mais maltrata (a mulher) não são propriamente as pancadas que recebe; não é a discriminação salarial nem a dupla jornada que a exaure. Tudo isso ela tem suportado, por séculos, heróica e anonimamente, apesar de ir morrendo aos poucos. O que a atinge mortalmente não é a força da pancada e sim, o não reconhecimento. (p.25)

A mulher, por desempenhar as funções de mãe, educadora e cuidadora, por ficar mais confinada ao trabalho da casa e arredores, é chamada de trabalhadora doméstica, trabalho este classificado como sendo desenvolvido na esfera do privado. Contrário ao trabalho do homem, que é na esfera do público, onde ele tem mais oportunidades de comunicar-se, desenvolver-se, expandir suas idéias e tomar decisões.

Apropriadamente, DA MATTA (1987) coloca que há dicotomia no mundo do homem brasileiro, quanto ao seu comportamento no campo do "privado" que é o seu lar, e o mundo do trabalho que é o "público". Quando está na esfera do "privado", é controlador e obediente às regras morais, porém, na rua, é malandro. Na rua há maiores possibilidades de liberdade e permissividade. Enquanto que, para os homens, há maiores oportunidades, pois ele transita livremente entre o público e o privado, para a maioria das mulheres sobra somente a esfera "privada", o mundo da casa, da família e "do lar". Neste local, a tomada de decisões é muito limitada, pois não foi preparada para isto, culturalmente este não é seu papel. Esta dificuldade em tomar decisões é exacerbada se ela não tiver renda própria, levando-a a "mendigar", barganhar e negociar com o "chefe da

família" para fazer ou adquirir algo que deseje ou considere importante para si ou para outros membros da família. Que satisfação pessoal pode haver num ser humano que precise explicar, dar satisfação de todos os seus atos, inclusive justificar suas necessidades mais elementares?

Considero esta dominação exercida sobre a mulher como uma violência sutil, uma violência velada, onde não ficam marcas no corpo. Todavia, como é contínua, vai transformando a pessoa em um ser cada vez menos valorizado, com baixa auto-estima, com reduzido grau de criatividade e com dificuldade para perceber-se capaz de novas realizações.

SAFFIOTI (1994) expressa, magnificamente, sua forma de pensar, relacionando a violência a que a mulher brasileira está sujeita com a cidadania precária que existe no Brasil, onde a grande maioria da população não conhece as leis, entre elas "o Código Penal, art. 129, onde a ofensa à integridade física de outrem corresponde uma pena de detenção entre três meses e um ano." (p.160) Apostando na busca da cidadania, os movimentos feministas brasileiros trabalham incessantemente na divulgação de informações e apoio às mulheres. A cidadania da mulher poderá acontecer quando houver o rompimento com a dominação masculina.

A desvalorização do trabalho doméstico é outra forma de violência sutil que muitas mulheres sofrem, sendo que esta pouca valorização está enraizada em nossa sociedade, que só considera trabalho quando há, como resultado palpável, pagamento ou salário. A manutenção da infra-estrutura de uma casa com roupa lavada, asseio e higiene da residência e arredores, preparação e conservação de alimentos, cuidados com crianças, jovens e doentes é considerado como um trabalho secundário. O que mais vale para a nossa sociedade capitalista é o ganhar dinheiro para adquirir bens de consumo. BRUSCHINI (1994, p.64) se manifesta nesta direção: "O papel de dona de casa,

desempenhado pela maior parte das mulheres em idade adulta, é contabilizado nas coletas (pesquisas) como inatividade econômica", tanto das mulheres da cidade como da zona rural.

As mulheres que saíram de seus lares em busca de trabalho remunerado, querendo valorização pessoal, mais liberdade de usufruir dos benefícios de seu próprio salário, ou pela imperiosa necessidade de contribuir para o orçamento doméstico, tiveram mais dificuldades que os homens quanto a opções de trabalho. Conforme BRUSCHINI (1994, p. 72) "as mulheres enfrentam várias dificuldades quando vão trabalhar: encontram um leque mais estreito de ocupações do que os homens e ganham menos que eles."

Ainda esta autora traz dados de que os empregos da maioria das mulheres estão no setor terciário da economia, no ramo dos serviços. Entre estes o de empregada doméstica, que em 1970 abrigava 30% das trabalhadoras, sendo este emprego uma das únicas possibilidades de trabalho remunerado para mulheres pouco instruídas.

Outro trabalho semelhante àquele desempenhado no lar é o de educadora. Para ROSENBERG (1994), dentre os professores no Brasil:

87% eram do sexo feminino (censo 80).[] Uma característica da participação feminina no corpo docente é sua configuração piramidal, quando se distribuem as taxas de feminilidade por graus de ensino: de maioria absoluta no pré-primário (99%), as professoras tornam-se minoria no ensino superior (30%).(p.57)

Ao longo dos anos, a força de trabalho feminino abriu novos espaços, diminuiu proporcionalmente o número de domésticas e aumentou o número de mulheres em atividades como comércio e administração. Contudo, estamos longe da tão sonhada igualdade de oportunidades.

O trabalhar fora de casa é uma situação que já foi considerada polêmica para muitas mulheres. Entretanto, hoje, parece ser consenso que, além

de não ser um mal, tem trazido alguns benefícios. Em consonância com isto, ABURDENE, NAISBITT (1993), trazem um estudo realizado em 1990 na Universidade da Califórnia, em Berkeley (USA), onde um grupo de 140 mulheres foram acompanhadas durante 22 anos. Quando as mulheres atingiram 43 anos, foram avaliadas e ficou evidenciado pelo estudo que: "as donas-de-casa apresentavam mais doenças crônicas, pareciam mais desiludidas e frustradas", (p.261) em comparação com as mulheres que trabalhavam fora. Também esta constatação foi realizada por DEBERT-RIBEIRO (1993), nos colocando que mulheres empregadas, além de apresentarem menos sintomas crônicos, consultam menos o médico. A taxa de prevalência e mortalidade nestas mulheres é menor que aquela observada nas donas de casa e população em geral.

Provavelmente, as mulheres que saíram para trabalhar, por consideram-se mais valorizadas, apresentam maior auto-estima, apoio social e possibilidade de tomada de decisões, que aquelas que somente são donas-de-casa e mães em tempo integral, fazendo jus ao título de "Rainha do Lar", título este que não dá satisfação plena à maioria das mulheres. Isto, associado à desvalorização e à discriminação da mulher, pode levar ao comprometimento de sua saúde mental e, esta, a doenças crônicas.

Embora de uma forma geral, as mulheres nas Américas sejam carentes de recursos econômicos, tempo, lazer, apoio e reconhecimento, controle das circunstâncias de vida e sofram a cultura do machismo, elas conseguem com criatividade manter unidas suas famílias e comunidades, segundo o entendimento de PALTIEL (1993).

A entrada da mulher brasileira no mercado de trabalho é considerada uma mudança social importante a partir da década de 70, porém as mais idosas, em sua maioria, não saíram de casa e continuam a desempenhar os tradicionais papéis para os quais foram educadas em suas famílias.

Considerando que este tema é amplo e muito profundo, fiz apenas um estudo breve que tenta mostrar as múltiplas facetas da mulher e a complexidade do mundo que a envolve.

A Mulher Hipertensa

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a primeira causa de mortalidade MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988). LÓLIO, LAURENTI, BUCHALA et al. (1991), investigando a mortalidade de mulheres em idade fértil, no Município de São Paulo, no ano de 1986, comprovaram que as principais causas da mortalidade neste grupo são por ordem de frequência: Doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e as causas externas, sendo que as doenças cardiovasculares representam 23,6% dos óbitos. Do total das doenças cardiovasculares, 51,1% são cerebrovasculares, 18,2% são doenças isquêmicas do coração e 8,4 por doença hipertensiva. Estes três grupos de doenças estão intimamente ligadas à H.A. Outro trabalho que mostrou a importância da doença cardiovascular foi realizado por PRADO (1989), ao levantar a mortalidade de adultos por doenças do aparelho circulatório, no estado de Santa Catarina, no ano de 1986. Do total de 22.179 óbitos, 5.893 (26,97%) foram causados por doenças do aparelho circulatório.

Buscando a realidade local, quanto à prevalência da H.A., com o objetivo de assistir os portadores desta moléstia, CERESER, BUDÓ, ALMEIDA et al. (1992) realizaram um levantamento em um bairro da cidade de Santa Maria (RS), onde constataram, através da verificação da pressão arterial de seus moradores, em visita a todas as residências que, dos 1468 indivíduos com 18 anos ou mais, cujas pressões arteriais foram verificadas, 227 (15,5%) apresentaram pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 160 mmHg e/ou

pressão arterial diastólica (PAD), igual ou superior a 95 mm Hg ou informaram serem hipertensos. Este resultado é compatível com as estatísticas mundiais. Um dos dados mais importantes deste trabalho foi a constatação de que, dos 227 indivíduos com pressão arterial elevada, 36% não eram conhecedores deste fato. Assim, os mesmos foram orientados para verificarem a pressão arterial outras vezes e procurarem o serviço de saúde mais próximo, inclusive a consulta de enfermagem.

A Hipertensão Arterial tem uma prevalência alta, como coloca LUNA (1989), 10 a 20% da população adulta de todo o mundo é portadora desta doença. O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988) justifica o seu programa de assistência ao portador de H.A. por esta doença estar presente em 85% dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), em cerca de 40 a 60% dos indivíduos acometidos de Infarto do Miocárdio, em percentagens menores nos portadores de Insuficiência Cardíaca e Insuficiência Renal.

Reforçando estas informações, CHAVES (1986), em trabalho realizado sobre fatores de risco em doenças cerebrovasculares relata que, dos 479 clientes internados na clínica Neurológica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 217 (45,3%) eram portadores de Hipertensão Arterial. Dos clientes que conseguiram sobreviver, a grande maioria ficou com seqüelas físicas (comprometimento neuromotor). A relação direta entre a H.A. e o Acidente Vascular Cerebral também foi referido por ELUF NETO, LOTUFO, LÓLIO (1990).

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação da pressão arterial, sendo definida a pressão arterial por EPSTEIN, OSTER (1985) como a função do débito cardíaco e da resistência periférica; cada uma destas duas variáveis é influenciada por múltiplos fatores. O débito cardíaco é afetado por alterações do volume do líquido extracelular; induzidos por ingestão de sódio,

função renal e mineralocorticóides e também por alterações na contratibilidade do coração. A resistência periférica é regulada em parte pelo Sistema Nervoso Simpático, através dos alfarreceptores e betarreceptores. Há influências humorais da angiotensina e das catecolaminas que levam à vasoconstrição. Prostaglandinas e cininas são responsáveis pela vasodilatação. Quando há desequilíbrio neste processo a pressão arterial tende a elevar-se.

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988), VANZIN, SANTOS, VARGAS et al. (1982), hipertenso é o indivíduo com idade igual ou superior a 20 anos, que apresenta pressão arterial sistólica igual ou superior a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou superior a 95 mmHg, em pelo menos duas verificações em dias diferentes, obedecendo rigorosa técnica de verificação da pressão arterial.

Pelo crescente índice de hipertensão arterial presente nos doentes acometidos de doenças cardiovasculares, e pelo aumento da morbi-mortalidade por estas doenças, vários autores, entre estes destaca-se LUNA (1989), já consideram como hipertensa a pessoa que apresentar, em três verificações diferentes, valor igual ou superior a 140 mmHg para a pressão sistólica e igual ou superior a 90 mmHg para a pressão diastólica.

Em relação às causas do aparecimento da doença "Hipertensão Arterial", todos os autores são unânimes em dizer que em 5 a 10% dos hipertensos há uma causa orgânica, sendo chamada de hipertensão arterial secundária. Porém, nos restantes 90 a 95% há desconhecimento da(s) causa(s), sendo que neste caso ela é denominada **Hipertensão Arterial essencial ou primária** e, para esta, listam uma série de possíveis fatores causais que são chamados de fatores de risco. Os mesmos são classificados em não controláveis e controláveis.

Os fatores de risco não controláveis são os seguintes:

hereditariedade, cor, sexo e idade. Isto quer dizer que o indivíduo que tem familiares portadores de H.A., tem maior possibilidade em desenvolvê-la. Em relação à cor dos indivíduos portadores de H.A., as estatísticas têm mostrado que as pessoas da raça negra estão mais sujeitas à doença. Quanto ao sexo, as pesquisas têm mostrado que os homens até 50 anos de idade apresentam maior índice de hipertensão, porém as mulheres, após a menopausa, passam a ser portadoras de H.A. de forma significativa.

Em relação aos fatores de risco nominados de controláveis estão: níveis elevados de colesterol no sangue; sedentarismo; obesidade; alto teor de sal na alimentação; presença de diabetes mellitus e fatores psicogênicos. Estes fatores podem ser controlados pelo portador através de tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso. Para a manutenção do tratamento é necessário interesse, motivação e empenho em mudar a presença dos mesmos, ou mantê-los sob controle.

Dentre os fatores de risco, destaco aqueles chamados psicogênicos, caracterizados por: tensão emocional, ansiedade, angústia, medo, raiva e hostilidade, que para PAIVA (1966) são responsáveis por 32% dos casos de hipertensão arterial. Ainda sobre estes comportamentos e sentimentos, Sneider e Zangani apud PAIVA (1966) nos dizem que eles encurtam o tempo de coagulação sanguínea, aumentam a viscosidade do sangue e aumentam a pressão arterial. Podem igualmente afetar a circulação dos rins, condicionando a produção de renina/angiotensina, com isto aumentando os valores da pressão arterial.

O entendimento do aparecimento da doença chamada hipertensão arterial como consequência de alterações, desajustes ou desequilíbrio bio-psico-sócio-culturais é cada vez mais divulgado. Destaco os trabalhos de MACIEL (1994), VICENTE (1994), NEVES (1991), PEDRAZZANI (1988), quanto a esta

abordagem mais ampla, relacionando os comportamentos adquiridos pela influência da sociedade e cultura nas quais os indivíduos vivem, assim como a ligação corpo-mente, sendo capaz de desencadear sintomas ou patologias físicas.

MACIEL (1994, p.6) chama atenção quanto a H.A estar relacionada à emoção e a cultura quando diz : "Embora os hipertensos tenham diferentes tipos de personalidade, há uma característica comum que é a inabilidade para expressar livremente impulsos agressivos.[] são extremamente condescendentes, submissos e agradáveis". Estes indivíduos podem esporadicamente ter explosões de raiva mas, como regra, são bem comportados, controlados, polidos e demonstram serem bem ajustados e pessoas de bom convívio. Este comportamento planejado, "civilizado" pode ser ótimo para as pessoas que convivem com esta pessoa, porém faz mal para este indivíduo "certinho". Ainda para MACIEL (1994, p.7) "na cultura ocidental a livre expressão da hostilidade é proibida" e a falta da exteriorização de sentimentos tão fortes quanto a hostilidade, pode levar a uma permanente estimulação do sistema vascular, decorrendo disto a elevação crônica da pressão arterial.

A mesma autora acima referida traz sua experiência com mulheres hipertensas, traçando um perfil das mesmas, onde elas aparecem como pessoas extrovertidas, expansivas, que dão valor à opinião dos outros, sentem-se ressentidas em relação a pessoas do seu convívio. Para não perderem esta imagem, controlam-se quando não gostam de algo, mas sentem raiva facilmente; têm dificuldade para dar respostas rápidas quando agredidas, por isso guardam a raiva e a hostilidade dentro de si, calando-se, mas não esquecem. Também apresentam comportamentos como o de sublimar através da religião ou conformar-se com a situação vivida.

Percebe-se, portanto, que as mulheres hipertensas têm dificuldade

no enfrentamento de seus problemas pessoais, especialmente porque não exteriorizam seus sentimentos, nem se permitem autenticidade em seus comportamentos, tendo em vista seu condicionamento social e o desejo de não transtornar suas relações familiares.

Corroborando com os autores citados que relacionam as causas de algumas doenças como intimamente ligadas ao comportamento, VICENTE (1994) refere-se às doenças degenerativas, como consequência de "coisas" não elaboradas. Estas "coisas" seriam sentimentos e emoções que as pessoas não se permitem verbalizar e muitas vezes se recriminam em percebê-las.

A Psicóloga NEVES (1991) realizou uma investigação com 62 pessoas, funcionários de uma empresa, com o objetivo de levantar as variáveis relacionadas ao aumento da pressão arterial em pessoas hipertensas e normotensas. Destas, 36(58.1%) eram normotensas e 26 (41.9%) hipertensas. Esta pesquisadora concluiu que 39% da variação das pressão arterial sistólica era explicada por três variáveis: obesidade, nível de instrução e história familiar de hipertensão, enquanto que 48% da variação da pressão arterial diastólica era explicada por quatro variáveis: obesidade, sentimento de hostilidade, história familiar de hipertensão e alterações orgânicas decorrentes de estresse. Cabe ressaltar que a revisão bibliográfica que embasou esse trabalho foi extensa, especialmente a relacionada com estresse / H.A. e a relação entre características de personalidade e H.A. Esta mesma pesquisa traz como conclusão que: "as mulheres têm escores mais altos de alterações orgânicas decorrentes de estresse"(p.71). Esta autora não tem certeza se isto é real nas mulheres ou se elas conseguem perceber e verbalizar mais problemas de estresse que os homens, visto que a metodologia aplicada, além de verificações da pressão arterial, incluiu a aplicação de questionários e escalas para verificação dos fatores biopsicossociais preditivos de H.A. essencial.

PEDRAZZANI (1988) levanta em sua tese de doutorado a necessidade de trabalhar tanto os determinantes biológicos como os psicossociais com os clientes hipertensos. Em seu estudo é colocado que o "stress" está relacionado a dificuldades econômicas, ocupação, emprego, desemprego, aposentadoria e relacionamento familiar. O estresse é o conhecimento que o indivíduo hipertenso tem da doença hipertensão arterial e a dificuldade na realização do tratamento necessário, com isto levando a um círculo vicioso: cognição-stress-hipertensão. O termo "cognição", neste trabalho, foi usado como sinônimo de conhecimento e percepção da realidade do indivíduo portador de H.A.

É consenso entre os estudiosos e pesquisadores da H.A., que tratar o cliente enquanto apresenta níveis tensionais baixos, é menos agressivo, acontece menos comprometimento do sistema cardiovascular e é menos oneroso à família e ao serviço de saúde. Por outro lado, o indivíduo com pressão arterial não controlada pode tornar-se um "fardo" para a família e sociedade ao apresentar invalidez conseqüente das complicações da H.A.

No entanto, vários autores têm levantado a dificuldade em manter o cliente portador de H.A. em níveis tensionais estabilizados. Dentre estes, PIERIN (1989) nos diz que os clientes com mais dificuldades em manter um controle efetivo e eficaz são aqueles com baixa escolaridade e que esta pode estar associada a condições sócio-econômicas desfavoráveis.

Em trabalho realizado por WILLIAMS, BERESFORD, JAMES et al. (1985) foi verificado que a não aderência de clientes hipertensos ao tratamento deve-se a várias causas, entre elas: pouco apoio no local de trabalho, do cônjuge e de amigos. As mulheres são as que mais relataram não possuírem apoio. Ainda neste estudo é demonstrado que os indivíduos que mais abandonaram o tratamento são os com menor escolaridade e menor percepção do processo saúde/doença.

Também MAIA (1991), preocupada com o indivíduo hipertenso, desenvolveu um estudo de avaliação da competência para o auto-cuidado à saúde. Constatou que as pessoas que conseguiram cuidar-se foram aquelas possuidoras de maior grau de escolaridade, com melhor renda individual e que usavam regularmente medicação anti-hipertensiva.

A preocupação em investigar formas mais eficazes de enfrentamento das doenças crônico-degenerativas tem levado alguns profissionais a desenvolverem estudos sobre este tema. Dentre eles, destaco TRENTINI, SILVA, LEIMANN (1990) também SILVA (1990) que concretamente trataram dos desafios e enfrentamentos do doente crônico frente a sua doença. Concluíram, em pesquisa realizada com portadores de doenças crônicas, que a doença exigiu novas incumbências, levando-os a perdas e ameaças. Dentre as incumbências está a necessidade de tratamento (medicamentos, dieta, reabilitação física e repouso), de conhecer a doença e de lidar com incômodos físicos. Em relação às perdas, foram relatadas as relacionadas às relações sociais, financeiras, capacidade física e das atividades de lazer. Quanto às ameaças, os clientes identificaram serem de três tipos: à aparência individual, à vida e à preservação da esperança. Estes desafios exigem dos clientes as mais diferentes formas de enfrentamento. Continuando na busca de melhor assistir o cliente crônico, TRENTINI, SILVA (1992) colocam as diferentes percepções dos estressores na vida dos portadores de condição crônica de saúde, como também o processo de enfrentamento desta condição é dinâmico, variando suas estratégias conforme crenças, valores e experiências.

A assistência ao cliente com patologias crônico-degenerativas é realizada por vários profissionais, porém nem todos alcançam os objetivos desejados, qual seja a aderência ao tratamento proposto. MION, TINUCCI (1991) ao realizarem uma pesquisa junto a clientes hipertensos, no Hospital de Clínicas

da Universidade Estadual de Campinas, constataram que estes eram melhor assistidos por enfermeiras e assistente social, porque os clientes apresentaram menores níveis de pressão arterial e menores índices de abandono ao tratamento em comparação com o grupo tratado somente por médicos.

Na busca de um enfoque integrado de proteção e promoção à saúde da mulher adulta, PALTIEL (1993) propõe que sejam estudados os vários fatores desencadeantes das enfermidades. Referindo-se mais especificamente àqueles relacionados ao comprometimento da saúde mental, ela nos diz que as mulheres nas Américas têm poder de aglutinação da sociedade, mantendo as famílias e a comunidade unidas, porém:

têm falta de recursos econômicos, tempo, atividade de recreio, apoio, reconhecimento, controle das circunstâncias de sua vida e a cultura do machismo. (p.143)

Para esta estudiosa dos assuntos da mulher, as condições adversas nas quais vivem a grande maioria nas Américas e as exigências sociais às quais estão sujeitas, podem influenciar o desenvolvimento de enfermidades mentais e que os transtornos mentais estão relacionados ao gênero, quando diz que no homem o mais comum é a dependência do álcool e transtornos de personalidade, enquanto que nas mulheres há desenvolvimento da depressão, ansiedade e somatização.

Como profissionais da saúde, nosso maior desafio é conseguir que os indivíduos, com um ou mais fatores de risco, não desenvolvam a doença H.A. ou quando ela já estiver presente, mantenham os valores da pressão arterial dentro do limiar de normalidade de uma forma amena e sem trauma. E que o tratamento da H.A. não seja uma nova fonte de estresse.

A manutenção de níveis tensionais dentro da normalidade em um cliente com Hipertensão Arterial Essencial está intimamente ligada ao controle

dos fatores de risco. O controle dos mesmos depende da interação com os profissionais de saúde, do apoio das pessoas que o rodeiam e da disposição do cliente em mudar hábitos. Por entender que os hábitos e costumes estão ligados à cultura familiar, penso que, se toda família não entender como necessário o auxílio à mulher portadora de H.A., ela, sozinha, terá muita dificuldade em manter-se ligada a um programa de manutenção da saúde. Para tanto, a família precisa estar mobilizada para esta finalidade.

Por entender necessária a revisão de literatura referente à família e saúde, passo a abordar este assunto, embora não tenha a pretensão de esgotar o tema.

Família e Saúde

O ser humano depende e interage com outros seres humanos por necessidade de sobrevivência e interesse no relacionamento social e psicológico. O relacionamento entre as pessoas será maior, melhor e mais intenso dependendo de sua cultura, suas experiências, suas crenças e sua forma de perceber-se no mundo.

Dentro do contexto de nossa sociedade, a instituição que se encarrega das relações mais efetivas e duradouras entre os seres humanos é a família. Embora a concepção de família seja ampla, variando desde a família consanguínea até aquela constituída por laços de interesses econômicos, sexuais e sentimentais, todas têm como objetivo comum a interação. Sobre isto VELHO (1987, p.80) nos diz que "a antropologia mostra, através de seus estudos, a existência de vários tipos de família e de diversos sistemas de parentesco." Este autor refere-se ao termo família e parentesco como palavras que se relacionam, não sendo idênticas.

Entre os diversos tipos de família, VELHO (1987) detém-se mais no tipo chamado nuclear, dizendo que a mesma, para a antipsiquiatria, é um mal na estrutura social, pois é fechada em si mesma. Porém noutros trabalhos, é mostrado que a família nuclear não é tão fechada que não permita trocas com outras instituições sociais. Para BOTT (1976), as famílias nucleares podem ser mais articuladas a redes de parentescos, enquanto que outras apresentam-se com menores articulações, porém todas cumprindo seu papel na construção da subjetividade e transmissão da cultura.

Ainda sobre os diversos tipos de família, ABURDENE, NAISBITT (1993) colocam que somente 10% das famílias americanas são constituídas por dona-de-casa, marido provedor e filhos, formando a família tradicional. O restante das famílias são chamadas "família de múltipla opção" que são constituídas por casais não casados com filhos, famílias adotivas, pais e mães solteiros, casais homossexuais, filhos adotivos e homens cuidando da casa.

Não importa o tipo de família, o que se observa é que ela está mais freqüentemente envolvida com os seus componentes quando há crises, dor e perdas.

Embora a família passe por diversas transformações na sua organização e hierarquização, ela ainda é a maior provedora material e afetiva de seus membros. Conforme SAMARA (1987, p.26) a família é: "uma instituição fundamental e duradoura, de cujas contribuições dependem as outras instituições." Ainda, a família, no entendimento de VELHO (1987, p.85), "é uma instituição com um grau de estabilidade muito maior do que muitas vezes se supõe, ou seja, a família, por definição, é uma instituição que organiza a sociedade."

Mesmo com a importância que a família tem, COSTA (1994) refere-se à mesma, dizendo que, no Brasil, ela tem sido historicamente relegada a um

plano secundário na evolução das lutas sociais. E que ela retrata a problemática relacionada aos seus membros (crianças, adolescentes, mulher, deficiente e idoso) e como tal não é contemplada nas prioridades dos planos de governo. Ao analisar o quadro atual de abandono das questões pertinentes à família no Brasil, NEDER (1994) explica como sendo consequência da nossa cultura e história de dominação que temos vivenciado, levando a pobreza à dificuldade na manutenção dos vínculos familiares.

Tentando reverter este quadro, o estudo da família passou a ser interesse de profissionais de diversas áreas, por entenderem que através dela se consiga chegar à compreensão dos comportamentos individuais, como também ao entendimento da sociedade.

A enfermagem tem mostrado interesse crescente no estudo da saúde da família e na assistência à família, porém ainda de forma pontual em algumas instituições. O assunto "família" não é contemplado como conteúdo obrigatório dos cursos de enfermagem, provavelmente, por ser nossa formação calcada no modelo biomédico, que vê o indivíduo sozinho no tempo, no espaço e portador de uma doença.

O paradigma médico-biológico ou modelo biomédico, propiciou um avanço nas pesquisas biológicas, isto não pode ser negado, todavia não alcançou a complexidade do ser humano, que além de ser biológico, é um ser psico-sócio-cultural.

Esse modelo preocupa-se com o tratamento dos sintomas das doenças, não valorizando nem dando importância devida às diversas causas das doenças. Dentre estas causas, estão as relacionadas com o modo de vida, o sistema de produção, o relacionamento afetivo e social das pessoas, das famílias e das comunidades. Enfim, ao contexto sócio-econômico e cultural em que vivem os indivíduos e os grupos. CAPRA (1982), criticando o modelo biomédico, explicita

que:

A saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana. Em suas várias facetas, ela reflete todo o sistema social e cultural. (p.127)

Por entender que a assistência prestada por profissionais da saúde é baseada no modelo biomédico, e que esta assistência não está sendo eficaz nem eficiente, torna-se imprescindível o questionamento dos nossos paradigmas.

Na tentativa de sair do modelo de assistência centrado no indivíduo, alguns profissionais, entre estes os(as) enfermeiros(as) têm ido em busca da família como unidade do cuidado, por ser uma forma mais abrangente e integrada de conceber o ser humano.

O papel da família está em transformação permanente pela influência da cultura, economia e religião. ABURDENE, NAISBITT (1993, p.253) manifestam-se no sentido de que "a ida das mulheres para o trabalho rompeu a unidade familiar." Estes autores ainda colocam, em relação à evolução observada na família, que:

durante as duas últimas décadas, tanto os pessimistas quanto os observadores atentos podiam fazer uma boa previsão de que a família estava se desintegrando e, por isso, a sociedade também se desintegrava. (p.253)

Esta previsão é válida, pois serviu para chamar a atenção das pessoas quanto a crise na família e ao darem-se conta, tentam reverter. Sobre isto, os mesmos autores acima referidos dizem: "as pessoas enfim começam a revalorizar e novamente perceber a importância da família." (p.254) e para tanto estão fazendo um grande esforço no sentido de dar mais tempo e atenção às necessidades de seus familiares.

Mesmo em relação à família com mudanças grandes em sua

estrutura e hierarquia, é consenso que a mesma influencia e direciona a vida das pessoas, em especial, os hábitos, costumes e crenças.

Vários trabalhos têm demonstrado a importância da família em relação à manutenção da saúde. Sobre isto ELSEN (1994, p.71) nos diz: "são poucas as vezes que problemas de saúde identificados pela família precisam ser levados aos serviços de saúde para sua resolução." Ainda esta autora levanta a possibilidade de que uma determinada família pode ser adequada para algumas necessidades de saúde e não para outras. Também diz que, enquanto há famílias que têm um ótimo desempenho em relação aos cuidados de saúde de seus membros, há outras em que isto não acontece.

O estudo sobre a família já evoluiu ao nível de haver definições de família saudável e família doente (BOEHS, 1994). A definição de família saudável para os membros do Grupo da Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família, GAPEFAM em ELSEN (1994) é a seguinte:

Família saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. (p. 67-68)

As famílias apresentam as mais diferentes características, sendo que a família de um doente crônico, freqüentemente, acha-se com dificuldades e limitações no desempenho de funções para o controle da doença, visto que há

exigências de mudanças de hábitos de vida, algo muito difícil, por terem sido introjetado ao longo da existência. Esta família tanto pode mudar os hábitos em função da necessidade do membro doente, quanto não mudar. Portanto, os membros da família do doente crônico, quando interagem entre si, participando, colaborando e ajudando, pode ser considerada como família saudável. Ao contrário, a família que não tem interesse comum entre seus membros e não tem preocupações com um membro que necessita auxílio para manter-se aderido a um tratamento, seria a família doente.

3 O PROCESSO DE COMPREENDER A MULHER HIPERTENSA E SUA FAMÍLIA

É próprio do ser humano a curiosidade e a busca de explicações para comportamentos, crenças, vivências e experiências, tanto suas como de outras pessoas. E se estas buscas transformarem-se em conhecimentos e crescimento intelectual, tanto individual quanto coletivo, a investigação precisa ser realizada. Corroborando com esta premissa, nos diz CHIZZOTTI (1991, p.11) "A pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem." Ainda este autor coloca que o investigador recorre à observação e à reflexão sobre os problemas do cotidiano, buscando solução para os mesmos, a fim de intervir no seu mundo, tentando construí-lo adequado à sua vida.

3.1 Tipo de Pesquisa

Para alcançar o intento de desvelar a vivência familiar da mulher com Hipertensão Arterial Essencial, optei pelo estudo exploratório. Preferi esta modalidade de estudo, por entender que é a mais indicada aos meus propósitos e ajuda na tarefa de desvendar o entendimento que a família tem sobre o processo saúde/doença, da doença Hipertensão Arterial, às causas desta doença e a participação da família na aderência ao tratamento da mulher hipertensa.

Os estudos exploratórios, no entendimento de TRINIÑOS (1990), têm o objetivo de alargar os horizontes do pesquisador relativos a um determinado tema, como também melhorar o entendimento de problemas que merecem aprofundamento. Ainda em relação aos estudos exploratórios,

SAMPIERI, COLLADO, LUCIO (1991), chamam à atenção de que os mesmos, por serem mais flexíveis em sua metodologia, em comparação com os estudos descritivos e explicativos, são mais amplos, porém implicam num maior risco, requerendo paciência, serenidade e abertura por parte do investigador.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nas residências das mulheres hipertensas, em um bairro denominado "Pérola", a quatro (4) Km do centro da cidade de Santa Maria (RS). Para proteger os informantes, o nome deste local é fictício.

O bairro "Pérola" existe há 14 anos. As casas e terrenos foram comprados pelo Sistema de Financiamento da casa popular. Cada terreno tem 10 metros de frente por 30 metros de comprimento. As casas são de alvenaria, com 2 ou 3 dormitórios, com aproximadamente 50 a 60 m², conforme a escolha do comprador. Todos os cômodos são pequenos. Há sistema de água encanada e tratada; sistema de esgoto e luz elétrica. Todas as ruas são calçadas. Há poucos telefones públicos. O bairro é servido por uma empresa de transporte coletivo. No centro do mesmo, estão localizados o Ambulatório, uma escola Estadual de 1º e 2º graus, uma capela da Igreja Católica, uma creche, o Centro de Tradições Folclóricas, o Posto da Brigada Militar e um supermercado. Ainda neste bairro, há farmácias, fruteiras, pequenas lojas e mercados, Igreja Luterana e um posto da Polícia Civil.

3.3 População e Amostra

A pesquisa foi realizada com cinco (5) famílias cujas mulheres são

conscientes de serem portadoras de hipertensão arterial há mais de cinco (5) anos e estão em tratamento.

A escolha das famílias obedeceu a uma amostragem intencional entre as clientes cadastradas no serviço de enfermagem do ambulatório local. Para manter o anonimato das pessoas participantes deste estudo, as famílias receberam nomes simbólicos, assim como os componentes das mesmas, nomes fictícios. Esta escolha teve como requisito básico: serem famílias nucleares, constituídas de mãe, pai e filho(s), devendo a mãe ter entre 40 a 75 anos e ser lúcida. O(s) filho(s) deveriam ter mais de 11 anos de idade e residirem de forma permanente com os pais.

A pesquisa foi realizada com as famílias que aceitaram participar da mesma, sendo que, na primeira visita, foi feita uma explanação da forma como se daria o estudo.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e observação, no período de agosto a novembro de 1995 com três (3) famílias (Ametista, Diamante e Esmeralda). Aproveitei os dados obtidos em duas (2) famílias (Rubi e Safira), no período de setembro a novembro de 1994, quando da minha prática assistencial em disciplinas do Curso de Mestrado, no sentido de ampliar os dados sobre a vivência familiar da mulher hipertensa.

O número de encontros em cada residência variou de seis (6) a nove (9), sendo poucas entrevistas com todos os familiares juntos. Embora meu propósito fosse ter o maior número possível de encontros com todos os componentes da família no mesmo local e momento, os que mais freqüentemente aconteceram foram: O casal da Família Ametista e da família Esmeralda, mãe e

filha da Família Diamante e Esmeralda. Também um grande número de encontros realizei com as mulheres hipertensas, pois as mesmas queriam falar mais que os outros familiares, mesmo quando explicava que o meu interesse era ouvir igualmente a todos os componentes da família.

A dificuldade em conseguir que todos os membros da família se reunissem para participar das entrevistas, deu-se por vários motivos: trabalho, passeios, estudo, viagem, internações hospitalares e restrição por parte de uma cliente.

Acho importante salientar que conhecer a família, significa entrar na intimidade das pessoas, algo muito difícil e complexo. Minha relação com alguns membros foi mais superficial, porém com outros, foi profunda e riquíssima, de um aprendizado inigualável para a pesquisadora.

O uso paralelo de duas ou mais técnicas de coleta de dados foi previsto com a finalidade de uma complementar e reforçar a outra, ou mesmo, para sugerir novo direcionamento ao estudo.

Para HAGUETTE (1992), a entrevista é um processo de interação social entre duas ou mais pessoas, na qual o entrevistador tem por objetivo conhecer o(s) entrevistado(s) e obter informações, colhidas através de um roteiro previamente elaborado, baseado em tema de interesse do pesquisador. No presente estudo, as entrevistas foram planejadas para serem do tipo semi-estruturadas e obedeceriam a um roteiro com questões abertas (Anexo 1), com possibilidade de acrescentar questões que a própria família levantasse, ou aquelas que a entrevistadora achasse pertinente.

A seqüência programada para as entrevistas foi muito difícil de ser seguida, principalmente quando era com a mulher hipertensa, que, ao iniciar um tópico, estendia-se para outros assuntos. Isto, contudo, permitiu um aprofundamento na história pessoal dessas mulheres. Quando organizava os

dados e percebia que faltavam alguns, retornava à fonte. Na primeira família, tive necessidade de fazer um número maior de entrevistas (9), devido ao fato de ser principiante na técnica de registro de observações e entrevistas. Já na segunda família, o número de visitas foi menor para a coleta de dados, porém, numa família acompanhei consultas e procedimentos para diagnóstico de problema de saúde da mulher hipertensa (9 visitas). Na última família, a coleta de dados foi mais rápida (6 visitas), pois já dominava a metodologia e sentia mais confiança.

A observação foi realizada concomitante às entrevistas, assim como antes e após as mesmas.

O ato de observar, para TRIVINOS (1987, p.153): "não é simplesmente olhar, mas sim destacar, de um conjunto, algo específico." É um olhar direcionado por objetivos concretos, é um olhar que procura algo, é um processo investigatório.

Para haver confiabilidade e fidedignidade na coleta de dados através da observação, KERLINGER (1980), LÜDKE, ANDRÉ (1986) recomendam que a mesma seja um procedimento sistemático, padronizado e controlado, visto que a observação sem alguns cuidados, ficaria totalmente sob a influência da história pessoal do observador.

A forma como a observação deve ser realizada, é assim explicitada por TRIVINOS (1987, p.155): "o pesquisador precisa descrever as ações, comportamentos e atitudes tal como eles se oferecem à sua observação."

Para planejar a observação foi necessário definir com antecedência "o quê" e "como" observar. O que observar neste estudo foram os aspectos físicos das residências e as atitudes demonstradas pelos componentes das famílias, durante as visitas efetuadas. Inicialmente, foi realizada a descrição de como a pesquisadora viu e percebeu os membros da família e o processo de comunicação verbal, não-verbal, expressões faciais e postura corporal, tais como rugas de

expressão, sorrisos francos ou sorrisos tristes, olhar triste e cansado, apresentação pessoal que denotem desleixo, despreocupação consigo ou interesse em parecer melhor, falar com fluência, com reticências, repetir palavras, desculpar-se com frequência, esfregar mãos, bater ritmadamente os pés, ficar apática, não querer participar das falas ou não deixar outros falarem, falar ansiosamente, falar em tom muito alto ou muito baixo...

A descrição foi feita de forma concreta, tentando evitar a minha subjetividade, assim como a isenção da minha opinião no momento da coleta de dados.

Apropriadamente, TRIVINOS (1987), assim como LÜDKE, ANDRÉ (1986), colocam a reflexão após o processo de observação como uma etapa de suma importância para a consolidação dos dados já coletados, assim como novo direcionamento e reformulação nas questões metodológicas do estudo. O comportamento do observador, tanto na fase da descrição como na da reflexão do processo de observação, conforme TRIVINOS (1987, p.157) "deve ser de permanente estado de alerta intelectual", visto que não pode deixar de "ver" tudo o que se passa, porém não perdendo de vista os objetivos do estudo investigatório.

A validação dos dados coletados e a devolução dos resultados foram feitas com as famílias, no último encontro, isto porque há um compromisso social do pesquisador com as famílias pesquisadas, pois concordo com LAZARFELD, SEWELL, WILENSKY (1987), quando colocam que o sociólogo e outros profissionais que lidam com fenômenos sociais, através do método científico, devem dar retorno da pesquisa, com isso trazendo algum benefício ao grupo social envolvido com o estudo.

3.5 Registro de Dados

Em relação às anotações de campo, TRIVIÑOS (1987) sugere que o pesquisador não anote conclusões suas, mas sim o que realmente se passa sob seu olhar, ou o que está ouvindo, anotando com termos claros e descritivos, tais como se apresentam. Também a descrição das pessoas deve ser de forma concreta. Quando há necessidade de descrever diálogos, é preferível o sistema de gravações; se não for possível, as anotações devem ser as mais exatas possíveis e individualizando as participações. Somente a posteriori o investigador faz a análise dos dados e tira conclusões.

Nesta pesquisa, foi solicitada a permissão das famílias para realizar as entrevistas gravadas em fita cassete por entender que não conseguiria anotar tudo o que se passasse no local, assim como todas as falas. Percebi também que as gravações não inibiram as conversas francas, inclusive uma cliente, que nas visitas anteriores à pesquisa mostrava-se reticente sobre alguns assuntos, no momento das gravações, contou detalhes de sua vida íntima, o que me surpreendeu.

Foi registrado tudo aquilo o que se observava assim como sentimentos e percepções durante as entrevistas. Esta forma de registro de dados foi embasada em LÜDKE, ANDRÉ (1986, p.47) no seguinte: "É importante que o pesquisador não se limite apenas a fazer descrições detalhadas daquilo que observa, mas procure registrar também as suas observações, sentimentos e especulações."

3.6 Análise de Dados

A análise dos dados coletados foi realizada com base na proposta

de POLIT, HUNGLER (1991). Para essas autoras, a análise de dados visa colocar uma certa ordem em um conjunto de informações, de maneira que se obtenha das mesmas, algumas conclusões gerais e ainda propõem as seguintes etapas para a análise de dados que são: organização dos dados; método analítico e indução analítica.

Para a **organização dos dados**, é necessário que primeiramente todos os dados estejam disponíveis e numa apresentação que facilite a organização. Para tanto, foi necessário que todas as entrevistas fossem transcritas das fitas cassete, assim como todos os registros das observações foram digitados em computador. As cópias impressas foram feitas em papel com margens grandes, que facilitou as anotações posteriores e reflexões da pesquisadora.

Outra providência tomada foi a criação de um índice por famílias visitadas, número de entrevistas e assuntos tratados, o que favoreceu o acesso a um determinado dado em qualquer momento do processo. Todos estes dados foram guardados em pastas individualizadas, por família.

O **método analítico** consiste em um sistema que busca os temas e sub-temas contidos nos dados coletados. Para tanto, foi necessária a leitura e releitura dos mesmos. A busca dos temas implica não somente no descobrimento de aspectos comuns entre sujeitos, mas também na variação natural entre dados, pois para POLIT, HUNGLER (1991, p.357) "os temas que aparecem nas observações e entrevistas não estruturadas nunca são do tipo universal." Também na análise o investigador trata de unir os diversos temas para formar um todo integrado.

A **indução analítica** buscou extrair o que tem de mais importante nos temas e sub-temas contidos nos dados coletados.

Ainda POLIT, HUNGLER (1991) propõem a análise de conteúdo e,

para tal, o investigador determina regras explícitas a fim de permitir que o trabalho de análise possa ser realizada não só pelo pesquisador, como por outras pessoas. A análise de conteúdo baseia-se na decodificação das mensagens. A decodificação é indicada para organizar uma pesquisa quando há grande número de temas. O método de análise de conteúdo de temas foi complexo, visto que POLIT, HUNGLER (1991, p.364) dizem que "um tema é uma unidade de análise de maior dimensão." Assim, um tema pode ser subdividido em sub-temas para melhor análise.

Os dados estão apresentados da seguinte maneira: num primeiro momento fez-se a descrição de cada família sob a forma de "história familiar". Após, realizou-se a reflexão das vivências familiares, contemplando os seguintes tópicos: a família, o papel da mulher, a ajuda e o processo saúde/doença. Por último, fez-se a apresentação do tema que permeava dados das cinco famílias, que foi: A Hipertensão Arterial é um assunto de família ou da mulher? E procurou-se discutir os resultados à luz da literatura.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A preocupação quanto ao respeito ao ser humano, seu direito de escolha e de sua privacidade deve ser prioritário ao pesquisador da área social. E em especial ao enfermeiro, que tem, no Código de Ética da Enfermagem, um guia de orientações quanto à conduta a ser seguida na realização de pesquisas, desde a fase da escolha do tema até o relatório dos resultados. Portanto, baseando-me no CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (1993), nos artigos 35, 36 e 37, a presente pesquisa foi realizada com as famílias que:

a) Na primeira visita aceitaram e consentiram na proposta de participação, e entenderam como importante este trabalho para as famílias e para o

desenvolvimento deste estudo;

b) Ao receberem todas as informações, e após a resposta aos questionamentos, podiam, durante o processo de coleta de dados, mudar de opinião, não querendo a continuação dos encontros. Neste caso, a(s) família(s) não faria(m) parte do trabalho, o que não aconteceu, todas as famílias permaneceram do início ao fim do estudo;

c) Aceitaram a técnica de gravação das entrevistas em fita cassete. As famílias foram informadas de que as fitas seriam transcritas pela pesquisadora. Nas folhas de transcrição das entrevistas, constou somente os números das entrevistas e a identificação fictícia das famílias, sendo o controle dos endereços das famílias somente do conhecimento da mestranda pesquisadora;

d) Aceitaram que todos os dados coletados fossem usados única e exclusivamente com o intuito do crescimento do conhecimento em relação a esta área temática escolhida;

e) Permitiram que as entrevistas fossem realizadas nas suas residências, nos dias e horários que a família e a pesquisadora combinaram previamente. Se, por algum imprevisto, não pudessem acontecer, seriam suspensas de comum acordo. Por exemplo, quando havia visitas de pessoas não componentes da família, na residência, a entrevista foi transferida, pois a privacidade e o sigilo dos dados são importantes;

f) Quiseram acrescentar dados nas entrevistas, os mesmos foram aceitos. Seu uso dependeu da análise posterior da pesquisador e da professora orientadora;

g) O retorno dos dados de forma imediata foi na última entrevista, inclusive com algumas informações que a família solicitou;

h) A apresentação do relatório final da pesquisa após a aprovação legal pela instituição de ensino, será na comunidade, onde ocorreu a coleta de dados,

conforme agendamento e divulgação prévia;

i) Sabiam que sua identidade familiar seria salvaguardada pelo nome simbólico de uma pedra preciosa e o nome dos componentes da mesma são fictícios.

3.8. Facilidades e limitações

Neste trabalho houve facilidade e limitações. Como **facilidade**, sobressaiu a rapidez em ser aceita nas famílias, pelo fato das mulheres hipertensas serem clientes do serviço no qual a pesquisadora atuava.

Quanto às **limitações**, podem ser citadas a dificuldade de entrevistar ao mesmo tempo todos os membros da mesma família, assim como o número reduzido de famílias incluídas no estudo.

4 DESVELANDO O MUNDO DA MULHER HIPERTENSA

Conforme descrito na metodologia, neste capítulo são apresentadas as famílias Rubi e Safira que foram assistidas por mim durante o curso de mestrado nas disciplinas Educação e Assistência de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Prática Assistencial de Enfermagem. Também apresento a trajetória das três famílias, objeto da presente pesquisa e que são apresentadas segundo os passos descritos na metodologia realizada.

Família Rubi

A família denominada Rubi é uma grande família, porém atualmente residem juntos somente 3 pessoas, que são: Rosália, de 70 anos, seu esposo, Romeu, de 71 anos e seu filho Rui, de 40 anos. O casal teve 9 filhos. Dois filhos são falecidos, um ainda bebê e o outro suicidou-se há 4 anos. Todos os filhos são casados, com exceção de Rui. Uma filha reside no mesmo bairro. Um filho reside próximo, noutro bairro. Os demais residem em cidades distantes, mas dentro do estado.

A família mantém-se com três aposentadorias, o casal aposentou-se por idade como trabalhadores rurais, e o filho por invalidez (doença mental). Como complementação à renda familiar, Romeu tem uma barbearia em casa, com pouco movimento. Rosália cuida da casa sozinha, inclusive faz pão, cuida de galinhas e planta num terreno distante 5 quadras da casa. O esposo não gosta que ela vá cuidar da horta, quando diz: "Agora mesmo, ela não podia ficar quieta aqui? Está lá naquela horta". Ele acredita que a atividade física, como capinar,

piora a pressão arterial da esposa.

A casa tem sete cômodos, destes três são dormitórios e um banheiro. Hoje a casa é o dobro do tamanho da original. Uma das peças da casa é ocupada pela barbearia de Romeu, o pátio na frente é calçado, tendo pouco espaço para o jardim. Neste pátio, há um cachorro, raça poodle, preso por uma corrente, muito brincalhão, porém exigente na alimentação; Rosália não se incomoda em fazer comida especial para ele. Nos fundos, há um pequeno pátio úmido e pouco ventilado, com árvores frutíferas e um galinheiro.

Esta família reside em Santa Maria, há 9 anos, tendo se transferido de um município pequeno muito próximo, de cultura italiana. Durante quase toda a vida residiram na zona rural. Resolveram mudar-se para a sede do mesmo município, porque não conseguiam mais trabalhar na terra, devido a idade avançada do casal e, também porque os filhos foram saindo para estudar e procurar trabalho na cidade. Venderam a terra e compraram um terreno naquela cidade, onde construíram uma "boa casa", segundo Rosália. Ela lembra que era muito bem localizada, perto do hospital, da igreja, do clube e do cemitério, inclusive onde tinham um túmulo construído.

Ter um lugar no cemitério é muito valorizado por Rosália, quando conta que conseguiu, depois de três anos de "luta" com a viúva do filho morto, trazer os seus restos para a cidade onde ele nasceu. Segundo Rosália, ela precisava fazer isto, pois este filho sempre dizia que queria ser enterrado onde nasceu, foi batizado e crismado. Os outros filhos parecem entender este desejo da mãe, pois um deles que reside a 300 quilômetros, foi com uma irmã e irmão buscar os restos do irmão há mais ou menos 200 quilômetros de distância. Ela queixa-se de que a nora, no dia do velório, não deixou trazer "o seu filho" para a cidade onde a família tem o túmulo. Atualmente, ela está comprando os complementos para o túmulo. Conta, com detalhes, sobre a cruz e os anjos, como

serão e quanto estão custando.

A família mudou-se para Santa Maria mais por vontade de Romeu, por dizer que a casa que haviam construído, tiveram que vender, pois haviam feito dívidas no comércio, em lojas de construção, o juro era alto e ele não achava mais jeito de pagá-las. Também porque Rui precisava internações freqüentes no Hospital Universitário de Santa Maria, no setor psiquiátrico.

Rosália sente muito ter vindo para Santa Maria, por sua vontade teria ficado no interior. Queixa-se da dificuldade em viver na cidade. Ela sente muita falta dos vizinhos. Também tem muita dificuldade de locomover-se sozinha. Quando diz: "lá, a casa era grande, nova, perto do hospital, tudo uma beleza, lá sempre (tinha) visita que me ajudava com aquele lá (mostrando o filho). Aqui já é diferente." No entendimento de Rosália, os vizinhos não a visitam por causa do comportamento do filho. Segundo ela: "Ele não deixa, se eles vêem o Rui, só fala bobagem, vão embora. Diz nome (feio), faz o diabo".

Rosália, por ser analfabeta, tem medo de tomar ônibus errado, por isto depende de outras pessoas quando o que precisa é longe. Quem mais a acompanha é a filha que reside perto.

O dia-a-dia de Rosália é cheio, pois levanta cedo, mais ou menos às 6 horas da manhã, faz café, trata as galinhas, o cachorro, varre as calçadas, toma café. Quando os homens levantam, ela arruma as camas, varre a casa, lava roupas e faz o almoço. Faz pães mais ou menos 2 vezes por semana, com um fermento preparado por ela, muito comum na zona italiana. Este fermento faz crescer e deixar o pão "leve". Outro costume italiano é a confecção de determinados bolos fritos, chamados "crostori", popularmente chamados cuecas viradas.

À tarde não repousa, lava louça do almoço, limpa a cozinha, às vezes passa pano no chão e quando o sol não está muito quente, vai trabalhar na

horta, que fica em frente a casa da filha que reside no mesmo bairro. Não é todo o dia que vai ver o outro filho que reside em um bairro próximo, uma caminhada de mais ou menos 30 minutos. Ela aproveita para trazer mantimentos, pois ele tem um pequeno mercado. Durante os primeiros anos em que residiu na cidade, cuidou de uma neta à noite, para a filha estudar. Há períodos em que faz outros trabalhos, como ajudar o marido a pintar a casa.

Enquanto Rosália fica durante todo o dia ocupada, caminhando e trabalhando muito rapidamente, o esposo fica sentado calmamente, fumando o seu "palheiro", tomando chimarrão e esperando clientes da sua barbearia.

A mulher hipertensa acha-se muito nervosa, tem insônia com várias interrupções do sono, só melhora quando usa tranquilizantes. Verbaliza que implica com o filho quanto à limpeza e questões de dinheiro.

O filho, Rui, fica o dia todo perambulando pela casa, vendo TV, fumando ou tomando chimarrão; isto irrita muito a mãe, primeiro porque gasta muito dinheiro em coisas "sem valor"; segundo, porque derruba erva mate pela casa, dando muito trabalho na limpeza.

Romeu reconhece que a esposa "briga" muito com o filho pelo cigarro. Na tentativa de que ele fume menos, Rosália guarda (esconde) os cigarros, fazendo com que o filho tenha que pedir. Mesmo com este controle, Rui fuma 2 carteiras de cigarro por dia.

Segundo Romeu, o filho está doente há 20 anos, tendo no início feito todos os exames com um neurologista, o qual não encontrou nada. Não sabe porque o filho "ficou fraco da cabeça". Antes de ficar doente, estudava à noite, concluiu o segundo grau e trabalhava durante o dia num banco na cidade de origem. O pai lembra: "de uma hora para outra quis muito vir para Santa Maria, dizia que ganhava pouco naquele banco, veio para Santa Maria onde trabalhou 2 meses, depois foi para Caxias do Sul e Porto Alegre, quando voltou doente".

O filho conversa com as pessoas que chegam, sabe dar informações sobre os últimos acontecimentos, por exemplo: "o pai foi lá no hospital e a mãe está na horta". Tratou-me sempre muito bem, convidando-me para entrar, oferecendo chimarrão, inclusive um doce. Porém fantasia muito sobre trabalho e locais onde nunca esteve, inclusive diz ter um filho em Porto Alegre. Tem períodos em que está "bem". Nestes, a família deixa-o sozinho em casa por poucas horas, porém tem períodos em que o casal tem muita dificuldade para mantê-lo em casa.

Romeu e Rosália gostaria de visitar os filhos noutras cidades, porém dizem que não podem, porque não querem deixar Rui em casa ou com os irmãos aqui da cidade. Não querem levá-lo, pois têm medo de algum comportamento antisocial.

Outro problema para Rosália é quanto a administração e guarda da medicação de Rui. Para manter-se estável, ele usa diariamente Clorpromazina, Haldol e Carbolitium. Mais de uma vez Rui "roubou" a chave da gaveta dos remédios, e tomou medicamentos. Rosália não sabe precisar quais ele tomou. Nesta gaveta também estão guardados os remédios de Rosália e de Romeu. Depois deste acontecimento, Rosália guarda a chave pendurada num barbante no seu pescoço, por segurança.

Avaliando a condição de saúde da família, o marido diz: "até os 60 anos nunca vi médico, mas a mulher foi operada quatro vezes e os nervos sempre pegando." A causa dos nervos no seu entendimento foi: "Ela trabalhava como bicho, muitos filhos".

Rosália procurou o serviço de enfermagem do ambulatório local em 1988, por apresentar H.A., que foi diagnosticada em sua cidade de origem. Chegou a níveis de 200/120 mmHg e por este motivo ficou internada em 2 ocasiões. Não sabe dizer que medicações usou na época. Atualmente, mantém a

pressão arterial em níveis aceitáveis, raramente ela fica muito alterada. Tem queixa de mal-estar após as refeições e, freqüentemente, diarreia. Fez cirurgia de vias biliares há 14 anos.

Usa diariamente Hidroclorotiazida e Diazepam. Em alguns períodos usa Hidróxido de alumínio e Metroclorpramida. Faz uso de chás, tais como: folha de maracujá, ponta de cana, cidreira e chuchu. Participa da consulta de enfermagem, sempre com pressa e ansiedade. Não aceita participar do grupo de entre-ajuda nem dos exercícios fisioterápicos. Diz que não pode ficar muito tempo longe de casa: alguns dias é porque o filho "precisa de mim", noutras ocasiões porque "o Seu Romeu faz mau juízo de mim". Rosália fala do marido dizendo sempre o nome precedido do pronome de tratamento "Seu"

Nunca fez exame preventivo do câncer ginecológico, justifica dizendo que não precisa, porque não tem atividade sexual com o marido há 5 anos. Mesmo explicado o motivo do exame, ela não aceita realizá-lo.

O filho também avalia a mãe afirmando: "a mãe não está bem, a mãe está mais agressiva que eu". Rui, questionado, sabe que a mãe tem pressão alta, porém não sabe nada sobre esta doença. Para Romeu, a causa da pressão alta são os nervos, quando diz: "qualquer coisa a pressão sobe".

Para Rosália, o seu estado "de nervos" foi a vida de sofrimento que levou e que ainda está vivendo. No passado, teve muita dificuldade para criar os filhos e ajudar o marido na lavoura e na criação de animais. Diz ter "nojo" do marido por vários motivos, o mais antigo tem relação com o falecimento de um filho que o marido enterrou na horta. Nunca esqueceu este fato. Depois, o marido andava com "vagabundas". Nos últimos anos como está "velho, decerto não consegue nada com aquelas mulheres" ele quer "fazer amor" com ela. Ela nega-se, por este motivo e também por achar que o marido está doente. Inclusive mudou-se para um quarto próximo à cozinha, que mantém chaveado,

escondendo a chave num lugar da cozinha. Mostrou-me o quarto, assim como o lugar da chave.

Rosália disse que o marido está com "doença ruim", fazendo exames no HUSM. Perguntei se pensava que era câncer. Ela respondeu: "Não, penso que é AIDS". Ela crê nisto pelo passado dele (fazer sexo com prostitutas). Também porque um "conhecido", pai de uma nora, morreu com AIDS, ela entende que qualquer pessoa poderá ter a doença.

Romeu refere que está tratando o estômago e os pulmões. Sabe que o cigarro faz mal, mas acha muito difícil parar de fumar. Reconhece que não está pior porque o cigarro é de fumo de corda, que busca da produção de parentes. Estes não "têm venenos" como os industrializados. Também não traga profundamente, só aspira e solta pelo nariz.

O dia-a-dia de cuidados e vigilância com o filho, deixa Rosália tensa e preocupada, dizendo: "Não sei quanto vou agüentar este problema que é muito pesado para mim (gestos, mostrando o filho); tudo o que passei na vida e ainda estou lutando com estas coisas". Noutros momentos, mostra-se conformada e resignada, achando que é um compromisso seu cuidar do filho, dizendo: "foi um fardo que Deus me deu".

Este compromisso de cuidar do filho Rui, faz com que ela tenha preocupação em não deixar a pressão subir, pois sabe que a H.A. pode levar "ao derrame" e ela não quer dar trabalho aos outros, referindo-se aos filhos, assim como acha que ela é quem deve cuidar deste filho e não os irmãos dele.

Além das preocupações com o filho por ser doente mental, está sofrendo por ter descoberto que o mesmo é homossexual. Soube quando acompanhava uma consulta psiquiátrica de Rui. Também ela percebe que ele fica em determinados períodos muito inquieto, foge de casa, indo para uma casa "suspeita" em outro bairro. Quando volta, está cansado, suado e tem "vestígios

nas cuecas". Como Rosália está informada sobre a forma de transmissão da AIDS, tem preocupação que o filho possa adquiri-la.

A forma que ela achou para manter a pressão arterial perto da normalidade, é verificá-la quase que diariamente, na casa de um auxiliar de enfermagem, funcionário do HUSM. Ele é uma pessoa muito calma, que se dispõe a verificar a pressão arterial e provavelmente ouvir as queixas de Rosália. Conforme os valores encontrados, ela toma mais ou menos medicação, inclusive o tranqüilizante ou chás. Para ela, isto tem dado resultado.

É uma característica marcante de Rosália falar livremente de seus problemas para outras pessoas, especialmente não familiares. Disse que quando desabafava com a filha que reside no mesmo bairro, a mesma ficava nervosa e dizia que já tinha muitos problemas com a sua família e que não podia ouvir a mãe. Outro motivo que a leva a "desabafar" com quem ela encontra é que, segundo ela: "o médico do HUSM recomendou que desabafasse com uma amiga e não com parentes".

Numa consulta que fez no HUSM, ela refere que o médico lhe disse que não precisava fazer exames porque o problema dela era "de nervos". Nesta consulta, vários estudantes lhe faziam perguntas. Ela refere:

"só pra consultar lá te fazem mil perguntas, estudantes que se formam este ano, só eles perguntam sobre os problemas e a pressão estava subindo, subindo, lá tava 16/9. Ele achou que me incha o estômago, tudo me faz mal, ele diz é nervos".

Rosália mostra com muito orgulho fotografias da filha mais nova, que é casada, mas não tem filhos, residente numa cidade a mais ou menos 100 quilômetros. Dos filhos que residem fora de Santa Maria, é a que mais a visita e traz-lhe presentes. Parece se preocupar mais com a família. Numa destas visitas, ela levou o irmão ao dentista, para adaptar uma prótese dentária, visto que a antiga estava frouxa.

O que dá mais prazer em Rosália é trabalhar na horta e ir à missa na catedral, localizada no centro da cidade. Não gosta das missas do local. Porém não vai quase à catedral porque ninguém a leva e ela tem medo de ir de ônibus sozinha, pois não sabe qual deles é o correto. Quando Romeu foi questionado para levar a esposa até o centro, ele alegou não poder sábado à tardinha, pois fica esperando os clientes na barbearia e, no domingo pela manhã, acha ruim levantar cedo.

Família Safira

A família Safira é constituída de 6 pessoas: a mulher hipertensa, Sara, com 54 anos, seu esposo Serafim, de 55 anos, sua filha Simone, com 28 anos, seu filho Sandro, de 26 anos, seu genro Sérgio, de 30 anos e sua neta, Suzana com 1 ano e 5 meses, sendo que Sara e Serafim residem na casa principal. O filho Sandro construiu duas peças pequenas junto a casa, porém sem banheiro. A filha Simone, com o esposo e filhinha, ocupam uma pequena casa no fundo do pátio, junto a uma garagem.

Todas as construções são de alvenaria, sendo que a distância entre a primeira e a segunda casa é de mais ou menos 5 metros. Há, na frente da casa, um pequeno jardim, praticamente abandonado; Sara queixa-se que, no passado, conseguia mantê-lo muito bem cuidado, mas que atualmente não está conseguindo.

A renda familiar é constituída de pequenos ganhos de todos os elementos da família. O maior ganho é de Serafim, que atualmente está aposentado pela Brigada Militar do Estado. Entretanto, sua contribuição é limitada, uma vez que paga a prestação da casa, água, luz e alimentos que ele consome. Simone e Sandro já trabalharam no comércio, ficaram muito tempo

desempregados e após um concurso, assumiram vagas de serviços gerais numa escola estadual. Simone estava desempregada quando casou, vindo a assumir o emprego quando já estava grávida. Seu esposo trabalha como motorista de um caminhão de entregas. Tanto Simone quanto Sandro e Sérgio ganham somente um salário mínimo.

A mulher hipertensa é dona de casa e atualmente recebe um pequeno pagamento da filha para cuidar da neta: "A guria me dá uns troco todo o mês", que ela usa para comprar remédios e os alimentos que o marido não traz, como: "leite, café, a mistura do pão. Ele não compra porque ele não toma". Quando Sara pede algum dinheiro para o marido, ele não dá, segundo ela:

"Ele sô manda que eu vá trabalhá () tudo que é mulher trabalha. Quando eu era nova, capaz que ele ia me mandar trabalhá. Agora que eu sô velha, só pensa em me mandar trabalhar. Nunca trabalhei fora".

Outra situação contada por Sara, com grande tristeza, é saber que o marido compra frutas, deixa-as trancadas dentro do carro, só para não dividir com o restante da família. Ela sabe, porque vê as cascas de laranja, mamão...

Ainda sobre a manutenção da casa, Sara diz: "sempre cuidei de criança, houve tempo em que cuidei de seis, sempre costurava, fazia pano de prato, eu fazia ropa prá vendê, eu fazia de tudo, sempre me virei, até lavá prá fora, eu lavei muito". Com o que ganhava, conseguiu adquirir alguns utensílios e móveis que tem em casa, listando-os: "comprei coisa prá cozinha, estante, sofá, os bilichi, o roupeirinho". Já pediu várias vezes para Serafim comprar outro roupeiro para o quarto, visto que ele é muito pequeno, queixando-se: "Eu preciso tanto das coisas, eu não tenho ropero, é um caco velho, pequenininho que não cabe nada, ele usa botá ropa em cima do ropero". A resposta do marido para seus pedidos é o seguinte: "quem ganha sô eu, toda vida só disse: quem ganha é ele, ele pode botá fora, quem ganha é ele".

Sara gosta de manter a casa limpa, queixa-se por ser quase impossível mantê-la arrumada, comentando: "ele odeia cortina, guardanapo, ele odeia limpeza". Ainda queixa-se que o marido, além de não ajudar na limpeza, parece fazer por gosto mais sujeira ainda, entrando com sapatos embarrados, derrubando erva do chimarrão por toda casa e deixando os sapatos na sala.

O relacionamento de Sara e Serafim não é bom. É tão ruim a imagem de Serafim, que Sara nunca disse o nome dele, nem o chama de meu marido, somente se refere como: "ele". Dizendo que "ele" começou a "namorar" outras mulheres logo após o seu casamento. "Choquei com aquilo, não tinha acontecido nada, a gente não tinha discutido nunca, nem nada... fiquei...fazia 5 mês de casada".

Depois deste período, ele começou a sair sozinho ou com outros homens. Para Sara, nunca mais foi o mesmo, lembrando: "Mudô comigo completamente, ele não saiu mais comigo e tinha mulher prá tudo que era lado () nunca mais na vida ele dexô um tustão em casa".

Os anos foram passando, ela propunha o desquite em várias ocasiões, pois a lei do divórcio não tinha sido aprovada e ele não aceitava. Nesta época, seu pai ainda era vivo. Quando Sara propunha a separação legal, Serafim convencia o sogro de que, quem se separava era pessoa de moral duvidosa. Falava também que vivia trabalhando e Sara vivia brigando por ciúme. Em outros momentos "eu falava em separação ele dizia que me degolava, que não me dava nada () ele nunca aceitô. () os prejudicados que mudassem, que eu saísse".

Sara demonstra mágoa de seu pai, que não acreditava nela, poderia ter dado apoio, levando-a para sua casa. O mais trágico aconteceu num dia que ela chegou com as duas crianças, cansadas e com fome, após consulta médica. Serafim não conversou e começou a bater em Sara na frente das crianças. Segundo ela: "me deu uma bofetada na cabeça, pegô na cabeça e me

derrubô () ele pensô que eu tinha ido dá parte dele" Quando um irmão de Sara chegou e a viu caída ao chão, Sara lembra das palavras do marido: "Essa vagabunda aí foi dá parte, mulher que dá parte do marido é vagabunda, dá parte no quartel".

Sara pensou em sair de casa, se saísse "perdia os direitos" ela não se achava com coragem de criar os filhos, visto não ter uma profissão que lhe desse condições de sustentá-los. Ela tinha 12 irmãos e, destes, só um se propôs a levá-la. Ela não quis, pois o mesmo, além de ter uma família grande, trabalhava na terra e não tinha boa saúde. Achava que iria prejudicar o irmão. Mas o fato dele preocupar-se com ela nunca foi esquecido, tem um carinho todo especial quando fala nele. O mesmo já é falecido.

O casal Sara e Serafim dormem na mesma cama. Sara queixa-se que o marido ronca, gosta que a claridade entre pela janela no clarear do dia e ela não. Também contou que o marido não quer manter relações de sexo há mais de 10 anos. Na casa há outro quarto, com uma cama de solteiro, que Sara nunca usou.

Outra queixa freqüentemente relatada é nunca ter sido convidada para entrar no carro (fusca) do marido. Mesmo quando se sente doente, precisa pegar o ônibus para deslocar-se, nem no casamento da filha e nem quando quer visitar parentes ou ir a velórios. Seu maior sentimento é saber, por familiares, que ele "carrega outras mulheres" no carro.

Há poucos meses seu marido, dirigindo o carro de um irmão para "ajudá-lo", visto que ele (o cunhado) estava muito cansado, sofreram um acidente. Foram só danos materiais. Porém Serafim "teve" que pagar o conserto do carro, isto deixou Sara indignada, pois acha que o dono do carro deveria pagar. Ela tem falta de tanta coisa em casa, não pede, porque o marido não daria, mas agora ter dinheiro para arrumar o carro do irmão "ele tem".

Todas as vezes que o marido demora para chegar em casa à noite, ela fica muito preocupada, imaginando outro acidente. Mesmo as pessoas aconselhando que não se preocupe, ela diz não conseguir, expressando-se dessa maneira: "Largá o véio de mão, eu já larguei mesmo. Faz muitos anos que eu já larguei, mas acontece que eu não sei, eu não consigo ficar despreocupada, eu não durmo e penso só o que não presta, o que é ruim".

Sara considera os dois filhos nervosos, acredita que o fato deles presenciarem as brigas do casal, influenciou muito seu comportamento. A filha sofre de asma, é obesa, gosta de doces e refrigerantes. Já tentou emagrecer com drogas anorexígenas, mas ficou mais gorda depois que deixou de usá-las.

Sandro sempre foi o mais doente. Até hoje tem "problema de estômago". Quando bebê, o marido o pegava no colo ele "convulsionava". A pior fase foi dos 2 aos 14 anos, quando fez várias internações, culminando numa cirurgia aos 14 anos. Ela descreve este período assim:

"Ficava quantos dias no mesmo hospital e não tinha... não sabia o que era, não tinha solução. Só ficava lá prá fazê soro e vinha prá casa nas mesmas. Quando eu pensava que tava bem... ia de novo. Foi aquela luta, sempre, sempre".

A mulher hipertensa não sabe explicar qual a cirurgia realizada. Durante alguns anos ele esteve sem sintomatologia. Nos últimos anos, Sandro consulta médicos, toma remédios, porém não aceita fazer uma endoscopia digestiva. Sara desconfia que o filho já adquiriu o hábito de ser doente e ter alguma coisa para se queixar, quando diz: "consultô, gastô bastante, tomô remédio. Depois não vai mais, larga... parece que é um costume que ele pegô".

Ainda sobre a doença do filho, no entendimento de Sara, há associação direta da raiva que ele tem do pai com o isolamento que vive todo o ano, com exceção do período de carnaval. Expressa-se assim: "quando faz carnaval ele não fica doente, crise nunca deu, todo ano ele entra na corte do

(clube) Caixeral, Esportivo, Santamariense". Acreditando que atividades sociais podem ajudar o filho, Sara aconselha-o da seguinte forma: "por que tu não te solta, não sai agora domingo () umas gurias convidaram muito ele pra í prá (rua) Presidente tomá chimarrão () Eu te empresto passagem e tu vai. Capaz que foi".

Além do isolamento que o filho vive, Sara tem preocupação da falta de interesse do mesmo por namorar. Recebe raramente em seu quarto amigos e pouquíssimas amigas.

Sandro não vê e não fala com o pai há 5 anos. Segundo ela, o filho sempre foi nervoso e rompeu com o pai por ver o comportamento dele com Sara. O filho, quando não está no trabalho, permanece em seu quarto o tempo todo, a alimentação é servida pela mãe e entregue na porta do quarto. O banheiro é usado por Sandro quando o pai não está. A mãe relata: "Encerrado ali, não entra aqui, nem pra í no banheiro, se segura até a noite, depois que ele (marido) vai dormir eu tenho que avisá pra ele (filho) í no banheiro, tem cabimento? Ele já tem dificuldade de uriná, intestino, cada vez pior".

Mesmo reconhecendo que o marido "não presta", Sara fica indignada com o comportamento do filho, pois o mesmo não conseguiu melhorar o pai e somente está se prejudicando, pois além de não usar o banheiro com regularidade, freqüentemente não se alimenta. Comenta que o seu envolvimento com a netinha que esteve muito doente, às vezes atrasa a entrega da comida, lembrando: "todas as horas das refeições eu tenho que servi e lá levá, teja batendo água, não teja, se eu demoro, se eu atraso, ele tá lá brabo. Nem qué mais comer de brabo"

Sara se irrita com o filho que o mesmo poderia participar pelo menos buscando a comida, visto que ela já se acha muito sobrecarregada com o cuidado da casa, as refeições tem horários pré-determinados pelo marido, lavagem de roupa de todos e o cuidado com a neta. Mesmo entendendo que o

filho, por ter sido muito doente, sempre muito cuidado por ela, atualmente deveria entender que agora ela se acha cansada. Segundo Sara, o filho Sandro é insensível aos problemas dela, quando diz: "não precisava dependê de mim, toda vida dependendo de mim".

Sandro gasta o seu salário quase que exclusivamente com aparelhos e móveis para o seu quarto, não deixando dinheiro para remédios, passagens e alimentos que precisaria. Sara fica apreensiva, pois tem dificuldade para suprir a falta das coisas essenciais, quando diz:

"desde o início do mês ele pagô as contas e ficô sem nada, precisava tomá leite e tomá remédio, não deixa sobrá, vê se tem cabimento, não cabe um alfinete naquelas duas peças, o guri pega e compra otra mesa com cadera () coisa que eu nunca tive ele tem, mesa, cadeiras, fogão, geladeira, balcão pia de inox, cama de ferro, colcha de cetim, colchão ortopédico, som, CD, televisão a cores, vídeo-cassete, tem tudo. Ele não fala, talvez um dia compra uma casa, decerto é isto, tem o sonho de morá sozinho."

Esta necessidade de comprar, comprar, mesmo sem condições, deixa Sara furiosa, chegando a dizer: " Então a gente não fica com raiva dele? Eu disse prá ele, olha tu é materialista, tu não pensa em ti, tu não pensa em tua saúde". Mas parece que não adianta, ele continua comprando mesmo que não tenha onde guardar. E usufruindo do pouco que a mãe consegue adquirir. Sara comenta: "(Ele) vem se queixá, não adianta, se eu tenho remédio, meus anti-ácido, () o remédio para os nervos, ele vem toma o meu, quando eu não tenho, ele não tem, não compra".

O relacionamento da filha com Sara é superficial. A mãe serve para suprir as necessidades da filha, a mesma demonstra pouco interesse pelos problemas da mãe, muito menos carinho. Sara queixa-se de que a filha a trata mal, conversando rispidamente, expressa-se assim: "não conversa normal". O genro Sérgio repreende Simone. A filha não tem uma ótima relação com o pai,

mas é com quem mais Serafim fala. Sara tinha esperança que, com o nascimento da neta, fosse melhorar o comportamento do marido. O que mudou é que Serafim fica em casa pela manhã e quando não está "brabo", ele segura a neta no colo, permitindo que Sara consiga fazer algum serviço.

A mulher hipertensa considera o genro uma pessoa boa, compreensiva e participante da família, especialmente porque leva o bebê no médico, preocupa-se na compra de medicamentos e no cuidado direto, como trocar fraldas.

Sara lembra com saudades de uma menina que criou dos 2 aos 10 anos, ela lhe fazia muita companhia, sua mãe veio buscá-la há um ano. Elas residem em Porto Alegre, mandou vários recados solicitando a visita da menina, a mãe manda dizer que a mandaria, porém isto não aconteceu. Sente-se traída, pois a mãe deixou a filha com Sara quando precisava muito, não mandando a menina visitá-la, parece que não valorizou todos os anos de dedicação.

São muitos os conflitos nesta família, o sofrimento está estampado no rosto de Sara, em sua voz que é baixa, na postura corporal que é encurvada, assim como nunca sorri, mostra-se conformada e sem esperança de melhoria. Porém acha que precisa viver para criar a neta e suportar o filho, expressando-se assim: "Dicerto a minha sina é esta, a minha vez, eu tenho que passá assim até o fim, não adianta. Tem mais a neta para criá, mais o guri em roda de mim dia e noite gemendo. Grunindo e não faz nada".

Esta mulher considera-se muito doente, além da hipertensão arterial, tem diabetes mellitus, lombalgia, cefaléia, constipação intestinal, úlcera gástrica "nervosa" e hipercolesterolemia.

Sabe ter H.A. há 12 anos, desde 1983. Usa, diariamente, 1 comp. de Metildopa e 1 comp. de Hidroclorotiazida, às vezes usa Furosemida no lugar da Hidroclorotiazida. Sua pressão arterial mantém-se entre 150/90 mmHg a 170/120

mmHg. Associa a H.A a ser nervosa desde criança, piorando com o sofrimento permanente ocasionado pelo mau relacionamento com o marido, preocupação com os filhos e, atualmente, com a neta, que é muito "doentinha".

Sara relata que seus pais residiam na zona rural de uma pequena cidade próxima de Santa Maria. Sua mãe, quando grávida, era muito nervosa porque seu pai "servia" em Caxias do Sul. Naquela época, pelas dificuldades de transporte e comunicações, ele ficou vários meses ausente de casa. O pai conheceu a filha com três meses. Ela expressa-se assim:

"nasci nervosa porque ela (mãe) passava a vida inteira chorando, prá bem de chorá longe da mãe dela, ia prá lavoura capiná, fazê de conta que capinava, sentava na enxada a chorá () E aí eu nasci naquela situação"

Outro acontecimento que Sara relaciona com "ser nervosa" foi ter sofrido os efeitos da queda de um raio, relatando o seguinte: "Tinha 17 ano caiu um raio e eu engoli a língua, eu quase morri, me salvei por um fininho". Os pais, na tentativa de salvá-la, puxaram a língua, da forma que puderam. Este episódio trouxe repercussões que até hoje são lembradas:

"fiquei mal, fraca, trimilica, dotor não tinha naquele tempo, um curador me dava remédio, era cumpadre de meu pai, a língua inchô, ficou toda machucada, parece que tiraram um pedaço"

Dentre as situações de doença vivenciada no passado, ela lembra que freqüentemente desmaiava, quando ficava muitas horas sem se alimentar.

O período de infância, lembrado com alegria, foi aquele em que a avó materna a cuidava e lhe dava presentes. Os irmãos diziam que ela não era filha da mesma mãe, mas sim da avó, porque, quando Sara chorava, a mãe, na lavoura, muito cansada, não queria dar mamá, e para entretê-la ela "chupava" na mama da avó. Só depois que a mãe descansava e esfriava o corpo, Sara era amamentada. Por muito tempo Sara, acreditou ser filha da avó porque: "ela me

dava muito mimo, a véia me dava, me dava de tudo. Me dava ropa, me dava chapéu e dizia que eu tinha mamado nela".

Em relação à Hipertensão Arterial, Sara dificilmente consegue níveis compatíveis com a normalidade. Quando está em crise usa Adalat, mas não gosta, visto que, logo após, acontece cefaléia importante. Sara às vezes desconfia que está com a pressão muito alta, porém pode confundir com outras patologias, como foi o caso quando acreditava estar com "gripe", pois tinha: "muito sono, dor de cabeça, dor nas pernas". Foi ao Pronto Atendimento do Hospital da Brigada, sozinha como sempre faz. Foi verificada sua pressão arterial, várias vezes, não disseram o valor para Sara. Somente ela sabe que lhe deram Furosemida injetável e um comprimido derramado na língua, provavelmente Adalat. Refere ter urinado duas vezes. Ficou lá sem receber qualquer alimentação.

Sara permaneceu nesta ocasião o dia todo em observação, como não havia programado permanecer tanto tempo longe de casa, estava preocupada com os afazeres domésticos, referindo-se assim: "fiquei lá, preocupada em vir pra casa, o serviço me esperando () agora a fome passou". Chegou em casa "um pouco tonta", mas mesmo assim foi fazer o "serviço".

O tratamento para a H.A. consiste no uso de medicação e na redução do sal da alimentação, mas ela tem dificuldade em fazer dieta e não consegue fazer atividade física regular. A alimentação basicamente é pela manhã, com café com leite com nata e pão d'água. No almoço, arroz, feijão, carne magra ou peixe, batata inglesa, legumes e frutas com pouca frequência. No feijão usa banha. Gasta uma lata de azeite de soja por semana, ela faz comida só para 3 pessoas. No início da noite, tem o hábito de tomar café com pão e alguma "mistura". Não ingere bebida alcoólica, nem faz uso de cigarros.

Já apresentou episódios de colesterol alto: 328 mg/dl (abril/90); 260 mg/dl (out/90); 427 mg/dl (jun./91); 276 mg/dl (ago./92) e 231 mg/dl (set./92); 245

mg/dl (set./94). Usou, para baixá-lo, medicação (Cedur em jun. de 91), em alguns períodos fez dieta e usou chás, tais como: alcachofra, guaviroba e guanxuma. Não pode usar a medicação de forma mais freqüente por falta de condições financeiras.

Foi solicitada dosagem de glicemia na consulta de Enfermagem, porque Sara tem história familiar de Diabetes Mellitus (D.M.); 6 de seus 12 irmãos apresentaram D.M., sendo que 4 deles já faleceram. Até o momento não usou medicação hipoglicemiante. Os valores são os seguintes: 81 mg/dl (abr./90); 146 mg/dl (ago./92); 186 mg/dl (set./92); 89 mg/dl (set./94).

A doença Diabetes Mellitus assusta Sara pelas complicações que dela podem advir, pois acompanhou alguns irmãos em fase terminal, assim como recentemente visitou no hospital um primo de seu marido, após amputação de um pé, causada por D.M., ela diz: "isto me impressionou". Ela tem preocupação com os filhos em relação a esta doença. A filha, quando grávida, fez a dosagem de glicemia, o resultado "foi normal". O filho também fez o exame, o resultado foi 74 mg/dl.

Em relação às doenças na família, seu pai faleceu com 74 anos de AVC. Sua mãe sofreu AVC em abril de 1991, vindo a falecer em meados de junho do mesmo ano. No período de 90/91, vários familiares estiveram doentes, e após alguns tempo, todos faleceram.

A lombalgia e a cefaléia são os maiores "incômodos", pois a fazem sofrer muita dor. Já tratou com injeções de Dexta-citoneurin e outros medicamentos que não lembra o nome. Usa de forma permanente Cinarizina para a má circulação cerebral, sente que não pode ficar sem esta medicação, que é receitada por clínico geral ou pelo cardiologista. Foi encaminhada várias vezes ao neurologista, não quer ir por acreditar que ele "vai me encher de remédios".

Também usa, de forma esporádica, um remédio para os "nervos",

um derivado diazepínico. Diz: "nunca gostei de tomá remédio pros nervos" mas acha importante ter em casa quando haver emergência. Por exemplo, ficou muito nervosa em ver a remoção dos ossos do pai do túmulo, para dar lugar ao corpo da mãe. "Eu não quis comprá o remédio pros nervos, ontem me fez falta, eu estava num estado de nervo que eu achei que ia ficá loca". Este mesmo remédio, quando tem, é usado pelo filho. Quando não tem remédio, usa chá de melissa para melhorar o sono.

A dor gástrica é exacerbada quando se sente nervosa, o que é muito freqüente. Para aliviar, faz uso de anti-ácidos variados e eliminou o pão caseiro por achar que prejudica não só ela como ao seu filho, provoca "azia". O uso de anti-ácidos piora a constipação intestinal, que Sara tenta controlar com dieta rica em fibras. Já apresentou algumas crises de hemorróidas em consequência da constipação intestinal. Também usava pimenta do reino como condimento, após orientação, deixou.

Usou anticoncepcional oral dos 24 aos 42 anos, quando fez histerectomia. Realizou em 1992 um RX onde foi constatada osteoporose. Recebeu receita de medicação, porém refere não poder realizar o tratamento pelo alto custo. Está tomando "Premarin para os efeitos negativos da menopausa e para segurar a osteoporose".

A assistência à saúde é buscada nos serviços oficiais. No ambulatório próximo de sua casa, através de consultas médicas, de enfermagem e grupo de entre-ajuda. O Hospital da Brigada Militar, através do Instituto de Previdência do Estado (IPE), é utilizado tanto em internações quanto no ambulatório.

A relação de Sara com a família é de ajuda permanente. Ela cuidou de forma intensiva o filho por muitos anos. Também cuidou da filha quando precisou fazer repouso na gravidez. Cuida da neta para a filha trabalhar e agora

muito mais, pois está doente. Inclusive cuidou no hospital, no ano passado, o marido, que sofreu uma colecistectomia. Ajudou a cuidar a mãe, após o AVC. Ela acredita que precisa cuidar de todas as pessoas, expressando-se assim: "Eu acho que é minha obrigação". Mesmo achando que o marido não tem direito a sua atenção, ela foi cuidá-lo. Avalia o marido, quando diz: "Eu sei que ele não merece que eu faça o que eu faço prá ele, mas eu faço". Nesta ocasião acha que até foi recompensada, pois os cunhados disseram para Sara que Serafim elogiou-a. Ela diz com certo orgulho: "quando ele (marido) tá doente, eu cuido muito bem dele, ele conta que eu cuido muito bem."

Cuidar da neta atualmente está sendo um fardo muito pesado por se achar doente e "desacostumada". Também queixa-se que seu rendimento não é mais o mesmo, lembrando:

"Eu cuidava de até seis crianças, mas eu não sei, eu fazia tudo, caminhava com eles, saía a passeá, a minha casa era arrumada, era limpa e agora eu não consigo mais, eu não posso saber porque eu não consigo mais. O dotor disse que era a idade, a velhice que está chegando".

Sara não se conforma com as limitações, lembra que no passado até pintura das paredes da casa fazia, atualmente não tem coragem, nem sobra tempo. Embora levante às seis horas da manhã, às 6 h 30 min já está na casa da filha, por entender que tirar a menina para fora poderia prejudicá-la.

O trabalho é tanto, indo de uma casa a outra para fazer todas as atividades que, para dar banho na neta e passar a ferro as fraldas, somente à noite. Dorme tarde, mais ou menos às 23 horas, freqüentemente acorda várias vezes durante a noite.

Outra forma de ajuda é visitar os doentes no hospital ou em casa. Mais do que ajuda, é obrigação ir em velórios e enterro de pessoas da família ou conhecidos "bem chegados".

Sara verbaliza não ser ajudada, não pede, pois entende que todos vêem o que ela passa. Especialmente o filho, poderia ajudá-la de algumas maneiras simples, se quisesse. Por exemplo: fazendo alguma atividade doméstica, indo servir sua alimentação na cozinha. Ir ao hospital "tirar" ficha de consulta. Também ajudaria se ele usasse de forma mais racional o seu salário, em vez de comprar móveis, que não tem necessidade, comprasse alimentos, remédios e saísse para se divertir. Sara ficaria mais tranqüila com a saúde do filho. Ela verbaliza esta preocupação assim: "Ele que tinha que me ajudá, ele podendo tirá de mim, ele me tira, porque se ele não tem, quem tem que dá, sô eu".

A cliente hipertensa afirma: "Eu cuido qualquer um que eu pudé, eu cuido () porque eu sei que é triste quando a gente tá doente, a gente precisa, e não tem ninguém que suporte com a gente, eu já passei por muitas necessidades de tá sozinha e ninguém se importando comigo, eu tá internada, operada".

Outra situação de doença lembrada com muito sofrimento foi uma internação no setor psiquiátrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por 16 dias, quando os filhos eram pequenos. Esta internação foi alguns dias após a "surra" que Sara levou do marido. Ela pediu para um filho de uma vizinha chamar a sua mãe. A mesma, vendo o estado da filha, levou-a para consultar, foi encaminhada para o HUSM. Segundo a cliente, o tratamento não resolveu o seu problema, porque não usavam medicação nem psicoterapia. Na sua avaliação: "Melhorô nada, porque era só repouso, nem me davam nada. Só prá tá lá, ele (médico) não cunversava, em nada".

Questionada quanto ao motivo da internação, ela assim se expressa: "Eu tava muito nervosa, eu tava nos últimos dos nervos". Depois da alta, Sara diz que sua irmã mais moça ficou em sua companhia por uma semana, neste período o marido "ficô muito bonzinho, que era um doce de coco". Mas o marido voltou logo a ser o que era antes, "ai não tem mais jeito, sempre, sempre".

Família Ametista

A família denominada Ametista é constituída por cinco (5) pessoas, sendo quatro (4) adultos e 1 criança, tendo a mulher hipertensa, Amália 69 anos, seu esposo, Antônio, 74 anos, sua filha Ana, 39 anos, seu genro Ataíde, 39 anos e sua neta Adriane (adotada) 1 ano e 7 meses. Esta família reside em duas casas separadas, porém no mesmo terreno, sendo que Amália e Antônio ocupam a casa dos fundos enquanto Ana, Ataíde e Adriane ocupam a da frente. Esta, tem 2 quartos, sala de estar, cozinha, banheiro e uma área coberta tipo garagem com tanque, maquina de lavar roupas, mesa com cadeiras e um sofá. Esta peça tem um grande portão de ferro que é mantido com cadeado. A casa dos fundos de 50 m², construída pessoalmente pelo próprio casal, é de alvenaria e possuiu um quarto, sala de estar, sala de jantar, banheiro, cozinha e um galpão ligado a casa, que tem um fogão à lenha, usado para fazer feijão, e outros alimentos que podem ficar fervendo enquanto Amália vai fazer outras atividades. Este galpão também serve de depósito e ligado a ele há um pequeno galinheiro. Num dia muito quente, Amália disse que terá que desmanchar o mesmo, pois está cheirando e criando muitas moscas, mas no inverno será construído outro de cimento, por ser mais fácil a limpeza.

Esta casa foi construída há 5 anos quando resolveram deixar de forma definitiva a zona rural e vir para junto da filha que, pela doença e freqüentes internações hospitalares do marido, estava tendo muitas dificuldades para conciliar o trabalho e o cuidado com o mesmo. Antes de deixar o interior, o casal visitava a filha em todos os fins-de-semana, permanecendo de sexta-feira à tarde até segunda pela manhã; nesta época, ocupavam uma pequena e improvisada casa onde hoje está construída a atual casa do casal.

A origem étnica de Amália é italiana/alemã, enquanto que Antônio

diz que é italiana/francesa, o genro tem seus antepassados portugueses. Amália foi a vida toda agricultora e dona-de-casa, recebendo atualmente uma aposentadoria pelo trabalho rural. Ocupa seu tempo com os afazeres domésticos e cuidados com a neta, com isto liberando a filha que executa atividades de dona-de-casa, cuidados com o marido e escritório de contabilidade na própria casa. Antônio, que desempenhou na juventude diversos tipos de atividades com cimento, madeira, inclusive em restaurante, permaneceu em Porto Alegre por 6 anos, voltando para continuar em atividade agrícola no interior do município de Santa Maria. Atualmente está aposentado, porém ainda mantém terras no interior, com criação de gado, que é cuidada pelos irmãos. O genro Ataíde, é militar estadual da Brigada Militar, sofre há 12 anos de Diabetes Mellitus insulino-dependente e por consequência da mesma, foi aposentado por invalidez há 9 anos, tendo sérios comprometimentos circulatórios, inclusive com amputação de 4 dedos do pé E e acuidade visual diminuída.

O dia-a-dia do casal Amália e Antônio tem características bem definidas. Amália permanece o dia todo em casa, cuidando dos afazeres domésticos, tais como: limpar a casa, fazer comida, cuidar das galinhas e dos dois pássaros, cuidar de folhagens na terra e em potes, lavar louça e cuidar da neta. Pela pouca idade da mesma, 1 ano e 7 meses, é necessária atenção permanente e muito esforço físico por parte da avó, como: juntar objetos e papéis no chão, pegá-la no colo, dar alimentação, trocar a roupa, protegê-la, no pátio, contra quedas. Esta situação fica mais difícil no inverno, com as chuvas que obrigam a manutenção da neta somente dentro de casa, exigindo cuidado e atenção mais permanente e contínua. Amália queixa-se que atualmente não pode fazer crochê, tricô e nem costurar. Destas atividades, a que mais lhe dava prazer era o crochê, diz não poder porque a netinha não a deixa, puxando linha e agulha, atrapalhando-a demais.

Antônio desempenha várias atividades na comunidade e em casa confecciona redes de pesca e auxilia na atenção à neta.

As situações de saúde e doença estão relacionadas com o dia-a-dia e com o trabalho. Tanto Amália, como Antônio e Ana dizem que saúde é não sentir nada e poder trabalhar. Pai e filha consideram-se sadios, porém os doentes são em primeiro lugar o genro/ marido e, em segundo, a esposa/mãe. Antônio acredita que a esposa tem problemas de saúde por ter trabalhado pesado e em condições insalubres, Amália concorda quando diz:

"Ela trabalhou muito quando nova, muita friagem. Rigor faz mal, mulher não deve tomar muito frio".(Antônio) e "minha vida foi trabalhar no rigor, nas lavouras de arroz, ficava de molho (dentro da água) até a cintura, no frio" (Amália)

Amália complementa dizendo que, além do trabalho pesado, tomava banho frio no rio, acreditando ser este o motivo dos quatro abortos espontâneos, que teve após o nascimento da única filha. Complementa dizendo que, quando "nova" não recebeu nenhuma informação quanto a qualquer assunto relacionado à saúde, nem de sua mãe.

Outra situação freqüentemente levantada como causadora de doenças, são os "nervos". Antônio diz que Amália "se ataca dos nervos, segura mais" enquanto ele tem mais possibilidades de não "segurar" quando diz: "eu posso sair, desabafar". Também a filha reconhece que a mãe sofre dos nervos. Questionada a causa, Ana diz que seria a doença de seu marido (Ataide) e também preocupação com a neta. Amália diz que a causa é a preocupação com a filha e o genro, "meu genro incomoda a minha filha, isto é meus nervos". Noutro momento verbalizou que o que acha que a deixa nervosa é a impossibilidade de trabalhar como no passado, dizendo:

"Já estou fracassada. Não posso mais trabalhar, já me ataco. Terminou minha saúde. Faço tudo em casa a reboque. A gente

pega a se atacar dos nervos".

A atenção à saúde e à doença é desenvolvida por familiares, vizinhos e serviços de saúde. Atualmente, na cidade, eles buscam primeiramente o ambulatório do próprio bairro, já se valeram de consulta, inclusive internação particular, quando é algo mais grave, por exemplo a necessidade de cirurgia de próstata de Antônio, isto é lembrado com tristeza por ele, quando diz:

"fiquei 15 dias com uma sonda, tentando lugar nos hospitais, quando disse para o médico que eu pagava, na mesma hora, por telefone, ele conseguiu leito".

Quando perguntado a Amália o que mais a incomodava, ela citou: "Eu estive muito atacada dos rins, bexiga, coluna e dos nervos. Tenho também diabetes e pressão alta". Noutro dia queixou-se de pouca memória. Além de todos estes problemas, ela tem varizes bem visíveis, porém refere que as mesmas não incomodam e que não pretende operar, conhece pessoas que operaram e voltou.

Amália relaciona a Hipertensão Arterial à doença dos nervos. Quando Antônio foi operado da próstata (6 meses), Amália diz que a sua pressão subiu, assim como quando ela tem que esperar no ambulatório para consulta, sua pressão arterial sempre está alta, quando se incomoda e quando sente o sofrimento da filha. A doença dos nervos é tão importante que Amália diz que num período esteve muito mal:

"Tive um tempo que tive que ir para o hospital, de tão mal que fiquei, a gente se ataca de um jeito que não dá para agüentar".

Neste episódio, já estava morando aqui em Santa Maria. A doença dos nervos para Amália "complica tudo", tem vários sintomas e se misturam com sintomas de outras doenças, quando diz:

"Quando sinto a pressão alta, os nervos, o coração começa a disparar, aí tomo o remédio, já sei que é a pressão...já controlo."

Porém, no passado (mais ou menos 5 anos), a "doença dos nervos" tinha outros sintomas "quando me atacava dos nervos, me encolhia toda, dava câimbras, bolas nas pernas e braços ia para a cama, tinham que fazer massagem". Atualmente sente-se muito feliz e agradecida a Deus por não ter mais as crises tão fortes e importantes quanto no passado. Isto é verbalizado na seguinte fala: "As crises brabas não me dá mais, passou, Graças a Deus, nem as câimbras."

Coloquei que o marido Antônio não se preocupa como ela pelas mesmas coisas, ela diz: "Gostaria de ser assim, eu não posso". O marido acha que a esposa se preocupa por pouca coisa, citando que ela hoje está incomodada porque alguns pés de feijão que plantou no pátio, não vão crescer, foram destruídos pelos gatos que à noite brigam no seu pátio.

Amália acha que a doença dos nervos é causada por incômodos e preocupações e esta doença é tão importante, que diz:

"pode provocar tudo, reação no coração, aquele desânimo, aquele mal-estar, me dá uma raiva, assim uma coisa ...para mim tudo é ruim, não posso, tenho que sair".

Questionada quanto ao início da "doença dos nervos", acha que começou há 20 anos, quando o esposo sofreu um acidente e fraturou o braço direito, indo para o hospital e sofrendo algumas cirurgias. Amália diz : "fiquei 15 dias no hospital sempre cuidando dele, o tempo todo com os pés e as mãos geladas". O nervosismo devia-se ao fato de que o médico quase diariamente dizia que o braço fraturado precisaria ser amputado. Após cirurgias, o braço não foi amputado, porém ficou com menor capacidade de mobilização. Isto levou a outra preocupação, pois o trabalho braçal na lavoura ficou prejudicado. Um tempo depois, esta dificuldade de mobilização levou Antônio a acidentarse novamente, ao manejar uma motosserra e, cortando o joelho esquerdo, nesta ocasião precisou

só de pontos e diariamente era levado ao hospital para curativos.

Outra situação que é contada como de muito nervosismo foi o aviso de que sua mãe estava doente em uma UTI de um hospital de Porto Alegre e que queria falar com ela. Amália foi rapidamente, chegando lá, sua mãe estava em coma e não mais falou; quando Amália recebeu o aviso do falecimento, estando ainda em Porto Alegre, na casa de uma cunhada, ficou muito atrapalhada, não conseguia tomar decisões, inclusive não conseguiu ir ao enterro. Amália refere que doença com pessoas da família a deixam muito nervosa.

Para ela a melhora da doença dos nervos seria "se controlá" e o se controlar seria não se incomodar e não ser incomodada, porém acha muito difícil que os "outros" não a irrite ou incomodem. Ela acha que os "outros" (familiares) não entendem do mesmo jeito a sua doença dos nervos, inclusive desabafa dizendo: "eles acham que eu estou me fazendo".

Para Antônio e Amália a "família" e o bem estar familiar são prioritários a qualquer outro assunto. Há momentos que dizem ser a família as pessoas de sangue, filhos, irmãos, também o marido. Em outros, dizem que determinados vizinhos fazem parte da família, mas para ser considerada uma família, precisa haver união. Amália diz: "eu considero família uma gente unida, que se quer bem, se preocupa uns com os outros, se ama".

Também o esposo pensa parecido, dizendo que família é: "a paz dentro de casa", e que "sem união" não há família, e que vizinhos que merecem serem ajudados "é como se fossem da família"

A função da família é ajudar e dar apoio nas horas de necessidade, isto foi o que ocorreu com as suas famílias de origem e como tal precisa continuar da mesma forma. "A gente tem que correr, providenciar, ver o que precisa" (Amália) e "Nossos passados também eram assim, o sistema nosso continua aquele" (Antônio).

A relação de Amália com Antônio é de carinho e companheirismo . Estão casados há mais de 40 anos e namoraram durante 10 anos. Para Amália, a relação com o marido foi sempre boa, "sempre vivemos uma vida feliz, sempre bem". Para Amália, seu esposo é bom, religioso, trabalhador, não tem vícios (bebida, jogo), conversam muito, tudo é decidido pelo casal, para depois comunicarem à filha. O casamento da filha foi um marco para o casal, até então eles tinham uma vida muito diferente, sendo verbalizado nas seguintes palavras:

"Nós éramos alegres, mas credo!" (Amália). "Nós éramos felizes" (Antônio). "A gente trabalhava na roça, trabalhava tipo bicho, mas tinha alegria. Trabalhava que nem notava o que a gente fazia". (Amália)

A relação de ajuda de Amália e Antônio é com a família, vizinhos e outras pessoas, podendo ser de forma planejada e de forma casual. A forma planejada foi a transferência de sua residência do interior para junto da filha, para ajudá-la. No interior trabalhavam muito, mas viviam com alegria, rodeados de vizinhos que se visitavam com frequência e sempre que alguém estivesse doente, todos estes vizinhos ajudavam. Amália refere-se a esta ajuda assim:

"Que vizinhos eu tive lá na colônia, lá sim, o nosso sistema dos italianos era assim, um ajudar o outro. Quando um está doente, corre cuidar, ficar em casa ajudando, quando precisa tirar o leite, precisa um auxílio na roça, faz um puxurum. Aqui não, é muita diferença".

A vinda para a cidade provocou uma mudança muito grande no casal mais idoso, sentem uma diferença enorme em relação ao espaço físico "lá era um lugar aberto, aqui é um aperto", assim como sentem-se ameaçados em sua integridade física, pelo medo de assaltos, mantendo o portão chaveado inclusive durante todo o dia. A diferença mais verbalizada é a falta da amizade dos vizinhos, somente 2 a 3 famílias vizinhas têm o hábito de se visitarem. Em relação à ajuda de vizinhos na cidade, Amália salienta a recebida de uma vizinha que

tem mais ou menos 50 anos, que está sempre pronta para ajudar, inclusive ficou com Amália no hospital em junho de 94 quando esteve internada. Para Amália "ela (vizinha) foi lá (hospital) me cuidar, também em casa".

Para Amália, a maior ajuda é prestada pela filha, através de atos relacionados a necessidades de atenção à saúde e em situações de doença. Inclusive com as lidas da casa, por exemplo, faxina na casa e lavagem da roupa, dizendo:

"Ela me ajuda em tudo no que ela puder, em tudo! Tudo!, eu dizendo assim, disse tudo, porque ela é uma filha! quando estou doente ela corre, também ajuda na casa"

Freqüentemente o casal, Antônio e Amália, relacionam o ato de ajuda como o de "correr" da filha por eles. Correr é "se preocupar com a gente, né, a gente que não tem estudo não sabe explicá". Noutro momento, Amália diz que correr é "procurar me levar no médico, me cuidar, me isto, aquilo" Ainda referindo-se à filha, Amália considera Ana uma ótima filha, avaliando-a: "é difícil uma filha assim, eu vejo por aí, filhos que estão dando coice nos pais, ela podendo ajudar nós, ela ajuda!".

Segundo Amália, não há necessidade de pedir ajuda à filha, ela nota, ela se oferece. A filha, Ana entende que precisa ajudar a mãe no serviço mais pesado, dizendo:

"para ela não se sacrificar, ela tem problema de coluna, procuro ajudar no que eu posso, eu deixo a baixinha com ela que é mais fácil, e serviço caseiro eu faço".

No entendimento da filha, o pai poderia ajudar mais a mãe em diversas formas, cita a situação de internação da mãe no ano passado, em que ele não queria ficar no hospital. A filha se achava impossibilitada, visto que a menina era bebê e o esposo estava muito doente, e neste mesmo período fez

amputação dos dedos do pé, tendo que insistir para o pai acompanhar a mãe. Ainda diz que quando ele está doente "quer que todo mundo paparique ele"; ela classifica o pai como "desligadão, só quer que ajudem ele".

Outra forma de ajuda para Amália foi "a vinda" da neta, ela veio para ajudar a família, "trouxe alegria". E para o casal, Amália e António ter um herdeiro é importante, pois ficará com seus bens e será uma companhia especialmente à filha quando o casal falecer. Amália diz rezar para que a filha seja muito feliz com a neta.

A ajuda é estendida a outras pessoas, através da participação da campanha do agasalho que Amália faz todos os anos, assim como iniciaram a distribuição de pãezinhos na missa, levando outras pessoas a participarem com pães e bolos, isto os deixou muito contentes. Outro ato que me surpreendeu foi a compra de legumes de uma senhora do interior, por um preço 4 vezes maior que no supermercado. Quando perguntei porque eram comprados, visto serem tão mais caros, Amália respondeu: "Tenho pena, ela vem de tão longe, é do interior, ela precisa". Assim como António comprou um pinto pelo preço de uma galinha, o motivo foi o seguinte: "Era um menino pobre, ele devia precisar".

Amália sabe ter Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus não insulino-dependente há mais ou menos 5 anos. Diz cuidar-se sozinha, não pede ajuda no dia-a-dia: "até agora me cuido sozinha". Toma o hipoglicemiante oral todas as manhãs, porém reconhece não conseguir fazer as seis refeições por dia, tem crises de hipoglicemia assim como não toma o remédio para a H.A. diariamente. Usava medicamentos para os nervos, não sabendo referir o nome. O marido não acha necessário o uso diário de antihipertensivo, segundo ela: " ele embrabece querendo que eu não tome remédio para a pressão". Em relação à necessidade da realização de dieta alimentar fracionada, hipocalórica, hipolipídica e hipossódica é entendida pelo esposo como responsabilidade somente de

Amália, quando diz:

"Eu acharia que é ela que tinha que se controlar melhor, ver o que faz mal, ver o que quer comer, precisa ou seja necessário, por exemplo, eu não gosto de carne magra, então ela tira um bifizinho separado, magro. Ela tinha que saber o que é melhor para ela"

A mulher hipertensa tem muita dificuldade quanto à dieta em geral, conseguindo somente a diminuição do sal, por achar ruim comida salgada. Já habituou tirar a comida para ela, depois acrescentar mais sal para o esposo. Para Antônio, a esposa não consegue fazer a dieta recomendada, segundo ele "com muita pouca vontade (risos)". Em relação a isto, Ana acredita que a mãe não segue a dieta indicada para a pressão alta nem para a diabetes. Isto se deve porque: "o pai gosta de comidas gordurosas, aquelas carnes!".

No entendimento de Ana, a Hipertensão Arterial é: "uma descompensação do organismo", acha que não sabe, se desculpa dizendo: "eu nunca entrei em detalhes". Entende que a pressão alta prejudica bastante a pessoa, com "morte mais rápida, um derrame". Solicitada para identificar qual das doenças de sua mãe era mais importante, disse ser a Diabetes Mellitus. Para Antônio, a Hipertensão Arterial da esposa é causada por preocupação e agitação, "vem aquela coisa na cabeça, o sangue sempre fervendo" especialmente provocada pela situação de conflito e estresse provocada pelo comportamento do genro, que era de agressividade, ciúmes e implicância com Ana. Eles desconfiam que o genro batia na filha, porém a mesma sempre negou. Noutro dia, Antônio relacionou a H.A com a alimentação, dizendo: "A pressão alta só pode vir da danada da alimentação, a má alimentação, certas comidas que a pessoa come, gordura, sal". Segundo Antônio um remédio bom para a esposa seria a mudança de comportamento do genro para com a filha e o casal. E outro seria ela se cuidar na alimentação, ele sugere: "

"Eu acharia que ela deveria por exemplo... a comida que ela faz para nois, se for no sal, bota menos, a graxa, quanto menos melhor, por exemplo no temperar, bem pouquinho, imagino assim".

A sugestão de Antônio quanto à alimentação foi dada no período em que o genro foi para o hospital e a filha estava cozinhando para os pais, segundo Ana: "como deve ser () com o mínimo de gordura, sal também". Ela diz que gostaria de poder ajudar mais a mãe, cozinhando sempre, por entender que a mãe não consegue fazer a alimentação ideal, mas ela sim (sabe) pois já fazia para o marido (Ataíde).

A relação de conflito com o genro é antiga, já esteve pior quando o mesmo era alcoólatra, mas não bebe há 2 anos. Ana relaciona o uso do álcool ao aparecimento da diabetes, pois há 12 anos Ataíde teve pancreatite e cirrose hepática, aparecendo a diabete, a qual nunca foi tratada corretamente, pois Ataíde deixava do álcool por alguns períodos, voltando novamente ao mesmo. Nestes períodos, ele teve piora da diabetes e várias internações.

Para Amália, Antônio e também Ana o álcool é um grande causador dos comportamentos antissociais, e que a família é todo prejudicada. Esta situação de álcool e desagregação familiar já acontece na família do genro, pois o pai do mesmo também foi por muito tempo alcoólatra, os filhos foram criados vendo o exemplo. Na opinião de Ana, a sua sogra: "passou muito trabalho", sofreu muito. Ana justifica em parte o comportamento de Ataíde, dizendo que o mesmo teve uma infância e juventude muito sofrida, pois o pai dele era muito agressivo com todos, odiava Ataíde, fazendo-o trabalhar desde muito jovem. Ia à escola à noite e quando chegava em casa, cansado, muitas vezes não tinha o que comer, pois o pai procurava a comida que a mãe havia guardado, atirando-a fora. Para Ana, este comportamento do pai provocou muita revolta em Ataíde, levando-o ao alcoolismo. O sogro de Ana deixou o álcool há 15 anos, atualmente eles se visitam.

Família Diamante

A família denominada Diamante é uma grande família, porém atualmente estão residindo juntos somente três (3) pessoas, que são: Dinorá (mulher hipertensa), 64 anos, Décio (esposo), 78 anos e Diana (filha), 41 anos. Dinorá e sua filha são muito comunicativas e agradáveis ao receber as pessoas, gostam de conversar com vizinhos e fazer visitas à parentes.

A origem étnica de Dinorá é: "o pai era de origem italiana e a mãe mulata". Enquanto que Décio se diz descendente de franceses por parte de pai enquanto sua mãe era "paraguaia".

A casa da família sofreu reformas, com acréscimo de um quarto grande e uma cozinha espaçosa, além da construção de uma garagem, que tem um jipe de Décio, porém o mesmo não mais o dirige. Quando vai a pescarias e caçadas, precisa contratar uma pessoa para dirigir o veículo. Em cima da garagem, há um quarto sala que tem uma cama, uma cadeira de balanço, máquina de tricô, máquina de costura e dois armários. Há um pequeno jardim e horta, porém há queixas de que a mesma não é ideal para a cultura de hortaliças por ser muito úmida.

A renda familiar provém da aposentadoria do esposo que e de pequeno ganho da filha com a venda de produtos de beleza. A filha tem o segundo grau completo, já trabalhou em vários lugares, realizou três vestibulares, este ano pretende novamente prestar vestibular, ainda está indecisa quanto ao curso desejado. Supre suas necessidades individuais com a venda de produtos de beleza, não tendo uma renda fixa, atualmente está realizando um curso de pintura em tecidos.

As atividades domésticas são realizadas pela filha e pela mãe. Dinorá comprou há pouco tempo uma máquina de tricô, "Comprei uma máquina de

tricô, para me distrair, leio meus livros, mas me cansa, meus olhos não estão bons, é a piora da glicose", já executa algumas peças de roupa, (mostrou-me algumas roupas confeccionadas), assim como costurava no passado, inclusive tem uma máquina de costura de boa qualidade, com vários equipamentos. Aprendeu bordar à máquina, não está podendo executar esta atividade por dizer que está enxergando muito mal (comprometimento da diabetes). Dinorá estimula a filha para aprender a usar a máquina de tricô e de costura que Diana não quer, isto preocupa a mãe, visto que a filha não se empenha ou não mantém gosto por determinadas atividades por muito tempo, ela não acredita que a pintura em tecidos vá manter o interesse de Diana por muito tempo.

Dinorá teve oito filhos; destes, um menino faleceu com 1 ano e 1 mês de "crupe". Os sete filhos vivos são: três mulheres e quatro homens. O filho mais velho é do primeiro casamento. Os quatro homens são casados, três residem em Canoas e um em Barreto. Todas as mulheres residem em Santa Maria, duas casadas e uma solteira. Dinorá residiu praticamente toda a sua vida em Santa Maria, porém o período que lhe traz mais lembranças foi o período de internato, dos 5 aos 11 anos e o período que residiu num bairro de Santa Maria, no alto de um morro sem água encanada por 18 anos, tendo que carregar água de uma longa distância para alimentação e higiene. A lavagem de roupa era realizada numa "sanga" longe, quando passava muito trabalho, carregando as roupas, os filhos, a tábua de lavar, sacolas e defendendo-se dos animais no caminho. Estas atividades para criar os filhos é lembrada como: "Deu o que fazer estes filhos".

Dinorá conta que os pais eram separados, o pai trabalhava na Brigada Militar do Estado, teve 3 irmãs e um irmão. Quando os pais se separam, ela e as irmãs mais velhas foram internadas num colégio por ordem do juiz, seu único irmão nasceu depois da separação dos pais, vindo a falecer com 8 anos, não sabe precisar a causa, porém ouvia falar que ele havia comido pêras quentes,

num período de verão. O seu pai teve muitos outros filhos (mais de 12), com a mulher que foi empregada de sua mãe; teve 7 vivos e outros que faleceram. Dinorá lembra que sua mãe contava que seu pai, quando ainda morava com ela, tinha outra mulher, não sabe se tinha filhos com esta também. Ela, quando saía do colégio a passeio, e depois dos 11 anos, quando voltou para a casa de sua mãe, conviveu com os seus meio-irmãos, visitava a nova família de seu pai com freqüência, lembra com precisão os nomes dos irmãos e as brincadeiras.

A vida no internato é lembrada com muita tristeza e mágoa, pois o mesmo é comparado a uma prisão, onde era proibido fazer brincadeiras, havia muitas regras rígidas, obrigações, advertências e castigos. Para ilustrar esta descrição, Dinorá lembra que tinha momentos que desejava ser um corvo para poder voar. Enquanto para esta mulher o internato era uma "prisão", sua irmã mais velha não pensava assim, pois permaneceu 16 anos lá, mesmo depois que as duas irmãs mais novas saíram, ela permaneceu trabalhando. Dinorá e suas irmãs recebiam a visita da mãe com regularidade, seu pai visitava as filhas com menor freqüência, havia uma combinação imposta pelo juiz, quando o pai ia no internato, a mãe não podia ir. Segundo ela, "naquele tempo, quando os casais se separavam, ficavam inimigos".

O que é lembrado com prazer neste período, era a chegada do pai num cavalo e com o uniforme muito bem cuidado, este sentimento é expresso pelo seguinte: "eu achava tão bonito quando ele chegava(...) eu achava o meu pai a coisa mais linda, ninguém tinha um pai igual ao meu, com perneira, a cavalo...". As dificuldades no colégio eram do tipo: falta de liberdade até para chegar na janela e "espiar" para fora. Quando foi para a casa da mãe, foram outras dificuldades: o trabalho pesado na pensão, levantar de madrugada para fazer fogo, preparar o café e a marmitta para os pensionistas levarem para o trabalho, Dinorá diz que não sabia nem fazer fogo, "não tinha aprendido no colégio". Por

achar o trabalho muito difícil; empregou-se em casas de família.

Dinorá gosta muito de ler e assistir televisão, lembra com precisão trechos de livros, tais como: "As piores tormentas vêm do oeste, eu aprendi num livro sobre o mar, eu acho que funciona na terra". Falou quando comentávamos sobre o temporal do dia anterior em Santa Maria. Ela observa o céu e diz: "quando preteia no oeste (mostrou), a chuva é perigosa". O programa de TV que ela não perde é do Jô Soares, que assiste só, visto que o marido, além de não gostar de TV, dorme cedo e a filha, neste horário, ouve rádio local. Dinorá critica a filha que ouve "bobagens e fofocas", referindo-se ao programa preferido assim: "fofocas do 1º mundo é melhor".

Diz gostar muito do sol, antes de levantar pergunta para a filha se tem sol, se tem, já vai abrindo as janelas para o sol entrar. " Eu sou do sol, quando não tem sol, o dia fica triste". Falando da localização de sua casa que tem um vento gostoso, ela diz: "Também gosto do vento norte, tem gente que não gosta." "Me mudei do meu quarto, o meu marido gosta de dormir com tudo fechado, eu não suporto, vim para este quarto que é de hóspede, aqui deixo só a persiana fechada para passar o ar". Ainda sobre a ventilação e necessidades respiratórias, Dinorá refere: "Os últimos tempos estou respirando mal, principalmente na primavera. Na primavera fico mal, para mim não é bom". Também diz estar com alterações no olfato. Diz que vai tirar os potes de folhagens para fora, por causa do mofo, assim como pretende mudar o assoalho do quarto por achar que o quarto ficou mais baixo que a casa, havendo infiltrações da chuva, já apodreceram tábuas, assim como já deu problemas no reboco, "pode ser isto que estou com problemas no pulmão".

Ainda sobre os malefícios do ambiente, Dinorá contou que um de seus filhos, quando esteve residindo no Rio de Janeiro, trabalhou numa empresa que fazia trabalhos nos subterrâneos, neste período ele teve muito dificuldade

respiratória, inclusive chegando a necessitar de internação hospitalar.

O dia-a-dia de Dinorá começa por levantar depois das oito horas, segundo ela: "tarde". A filha diz: "eu faço café e chamo a mãe e levo leite na cama quando ela pede", o leite que a filha leva é geralmente à noite. Diana refere-se ao ato de fazer "coisas" para a mãe como algo natural, dizendo: "Ela criou sete filhos, passou tanto trabalho, acho que merece. A relação entre mãe e filha é de carinho, apoio e amizade. Dinorá realiza pequenas tarefas diárias, tais como: lavar a louça, roupa, cozinhar, fazer pão e cuca, para passar o tempo e especialmente quando a filha precisa sair. As atividades mais pesadas tipo faxina na casa, lavagem de roupas grandes é realizada pela filha, que se programa para realizá-las.

A alimentação da família é variada, porém Dinorá tenta manter uma rotina, pela manhã às 8h 30 min ela toma café com leite, 1 colher de açúcar, uma fatia de pão de centeio com creme de leite e um pedaço de queijo magro. O almoço às 12 h é constituído de carne magra, arroz, legumes cozidos, salada acrescida de polenta ou mandioca ou batata inglesa, com pouco sal; logo após a refeição, ela come uma fatia de mamão, ou uma laranja ou outra fruta da época. No fim da tarde, toma café com leite, açúcar, bolachas água e sal, ou uma fatia de cuca ou pão feito em casa. Gosta de jantar, quantidade menor que no almoço, às vezes consegue tomar café com leite e bolachas, mas como dorme tarde, justifica o jantar por ficar com uma "broca" no estômago e não conseguir dormir se não comer "bem". Às vezes toma leite puro antes de dormir. Mesmo aconselhada a fazer lanches pela manhã e à tarde, não deixando tanto intervalo entre uma refeição e outra, assim como comer menos em cada refeição, diz não conseguir comer frutas nos intervalos, pois dá mais fome "dá um buraco no estômago". A filha, quando arruma o café da manhã para a mãe, coloca junto um adoçante artificial, somente nestas duas últimas semanas Dinorá está usando-o de forma

regular. Diz não gostar de comidas gordurosas, nem frituras. Seu exame de colesterol mantém-se dentro da normalidade (165,00 mg/dl), porém os últimos exames de glicemia em jejum estão alterados: 148,00 mg/dl em fevereiro e 168,00 mg/dl em agosto.

Um hábito que esta mulher hipertensa conseguiu abandonar foi o tabagismo, há 12 anos; fumava 1 carteira de cigarros por dia, refere não sentir falta. A filha nunca fumou, porém o marido fuma e está tentando deixar por livre iniciativa, a esposa acredita que ele queira deixar porque está com tosse. Ele está com muita dificuldade, nos dias que não fuma fica muito "nervoso". Um hábito que Décio mudou foi a ingestão de álcool, atualmente ingere pequena quantidade e de forma esporádica, enquanto que no passado "bebia mais" e chegava em casa "implicando".

Outro hábito muito comum, principalmente de Diana, são os chás, de todos os tipos, tanto por sabor como remédio. Dinorá toma de forma assistemática, hortelã para dormir, corona (fortuna) para diabetes, já usou também para diabetes, o jambolão, mas não gostou: "não me dei bem, tive azia, me estraga o estômago". Toma também chá de pata de vaca e dente de leão.

O sono e repouso do casal da família Diamante são muito diferentes; enquanto Dinorá dorme tarde, mais ou menos às 2 horas e levanta depois das 8 horas da manhã, quando descansa na cama, após o almoço, não consegue dormir. O marido dorme cedo, mais ou menos às 9 horas, levanta cedo para tomar chimarrão. Costuma fazer a sesta de 60'a 90', tem sono "muito pesado". Dinorá tem o sono "leve", qualquer barulho a acorda, por isto toma "Lorax" para dormir algumas horas contínuas. Quando passeia ou caminha, "cansa o corpo", refere não precisar a droga. Embora ela diga que não é viciada no medicamento, numa das visitas ela havia marcado consulta no ambulatório para buscar receita do referido medicamento, tendo ainda o mesmo em casa. Falando

da necessidade de "botar para fora" as emoções ruins e as lembranças desagradáveis, Dinorá diz: "Certo uma caminhada é muito bom, mas a pessoa volta para o (seu) habitat, parece que tudo rodeando ela de novo". Ela não executa a atividade física de forma regular, por não entender todos os benefícios da mesma para a circulação sanguínea e gasto de energia, com isto conseguindo melhorar a pressão arterial e baixando a taxa de glicose. Ela associou a atividade física somente como benefício temporário para os "nervos".

O dia-a-dia do marido (Décio), consiste em ficar sentado ao redor da casa, tomando chimarrão, fumando e conversando com outros homens que residem ou trabalham próximo de sua casa. Seu maior envolvimento é com o cuidado e manutenção do material de caça e pesca. Também vai ao banco, para receber e fazer pagamentos. Não gosta de ler nem ver TV, seu maior prazer é pescar e caçar, ele diz: "pescar estou parado, é piracema, os bichos (peixes) estão desovando, caçar também não dá, o IBAMA controla". Depois de ter mais confiança, conta que consegue caçar muito próximo de Santa Maria, num lugar que pouca gente conhece e que a caça é abundante. Esteve recentemente ausente de casa por mais de uma semana, visitou os filhos que residem em outras cidades. Em Santa Maria, gosta de visitar a filha que esteve internada no hospital psiquiátrico. Ela tem o marido alcoólatra.

O entendimento do processo saúde/doença pela família é comum em alguns pontos e divergente noutros. Para toda a família, a saúde não é só o bem estar físico, ela engloba o mental. Isto é percebido pelas seguintes falas: "Saúde para mim é um perfeito estado de corpo, mente e tudo mais". Complementa, lembrando que os adultos podem ter algum mal-estar físico passageiro e mesmo assim serem considerados saudáveis (Dinorá). " Para mim é o bem estar físico, social e moral" (Diana). Décio refere-se à saúde com os seguintes termos: "Saúde é a alma, o motor da pessoa, saúde é uma grande

coisa" ainda salienta que para ter saúde é necessário: "não se incomodar em primeiro lugar, não trabalhar demais, comer dentro dos limites os alimentos que lhe cabem no estômago e no paladar". Para este homem, a saúde ainda está relacionada à felicidade e satisfação em viver.

Dinorá valoriza mais a saúde agora que tem problemas, pois não acreditava que pudesse perdê-la, quando diz: "de primeiro eu achava que não acontece com a gente, só com os outros". Ela relaciona à vivência (pessoas leigas) e ao estudo principalmente pelos profissionais como formas de aprender sobre saúde e doença. Também pode ser por observação da vivência de outras pessoas, mas põe uma ressalva, algumas vivências servem só para aquela pessoa, não pode ser "copiado" por outras, ela exemplifica relatando: "Eu não me atrevo a dizer para outra pessoa () eu tomo esta fortuna (planta que tem no jardim) podem dizer mulher loca está tomando isto, é veneno". Assim como ela sabe de uma amiga que sentia-se bem tratando a diabetes com chá de uma árvore chamada timbó, ela comenta que o timbó é venenoso, "o gado que come, morre, quem mora para fora sabe".

A doença no entendimento de Dinorá é: "um órgão afetado, o sangue... uma parte do corpo... um desequilíbrio. Um desequilíbrio já é uma doença", ela cita o seu exemplo de estar muito preocupada com o resultado de um ultra-som ginecológico, se "não está muito bem da cabeça, ela (qualquer pessoa) pode encucar". Encucar é preocupar-se em demasia com algum assunto, levando a algum desequilíbrio, tanto físico como mental. Portanto, situações que "encucam" precisam de resolução.

Para Décio, a doença é consequência de maus cuidados e hereditariedade, isto é demonstrado quando comenta: "a pessoa esbanjou, estragou, também vem de berço". Também entende que uma doença não curada leva à morte. A filha (Diana), faz uma diferenciação de doença e enfermidade;

para ela, a doença é uma alteração na saúde da pessoa de forma permanente e grave, isto fica claro com as seguintes frases: "doença é aquela que a pessoa adquire, é uma coisa mais agravada", enquanto que: "enfermidade vem e vai embora", ela dá o exemplo da diabetes mellitus (D.M.) como doença e da gripe como enfermidade. "se a diabete fosse uma enfermidade, já tinha ido embora". A mãe discutiu com Diana dizendo que entende o contrário, a doença é temporária e a enfermidade permanente. Nenhuma das duas mudou de opinião. A causa da morte da mãe de Dinorá tem explicações diferentes pelo casal; para Décio, a sogra morreu "de repente", do coração, Dinorá fala que a mãe faleceu com 69 anos de complicações "de machucadura" das varizes nas pernas. Referindo-se à idade da sogra, Décio, considerava-a "nova assim para morrer, a pessoa para morrer de velho tem que cruzar os 90, o coração tem que enfraquecer".

Dinorá e a filha reconhecem que existem pessoas que conseguem bons resultados nos tratamentos de doenças, citam o exemplo de uma irmã de Décio, diabética que usou hipoglicemiante oral e que hoje não está sendo necessário. "Ela é bem controlada" (Dinorá), "ela se ajuda bastante, não janta à noite" (Diana). Reconhecem que esta parente conseguiu o controle porque tem uma filha que a cuida e vigia permanentemente, não deixando a mãe comer o que não é indicado. Dinorá refere-se à cunhada como: "uma bonequinha, um passarinho".

Entre as suas doenças, Dinorá considera que tanto a diabetes mellitus como a hipertensão arterial tem riscos e merecem cuidados permanentes, dizendo: "eu tenho que cuidar das duas, as duas disparam, a pressão é uma coisa que tenho que controlar todos os dias, como eu controlo a diabete". Já a filha considera a diabetes mais importante porque é uma doença que exige mais cuidados, por exigir mais cuidados, é mais grave.

Para Diana, a causa da D.M. da mãe é hereditária "ela herdou de

alguém"; quanto à pressão alta, ela relaciona com os nervos: "é coisa lá de trás, ela foi muito nervosa noutras épocas". Dinorá relaciona o aparecimento da D.M. e da H.A. com a menopausa e doença dos nervos. A doença dos nervos foi: "por causa do stress, choque nervoso, esses abalos vai ficando, vai entrando para os nervos. Os nervos não têm como botar para fora". Outra situação que foi associada às já citadas, foi o uso concomitante de muitos medicamentos, que tem a seguinte descrição:

"comecei a ficar pior quando comecei a tomar muito remédio, antes ia numa curandeira, era famosa ela dava remédio para a circulação, naquela época eu andava bem, ela morreu, a filha ficou dando remédio, acho que a filha tem o conhecimento da mãe, eu tinha fé nela (mãe), não quis me tratar com a filha".

Décio considera-se saudável, não aceita consultas médicas e não toma medicamentos, ele se julga saudável pela mistura de raças, especialmente "pela mãe paraguaia" misto de índia com castelhano. Julga-se muito forte em comparação com as pessoas mais jovens, exclamando: "Eu sou muito forte, índio forte como eu não tem!". Reconhece que a esposa é doente, tem momentos que relaciona com hereditariedade, outros momentos não consegue associar a uma causa determinada.

Dinorá soube que tinha Hipertensão Arterial (H.A.) em 1988 e Diabetes Mellitus (D.M.) em 1989. A hipertensão arterial foi diagnosticada numa pesquisa realizada nas residências do bairro e encaminhada para a consulta de enfermagem, da qual participava com certa regularidade. Quando houve diagnóstico de HA, a cliente era atendida por um médico idoso que a tratava para a diminuição dos sintomas da menopausa, porém Dinorá não sabia ser portadora de HA. Trocou de médico, continuou o controle dos sintomas desagradáveis da menopausa com uma médica ginecologista, neste período tinha queixa de prurido vaginal, usou várias pomadas e nada resolvia, um dia a médica não veio e ela

aceitou ser atendida por outra. Esta outra médica, segundo a mulher hipertensa, "mais experiente e com mais anos de profissão" pediu um exame de glicose, confirmando a suspeita, estava com diabetes. Os medicamentos da época eram Hidroclorotiazida e Propranolol para a HA e Daonil para a Diabetes Mellitus. Usou recentemente por pouco tempo, Arelix, que foi substituído por Propranolol, medicamento usado para a H.A.; continua com um comprimido de Daonil pela manhã para a diabetes e usa meio comprimido de Lorax 2 mg, quase todas as noites, para conseguir dormir melhor.

Analisando o prontuário de Dinorá, de 1988 a 1992, período em que realizava consulta de enfermagem e participava do grupo de entre-ajuda, apresentava pressão arterial alta (170/110 mm Hg), porém em maior número, as verificações estavam dentro do limite aceitável para sua idade: 140/090 mm Hg; 150/100 mm Hg. O que não aconteceu no período de 26/09 a 09/11/95, em que apresentou em todas as verificações uma pressão arterial entre 170/100 mm Hg a 180/110 mm Hg. Numa ocasião, chegou a 200/120, na ante-sala do centro cirúrgico do Hospital Universitário.

Em relação a experiências de tomada de decisões, ajudar e ser ajudada em situações de doença, Dinorá lembra de várias, entre estas, a situação vivenciada junto a uma das noras. É comum acompanhar o nascimento de seus netos mesmo sendo longe, como foi o caso em que o filho residia no Rio de Janeiro, ela foi chamada pelo mesmo. O marido, Décio, não queria que a mulher fosse, ela insistiu, chantageou e foi. Esta nora, quando teve o segundo filho lá no Rio de Janeiro, contraiu uma infecção na incisão da cesariana. Ao conversar com uma vizinha da nora, numa festinha, contou que a mesma estava com mal-estar, cheiro fétido na ferida e moscas na parede. A vizinha, que era professora do estado, mesmo sem ver a doente, disse que a mesma estava com uma infecção hospitalar. Ela voltou para casa e falou para o filho levar a esposa rapidamente

para o hospital, a puérpera ficou muitos dias internada. Dinorá acredita que a vizinha, por ter mais estudo, alertou-a para uma situação desconhecida, que segundo ela, se não fosse falar com "aquela mulher que nem conhecia", poderia ter sido fatal para sua nora. Outra experiência marcante que Dinorá conta com frequência e sente-se muito agradecida, aconteceu há mais de 25 anos, quando uma vizinha ajudou-a no diagnóstico de Tireoideopatia. A vizinha mostrou-lhe que estava muito nervosa com os filhos e que aquele podia ser um sintoma de problema na Tireóide. Ela tomou a seguinte decisão:

"fui ao médico, ele fez exames, me tratou por 4 anos, chegou o momento que o médico me propôs a cirurgia, não receitando mais remédios".

Dinorá não queria fazer a cirurgia, foi para casa sem os remédios, ficou tão mal que voltou rapidamente e foi submetida a uma tireoidectomia em 1975. Segundo esta mulher: "Eu tinha uma vizinha bem sabida, isto ajuda".

Outra vizinha lhe ajudou, quando a orientou sobre a anatomia do corpo da mulher lhe falando do útero, como era e para o que servia, "fui saber do meu corpo depois de três filhos, não imaginava como era".

Estas experiências fizeram com que Dinorá procure em vários lugares e com as mais diversas pessoas, orientações e aconselhamentos.

Outra forma de ajuda relacionada como importante para a saúde é "a terapia de palavra" que segundo ela:

"uma palavra no momento certo às vezes é melhor que remédio () quando me agrado da conversa, tem fundamento, dali a pouquinho a dor sumiu".

Entretanto, o que mais ajuda a melhorar de ânimo é "sair de casa" para qualquer atividade, mesmo sem importância "nem que seja para buscar uma caixa de fósforo no supermercado", esta saída a faz encontrar e conversar com

peessoas diferentes, mesmo que seja "um bate-papo muito fútil que não leve a nada". Passeios mais longos, viagens, deixam-na muito feliz. Outra atividade que Dinorá fez questão de mostrar é o seu banho de banheira ao ar livre. Ela improvisou uma cortina, para que as pessoas que passam na rua, não olhem. Nos dias quentes, ela coloca água numa banheira antiga, e banha-se muito contente.

Nos últimos anos, a atenção e recursos para a manutenção da saúde e tratamento de doenças são os mais variados: desde orientações de profissionais, leituras de temas científicos, programas sobre saúde na TV, grupo de entre-ajuda, consulta de enfermagem, consulta médica, consulta de iridólogo, exames complementares de RX e laboratório. Dinorá e sua família usufruem, além do serviço público de saúde no ambulatório próximo a sua casa, de serviços particulares conveniados pelo Instituto de Previdência do Estado (IPE), nos quais pagam uma parcela pelo atendimento. Como esta mulher não tem ganho próprio, ela avisa o marido dos exames e consultas e ele paga a parcela dos mesmos, assim como dá o dinheiro para os remédios. Num determinado momento que Dinorá só falava mal do marido, levantei a possibilidade de que o fornecimento do dinheiro era de certa forma uma ajuda. Ela disse que não, que era obrigação dele, visto que ela ficou doente em consequência do sofrimento passado em companhia do mesmo. Algumas semanas depois, ela reconhece que a participação do marido no fornecimento de dinheiro é uma forma de ajuda. Questionei qual era a participação da filha em sua vida, ela disse: "ajuda na casa". Pelo visto, a filha não conversa e não a escuta como ela gostaria e desejaria, pelas seguintes expressões: "ela não é de se abrir comigo, eu sou mais de me abrir com ela". Isto deixa transparecer que a filha não confia sempre nela e também há solidão mesmo em companhia da filha e do esposo.

A avaliação dos profissionais de saúde e decisões quanto ao seguimento ou não do tratamento pode ser percebido pela seguinte fala: "Fui no

Dr ..., fiz dieta por três dias, não agüentei, abandonei". Segundo Dinorá é pouca comida, "querem me matar de fome". Também refere-se a este médico não mais o achando competente, como no passado: "eu achei muito gá-gá".

Atualmente, está envolvida no diagnóstico de uma alteração encontrada num ultra-som ginecológico. Pelas dificuldades nos serviços de saúde, há uma verdadeira peregrinação nas mais diferentes instituições. Enquanto não houve um diagnóstico definitivo, havia preocupação, especialmente por parte dos filhos. Num determinado dia, ela confessa que estava ficando "encucada". No exame aparecia uma alteração no útero que precisava de uma biopsia para um diagnóstico seguro. Uma médica endocrinologista sugeriu que, ela sendo diabética e hipertensa, não deveria mexer. O marido insistia para que ela não deixasse operar. Dinorá parecia confusa, porém decidiu-se que era melhor saber o que estava acontecendo do que ficar imaginando problemas às vezes maiores do que a realidade. Fez um exame onde não foi necessária a biópsia, o útero apresentava um tecido cicatricial de uma ferida já tratada há muitos anos. Ela conclui com muita segurança: "Eu tinha que ir até o fim".

Para Dinorá, a família é primeiramente os filhos, depois noras, genros, netos, bisnetos, irmãs, marido e cunhados, sendo que a relação com a família é de atenção, preocupação e estímulo. Ela lembra que, quando morava no alto de um morro, sendo o vento mais forte, em dias de temporal ela nunca mandou um filho para fora de casa recolher animais, roupas ou outro objeto. Pela preocupação com possíveis acidentes, ela ia sozinha. Ela diz: "a gente é como uma galinha querendo agasalhar os filhotes, pinto em roda, capaz que eu vou deixar algum ir lá fora".

Por exemplo, é estímulo quando o filho mais novo formou-se num curso na Brigada Militar, a turma de formandos ganhou uma viagem para o Rio de Janeiro, o filho não queria ir para não deixar a esposa. Dinorá foi muito insistente, dizendo

que ele não podia perder a oportunidade de conhecer lugares e pessoas diferentes, o filho foi e gostou muito.

O envolvimento de Dinorá com os filhos continua presente no seu dia-a-dia, mesmo que seis deles estejam residindo em outras casas, na sala principal estão fotografias de todos, quando crianças. Sua maior preocupação é com uma das filhas: "Minha filha (mostrando na fotografia) já esteve no Pinel (Hospital Psiquiátrico), sofre com o marido que bebe, tudo isso chega aos ouvidos da gente, como a gente não vai se preocupar". Ela tenta ajudar, dizendo para ela se separar. A filha diz não querer porque já viveu tanto tempo com o marido e também lembra que a mãe a aconselhava a não casar com o atual marido, visto que na época ele já "bebia". A filha não ouviu a mãe, por isto sente-se unicamente responsável por seu destino. Quando a filha esteve internada, ela propôs à médica que a tratava que queria levá-la no momento da alta para sua casa, pois podia cuidá-la com todo o carinho. A médica disse que a paciente é quem devia escolher. A filha preferiu ir para sua casa, mesmo com as dificuldades que Dinorá diz que a mesma tem, por exemplo: não tem chuveiro dentro de casa, não tem quem lhe faça qualquer coisa. Dinorá sentiu-se triste por não poder ajudá-la de forma concreta. Relacionando o sofrimento da filha consigo, diz: "acho que abala emocionalmente, isto da família abala muito", também complementa: "isto que diz respeito à gente é muito importante". Pelo gesto "a gente" refere-se a toda a família. Outra situação relatada como de extremo sofrimento, foi o falecimento de um neto de 4 anos, de uma das filhas que reside em Santa Maria. O menino internou para exames de um "caroço" no tórax, ficou nove dias fazendo exames, foi marcada a cirurgia para uma quinta-feira; na quarta-feira no horário da visita, ela e a filha foram informadas que o menino estava em cirurgia. O menino faleceu no centro cirúrgico, não houve explicações por parte da equipe médica. Esta filha que já estava com o casamento muito ruim, separou-se, vindo a contrair novo

matrimônio alguns anos após. Atualmente é "bem casada", tem dois meninos, sendo que este genro é o preferido de Dinorá.

Outra preocupação é com o futuro da filha solteira, Diana, que reside junto. Considera-a muito ansiosa, a filha quer fazer novamente vestibular, mas não estuda de forma planejada e organizada, fazendo-o somente num período muito curto, próximo a ele. A mãe lembra à filha da necessidade de estudar, ela concorda, mas Dinorá diz: "eu não vejo ela estudar, tem aquele quarto ali em cima da garagem bem silencioso, não sei o que acontece com ela". Noutro momento, a mãe relaciona a dificuldade da filha em querer fazer alguma coisa com interesse quando fala: "ela se desgasta demais, acho a Diana tão fraca para certas coisas", considera a filha muito influenciável. Para a filha ter maior rendimento, Dinorá aconselha-a, dizendo: "guria, relaxa, assobia, cavoca um pouquinho na terra, depois você volta". Ela também sugere que a filha deve pensar por si, não tomar decisões sob influência de outros, dizendo: "pensa pela tua cabeça não deixa os outros pensarem pela tua cabeça". Esta preocupação é mais direcionada pelo envolvimento da filha com uma igreja evangélica, segundo ela: "parece que não se concentra noutra coisa, que não seja aquilo". Esta filha mostra-se muito ansiosa, quando relata suas doenças: lombalgia e crise de pressão alta. Foi a consultas, estava com níveis tensionais altos, recebeu receita de antihipertensivo, porém não foi necessário o uso, está conseguindo manter a pressão arterial na normalidade com passiflorine, conversas e orientações. Dinorá surpreende-se com esta filha quando a mesma relata passagens da infância, especialmente as traumáticas, pois os outros filhos não têm o mesmo comportamento. Diana critica a mãe por ter "aquele" como pai. Dinorá diz que é impossível agora voltar atrás e conseguir outro pai para ela, de forma até brincalhona. Estas conversas da filha talvez façam com que Dinorá releve a dificuldade de concentração da filha, tanto nos estudos como nas atividades

profissionais.

O envolvimento e preocupação com a família continua com o acréscimo de novos membros, quando Dinorá relata que um neto teve 3 filhos (seus bisnetos), sendo que todos nasceram de cesariana com pequeno espaçamento de tempo entre eles, um deles faleceu de meningite. Perguntei se ela, com a experiência que tinha, não falava para a neta tentar espaçar o tempo entre um filho e outro, para ter mais tempo para cuidá-los, ela disse: "A neta não me ouve, eu acho que os jovens não querem ouvir os mais velhos". Dinorá sente-se impotente frente aos mais jovens.

Percebe-se pelo tom de voz e brilho nos olhos, que é um grande prazer falar da atenção que os filhos têm para consigo, tais como: telefonemas perguntando como ela está de saúde, convites para visitas aos filhos, noras e netos. Embora ela tenha duas filhas casadas na cidade, ela visita com maior frequência uma delas, que tem dois filhos pequenos e um marido "muito bom". Sente-se muito valorizada, pois é chamada a permanecer como companhia dos netos quando o casal quer ir a baile e festas. Dinorá diz: "meu genro só confia em mim para cuidar das crianças". Esta mesma filha, com o marido, levam Dinorá em passeios, almoços, inclusive num clube recreativo no verão.

Embora a mulher hipertensa sinta-se agradecida a muitas vizinhas que no passado a ajudaram, principalmente com orientações, ela não se preocupa com vizinhos, por entender que tem muito que se preocupar com uma família numerosa, não sobrando tempo para envolver-se com outras pessoas, quando diz: "eu já tenho os filhos para me preocupar, porque vou me preocupar com a família do vizinho e o que acontece lá, lá tem gente para resolver os problemas deles".

Dinorá fala com muita fluidez sobre programas de TV, especialmente os relacionados a ciências biológicas, pesquisas na área da saúde

e avanços nos tratamentos de doenças. Comentei que ela tinha boa memória e um grande interesse pelo que estava acontecendo no mundo, ela respondeu:

"Tenho boa memória, quero continuar assim, aprendi que quando não me lembro de alguma coisa, não devo dizer não lembro, mas sim, daqui a pouco eu lembro".

Mesmo tendo boa memória, Dinorá refere que está sem paciência para ensinar, referindo-se ao convite feito por uma líder comunitária para ensinar crochê para meninas. Assim como não quis ajudar a mulher de seu neto no cuidado diário de suas bisnetas, diz que não tem condições, visto as crianças serem muito ativas.

"Quando elas vêm aqui, quando eu vejo uma está comendo a comida do cachorro, a outra mexendo no vaso do banheiro, aqui em casa tem escadas, não dá, é muita responsabilidade, elas podem ficar doentes, e daí?"

Numa de minhas visitas, chegou a neta com uma de suas filhas (bisneta do casal) as mesmas foram muito bem recebidas, inclusive Décio colocou a bisneta no colo e brincou. A menina demonstrou estar muito à vontade.

Mesmo esta mulher demonstrando muito interesse pela vida, através de busca de tratamentos de saúde, leituras sobre alimentação, tratamentos alternativos e aprendizagem de atividades como tricô à máquina, ela refere-se ao seu futuro da seguinte forma: "Eu estou com o tempo vencido".

Dinorá lembra constantemente do trabalho braçal que realizava para criar os filhos, assim como todas as dificuldades relacionadas à manutenção dos mesmos, visto que o marido contribuía somente com o indispensável. Esta garra na manutenção da família unida ela atribui à experiência de ser filha de pais separados e criada no internato, não querendo o mesmo para seus filhos, expressando-se assim:

"Eu passei tudo que foi trabalho, não deixei nenhum na mão dos outros, não fiz nada para mim, não pude passear, não pude arrumar um serviço".

Quanto ao viver e criar filhos, Dinorá diz que hoje é melhor, há creches e escolas, as pessoas se unem para reivindicar, ela conclui isto comparando o que acontecia no passado e o que hoje ela vê e sabe, dizendo que atualmente as pessoas:

"lutam por um pedaço de terra, ganham, logo que ganham querem água, luz, escola e outras coisas, enquanto a gente passou anos e anos sem água, e não sabia reclamar", complementa dizendo: "os grupos funcionam, isoladamente não se consegue nada".

A relação afetiva com o marido Décio foi muito tumultuada e traumatizante no passado. Dinorá diz que atualmente ela enfrenta-o e lhe diz tudo o que pensa. Lembrando que, aos 17 anos, já tinha seu primeiro filho e havia sido abandonada pelo primeiro marido, só conseguiu a separação legal depois de muitos anos, quando já tinha 4 filhos com o segundo marido. Na época, com 17 anos, voltou para a casa de sua mãe, esta convenceu-a de que precisava de um novo marido, que ela não teria condições de criar uma criança "sozinha". A mãe de Dinorá escolheu Décio por achar que ele poderia "sustentar" a filha e o neto, acertando com Décio que sua filha iria encontrá-lo na cidade onde ele trabalhava. Nesta época, Décio trabalhava noutra cidade, tinha ficado viúvo há pouco tempo e seus dois filhos estavam sendo criados pela avó materna. Dinorá não conhecia Décio ou não lembrava dele, visto que ele a conhecia, pois o mesmo tinha sido pensionista de sua mãe. Havia promessa que teria uma casa mobiliada. Lá chegando, foi uma decepção, "tive que dormir no chão". Nesta casa não havia água, foi necessário usar água do poço de uma vizinha, inclusive atava o filho com uma corda para evitar que o mesmo caísse no poço enquanto lavava roupa, visto que o mesmo era rente ao chão, não tinha o bocal de tijolos como a maioria

dos poços tem. Depois de algum tempo, já grávida, teve que ir lavar roupas numa sanga (riozinho) próximo de casa. Neste bairro em que morava, tinha luz só até as 22 horas. A sua relação com Décio começou mal, ela não o tinha escolhido, namorado, não havendo nenhum carinho, a seguinte frase traduz a sua decepção:

"Eu não lembro de ter participado (na escolha), nenhum agrado e depois a gente sair de dentro de casa e ir direto para uma cama, isto aí tudo ficou. Bá, esquecer não é fácil", complementa : "a gente já tinha tido uma experiência, a primeira foi por prazer, por gosto".

Ainda lembra que queria vir embora, por sentir-se sozinha e decepcionada, por não ter encontrado o que havia sido combinado, nem amar o marido, pensava em avisar a mãe, mas como? "não tinha ninguém, não sabia me corresponder, não sabia onde era o correio".

Ficou pouco tempo nesta cidade, logo engravidou, quando se aproximou do parto veio para Santa Maria, depois mudando de forma definitiva. Voltando para Santa Maria, residiu em alguns lugares, por 18 anos num lugar considerado bom, onde havia espaço para as crianças brincarem, inclusive criava uma cabrita que depois foi trocada por uma vaca que ajudava na alimentação da família e rendia algum dinheiro, porém a "coisa" que mais incomodava era a falta de água encanada. Noutro endereço foi pior, além da falta de água encanada não havia luz elétrica, nem "para ligar meu radinho". Havia muita dificuldade na manutenção dos filhos, visto que o marido não dava assistência integral, segundo ela, ele dizia: "Eu tenho dinheiro, mas não é só para gastar com mulher e filhos" Além da assistência material insuficiente, o marido nunca se envolveu com a educação e cuidados com a família, nem quando doentes a acompanhava em consultas médicas. Dinorá conta que o marido, numa ocasião, estava em casa à noite, e mesmo tendo um carro, não quis levá-la ao SAMDU. Visto que um dos meninos "ardia em febre", a mesma saiu a pé acompanhada de um dos filhos mais

velhos, em busca de atendimento médico. Quando cobrava a participação de Décio, segundo ela, ele dizia: "Eu trago pão para dentro de casa, já faço o que é minha obrigação". Ela queixa-se também de ele nunca foi a uma reunião nas escolas dos filhos, enfim, nunca envolveu-se com os filhos. Ela avalia que os filhos sofreram com o comportamento do pai, em especial quando chegava bêbado e implicando, ela lembra do seguinte:

"os guris escapavam, eu nunca saí de casa, eu mandava eles escaparem, vá em tal lugar, quando ele se acalmar, dormir, vocês vêm. Era brabo né".

Dinorá também lembra que os filhos escondiam-se no mandiocal plantado pela vizinha, depois que Décio dormia, ela ia procurar os filhos com uma lanterna.

Para ajudar na manutenção dos filhos, Dinorá queria trabalhar, o marido não deixava. Quando os filhos estavam maiores, já cuidavam da casa, as meninas faziam os principais afazeres domésticos, ela saía para trabalhar. Isto, ajudava bastante, ela sentiu-se compelida a conseguir algum dinheiro, porque os filhos, quando pediam dinheiro para o pai, ele não dava. Dinorá sentia a necessidade, pois "eles vinham todos para o meu lado, eu tinha que fazer alguma coisa"

Segundo Dinorá, o marido gastava o dinheiro fora de casa, com pescarias, churrascos com amigos e com outras mulheres. Ela lembra do susto que levou quando descobriu uma nota de conta a prazo que o marido fez de um colchão de casal que nunca foi para sua casa e também quando ele fez um churrasco nos fundos do pátio para os amigos, não oferecendo nenhum pedacinho de carne para o filhos.

Este período de dificuldade na criação dos filhos e mau relacionamento com o marido, é relacionado com o início da doença na tireóide:

"comecei a ficar doente, doença nervosa, a tireóide, o Dr. disse que foi dos nervos...porque o que a gente fica segurando, em algum órgão tem que estourar, na cabeça ou sei lá".

A dificuldade com o marido, o sentimento de pouco valor, o sofrimento e a angústia, só são suportados pela existência e reconhecimento dos filhos, quando diz: "Se não é pelos filhos, a gente não agüenta " e "os filhos são por mim".

Questionei como Dinorá sente-se em relação ao marido, ela diz: "fui usada" e perguntei se ela sentia tristeza do que passou, ela respondeu: "dá mais nojo que tristeza, se eu tivesse apaixonada, eu ia me magoar". Ela relaciona tudo o que passou, não se rebelando pelo fato de ter sido criada num colégio de freiras, no período da ditadura Vargas, onde só se obedecia, não havia possibilidade de questionamentos, nem participação em qualquer decisão, isto modelou sua personalidade, fazendo-a obediente. Esta situação de ter sido dominada por tanto tempo é traduzida na frase: "Estou sob o poder dele há 46 anos".

Família Esmeralda

A família Esmeralda é constituída por: Emília (mulher hipertensa) com 49 anos, Élvio, esposo com 53 anos, Elaine, filha de 21 anos e Eduardo, filho com 17 anos. Emília é dona-de-casa, muito alegre, risonha e expansiva, enquanto que o esposo é pacato, fala pouco, é muito caseiro e não gosta de sair sozinho. Embora ele receba bem as pessoas, é a esposa quem diz que gosta muito de visitas, inclusive recebe com uma certa freqüência amigos e compadres de outras cidades, muitos destes se hospedam em sua casa. Num feriado próximo passado a família recebeu dezesseis pessoas, algumas permaneceram para pernoitar, outras fizeram visita rápida.

Enquanto os dois filhos do casal são estudantes, Élvio desempenha

suas atividades como funcionário público estadual junto à Brigada Militar do Estado. A filha Elaine é universitária, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), mostra-se afável e delicada, porém menos expansiva que a mãe. O filho Eduardo é estudante da 7ª série numa escola pública estadual próxima, ele é alegre, brincalhão, mas é o oposto da mãe em relação a visitas, sempre que pode "foge" das visitas, tanto de parentes quanto de amigos "adultos" da família. Literalmente escapa pela porta do lado, não sendo possível pela mesma, usa uma janela. Segundo a mãe, que é preocupada com este comportamento do filho, acha que está relacionado com seu comportamento desde bebê, não gostava de visitas. Porém ela acredita que, no colégio, ele se comunica bem, quando diz: "ele não deve ser assim no colégio", pois foi escolhido em anos consecutivos para ser o líder da turma, assim como é muito procurado em casa pelos amigos de sua idade para passeios, tanto durante o dia como à noite.

A casa que a família ocupa sofreu várias reformas, o dormitório do casal que era com janela para a frente da rua, foi para os fundos. A cozinha, banheiro e sala de estar originais, transformaram-se em uma grande sala de estar. Foram acrescentados cozinha, banheiro e área de serviço. Há pouco tempo a casa sofreu nova reforma, sendo construído um dormitório grande ligado a uma peça com o piso de lajotas que poderia servir de garagem, se a família tivesse um carro. Esta peça tem um aparelho de TV, sofás e folhagens, é o local preferido da família. Também as visitas são recebidas ali. O dormitório recém construído tem duas camas de solteiro e é ocupado pelo filho Eduardo. A filha ocupa um dormitório menor, da construção original. O terreno tem uma pequena horta nos fundos, servia para Emília plantar hortaliça, que ajudavam em sua dieta, porém atualmente está sendo possível plantar somente feijão de vagem, pepinos e abóbora, visto que os gatos não mais respeitam as plantas. O pátio é muito bem cuidado, com alguns pés de videira, folhagens e plantas medicinais, como

jambolão e gervão.

No pátio, tem uma cachorra que é muito estimada, ela vivia na parte frontal da casa, como assustava quem passasse na rua, foi necessário transferi-la, vive presa num pequeno espaço. Também tem um pequeno galinheiro e um galpão. Os três gatos que foram recolhidos por Elaine são sua paixão, foram medicados, são bem tratados por ela e pela mãe, inclusive a gata recebe regularmente comprimidos anticoncepcionais. Os gatos dormem à noite em baixo da cama de Elaine, pela manhã são colocados para fora pela janela, sem o pai saber, ele tem verdadeira raiva dos mesmos.

Na parte frontal da casa, há um pequeno jardim com aproximadamente 12 m², no qual há variedade de flores e algumas árvores ornamentais. A casa toda, mesmo sem pintura no local das últimas reformas, foi construída com cuidado e bom gosto. O casal queixa-se do dinheiro que gastaram em relação a alguns defeitos importantes, que é a infiltração de água nas laterais da casa. E também do tempo que Élvio e um irmão de Emília despenderam, ajudando os trabalhadores contratados. Emília diz que o esposo é muito caprichoso, detalhista e exigente quando faz qualquer coisa, ficando irritado quando programa alguma coisa e não consegue. Ele se expressa assim: "Basta vê que não deu para pintá a casa. Vai entrar outro Natal, outro primeiro de ano". Já Emília não se incomoda com a apresentação da casa, quando diz: "eu penso assim: não tô na rua, não devo para ninguém, vô tá me prejudicando para fazê bonito para os outros verem o que eu fiz?"

A renda familiar provém do salário de Élvio, que é cabo na Polícia Militar do estado, está muito próximo da aposentadoria por tempo de serviço. O ano passado ele pouco trabalhou, ficou praticamente o tempo todo em atestado por dores articulares no joelho D e articulação coxo-femural direita por artrose. Um médico quer fazer cirurgia para a colocação de uma prótese de quadril, outro

médico não aconselha pelo risco de rejeição da mesma, porque Élvio é portador de hiperuricemia . Pela dificuldade em trabalhar normalmente, houve proposta de aposentadoria proporcional, Élvio não quis porque o seu salário mensal ficaria menor. Atualmente, está fazendo um trabalho mais leve, somente vigiando a casa de um militar com cargo de chefia. Para Emília, o fato do esposo não ter subido de "posto" é por ser muito "fechado, não fala e não puxa o saco de superiores", inclusive é visto por algumas pessoas como "cheio", por não conversar com facilidade com qualquer pessoa. Segundo Élvio, ele fala com as pessoas que "puxarem" assunto com ele, não acha necessário conversar muito. A renda familiar é acrescida de pão, macarrão e alguns salgadinhos que Emília faz para a família. O casal diz ser muito difícil manter a família com o salário de Élvio. Compram roupas e calçados no crediário. No fim do mês, o dinheiro é "curto", só chega para pagar as contas.

Emília acorda às 6 horas, mas só levanta às 8h 30 min. Refere que, se levantar cedo, lá pelas 11 horas está com as pernas cansadas, pois não pára, faz uma coisa, faz outra. Toma banho, dá comida para a cadela, gatos, ensaboa a roupa, após estas atividades costuma tomar o café, voltando mais tarde para terminar a roupa. Quando faz pães, inicia cedo, somente assando-os no horário do almoço ou logo após.

O filho que estuda no turno vespertino, geralmente acorda tarde, nem sempre toma café e quando o faz, ele mesmo providencia. O marido atualmente está com os horários desencontrados, pois trabalha em noites alternadas. Quando trabalha à noite, dorme pela manhã, ao acordar Emília providencia a sua alimentação. No passado quando, todos saíam cedo para suas respectivas atividades, o marido não a deixava levantar para fazer a refeição matinal, ele providenciava. A filha sai cedo para a universidade e, por não gostar de café, toma chá ou algum suco com bolachas.

Quase todos os dias Emília faz uma visita rápida pela manhã à sogra (ela reside muito próximo). Prefere este horário em visita rápida, porque a sogra insiste para que ela coma doces e refrigerantes, pela manhã é mais fácil resistir. Mesmo Emília tendo explicado várias vezes para a sogra a sua necessidade de fazer dieta, especialmente para controlar a diabetes, a sogra não "entende e fica sentida", quando Emília não aceita os "agrados". Emília prefere fazer toda a lida da casa pela manhã, destinando a tarde para receber visita, bordar, conversar com o marido e sair para ver o pai ou fazer alguma consulta médica. A atividade de lavar, passar cera e lustrar o assoalho, lavar calçadas e passar roupas, geralmente é executada pela filha, porque Elaine quer e também porque o esposo Élvio não quer que Emília faça exercícios pesados. Quando o esposo não está, Emília faz o serviço rapidamente, sem que ele veja.

Emília costuma dormir tarde, à noite vê novelas, programas variados, e assiste filmes na televisão, freqüentemente acompanhada do filho. Dentre os filmes, prefere os dramas. "Gosto de filmes quando ele me dá alguma coisa em troca, dão emoção". Não gosta de filme de ficção, tipo: "guerra nas estrelas, isto não acontece, não gosto", para ela os filmes precisam ser reais, situações que acontecem no dia-a-dia, o mais próximo da sua vida. O marido gosta mais de filmes de ação. Emília prefere dormir tarde para poder conversar com o filho, saber o que está acontecendo com ele, "ficar atenta" a tudo o que ele faz e pensa.

Ela, assim como o marido, acredita que o que resolve na educação é a conversa: "eu converso com meus filhos". Não admite que uma criança precise de castigos. Seu filho foi reprovado por dois anos consecutivos num colégio público, tentando resolver, transferiu-o para um colégio particular, longe de casa. Continuou o problema, também não foi aprovado, e seu comportamento de uma forma geral piorou:

"ele não estudava, só queria jogar bola, ia limpinho, vinha que tu precisava vê, sujo, ia pros matos jogar bola, atirava os livros, perdia tudo, rasgava a pasta".

Neste colégio, ela recebia convite para comparecer no mesmo, quase que diariamente ela ia, os professores ou o diretor falavam mal de Eduardo em frente dele, dos pais e de outros pais e alunos, isto para Emília era degradante e não produtivo, lembrando: "Eles desmoralizavam ele na minha frente". Chegou um momento que Emília não mais agüentou, transferindo a responsabilidade pelas reuniões no colégio ao esposo Elvio. Ele ia quase que diariamente. Desde o ano passado, o filho está estudando próximo de sua casa, melhorou e os pais não são mais chamados. Porém o aproveitamento ainda não está bom. Vi o boletim numa visita, quando a irmã foi buscá-lo, tem notas vermelhas em praticamente todas as disciplinas. A irmã, Elaine, ajuda o irmão nos estudos, porém mais por vontade da primeira do que propriamente pelo necessitado de ajuda. Segundo a mãe, Eduardo ia mal no colégio porque "tinha nojo do colégio". O filho mostra-se consciente do tempo que perdeu, ele tem vergonha dos outros colegas, não quer que saibam que ele tem 17 anos e está na 7ª série.

O almoço é a refeição que a família realiza quase que diariamente junta, sendo constituído de feijão temperado com banha, arroz, uma salada, uma carne de panela. O outro prato que varia é um macarrão feito por Emília, ou uma mandioca, ou polenta. A família não tem o hábito de frituras, o marido não pode por causa "da doença da gota", os filhos não gostam, se ela tivesse que fazer frituras não resistiria, quando diz: "Deus o livre, eu tenho tentação de comer". Em alguns dias, a filha almoça na universidade.

O jantar é constituído das mesmas variedades do almoço, porém dificilmente os filhos jantam. A filha, quando volta da universidade, vai visitar a avó paterna, onde faz um lanche, pois a avó insiste muito. O filho, após o retorno da escola, junta-se com amigos para jogar bola ou conversar, quando o jantar está

quente, normalmente não aceita. Mais tarde ele "resolve" comer alguma coisa que varia da pipoca à batata frita, bolachas, leite condensado, leite e sanduíches. Quando Emília acha-se disposta, faz alguma coisa especial a pedido do filho, mesmo dizendo que só faz quando quer, esta atividade é um transtorno na sua rotina. É percebido na seguinte fala: "Ontem mesmo tive que fazer a massa para um salgadinho para o Eduardo". Élvio e Emília reclamam muito do filho que, além de alimentar-se mal, consome todo o estoque que é guardado para alguma ocasião especial.

Além destes motivos, Emília também se incomoda quando procura o leite desnatado, as "suas" bolachas água e sal ou integral e não as encontra. Fica indignada pela falta de sensibilidade do filho, visto que ele pode comer qualquer coisa e ela não pode comer o pão feito em casa, porém às vezes se obriga quando não tem outro. Ela sabe que o pão feito em casa, além de ser hipercalórico, contém banha, mas não consegue fazer pão nem feijão sem banha de porco.

A alimentação de Emília é constituída basicamente de três refeições diárias, pela manhã: café com leite com uma fatia de pão, no almoço o que a família comer, com exceção do feijão, à noite também come comida salgada., "comida de panela". Diz não gostar de gulodices, nem pratos finos. Não tem dificuldade em fazer doces para a família, doces não são tentação. Usa adoçante artificial sem reclamar a partir de julho deste ano. A sua maior dificuldade é abandonar o pão, "massa", enfim, a comida salgada.

Esta dificuldade em mudar o hábito alimentar está presente, pois o que é apreendido na família de origem, não é esquecido. Ela diz: "somos tudo gringo, são de coisa verde, coisa forte, adoro coisa forte e se eu pudesse comer coisa de porco". Não gosta de sopa nem de frutas, quando experimenta comer frutas nos intervalos das refeições, tem a seguinte opinião: "parece que fruta não

me mata a vontade de comê" e a sopa também não serve para substituir o jantar que o marido e o filho pedem. Segundo ela "esse negócio de sopa, coisa líquida, nem vem que não tem" e ainda: "a minha fome não tá prá sopa". Emília reconhece que quando está bem psicologicamente, consegue comer menos e variedades indicadas. Isto é verbalizado assim:

"eu acho que é do sistema nervoso, eu sinto que eu tenho uma preocupação, uma coisa, eu tenho vontade de comer mais. Aí eu sinto mais disposição de comer. Se eu tô bem tranqüila e não tenho problema nenhum, não sinto aquela fome, aquela coisa".

Emília entende que deveria se cuidar mais na alimentação. No domingo, quando o marido faz um churrasco, ela faz a salada de maionese para a família; quando não come, toda a família fica com "pena" dela. Para que isto não aconteça, às vezes ela prova de tudo um pouco. Em julho, a sua glicemia estava em 400 mg%, "leve um susto". Depois deste episódio, está fazendo a dieta, caminhando quase todos os dias. Está se esforçando muito para não precisar usar a insulina, segundo ela: "passei muita fome, ia dormir com fome", esta dieta rigorosa fez por mais ou menos dois meses. Os medicamentos usados são: Higroton 1 comp. pela manhã; Lopressor 1/2 comp. pela manhã e 1/2 comp. à noite; Daonil 1 comp. antes do almoço e 1 comp. antes do jantar. Quando estava com a glicose entre 120mg% a 160 mg%, usava só um comp. de Daonil por dia.

Os valores tensionais no passado, verificando seu prontuário, variavam de 130/80 mmHg à 160/110 mmHg. Nestes últimos meses em que a tenho acompanhado, a pressão arterial tem se mantido dentro dos níveis normais. Também ela refere que, em consulta ao cardiologista, a pressão arterial está sempre "boa". Ela e toda a família usam do serviço oferecido pelo estado, no Hospital da Brigada Militar ou em consultórios e laboratórios que têm convênios com o Instituto de Previdência do Estado (IPE).

Emília tem o hábito de tomar chás para ajudar no tratamento. Os

mais usados são: jambolão para diabetes, patinha de vaca, marcela, carqueja para digestão e folha de batata doce, este último "poderoso pro colesterol". Acredita que se não os usasse, estaria muito mais gorda. Não tem o hábito de fumar, ninguém em sua casa fuma. Não gosta de bebida alcoólica, somente seu marido gosta de cervejinha no domingo, em pequena quantidade.

Atualmente Emília queixa-se que alguns alimentos e determinados produtos estão lhe fazendo mal. Um dia amanheceu com vermelhidão, prurido e "vergões", a única coisa que comeu diferente foram pêssegos crus. Outro dia, também teve os mesmos sintomas, relacionou com um mamão colhido em seu pátio, ele estava pouco maduro, estes sinais passam com o tempo, ela não usa nenhum medicamento. Sente mais estes sintomas na primavera. Acredita estar com "problema de estômago () a dor no estômago sobe como se estivesse com um pau cravado no peito". Mostrou que a dor é do abdômen até a boca. O produto químico que lhe dá tonturas é o "flite" este produto é um líquido aplicado por uma bombinha manual, muito usado para matar mosquitos. Para evitar o mal-estar, ela "passa o flite", abre a casa e só depois de algum tempo, entra.

O entendimento do que seja família é o seguinte: para Emília, a família extrapola as quatro pessoas que residem juntos, são os "parentes" por terem o mesmo sangue e por casamento, mas estes são realmente considerados família pela afetividade, quando diz: "minha família são os aqui de casa, mais meus irmãos, pai, minha sogra, minhas cunhadas (por parte dos irmãos), adoro meus sobrinhos". A filha é da mesma opinião da mãe.

Já Élvio limita a família, no seu entendimento: "a família são duas pessoas que se conhecem, depois vem o matrimônio, mediante o amor dessas duas pessoas aí vêm os filhos". Mesmo a esposa insistindo com a opinião de que a família deles é maior, ele nomina como sendo só as quatro pessoas que residem juntas. Justifica com a seguinte expressão: "porque quem passa os problema aqui,

semo nós, não sabe os problema que temo passado? a família é nos quatro aqui".

O filho define família como: "sendo a união de pessoas", fazem parte da família além dos parentes, "os amigos", "qualquer amigo, não, (só) os amigos mesmo". Para este adolescente, a função da família é: "orientar" e ajudar. Orientar é entendido como dar explicações, apoiar, dar "força" e também mostrar caminhos. O ajudar é exemplificado pelas seguintes situações: "aqui (na família) quando um tá mal, sempre tenta ajudá, nunca deixa o cara...(sozinho)". Também: "quando minha avó estava doente, tava mal, todo mundo se unia aí, todos ajudando", ainda lembra: "os parentes sempre ajudam" especialmente ajuda financeira.

O entendimento do papel da família segundo Élvio é o seguinte: "na família um se empenha pelo outro... o convívio bom dum com o outro, um tem que procurá ajudar o outro". Esta ajuda pode ser:

"tanto moral como na saúde". A forma de ajudar pode ser: "conversando, esclarecendo um problema, não adianta o cara ter um problema e guardar aquilo para si próprio, então não tem uma união".

A filha Elaine pensa que a família tem um papel muito importante no auxílio para a resolução de algum problema, de todos os seus membros. Porém, ela diz que em seu caso pessoal, quem a auxilia de forma concreta e permanente é a sua mãe. Isto é verbalizado quando diz: "só que aqui em casa, vou mais para a mãe, eu me entendo mais com a mãe". Considera o pai muito autoritário e exigente, sendo praticamente impossível o diálogo com o mesmo, lembrando: "no primeiro vestibular rodei, quando fui fazer o segundo, foi um sufoco, porque ele não queria que eu fizesse o vestibular", por não acreditar que a filha fosse aprovada, para ele tudo "tem que ser o primeiro em tudo".

A cliente Emília tem a compreensão de que todos os membros de uma família precisam participar de todos os assuntos e momentos, ela explicita

pelas seguintes falas: "a gente tem que repartir todos os problemas () sempre um ajudar o outro, tanto no bom (momento) quanto no ruim () Acho que a família tem que dar opinião". Para ela e sua filha, sua característica forte é dar sua opinião nos assuntos que forem tratados em sua presença. Ela entende que as pessoas precisam saber o que ela pensa, não quer dizer que tenham que seguir o seu modo de ver um determinado problema, mas ela acha importante não se omitir.

Neste entendimento de que "precisa ajudar" toda a família, Emília o faz de diversas formas. Desde a ajuda com "palavras, até o cuidado direto com doentes. O ajudar com palavras caracteriza-se por: "dar força" e "apoio moral" em situação de desesperança com palavras tais como: "tudo vai mudar, tem que ter fé, persistência, não se atirar agora...". Em situação de doença "eu sou a primeira, para saber o que há, o que tem".

Também aconselha cunhadas, sobrinhas e vizinhas em diversos assuntos. Ela aconselha porque é muito procurada, inclusive para assuntos íntimos: "eles vêm (em) qualquer problema, se abrem comigo", isto é reforçado pela filha quando diz: "a mãe é a mãezona de toda a família, quando alguém tem um problema, correm para a (minha) mãe". e complementa : "todo mundo chega para mim e diz: eu gostaria de ter tua mãe".

Quando Emília sabe de algum problema em qualquer familiar, ela se preocupa e pensa: "tenho que ajudar". O apoio maior que ela acredita poder dar é o "moral, porque outro eu não posso dar, o financeiro". Os conselhos variam, com uma cunhada conversam sobre educação das filhas, ela aconselha a cunhada a ter paciência com uma filha e principalmente conversar com a mesma, pois bater não resolve. Com as sobrinhas e com o filho Eduardo, ela aconselha a não aceitar qualquer presente, balas, carregar pacotes e cuidar-se com as companhias, especialmente evitando o uso de drogas.

Outra forma de ajuda lembrada como muito importante, foi aquela

prestada a um irmão que casou com a mulher já grávida, logo após o falecimento da mãe de Emília. Pelo casamento tão apressado, os mesmos não tinham condições econômicas de criar um bebê, pois a cunhada precisava trabalhar e o irmão ficou desempregado por muito tempo. Emília e Élvio ajudavam com leite, remédios e vestuário, até que chegou o momento em que acharam melhor cuidarem diariamente do sobrinho. Este menino ficou de forma permanente com a família por três anos. Houve intervalos em que ele ia para a companhia dos pais, porém ficava doente, voltava para a família de Emília. Atualmente este sobrinho tem sete anos, visita a família todas as sextas-feiras. Esta visita é esperada com carinho e demonstrações de afeto. Após sair do colégio no fim da tarde, ele é deixado na casa de Emília, e apanhado à noite pela mãe que neste dia trabalha num lugar longe da cidade, sendo caminho a casa da família Esmeralda. Emília diz que o menino não aceita outro tipo de atividade na sexta-feira. Aprecia qualquer comida que a tia faça, isto a deixa muito alegre, com os olhos brilhando quando diz: "pode fazê a proposta que quiser, ele não aceita, é o papá da tia..., chega aqui, olha vim papá, bastante, quero dois pratos". O fato do sobrinho comer o que a tia oferecer é uma grande demonstração de valorização pelo seu trabalho, visto que o filho Eduardo é muito exigente, não querendo o que já está preparado, dando preocupação e desgosto para Emília.

Ainda outra ajuda prestada de forma não sistematizada, foi o cuidado com sobrinhas. Uma cunhada que trabalha fora tem três filhas com idades muito próximas. Quando eram pequenas, em situações em que a empregada da cunhada faltava ou uma das meninas ficava doente, a empregada cuidava aquela, as outras duas eram levadas para a casa de Emília. Ela acredita que tem "jeito" para lidar com crianças, brincando com elas, sendo criativa para ocupá-los e agradá-los, dizendo: " como eu brincava, guardava caixa de remédio, cortava rolha, fazia carrinhos...() Bah! quanta batata frita fiz para agradar às

crianças"! Ainda a responsabilidade: "de noite, reparar, tapar à noite o sobrinho". Acha que todos estes compromissos e preocupações ajudaram a deixá-la nervosa. Isto é percebido quando diz: "Eu queria expandir meus nervos, eu não podia perder a paciência com eles () tudo isto foi, foi...".

A maior ajuda prestada até o momento foi com sua mãe. Ela sofria de diabetes e pressão alta. O que é lembrado com sofrimento é sua mãe cuidando de um filho por 32 anos, era excepcional vegetativo. Quando a mãe não tinha mais condições físicas, alguns anos após o primeiro Acidente Vascular Cerebral (AVC), o pai ajudava-a em alguns cuidado com o filho, tais como levantar, sentar, levar até o chuveiro e trocar roupas. Emília ia até a casa da mãe, fazer faxina na casa. Quando o irmão estava mais doente e precisava de mais cuidados, ele tinha crises de pneumonia, ela ajudava no que precisasse. Para Emília, a mãe era: "uma mulher sofrida, mulher doente, meio triste, tinha dias que era alegre, era alegre o dia que nós chegava, meu Deus ela já esperava na sexta-feira, minha vida era de lá para cá".

Ela lembra que a mãe era muito cuidadosa com o filho doente, não o esquecia em nenhum momento, mesmo quando a casa estava com muitas visitas, pois eram benquistos por vizinhos e amigos: "a casa cheia de gente, no bom do papo, ela se escapava e ia cuidar dele (filho)". Emília sente que a mãe não pôde aproveitar a vida, pois quando o irmão faleceu, ela logo sofreu o segundo AVC, isto é colocado da seguinte forma: "que vida que ela teve, quando ela tinha que viver, ela teve aquela doença". Além do AVC, a "vó" sofria de angina pectoris, vindo a sofrer um infarto agudo do miocárdio.

O segundo AVC foi há 8 anos, ficou internada em vários momentos, Emília permanecia junto da mãe todas as noites, vindo para casa pela manhã para tomar banho e cuidar da casa e dos filhos. Ela lembra como foi muito difícil o que passou:

"Tive que abandonar minha família, praticamente meus filhos prá cuidar de minha mãe, né, porque só eu de filha mulher."

Mesmo tendo 5 irmãos, destes o irmão excepcional já havia falecido, as noras não "podiam", porque todas tinham filhos pequenos. Dos quatro irmãos, um deles se destacou em ajudar no período de doença da mãe, não ficava no cuidado direto, mas providenciava remédios, médico, exames, assim como buscava e trazia Emília em sua casa em situação de emergência.

Hoje Emília lembra que ela e este irmão não aceitavam que a mãe não melhorasse, trocavam de hospital, procuravam insistentemente o médico, ele trocava de remédio. Nada adiantava, mas eles se iludiam, não percebiam a gravidade da doença da mãe. Ela se culpa de ter prorrogado o sofrimento da mãe, não aceitando as limitações que a doença imprimiu, exigindo exames, procedimentos que faziam sua mãe sofrer mais. Ela reconhece ter estado "cega" naquela época, não admitindo que a mãe teria que falecer.

Quando o pai e o irmão não mais tinham condições financeiras de manter a mãe no hospital, Emília propôs trazer a mãe para casa. No início, ela ficou na sua casa de origem, pelas dificuldades de deslocamento, Emília e Élvio trouxeram a mãe de Emília para a casa do casal. Ela lembra que ficou mais fácil cuidar da mãe, atender a casa e os filhos.

No total foram 8 meses de cuidados permanentes, visto que a doente estava imobilizada na cama, porém nunca perdeu a lucidez, entendendo tudo o que se passava, e falando em determinados períodos. Dentre os cuidados, cita o mais importante que teve que aprender que foi o de alimentar a mãe por sonda naso-enteral, Emília foi orientada no hospital em como cuidar da mãe em casa.

Após o falecimento da mãe, que se deu em sua casa, seu pai permaneceu em companhia da família Esmeralda por mais ou menos quatro meses, após este período ele voltou para sua casa no Bairro Dores. Por decisão

de todos , o irmão que mais ajudou na doença da mãe pagou para os irmãos a parte que cabia por herança, construiu uma casa confortável no terreno do pai. Assumiu frente aos irmãos o cuidado com o mesmo. A nora do pai de Emília é benquista "é como filha para ele". Ela não faz nada sem consultar o "vô". O vô é levado a passeios com a família, inclusive em temporada de praia ele vai junto. Emília acredita que o pai está muito bem com o filho e a nora, inclusive reconhece que está melhor com eles do que com ela quanto ao conforto e lazer. Ela sente-se tranqüila quanto ao futuro do pai, dizendo: "Eu não teria condição financeira () mesmo que eu não teria condição de posar no hospital, passar as noites, como eu fiz (com a mãe), mesmo porque Élvio está precisando mais de mim".

A relação com os vizinhos, segundo Emília, é boa, mas não é profunda, ela pergunta sobre a saúde quando sabe que alguém está doente. Porém não tem o hábito de fazer ou receber visitas dos vizinhos. A exceção é feita a uma estudante universitária que mora sozinha ao lado de sua casa. Ela vem a sua casa de forma freqüente, às vezes almoça em companhia da família. Emília ouve os seus desabafos e a aconselha quando é solicitada. Tem "pena" de uma pessoa tão jovem e sozinha. Também diz que: "não pego no pé" da mesma, ainda que saiba que o "namoradinho" passa a noite em sua companhia. Somente aconselha: "para não engravidar sem estar preparada". Quando a vizinha viaja, Emília fica com a chave para "reparar" a casa.

Emília não entende como pessoas podem deixar de ajudarem as crianças pobres, que batem nas portas pedindo, nem que seja com qualquer coisa em pequena quantidade. Ela diz: "não gosto de deixar uma criança sair sem nada, impossível não ter uma fatia de pão, ou um punhadinho de arroz". Ela fica triste se não pode ajudar alguma pessoa que a procure.

Analisando o comportamento do marido, Emília refere-se a ele como um companheiro, que demonstra muita atenção para com ela, com os filhos e

com a sua família. Ele sempre acompanhou-a nas consultas médicas pré-natais, concordou com a decisão da laqueadura tubária há 12 anos. Não deixa faltar remédio, mesmo que tenha que fazer uma conta na farmácia. Vigia-a quando ela apresenta qualquer sintoma desagradável. Para Emília o marido "se preocupa demais comigo () quando chega e vê que eu tenho qualquer coisa ele fica..., não dorme direito para me cuidar" ainda: "se eu vou ao banheiro e demoro um pouco, ele vai lá, bate e pergunta". Outra preocupação é não deixar a esposa fazer trabalho pesado, quando diz: "só faço alguma limpeza, quando ele (marido) não está, se ele vê, embrabece".

Ainda falando da atenção que o marido dispensa a toda a sua família, ela lembra muito freqüentemente daquela dedicada à sua mãe durante toda a vida. Quando seus pais viviam em sua casa, que era perto do quartel, ele os visitava diariamente, para saber como estavam de saúde, se percebia a falta de alguma coisa, providenciava, não importando se alimentação ou remédios. A mãe de Emília esperava o genro sempre com algum agrado: um pedaço de peixe frito, um pedaço de carne de porco assada ou um doce. Quando a sogra estava doente, acamada em sua casa, ele se prontificava, ficando ao lado de Emília e muitas vezes a substituía na vigília noturna, para a esposa descansar. Élvio preocupa-se com as necessidades dos filhos, segundo Emília: "ele gosta de ver os filhos com roupas mais modernas". Quando percebe que a esposa está com roupas "batidas", ele compra roupas novas, inclusive roupas íntimas sem avisar, isto é percebido como uma forma de carinho e atenção. A filha confirma que o pai, mesmo tendo um salário pequeno, esforça-se para dar o que pode para a família, sendo esta a forma de demonstração de carinho, visto que para Elaine: "ele não é de demonstrar carinho como abraços e beijos". A qualidade mais valorizada em Élvio pela filha é: "o caráter dele, ele é responsável, sustenta o que diz".

Embora Elaine admire o pai, diz ter dificuldade de comunicação

com o mesmo. Não conseguindo conversar com ele, quando tenta, chora, pois o pai não quer argumentar em cima de uma situação, mas sim dá uma opinião, não a justifica e quer ser obedecido. Atualmente, a relação entre os dois está conturbada pela não aceitação do namorado, porém tem dias que Élvio recebe muito bem o rapaz, deixando Elaine muito confusa. Enquanto que a mãe para Elaine é mais liberal, ela dá opinião, mas deixa a decisão a cargo da filha. Tanto ela quanto o irmão se comunicam muito bem com a mãe.

A família de origem de Élvio tem pouca relação com o família Esmeralda. Exceção para a "vó" que reside numa rua próxima, numa casa nos fundos do terreno de um dos filhos. Élvio atualmente está mais envolvido com as necessidades da mãe, saiu em algumas ocasiões para comprar material de construção. Também realizou a reforma em um banheiro na casa da mãe. Ele presta pequenos serviços à sua mãe, por exemplo, limpar os queimadores do fogão a gás.

Emília, analisando a sogra, refere não ter problema de relacionamento com a mesma, inclusive em alguns períodos ela residiu com o casal, ajudou a criar Elaine, talvez por isto a senhora idosa "exija" a visita de Elaine e Emília diariamente, se alguma delas não for, a vó fica se fazendo de doente, embora seja saudável. Emília considera a família do marido muito diferente da sua, onde: "não presta isto, não presta aquilo, tudo é feio, há muita superstição" e os cunhados são mal vistos porque "batem nas mulheres", isto Emília não admite.

Ainda falando da sogra, Emília diz conseguir se relacionar bem com ela, pois se posiciona, dizendo o que pensa. Sua sogra aceita o seu jeito de ser, inclusive é a nora escolhida para mensalmente acompanhá-la nas compras. Comparando a sogra com seu pai, diz: "meu pai tem 84 anos, tem cabeça de um jovem, lê muito, a vó (sogra) não se instruiu, não evoluiu".

Complementando a avaliação da família do pai, Elaine comenta: "a vó não gosta de vínculo com ninguém () são super preconceituosos", referindo-se a não quererem que os familiares conversem com pessoas que vivem juntas sem serem casadas e não gostarem de negros, algo muito esquisito, visto que Élvio é mulato, enquanto a família de Emília são "brancos", descendentes de italianos.

Na visão de Élvio, ele tenta ajudar a esposa em tudo e em especial não deixá-la irritada, pois segundo ele, já foi orientado por um médico de que a pressão alta tem muita relação com o sistema nervoso. Ele considera-se participando quando diz: "procurando não causar problemas, problemas de contas, temo até o pescoço... procuro deixá passá as coisas para não irritá".

Emília entende que uma forma de tratar a diabetes e a pressão alta é o desenvolvimento de uma atividade física diária, entre estas a caminhada, por não implicar em gastos ou deslocamentos. Ela verbaliza que a caminhada lhe ajuda: "me sinto que eu não tenho aquele peso nas pernas, me alivia". Porém acha muito difícil realizá-la sistematicamente por não ter uma companhia, pois: "sozinha eu não gosto de sair" e também porque: "ele (marido) não gosta que eu saia sozinha, ele tem medo que me aconteça uma coisa". Quando o marido caminha com ela, o tempo passa rápido, porém ela não quer que ele a acompanhe, "por causa da perna" visto que a caminhada viria prejudicar a sua artrose. Algumas vezes caminhou com vizinhas, mas entende que não pode, pois elas caminham rápido, segundo ela: "elas caminham prá emagrecer, elas caminham rápido e eu rápido não consigo acompanhar, me dá aquele abalo, aquele sufoco". Atualmente, a sua filha a acompanha mas nem sempre, pois está num período com muitos trabalhos e provas na faculdade.

Élvio sofre de artrose e gota. Também tem uma lesão nas unhas dos pés e na região inguinal que, em dois exames micológicos, deram negativos, não conseguiu a remissão dos sinais, com vários tratamentos. Élvio tem limitação

no caminhar, mas precisaria de exercício físico, o mais indicado seria a hidroginástica ou natação. Pelas lesões na pele, está impossibilitado de exercê-las. Já teve várias internações hospitalares, entre estas por necessidade de cirurgias: remoção de um rim, colecistectomia e herniorrafia inguinal. A hérnia voltou, mas Élvio não quer operar.

Para Emília o marido é: "muito sensível, qualquer ventinho ele se atacava da garganta, que baixava hospital". Ela acredita que as doenças dele estão relacionadas aos 18 anos que trabalhava na rua, "no rigor", com qualquer temperatura e condição climática: "era chuva, era sol". Segundo Emília, o seu marido está melhor, com menos dores. Quando ele tem dores, tem dificuldade para caminhar. Mesmo não se queixando, ela sabe quando ele não está bem, porque ele fica nervoso "Ele implica com tudo, ele procura, procura nos cantos uma coisa prá ter uma coisa para reclamar, prá ele botá prá fora, eu acho". Mesmo deixando ele falar, desabafar, não contrariando, ela sente-se incomodada. Diz aceitar, visto que viver em família exige aceitação de alguns defeitos do outro, quando diz:

"a gente tem que aprendê a viver com os defeitos dos outros, porque a gente corrigi tudo a gente não vai corrigi. Procurá viver o melhor possível. Discussão, brigalhada não leva a nada. Leva à tortura de todos na família, né?"

Ainda nesta função de prevenir brigas, desempenha o papel de mediadora entre os filhos e o marido, ela reconhece que: "eu sou muito de botá panos quentes". Esta mediação vai desde o pedido de alguma coisa material até o namoro da filha com um rapaz que Élvio não quer. Ela escolhe o melhor dia e hora para pedir para o marido um determinado objeto. Assim como esconde alguns encontros da filha com o referido namorado. Em relação ao namoro da filha, Emília fala na frente da mesma, que não entende o que Elaine vê de interessante no rapaz, inclusive acha-o sem nenhum atrativo físico. O que a preocupa e tem

medo que a filha sofra, pois já ouviu falar que "ele tem um gênio estourado, muito bruto". A filha defende o namorado, tentando tranquilizar a mãe dizendo que o namorado é: "um cara totalmente diferente". Mesmo com dúvidas quanto ao comportamento do futuro genro, Emília não contraria a filha, deixando-a livre para decidir o que é melhor para si.

Elaine considera que a mãe ajuda-a em tudo, a vida toda. Atualmente com conselhos, dizendo: "eu conto para ela assim, ela (mãe) diz o que é certo, errado, o que ela acha e a mãe diz aí você que sabe".

Avaliando todo o período que cuidou de sobrinhos, criou os filhos, acompanhou o marido e cuidou da mãe, considera que na atualidade está sem condições de fazer as mesmas coisas. Este sentimento é expresso no seguinte: "Eu não tenho mais condições de ajudar, eu acho que já passei demais".

Em relação ao processo de tomada de decisões na família, Élvio diz, com um certo sorriso, que as decisões são tomadas pela esposa. Emília, ouvindo o que o esposo disse, o contradiz com a seguinte fala: "claro que eu decido, se tu disser não eu não tomo (a decisão) sozinha, nunca tomei". O filho entende que é o pai "quem mais decide". A filha é enfática em mostrar o poder do pai com a seguinte opinião: "a última palavra é dele". Questionei Emília e Elaine sobre o comportamento de Élvio. Elaine balançou a cabeça e Emília verbalizou: "porque ele acha que tem que ser".

A percepção do que seja saúde e doença, para os membros desta família é o seguinte: Para o filho, saúde é "estar bem com a vida, não ter nenhum problema, nem doença, nada e estar sempre bem". O pai entende que a saúde é "não tê poblema nenhum com doença, não tê que dependê de tê que pro resto da vida tomá remédio". Também: "não tá cuidando poblema de alimentação. o que pode comê, o que não pode bebê."

Élvio, mesmo sendo portador de alguma limitação no caminhar, no

desempenho profissional e tendo necessidade de medicação para a "gota" em alguns períodos, considera-se saudável porque: "como de tudo, ela (Emília) já tem que tá escolhendo".

A filha entende que uma pessoa está com saúde quando: "tá bem tanto fisicamente como psicologicamente () equilibrada". E a doença pode "ser física, do organismo e doença da cabeça, eu acho que prejudica mais é a cabeça".

A mãe pensa parecido com o esposo quando relaciona a saúde a uma vida normal, não precisar tomar remédios, nem "todo o mês se preocupar com o dinheiro da farmácia" Considera-se doente, quando diz: "Doença é o que eu tenho, não posso comer as coisas, não posso ter uma vida normal como a maioria das pessoas, não tendo uma vida normal é doença".

A doença para Eduardo é: "vírus, câncer, AIDS e estar sempre se cuidando". Ainda verbalizando seus sentimentos diz: " eu tenho medo de um câncer, da AIDS eu nem me preocupo agora". Este adolescente entende que a mãe cuida das doenças "tomando remédio, cuidando do sal, açúcar, estas coisas", para ele a mãe se cuida. Dentre as doenças da mãe estão: "colesterol alto, a diabete e problema do coração", sendo este último o mais importante. Relaciona as doenças da mãe com a hereditariedade, pois lembra que a avó era muito doente.

A doença é o contrário de ter saúde para o esposo de Emília, está relacionada com limitações na vida da pessoa, principalmente na alimentação. Ele confessa que às vezes a esposa quer ir a uma festa de aniversário de um parente, ele não quer, pois sofre em pensar que ela vai ver determinados alimentos, ter vontade e não poder comê-los. Emília revela que, no início da doença diabetes e da hipertensão arterial, tinha muita gula, atualmente não sofre vendo doces e salgadinhos em festas, expressando-se assim: "Eu já me acostumei, que não ligo".

Tanto Emília quanto Élvio entendem que a pressão alta assim como a diabetes mellitus são doenças importantes. Élvio diz: "as duas onde não cuidá, trás transtorno grande para ela". Ainda ele reforça a idéia de atenção permanente, comparando: "o negócio da pressão é o tipo um relógio onde descontrolô ou que não cuidá é de onde vem o tal infarto... derrame".

Quando questionei o que seria a doença H.A. Emília disse: "Eu não sei, sei que é uma coisa ruim" e riu. A cliente relaciona um pequeno problema cardíaco às doenças já existentes, verbalizando:

"eu tô com uma lesãozinha no coração, mas não sei se foi da diabete ou da pressão, o médico me garante que está estacionado, mas eu não posso me descuidar da pressão nem da diabete".

Já a filha considera a pressão alta mais importante que a diabete, pois esta última pode ser controlada através da alimentação, enquanto que a hipertensão tem o componente emocional como desencadeante de alterações quando diz: "tem um lado da alimentação, sal, não reter líquidos no organismo, não só alimentação, qualquer distúrbio, qualquer coisa pode levar a um derrame". Ela também relaciona o aparecimento da H.A. da mãe com o uso de anticoncepcional oral e "o nascimento de meu irmão que é muito agitado". Ela entende H.A. como sendo: "o sangue que começa circular muito rápido pelas artérias e o coração não consegue acompanhar o sangue".

Ainda Elaine acha que o que pode provocar a elevação da pressão arterial é a tensão, dizendo: "O dia que ela tem algum problema, ela fica mais tensa até resolver o problema, sistema nervoso". Atualmente o que está deixando a mãe mais tensa é "a falta de dinheiro". Emília que estava junto, rebate dizendo: "Eu não esquento muito".

A experiência de doença está muito viva na memória de Emília por acompanhar as internações do marido e da sua mãe, já falecida. A vivência com o

cuidado de doentes acamados e dependentes fazem com que ela tenha muito medo de complicações, entre estas o AVC que pode advir da hipertensão arterial associada à diabetes mellitus, manifestando-se no seguinte:

"tenho muito medo que me dê um derrame, eu não me importo se tivesse que me dar e eu morrê, eu até aceito, não nasci prá ficar aqui, mas eu só tenho medo de dar trabalho para os outros, porque eu já passei".

A cliente tendo medo das complicações, diz cuidar-se, mas não consegue o tempo todo, em especial na dieta, quando chegam visitas ou vai na casa de outras pessoas, ficando "chateada" em não querer comer o que lhe é oferecido, por este motivo quando está com taxa alta de glicose, e sente a pressão alta, ela reduz os passeios e não vai em festas de aniversários. Diz ela: "as vezes eu relaxo, porque tem dia que tu recebe uma visita, tu te descuida, quando estou só com a minha família eu procuro me controlar na comida". O fato de fazer o pão em casa e não conseguir mudar a receita aprendida com a mãe, onde o pão para ser forte, substancioso, não pode faltar a banha (gordura de porco) e o açúcar. Ela sofre muita tentação e limitação expressa nesta frase: "até nem tomo café (tarde), eu saio de perto prá não tomar e não comer pão". Estas limitações em alguns momentos são aceitas, em outros Emília diz revoltar-se, assim como o esposo não se conforma em ver a esposa privar-se de tantas coisas que gosta ou gostava.

Emília refere tomar medicação para a Hipertensão Arterial há 13 anos, não lembra como descobriu a H.A. Associa o aparecimento desta doença a vários problemas: o choro do filho, incômodos com uma vizinha, doenças do marido, dificuldades econômicas e o sofrimento da mãe, entre outros.

Emília lembra que tiveram muitas dificuldades logo que casaram, residiram numa cidade vizinha, onde o salário de Élvio permitia alugarem somente uma casa muito pequena, tiveram logo a filha. Quando o menina estava com 11

meses, Emília engravidou, porém teve um aborto espontâneo, foi preciso fazer curetagem, ficando com "uma firidinha no útero, aí prá mim engravidá do guri tive que fazer a cauterização". Quando grávida do menino, o marido precisou internar por sangramento de úlcera gástrica. Ela não tinha parentes na cidade, precisava levar a menina e deixava-a com o guarda da portaria do hospital para ver o marido.

Onde residiam tinham uma vizinha que implicava não só com Emília mas com todos que tivesse oportunidade, era considerada "louca", o que mais a irritava eram os comentários da mesma. Quando o marido estava internado, os colegas de quartel vinham até a casa do casal para saber notícias de Élvio, a vizinha gritava que Emília era "puta", pois recebia homens em sua casa.

Outra situação difícil era controlar o barulho de duas crianças durante o dia em uma casa muito pequena, visto que Élvio tinha turnos que começavam a uma hora da manhã, e precisava dormir durante o dia. O que é lembrado como sendo muito difícil, foi suportar o choro do filho Eduardo durante mais ou menos dois anos, ela lembra: "meu gurizinho foi muito chorão, aquilo me irritava porque chorava, chorava, eu levava nos médicos, eles só diziam que ele era brabo, ele tomou remédio pros nervos até 3 anos".

O filho não permitia que Emília tivesse uma "vida normal", não conseguia fazer o serviço nem receber visitas, sendo esta uma atividade que lhe dá muito prazer. Isto é percebido, quando diz: "Eu via o serviço, fazia a maior parte do meu serviço ele sempre chorando, acho que me irritava, porque eu não tinha prazer de receber uma visita, eu arrumava o café, botava a mesa, a visita tinha que sair prá fora porque parecia que ele enlouquecia". Ainda o filho era inquieto e não aceitava outras pessoas: "ele não dormia, queria eu sempre perto dele". Também neste período tiveram dificuldades econômicas, pois além de Élvio ganhar pouco, havia os gastos com duas crianças pequenas e o tratamento de

doenças do marido como amigdalites e úlcera gástrica. Emília lembra com tristeza: "como passei vontade de comer coisas". O dinheiro era para as necessidades indispensáveis, ficando de lado qualquer outra necessidade.

Concomitante a essas dificuldades, sua mãe sofreu o primeiro AVC, Emília vinha para Santa Maria, mas tinha preocupação com a saúde do marido. Emília lembra que recebeu uma ajuda muito grande de um médico que, vendo a sua situação de preocupação e ansiedade, deu uma declaração onde dizia que a mãe de Emília precisava da presença da filha. Élvio apresentou no quartel, conseguindo em poucos dias a transferência. A mãe de Emília se recuperou, somente ficou com pequena limitação na deambulação.

Élvio também acredita que a Hipertensão Arterial da esposa está ligada não só às dificuldades passadas, mas principalmente à preocupação em demasia, popularmente chamada "encucação", sendo assim abordada: "problemas de nervos, os próprios problemas da vida da gente. Muitas vezes começa a incucar uma coisa, aí começa a surgir os problemas". Também refere que começou depois do falecimento da sogra. E deixou transparecer que a vinda para Santa Maria tem relação com os problemas da esposa, quando diz: "Nós inventemo de vir de lá para cá. Daí começou a aparecer os problemas para ela".

A família é praticamente unânime em reconhecer que a preocupação e o incômodo são as situações que mais influenciam o aparecimento de níveis tensionais altos, também chamadas de descontrole da H.A. O marido, Élvio, verbaliza que: "incomodação, o problema aí de rotina na família, onde dê um desacerto, uma discussão quem tem este problema, aí a tendência..." Ainda ele complementa como o maior causador de discussões, incômodos e preocupações é o filho adolescente, com as seguinte frase: "O maior causador de problema é o... Eduardo, nunca nada está bom prá ele".

Na avaliação da cliente, os níveis tensionais se alteram pelo uso do

"sal" e também pelas dificuldades do dia-a-dia, falando: "um problema que apareça já a gente sente que abala". Perguntei se era sempre que acontecia alguma coisa que a aborrecia ou irritava e como ela sabia que a pressão arterial estaria elevada, ela respondeu: "nem preciso ver, que eu tenho certeza que ela tá alta".

Dentre as situações que a irritam está o comportamento do filho, que além de não gostar de estudar, tem uma vida muito desregrada, totalmente fora do padrão de normalidade considerada pela família. Assim como não se preocupa com os outros componentes da família, Emília deixa escapar a sua avaliação: "ele é muito egoísta".

5 REFLETINDO AS VIVÊNCIAS FAMILIARES

Este capítulo apresenta a reflexão das vivências familiares apresentadas neste estudo, direcionada para tópicos que entendo como relevantes.

A Família

O entendimento do que seja a família tem variações entre as pessoas pesquisadas, inclusive entre os membros de uma mesma família. O mais freqüentemente percebido como família é o seguinte: A família é a união de pais, filhos, irmãos, marido, esposa, sobrinhos, noras, genros, cunhados e netos. Estas pessoas se querem bem, preocupam-se uns com os outros e se ajudam.

A família tem por função compartilhar e resolver problemas de seus membros, apoiar e ajudar em situações de necessidade tanto materiais quanto emocionais, promover e manter a saúde, assistir aos doentes, assim como participar em velórios e enterros.

Membros de uma família podem viver junto ou não. Vizinhos e amigos fazerem parte da família foi menos referido. O acréscimo de vizinhos como participantes da família foi citado enfaticamente por pessoas oriundas da zona rural, onde a participação dos vizinhos tanto para situações práticas do dia-a-dia, quanto relacionadas à afetividade é muito grande.

Amigos são membros da família, é o entendimento de um adolescente.

Em famílias onde o conflito era muito grande, pessoas ligadas por

laços de hereditariedade ou casamento viviam juntas, somente por necessidades econômicas e/ou conveniência social.

A união de pessoas é para todas as situações, tanto boas quanto ruins, tanto alegres quanto tristes. A promoção e manutenção da saúde caracteriza-se por ações para manter a integridade física e psicológica; promover o crescimento e desenvolvimento de seus membros, através de ações tais como: ajudar, observar, ouvir, orientar, dar força, repartir e resolver problemas.

Nas famílias com disfunções, as interações acontecem de forma superficial. Há falta de comunicação efetiva. Não há fluidez nem transparência nas mesmas. Nas famílias onde seus membros referem relacionarem-se bem, para alguns assuntos há necessidade de "esperar" uma hora propícia para a abordagem dos mesmos. No momento em que a mulher percebe que o marido está de bom humor, o assunto é levantado e com esta estratégia há maior possibilidade de resolução do mesmo. Portanto, como a última palavra é do chefe da família há uma preocupação em não desagradá-lo, para prevenir um ambiente tenso e hostil.

Percebi nestas famílias que o ato de ajudar é muito presente, porém o de controlar, dominar e subjugar, também. A família como uma unidade tem muitos poderes. Tem o poder de promover o desenvolvimento de seus membros, o de cuidar, o de defender, assim como o de não cuidar, o de negligenciar.

O poder maior é concentrado no homem, esposo e pai, os outros elementos masculinos não têm poder, são dominados pelo pai ou controlados pela mãe. Portanto, ao homem é permitido ter o domínio sobre a mulher, sobre os filhos, sobre a casa e sobre a economia doméstica, enfim, sobre a família. Se compararmos os papéis do homem e da mulher, com os três poderes públicos, para o homem é destinado o poder Legislativo e Judiciário, enquanto para a mulher "rainha do lar", sobrou o poder Executivo. Ela prende-se ao "fazer", ao

"produzir", ao "manter" a família sob a vigilância do homem. O papel de cuidadora na família é desempenhado, talvez porque não tenha sobrado outro no contexto familiar.

O Papel da Mulher

As mulheres hipertensas objeto deste estudo, de forma unânime desempenham o papel de "cuidadoras" em suas famílias. Cuidam dos filhos, marido, netos, tanto na manutenção da saúde quanto em situações de doença. Ainda, algumas destas mulheres cuidaram de outros familiares em determinado período de tempo, especialmente em situação de doença, por solicitação ou por sentirem que aquele "ser" precisava muito delas.

O cuidado para a manutenção da saúde, crescimento e desenvolvimento dos membros das famílias exigiu trabalho diuturno destas mulheres, traduzido em ações do tipo: lavar roupas, fazer comida, trabalhar na lavoura, criar animais, limpar casa e arredores, costurar roupas, vigiar crianças na prevenção de doenças, entreter crianças, socorrer quando há acidentes, preocupar-se com problemas de saúde tanto físico quanto mentais, verbalizar riscos de doenças, procurar auxílio para problemas de saúde da família, acompanhar o desempenho escolar, permanecer como acompanhante de doentes, ouvir queixas, aconselhar, dar proteção, estimular, oferecer apoio e buscar informações.

Estas ações de cuidadora são ligadas à figura da mulher, mãe, esposa e dona de casa. É difícil determinar quais são só de mãe ou de dona de casa. Por serem funções caracterizadas como do sexo feminino, estão imbricadas umas nas outras. O cuidado que estas mulheres desenvolvem com o ser humano é um aprendizado por imposição sócio-cultural, o qual não é questionado pelas

mesmas. É simplesmente desempenhado pelos membros adultos do sexo feminino, nas famílias.

Entendo que o papel de cuidadora, por não ter sido escolhido e sim apreendido e introjetado por estas mulheres, tem sido uma fonte de sofrimento, desprazer e conformismo e como tal tem prejudicado a liberdade de pensamento e de ação. Por falta de opção ou despreparo para outras funções estas mulheres agarram-se a este papel como o mais importante no contexto da família. Percebi que algumas mulheres mesmo achando que não têm condições ou não estão afim de prestarem cuidados, sentem-se envergonhadas e não conseguem dizer não para determinadas solicitações. As mulheres, no início da velhice de um modo geral, têm dificuldade em aceitar que pelas experiências passadas e pelo desgaste da idade, não estejam com energia nem disposição para todas as atividades que executavam no passado. Mesmo sentindo-se cansadas e sem vontade para determinadas tarefas, fazem sacrifícios em prol dos filhos e netos.

Considero uma exceção entre as mulheres pesquisadas aquela que conseguiu romper com o papel de cuidadora por obrigação. A mesma continua prestando cuidados, porém, de forma seletiva, àqueles que lhe dão satisfação e valorização, como: auxiliar as filhas e noras no momento do nascimento dos netos, visitar os filhos e permanecer como acompanhante de alguns netos, os que lhe ouvem e lhe querem bem. Nega-se a cuidar de forma permanente de algum familiar, assim como não se envolver com problemas de vizinhos e parentes distantes. Entendo que a mulher que consegue dizer não para determinadas solicitações, está tentando romper com o passado de trabalho duro e preocupação com as dificuldades do dia-a-dia. Também tenta recuperar o tempo, aproveitando a vida da melhor forma possível, com isto buscando de alguma forma o prazer.

O sentimento de falta de liberdade da mulher e o poder do homem no contexto familiar é deixado transparecer por todas as mulheres. Algumas

encontraram formas de enfrentamento, outras, ainda estão na fase de não acreditarem ser possível sair da situação de dominação a qual estão sujeitas e como tal vivem na tristeza e no desprazer.

A falta de prazer embota a capacidade criativa e interesse em buscar alternativas para os problemas do dia-a-dia. A obrigação de exercer determinadas ações sem prazer, leva ao sofrimento. Constatei que estas mulheres não conseguiam ter prazer nas atividades de dona de casa e por não receberem compensações no papel de mãe e esposa, vivem mergulhadas nas lembranças do passado: de trabalho pesado, dificuldades econômicas e mau relacionamento. No presente, convivem com preocupações, frustrações e sentimento de pouco valor. Ainda demonstram resignação e conformismo com situações relacionadas ao papel de mãe. Quanto a este papel, entendem ser o mais importante de suas vidas, se for necessário relegam o de esposa e dona de casa em função das necessidades dos filhos. Também são capazes de sacrifícios para o bem estar da família, em especial aos filhos, no período de infância e adolescência.

Têm dificuldade em conseguir compartilhar as funções relacionadas ao cuidado dos filhos com outros membros da família, especialmente com o marido. Quando um homem participa do cuidado direto com doentes ou com filhos, por exemplo: comprando remédios, acompanhando esposa ou filho na consulta médica e trocando fraldas é considerada uma pessoa "boa". As mulheres fazem isto e muito, muito mais e não recebem qualquer adjetivo. Parece haver um complô de não valorização nas ações do cuidado, quando são prestados por mulheres. É socialmente exigido estes atos das mulheres, elas nem se questionam se deveriam ou não arcar sozinhas com tão grande compromisso.

Quanto às mulheres oriundas da zona rural, elas recentem-se com a mudança de papéis ao qual se submeteram. Quando viviam no interior, acompanhavam o marido e filhos nas atividades da lavoura, iam juntos a festas,

faziam visitas de cortesia e de auxílio a vizinhos e participavam de atividades religiosas. Na cidade, as mulheres desempenham funções dentro de casa, enquanto ao marido é possibilitado maior número de atividades na rua e envolvimento com diferentes pessoas. Esta mudança de papéis para pessoas de meia idade provoca sentimento de insegurança e desvalorização; pois, pelos hábitos arraigados nestas mulheres é quase impossível o aprendizado de novo modo de vida, assim como têm dificuldade em aceitarem os costumes de grupos diferentes.

Uma característica dominante encontrada nestas mulheres foi "a preocupação e o sofrimento" com situações tanto já existentes, como também as que poderão acontecer com os membros da família. Sofrem com a filha que se relaciona mal com o marido; com o filho egoísta e despreocupado com as necessidades da família; com a filha que namora um rapaz que o pai não gosta; com a filha que não é persistente nos estudos e no trabalho; com o genro alcoólatra; com o filho que não se relaciona com o pai; com os motivos do suicídio do filho; com a preferência sexual do filho; com a necessidade de vigiar cigarro e remédio para o filho doente mental; com as doenças dos netos; com o óbito sem motivo explicável do neto; com o pouco interesse do filho nos estudos; com as más companhias; com o risco de uso de drogas; com a dominação do marido; com o egoísmo do marido; com as dificuldades econômicas; com o pouco interesse dos membros da família com algumas de suas necessidades.

Estas situações de sofrimento com os "outros" levam estas mulheres a terem sintomas psicossomáticos, tais como insônia, ansiedade, cefaléia, dor na coluna, diarreia, ardência no estômago e elevação da pressão arterial.

Na tentativa de resolver algum impasse entre membros da família, estas mulheres desempenham outro papel: "o de mediadora" na família nuclear, e

na de origem. Na família nuclear, quando há necessidade de bens materiais por parte de filhos, assim como em situação de falta de entendimento entre pai e filhos. Na família de origem, quanto ao relacionamento de sobrinhas e cunhada, cuidado com pessoas idosas, necessidade material, de atenção, ou de apoio de algum membro.

As mulheres deixam transparecer e outras verbalizaram a dominação que estão sujeitas nas famílias. A elas não é permitido decidir sobre o dinheiro do marido, mudanças de cidade, mudanças de casa, compras, enfim as decisões maiores que envolvem todos os membros, é competência do homem (marido e pai) da casa. Ao filho homem também é vetada decisões na família nuclear, ele terá poder quando constituir outra família.

As mulheres mesmo com pouco poder formal na família, conseguem coordena-la em sua função prioritária, que é a de transmissão da cultura, através da manutenção de costumes e crenças. São elas que ensinam a criança a falar, caminhar, hábitos de higiene e alimentação. Introduzem princípios do "certo e do errado", ajudam a superar obstáculos, transmitem suas experiências e promovem a socialização de seus membros. Portanto, as mulheres têm um papel inquestionável nas famílias.

A Ajuda

Um tópico importante que emergiu neste trabalho com as famílias, foi a verbalização do termo "ajuda".

A ajuda pode ser realizada dentro e fora da família. Uma pequena minoria de membros não ajudam. Percebe-se que a ajuda é feita na família e para a família, tanto nuclear, como de origem e famílias recém constituídas. Outros grupos sociais e institucionais prestam ajuda, que são: vizinhos, profissionais de

saúde, associações comunitárias, entidades prestadoras de assistência à saúde e meios de comunicação.

O ato de ajudar pode estar relacionado com situações de doença, desenvolvimento de seus membros e manutenção do equilíbrio físico e mental. As mulheres aceitam de forma natural as seguintes ações de ajuda: execução do trabalho doméstico, limpar a casa, lavar roupas; não ser incomodada com problemas de falta de dinheiro; não ficar sabendo de problemas de familiares; ser acompanhada na caminhada e consultas médicas; receber visitas em casa e no hospital; receber informações; poder desabafar tristezas; compra de remédios e roupas; ter alguém que escute; ver programas educativos na TV; ler artigos sobre saúde e doença; brincar com crianças; ser elogiada; ser convidada a participar de passeios e festas.

A ajuda mais freqüentemente recebida por estas mulheres, atualmente, é de suas filhas, noutros momentos foram de vizinhos. Isto mostra que o personagem que ajuda pode mudar conforme a idade cronológica do ajudado.

A atitude demonstrada e referida pelas mulheres hipertensas é diferente entre filhas e filhos. Elas falam e avaliam muito mais a quantidade e qualidade de ajuda prestada pelas filhas, em comparação aos filhos homens, há uma maior expectativa da participação efetiva das filhas nas suas vidas. Elas descrevem ações executadas e idealizadas em relação às mesmas, especialmente àquelas relacionadas ao papel de cuidadoras. Estas mulheres, recentem-se mais quando é a filha que não demonstra carinho ou confiança.

O entendimento dos atos de cuidar e ajudar para estas mulheres é diferenciado. Enquanto o cuidar relaciona-se à sobrevivência das pessoas, é imediato é imprescindível, o ajudar é complementar, é passível de ser protelado e até de não ser executado. Assim sendo, numa escala de comparação, o cuidar

é muito mais importante que o ajudar para estas mulheres e para estas famílias. Ainda, o cuidar é prerrogativa das mulheres/mães enquanto o ajudar não compete só a elas.

O homem quando participa na família, pode ajudar, mas dificilmente cuida. A sua ajuda baseia-se em comprar remédios, marcar consulta médica, pagar exames, lembrar da necessidade de dieta, providenciar alimentos indicados, manter filho sob vigilância e fazer companhia.

O Processo Saúde/Doença

O entendimento mais freqüentemente encontrado do que seja saúde, foi: ausência de doenças e bem-estar físico e mental. Também saúde está associada ao interesse e capacidade para o trabalho. Uma pessoa saudável é aquela que não depende de medicações de forma permanente e nem tem restrições alimentares. Somente uma mulher hipertensa e duas filhas entrevistadas têm uma visão mais ampla de saúde, além do aspecto físico, relacionam-na ao bem social, moral e psicológico. Menos freqüentemente o termo saúde foi associado à satisfação de viver ou estar de bem com a vida.

O entendimento de saúde baseada na concepção biológica está intimamente ligado à visão de mundo dos entrevistados. As mulheres hipertensas e suas filhas, que tiveram acesso a maiores informações e relacionamentos mais abertos com pessoas fora da família, conseguem perceber saúde como uma situação mais abrangente, saindo do clichê "bem-estar físico e mental". Também entendo que esta forma de pensar de algumas mulheres deve-se ao fato de perceberem mais os acontecimentos, e terem mais sensibilidade para o que acontece ao seu redor.

Algo interessante é a relação feita entre saúde e trabalho, enquanto

os indivíduos conseguirem exercer as atividades rotineiras, tanto fora de casa, como as de dona de casa, não se consideram doentes, mesmo identificando-se como diabéticas e hipertensas.

Há entendimento dos membros das famílias, de que a doença limita as pessoas nas atividades do dia-a-dia, no trabalho, na alimentação. Inclusive restringe a participação em acontecimento sociais e de lazer como festas e passeios. A doença é um desequilíbrio físico e/ou mental, sendo a doença mental pior que a doença física. Há vários tipos de doenças: as hereditárias e adquiridas; as graves e as não graves; as crônicas e as agudas.

Quando a doença é grave o doente precisa de cuidados como por exemplo: na Diabetes Mellitus, no câncer, na AIDS e no Acidente Vascular Cerebral (AVC). Todo doente precisa de remédios e controle nos serviços de saúde. Quando a doença é aguda, os familiares precisam "correr" em busca de assistência. Há um envolvimento e mobilização por um tempo determinado e com ações que surtem o efeito desejado. Já na doença crônica, as ações para manterem o doente sob controle trazem limitações para o doente assim como para os familiares que se envolvem. O tratamento para a doença crônica é contínuo e permanente, como tal provoca um questionamento quanto aos benefícios e desvantagens do mesmo, sendo os benefícios não visíveis, e as desvantagens (complicações) só aparecerem muito tempo depois, havendo nos familiares e no próprio portador desta doença a sensação de perda de tempo e cerceamento na sua liberdade de escolha.

Também os profissionais de saúde impõem o tratamento ideal, ao cliente portador de doença crônica, não respeitando as condições sócio-econômicas e culturais, assim como não dão opções, nem mesmo oportunidade para queixas e desabafos. Todas estas situações limitantes podem estar associadas à dificuldade de aderência do portador de doença crônica.

As causas das doenças, estão colocadas em ordem de frequência: doença dos nervos; incômodo; preocupação; trabalho pesado; alimentação errada; hereditariedade; más condições climáticas (friagem e rigor); condições ambientais desfavoráveis (mofo, pouca ventilação, presença de produtos tóxicos); muito trabalho; incompreensão; falta de oportunidade de extravasar emoções; alimentação exagerada; maus cuidados e dificuldades econômicas e de relacionamento.

Em relação à Hipertensão Arterial, é consenso entre os membros das famílias, que esta é uma doença adquirida e crônica que tem como pior consequência o AVC, podendo também levar a doenças do coração como Infarto agudo do Miocárdio.

Dentre as doenças crônicas há uma escala de valores quanto a importância das mesmas. A H.A. em comparação com a Diabetes Mellitus (D.M.), tem menor importância para a maioria dos entrevistados. Entretanto, duas mulheres hipertensas entendem que a H.A. tem a mesma importância que a D.M. Somente um familiar referiu a H.A. como mais importante que a D.M., por entender que a H.A. tem um componente mental/psicológico como desencadeante. Também foi referido que a pessoa com H.A. precisa de cuidados permanentes, pois a pressão arterial pode por qualquer motivo sofrer alterações importantes e bruscas, especialmente por emoções negativas.

A Hipertensão Arterial é relacionada tanto pelas clientes, como pela maioria dos familiares à doença dos nervos. Esta doença está associada a uma história de sofrimento e preocupações referentes ao mundo familiar.

6 COMPREENDENDO A MULHER HIPERTENSA NA FAMÍLIA

Da reflexão realizada emergiu um tema principal que foi: **A Hipertensão Arterial (H.A.) é um assunto de família ou da mulher?** Para responder a este questionamento discorrerei sobre três sub-temas que considero importantes que são: Gênese da H.A.; Importância da H.A. para a família e para a mulher; Aderência ao tratamento da H.A. vista pela família e pela mulher.

A Gênese da Hipertensão Arterial

É consenso entre os membros das famílias de que a H.A das mulheres pesquisadas. é uma doença adquirida, portanto não é hereditária. Esta doença está relacionada, tanto pelas mulheres hipertensas quanto pela maioria dos familiares à **doença dos nervos.**

A doença dos nervos está associada à trajetória familiar da mulher, esposa, mãe e cuidadora. Estes papéis foram introjetados, absorvidos e desempenhados ao longo de toda a vida da mulher. Nem sempre desejados, freqüentemente impostos pela família. Estes papéis desenvolvidos pela mulher estão associados a uma história pregressa de sofrimento e obrigações, também impregnados de tristeza e preocupações relacionados a: abalos, incômodos, trabalho pesado, pouco suporte social, opressão e dominação do marido, indiferença e pouca valorização de familiares, dificuldade na criação de filhos, transferência da zona rural para a cidade, mau relacionamento familiar, dificuldade em extravasar emoções, preocupação com o futuro dos filhos, violência urbana, obrigações sociais e doença de familiares.

No entendimento das mulheres e suas famílias, o termo "abalo" é usado para situações esporádicas, mas de muita importância, que provocam forte emoção e ficam gravadas por muito tempo, até para toda a vida. São considerados abalos as doenças graves com risco de vida, falecimento de familiar de forma abrupta e opressão permanente. Enquanto que "incômodo" está relacionado com as situações do dia-a-dia que podem aborrecer e irritar.

As situações lembradas que provocavam extrema tristeza e sofrimento nas mulheres pesquisadas, não foram relatadas pelos seus maridos. Com isto, entende-se que determinados acontecimentos numa mesma família podem ficar marcados de forma permanente na mulher, enquanto o homem esquece. PASTORE, FRANÇA (1995) apresentam um trabalho realizado por cientistas do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos, no qual mostraram que há diferença entre os sexos quando se trata em lidar com a tristeza. No referido artigo sobre o assunto é trazido que: "Há tristeza de homem e tristeza de mulher, e a dela é muito mais profunda" (p.79). Este estudo baseou-se na monitorização cerebral de homens e mulheres, enquanto rememoravam tragédias pessoais. Nesta monitorização, os estudiosos perceberam que, nos momentos de maior tristeza, as porções cerebrais ativadas nas mulheres eram oito vezes maiores que nos homens. Por este trabalho percebe-se, que além da mulher ser sócio-culturalmente "construída", ela é biologicamente diferente do homem quando se trata de emoções e sentimentos.

A sensibilidade maior para acontecimentos familiares, demonstrada pela maioria das mulheres em comparação com os homens, deve-se ao fato delas usarem mais o hemisfério cerebral direito, onde, segundo Ambrosio, apud PATRICIO (1995, p.39) "predomina a intuição, a criatividade, a sinergia, a síntese e a visão global." Enquanto que nos homens que usam mais o hemisfério cerebral esquerdo, há predominância da razão. Provavelmente as pessoas com maior

sensibilidade para o sofrimento e maior dificuldade para esquecê-lo, desenvolvam a doença dos nervos.

Em relação aos motivos que levam as mulheres a sofrerem dos nervos, LEHMANN, MORÁN, HINGSTON (1988) relacionam os seguintes:

a) Ambiente familiar tenso. Quando a convivência é difícil, é mais comum que as pessoas sejam nervosas. O nervosismo de um afeta a tolerância do outro; b) Problemas difíceis são o gatilho que dispara períodos de nervos à flor da pele; c) Más condições de vida e trabalho levam as pessoas a um sofrimento generalizado. (p.36)

Enquanto NATIONS, CAMINO, WALKER (1988) relacionam a expressão popular "nervos" com ansiedade e depressão, LIPP, ROMANO, COVOLAN (1990) traduz este termo por "stress". Para estas últimas autoras, o estresse tem vários desencadeantes, entre eles destaque aqueles relacionados com a família, que são: "expectativas do cônjuge, atitudes dos parentes e relação com os filhos". (p.39)

A doença dos nervos é constantemente motivo de consultas médicas e aposentadoria por invalidez no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A experiência com esta clientela é relatada por SOUZA (1983, p.134), quando diz: "a doença dos nervos é conseqüência de sentimentos de fracasso e exploração desenvolvidos e acumulados ao longo de sua (segurados do INSS) história de vida. O sentimento de exploração, ainda para esta autora, seria pelo indivíduo sentir-se "esgotado, trabalhando sem recompensa pelo trabalho realizado () tanto nas relações de trabalho quanto nas ligações familiares"(p.134)

A respeito do assunto "doença dos nervos", NATIONS, CAMINO, WALKER (1988), estudaram 149 pessoas, destas, 47 com doença dos nervos e 102 pessoas consideradas controle. Concluíram que as pessoas com doença dos nervos que mais procuram as clínicas de assistência primária de saúde, são as mulheres donas-de-casa, sendo esta doença freqüentemente atribuída a infortúnio

e tragédias.

Outro motivo bastante importante no aparecimento da doença dos nervos nas mulheres, é o sentimento de dominação e a falta de perspectiva de mudança social. Isto é mais freqüente naquelas que não têm uma profissão rentável, especialmente donas-de-casa. Segundo PADILHA (1992, p.10), na família patriarcal do Brasil Colônia: "As mulheres, depois de casadas, passavam da tutela do pai para a do marido, cuidando dos filhos e da casa no desempenho das atividades domésticas."

Esta situação de dominação à qual as mulheres estão sujeitas, não só acontecia nos séculos passados, ainda hoje encontramos uma parcela significativa de mulheres, dominadas e subjugadas por pais, maridos e filhos. Elas sonham com liberdade, mas não conseguem romper com os "papéis" degradantes e massificadores que foram introjetados pela cultura à qual elas estão ligadas.

Um dos papéis mais fortemente relacionados à dominação é o de "cuidadora", tanto de crianças quanto de doentes, este papel engloba as funções de mãe e dona de casa. A assistência a doentes é uma função relatada como de muita importância, sendo para as mulheres obrigação cuidar de pessoas da família, mesmo aqueles que não merecem. Assim também, é obrigação cuidar de netos, ir a velórios e enterros de pessoas da família ou conhecidos, mesmo que isto lhes traga sobrecarga física e/ou emocional. Por estas atividades relatadas nas entrevistas, como próprias das mulheres, percebe-se que há uma dominação sócio-cultural nas famílias. Esta dominação é provavelmente mantida porque as mulheres não se atrevem a transgredir normas sociais com receio de serem mal vistas, taxadas de anti-sociais, mãe e avós desnaturadas. Também porque a sociedade em geral espera das mulheres ações de cuidado. Por estes motivos, ela geralmente não solicita ser cuidada ou não aceita quando o mesmo é oferecido. Ela entende que não precisa ou não quer dar "trabalho" aos membros

da família. A mulher hipertensa, para não fugir à regra, entende que não precisa ser ajudada na manutenção da pressão arterial dentro da normalidade.

Concordo com HELMAN (1994) quando aborda a confusão à qual as mulheres das sociedades modernas estão sujeitas, pois são cobradas quanto aos seus papéis de mães e donas-de-casa, mas são compelidas pela sociedade e pelas dificuldades econômicas a desempenharem uma atividade profissional que contribua com o orçamento doméstico. Estes conflitos de papéis aumentam consideravelmente o estresse nas mulheres. Mesmo com a evolução dos costumes e a divulgação da "revolução feminina", muitas mulheres não têm forças para romper com o sistema de dominação ao qual estão atreladas.

As mulheres que sofrem mais são aquelas que não conseguem extravasar suas emoções, não conseguem dizer "não" quando há exigências em demasia ou situações que provoquem sofrimento, não conseguem chorar ou contar para outras pessoas suas tristezas e mágoas. Esta dificuldade em lidar com os "nervos" leva a mulher a ser consumidora de drogas sedativas ou tranqüilizantes. Quanto ao uso de drogas, todas as mulheres pesquisadas usam de forma permanente ou esporádica algum medicamento com esta finalidade. HELMAN (1994, p. 183) traz que: "as drogas psicotrópicas podem ser usadas para melhorar relacionamentos sociais, possibilitando a conformidade do comportamento e das emoções a um modelo idealizado de conduta normal".

Outra finalidade do uso de tranqüilizantes, segundo Cooperstock e Lennard apud HELMAN (1994), é a de auxiliar na manutenção da imagem dedicada e estereotipada, especialmente por mulheres que tinham problemas na família e no trabalho.

Conforme HOLMAN (1986), qualquer indivíduo problemático dentro de uma família, pode levar ao aparecimento direto ou indireto de situações de doença em membros daquela família. Portanto, o diagnóstico e tratamento de

pessoas com distúrbios sócio-psicológicos ajudam a manter ou recuperar a saúde física e mental na família.

Entre as mulheres pesquisadas, outro motivo relatado como causador da doença dos nervos, foi a dificuldade de adaptação à vida da cidade. As mulheres oriundas da zona rural sentem em muito maior grau que os homens este problema. Na cidade, elas têm medo da violência urbana, não têm liberdade de locomoção e sentem falta da rede de apoio que tinham anteriormente. Estas mulheres, quando residentes na zona rural, sentiam-se apoiadas, auxiliadas, valorizadas e pertencentes a um grupo social, pois recebiam e faziam com regularidade visitas de cortesia. Quando havia qualquer doente na comunidade, todos ajudavam de diversas maneiras. Na cidade isto não acontece, foi uma diferença muito grande para estas mulheres conviver com a indiferença dos vizinhos, não conhecerem e não serem conhecidas na comunidade.

A rede de apoio para a maioria dos seres humanos é importante e auxilia nos momentos de crise. Em consonância com isto, NEVES (1991) explicita que o apoio social pode ser um amortecedor do impacto de estressores e de eventos estressores aos quais os indivíduos estão sujeitos no seu dia-a-dia.

A diferença de entrosamento e integração entre as pessoas da cidade e do interior também foi encontrada por CARTANA (1988, p.157) quando relata: "os habitantes da vila formam uma grande rede social, com relacionamentos em diferentes graus de profundidade. Todos se conhecem, todos se relacionam, todos interagem." Também esta autora refere que, numa vila de pescadores, pode haver relacionamento negativo, embora o mais comum seja positivo. Contudo, nunca há indiferença e desconhecimento.

Outro motivo, menos freqüentemente citado como causador do aparecimento e manutenção da H.A., foi o uso errado ou exagerado de determinados alimentos. Mesmo as clientes sabendo quais os alimentos que

podem exacerbar o quadro hipertensivo, têm dificuldade para mudar hábitos alimentares. É mais difícil resistir à ingestão dos mesmos quando os familiares não participam nesta mudança. BUDÓ (1994), em trabalho realizado com famílias, encontrou resistência de pessoas portadoras de H.A. quanto à mudança de hábitos alimentares, por estes estarem ligados a valores culturais importantes. Também HELMAN (1994, p.49) aborda a dificuldade que os diferentes grupos culturais têm em "modificarem crenças e práticas alimentares." Este autor aconselha os profissionais de saúde a não tentarem mudar ou aperfeiçoar práticas e crenças alimentares sem antes "compreender a maneira como cada cultura percebe seus alimentos."

Embora os entrevistados digam que a H.A. não é hereditária, os estudos têm mostrado uma relação de pré-disposição familiar do cliente hipertenso. EPSTEIN, OSTER (1985) entendem que há influência genética mas também ambientais em relação à Hipertensão Arterial.

Atualmente, a ciência tem se voltado de forma intensiva para as pesquisas na área da genética. Enquanto não há resultados conclusivos, continuo acreditando que, dentre as causas das doenças, um grande número delas está ligada à emoção, sentimentos e comportamentos. Quanto a esta forma de pensar, destaco: MACIEL (1994), VICENTE (1994), CAMPOS (1992) e PINHEIRO (1992) que têm o entendimento de que um número expressivo de doenças são de origem psicossomática, dentre elas a H.A.

A respeito desse assunto, BARRETO (1987), relatando sua experiência com clientes portadoras de distúrbios psicológicos e físicos, refere que algumas doenças são desenvolvidas como válvula de escape para fugir da pressão cultural e das exigências familiares e sociais.

Ainda quanto ao aspecto de usar a doença como refúgio, BERLINGUER (1988, p.94) explicita: "a doença é de fato com frequência, ou pelo

menos inicialmente, somente a expressão de dificuldade na vida de uma pessoa."

Convém observar também que os comportamentos de saúde/doença estão intimamente ligados à cultura. Os comportamentos são conseqüência de crenças, hábitos e práticas tanto boas quanto perniciosas, mantidas ao longo das gerações.

Para HELMAN (1994), há significativa diferença entre doença e enfermidade. Enquanto a primeira é o que o homem tem ou sente, a enfermidade é o diagnóstico médico que o indivíduo recebe no serviço de saúde. Portanto, o entendimento da doença para as pessoas em geral, é o resultado da experiência pessoal/familiar e os seus significados.

Voltando mais especificamente para a mulher, MELEIS (1992) tece críticas acerca do entendimento que os profissionais de saúde, de uma forma generalizada, fazem quanto à saúde da mulher. Visto que os serviços dão ênfase à assistência ginecológica e obstétrica, esquecendo que as mulheres precisam ser ouvidas em suas necessidades, não só no período de reprodução e nos aspectos físicos, mas especialmente nas dificuldades de relacionamento com o trabalho e com a família. Esta autora recomenda que, para a enfermagem trabalhar com a saúde não só das mulheres, mas de toda a população, precisa compreender os comportamentos e sentimentos dos componentes das famílias e das diferentes comunidades.

Importância da Hipertensão Arterial para a Mulher e a Família

Percebi por este trabalho que a H.A. é pouco valorizada, tanto por familiares quanto pelas próprias clientes, provavelmente por ser uma doença crônica, que dificilmente interferem nas atividades laborais e sem sintomatologia dolorosa ou limitante. Em contrapartida, as doenças agudas levam as clientes e

suas famílias a tomarem providências imediatas e prestação de cuidados diretos, na busca de soluções para o problema. Esta maior importância atribuída à doenças agudas, também foi encontrada por CARTANA (1988) em trabalho realizado com famílias de pescadores descendentes de açorianos.

Outro trabalho que nos faz pensar nos comportamentos diferentes das famílias em relação a doenças agudas ou crônicas em um de seus membros, é o de DAL SASSO (1994). Ela relata que toda a família fica mobilizada quando um familiar sofre um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), doença classificada como aguda. Isto é demonstrado através de atos que traduzem ações de apoio, força, esperança e cuidados. Seu trabalho foi desenvolvido com familiares de homens que sofreram IAM.

O único valor dado a H.A. é o temor da complicação chamada Acidente Vascular Cerebral (AVC). Embora todas as clientes e a maioria dos familiares saibam que existe outras complicações, as clientes deixam transparecer não se importarem em morrer de IAM, mas têm pavor do AVC, pois é uma doença que freqüentemente deixa a pessoa com seqüelas neurológicas, levando a limitações na deambulação, na fala... Às vezes, o doente fica acamado por longo período, culminando em óbito. Por este motivo, as mulheres que seguiam o tratamento, mesmo de forma não permanente, só o faziam de "medo" desta doença. O AVC é temido pelas mulheres, pois pode leva-las à dependência total de outras pessoas e cuidados permanentes. Esta preocupação está presente em todas as mulheres, pois em nossa cultura elas foram preparadas para ajudar e prestar cuidados aos outros, não admitem com isso precisarem ser ajudadas de forma integral em situações de dependência, como ficar acamada, precisando dos familiares para todas as necessidades.

A mulher que conseguia manter níveis tensionais dentro da normalidade era aquela cuja família vivenciou o cuidado com um familiar com

AVC, causado por H.A. e D.M., portanto a experiência prévia com a complicação mais temida da H.A. faz com a mulher hipertensa e seus familiares façam um esforço grande para a manutenção da pressão arterial dentro da normalidade.

ELSEN (1984), em sua tese de doutorado concluiu que experiências familiares com determinadas doenças levam seus membros a um maior e melhor conhecimento destas doenças. Com isto, há uma maior preocupação tanto na prevenção quanto no tratamento.

Ainda uma cliente entendia a H.A. como uma doença ruim, pois a mesma trazia limitações sociais, tais como não poder participar de festas e fazer visitas, pois nestas ocasiões há alimentos e bebidas em quantidade e espécies não indicadas em sua dieta e pouco comum em sua casa. Quando ia a estes acontecimentos e não queria comer e beber tudo o que era oferecido, precisava dar muitas explicações, deixando-a constrangida. Quando não resistia à tentação, usufruindo de tudo o que era servido, posteriormente sentia-se muito culpada. Por estes motivos, ela e seu esposo evitam participação em festas e encontros de família.

Percebi, pelo trabalho desenvolvido, que as restrições que o tratamento convencional prescrito às clientes para a manutenção da pressão arterial normal ou próxima da normalidade, é mais uma fonte de sofrimento, porque a mulher, ao segui-lo, sente-se tolhida em sua liberdade; não o praticando, sente-se culpada; não aceitando o que lhe é oferecido, tem que resistir e dar explicações. Por qualquer uma destas situações, elas sentem-se diferentes, logradas e prejudicadas em seus direitos.

Em relação à mudança no relacionamento social, TRENTINI, SILVA, LEIMANN (1990), encontraram, em trabalho realizado com doentes crônicos, que 31,1% tiveram mudanças nas relações com amigos, pela limitação que este tipo de doença impunha.

As clientes hipertensas, na tentativa de sofrerem menos restrições em seu cotidiano e alcançarem cifras tensionais compatíveis com a normalidade, lançam mão de tratamentos não-oficiais, os chamados tratamentos alternativos. São usados concomitante ao tratamento convencional e, em alguns momentos, o substituem. Estes tratamentos são aprendidos com parentes, vizinhos e por experimentação individual. O mais comum é a fitoterapia. As plantas, cascas e flores usadas são as mais diversas e de forma não sistematizada.

Aderência ao Tratamento Vista pela Família e pela Mulher Hipertensa

A manutenção da pressão arterial dentro da normalidade de indivíduos com H.A., através do seguimento de um tratamento proposto, é entendido pelos profissionais de saúde como aderência do cliente hipertenso.

É consenso entre os entrevistados que a mulher hipertensa precisa "cuidar-se", para manter a H.A. sob controle. Todavia, a maioria dos familiares entendem que o cuidado é competência e responsabilidade somente da mulher, não cabendo a eles uma participação maior no processo de tratamento, especialmente quando há necessidade de mudar hábitos e abrir mão de preferências e costumes. Também ela não pede ajuda para a realização dos cuidados, por não querer incomodar ou por acreditar que não seria cuidada. Por conseguinte, somente há, por parte de uma pequena minoria dos elementos que compõem as famílias, um verdadeiro empenho em ajudar a mulher na aderência ao tratamento. Acredito que isto se deva pela própria condição da mulher, pois provavelmente um dos papéis mais importantes dela seja a de cuidadora. Sempre abnegada, procurando o bem-estar dos outros, mesmo que seja em seu prejuízo. Esta situação de não ser ajudada, ter pouco suporte social é, possivelmente, ao pouco valor que a própria mulher se atribui, ao sistema de opressão ao qual ela

está culturalmente ligada e à dominação da família.

A respeito da aderência ao tratamento, O'Brien apud PERES (1989), nos diz que a aderência tem relação com a presença de suporte social, sendo suporte social primário a família, e suporte social secundário os profissionais de saúde. Já CARTANA (1988, p.27) considera como suporte social "os relacionamentos positivos com componentes de afeto () e relacionamento profissional, não é considerado suporte social."

Um estudo da relação aderência ao tratamento e suporte social foi realizado por WILLIAMS, BERESFORD, JAMES et al. (1985), no qual foi encontrado que as mulheres com H.A. são, em sua maioria, donas-de-casa e, quando trabalham fora, têm menor suporte social entre os colegas, menor aprovação do esposo quando casada e pequena percepção do processo saúde/doença. E entre os hipertensos que desistem do tratamento e os que não conseguem manter-se aderidos, têm maior nível de estresse e menor capacidade de enfrenta-lo.

Quanto ao tipo de família e comportamento familiar relacionados à aderência, PERES (1989) encontrou na revisão de literatura que, entre as crianças não aderentes à medicação imunossupressora pós-transplante renal, tinham significativamente disfunções familiares e amor-próprio alterado negativamente.

Por ser a H.A. uma doença com vários fatores de risco, tanto físico quanto psico-sócio-cultural e que nem sempre os medicamentos surtem o efeito desejado, torna-se difícil a aderência do cliente a uma modalidade de tratamento centrado no modelo biomédico, que seja aceito e executado individualmente e permanentemente por todos os clientes.

Entendo que uma determinada família tanto pode servir de suporte social, como não. Isto dependerá do membro que necessita do suporte, assim como da situação e do momento vivenciado pela família.

Em relação a diversificação apresentada pelas famílias PATRICIO (1990, p.221) afirma: "cada família é um fenômeno à parte, assim como o homem é único, cada família também o é." Ainda esta autora ressalta que tanto a família pode ser um recurso como um limite ou empecilho no desenvolvimento de seus membros.

Quanto ao desconhecimento da etiologia da H.A.E. e a dificuldade no tratamento, apropriadamente OIGMAN, SPRITZER (1991, p.4) colocam que: "a H.A. é uma condição clínica de natureza multifatorial", sendo para estes autores o motivo da dificuldade no tratamento, mesmo havendo uma gama de drogas anti-hipertensiva.

Os médicos, em sua grande maioria, na opinião de CAPRA (1982), são defensores do modelo biomédico, estando interessados nas doenças e não nas pessoas portadoras de doenças. Assim sendo, os doentes cujas doenças estão relacionadas com distúrbios sociais e psicológicos, não conseguem destes profissionais o diagnóstico e o tratamento corretos. Provavelmente estes profissionais acham-se incapazes ou despreparados para atuarem nessas áreas.

Apropriadamente, sobre este assunto, Basaglia apud BERLINGUER (1988, p.101) expressa-se da seguinte maneira: "a cultura médica serve de fato para transferir o fenômeno sofrimento somente para quem o exprime, ocultando a estreita ligação com a situação responsável pelo seu aparecimento." Ainda este autor entende que a doença não é um evento individual na vida das pessoas, ela tem uma conotação social, tanto na causa como no tratamento. Entendo, portanto, como desumano exigir que o indivíduo se cure sozinho, visto que ele não está isolado do mundo em que vive e do meio que o influencia.

Constatei que, quando algumas clientes conseguiam alcançar níveis tensionais normais, mesmo de forma não permanente, foram através das seguintes estratégias:

- Aceitação e uso de uma mesma dieta por todos os membros da família;
- Manutenção de medicamentos em casa;
- Preocupação de familiares na diminuição de situações estressoras;
- Verificação da pressão arterial diariamente e conseqüente ajuste de medicamentos;
- Acompanhamento em caminhadas.

Pode-se perceber que as ações que apresentaram algum sucesso além do desejo e interesse da cliente, tiveram a participação de familiares e até de membros da comunidade.

Portanto, para haver um controle eficaz dos fatores de risco da H.A., é necessária a efetiva participação familiar, pois também no entendimento de CRUZ, BELÉM, CARVALHO et al. (1995), um problema de saúde crônico exige tanto do cliente quanto da família a adaptação a um novo estilo de vida.

A grande incógnita é como alcançar a participação familiar no tratamento da mulher hipertensa. Acredito que a resposta pode ser a de HOLMAN (1986) quando propõe que profissionais de saúde interessados em intervenções com qualquer cliente, precisam antes conhecer a família ao qual ele está ligado. Esta autora entende que a "Avaliação Familiar" é uma ferramenta para o entendimento e intervenção dos mais diferentes profissionais.

Entendo que, depois da avaliação familiar há necessidade de discussão dos profissionais de saúde com cada família, para a elaboração de estratégias de enfrentamento da doença, que serão tanto individuais quanto familiares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo me direciona a continuar trabalhando com adultos, não na transmissão de informações, mas principalmente no respeito e atenção que cada ser humano busca e deseja, ouvindo suas queixas, permitindo que o mesmo extravase suas emoções. Quando for desejo do indivíduo, servirei de ponte entre ele e sua família.

Ainda pretendo discutir em diferentes grupos, o papel social da mulher, seu modo de ver o mundo, suas necessidades e compromissos, por ter a mulher atitudes baseadas na sensibilidade e o homem na razão, há desencontros e sofrimento. Na tentativa da construção de um homem mais sensível e uma mulher mais racional, necessário se faz esta discussão com crianças e adolescentes sobre este tema.

Também entendo que as mulheres precisam de um fórum de debate, onde possam discutir sem censura os desencadeantes da doença dos nervos, e na troca de experiências construir um referencial que as fortaleçam para o enfrentamento dos problemas diários na família.

Espero que o presente trabalho sirva de subsídio para o ensino da Enfermagem, para a prática nos serviços de saúde e suscite o interesse por outros trabalhos investigativos com a família de clientes em situação crônica de saúde.

No ensino, entende-se que há necessidade de desencadear nos professores e alunos o interesse pela atenção à família. Para tanto, precisam ser mobilizados e preparados para esta tarefa. A família é uma unidade complexa, com os mais diferentes interesses, necessidades, contradições e com forte influência nos comportamentos de saúde, portanto deve-se aprofundar os

conhecimentos sobre a unidade familiar, elaboração ou adaptação de metodologia viável para realizar a avaliação da participação da família na atenção aos seus membros. Esta avaliação deve contemplar as capacidades individuais, grupais e comunitárias, assim como hábitos, costumes e crenças.

Portanto, o conhecimento do contexto sócio-econômico-cultural das famílias, pode levar os enfermeiros e acadêmicos a um trabalho com as mesmas, consistindo basicamente no levantamento do potencial existente, estimulação à participação efetiva de todos os membros da família, na busca da manutenção da saúde e tratamento de doenças e a não-dissociação da saúde física, da mental.

Os profissionais de saúde, que trabalham com clientes portadores de H.A., precisam incluir em sua prática o conhecimento das relações de gênero, relações intergeracionais e relações da família com a sociedade. Estes conhecimentos poderão auxiliar os profissionais a buscarem um novo referencial para a atenção aos clientes e famílias, visando a aderência ao tratamento da H.A.

As mudanças efetivas, tanto no ensino quanto na prática, dar-se-ão baseadas nas pesquisas. Por conseguinte, há uma gama infindável de temas a serem pesquisados, com o objetivo de tornar o ensino mais próximo da realidade da clientela e a prática, voltada para as reais necessidades da população. Deste trabalho, surgiram temas para estudos futuros. São eles: Discussão do papel social da família; Comparar a assistência individual prestada ao cliente crônico com a assistência incluindo a família no processo; O homem hipertenso na família; A mulher hipertensa que trabalha fora; A doença dos nervos no homem; Outras doenças que estão relacionadas com a doença dos nervos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABURDENE, Patricia, NAISBITT, John. **Megatendência para as mulheres**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993. 479 p.
- ACEVEDO, Hilda Costa. **Senhoras e senhoritas, gatas e gatinhas**. Pelotas: Ed. da Universidade, 1993. 128 p.
- BARRETO, Adalberto. Família, loucura e cultura. **Revista Família**. Centro de Estudos da Família v.2, n.1, p. 61-70, 1987.
- BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: HUCITEC/Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988. 150 p.
- BOEHS, Astrid Eggert. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de família em expansão. In: BUB, Lydia I. Rossi et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.121-137.
- BOTT, Elizabeth. **Família e rede social**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1976. 320 p.
- BRUSCHINI, Cristina. O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes. In: SAFFIOTI, Heleieth I. B., MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; NIPAS; Brasília, D.F.: UNICEF, 1994. p.63-93.
- BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. Santa Maria: UFSM, 1994. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural), Universidade Federal de Santa Maria, 1994. 223 p.
- CAMPOS, Eugênio Paes. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 234-252.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982. 445 p.
- CARNEIRO, Sueli. Identidade Feminina. In: SAFFIOTI, Heleieth I.B., MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; NIPAS; Brasília. D.F.: UNICEF, 1994. p.187-193.
- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social de famílias**. Florianópolis: UFSC, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1988. 207 p.

- CERESER, Helena Luiza, BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin, ALMEIDA, Dario T. et al. Análise da pressão arterial na população do Núcleo Habitacional Santa Marta-Santa Maria (RS). In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA UFSM, 1, 1992, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: UFSM, 1992.
- CERESER, Helena Luiza, VOGT, Maria Saleti Lock. Relato de experiência: assistência ao cliente portador de hipertensão arterial no N.H. Santa Marta-Santa Maria(RS). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993, Recife. **Anais...** Brasília: ABEn, 1993.
- CHAVES, Eliane Correa. **Fatores de risco em doença cerebrovasculares: estudo retrospectivo com pacientes internados na clínica neurológica do hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo entre 1977 a 1984.** São Paulo: USP, 1986. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1986. 75 p.
- CHINN, Peggy L., WHEELER, Charlene Eldridge. Feminism and nursing: can nursing afford to remain aloof from the women's movement? **Nursing Outlook**, v.33, n.2, p. 74-77, mar./apr. 1985.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991. 164 p.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem,** Rio de Janeiro, 1993. 16 p.
- COSTA, Antonio Carlos Gomes da. A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. **Família brasileira, a base de tudo.** S. Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994. p.19-25.
- CRUZ, Isabel Cristina F. da, BELÉM, Lilian P., CARVALHO, Margareth Santos et al. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **R. Enferm. UERJ**, v.3, n.1, p. 71-76, Mai. 1995.
- DA MATA, Roberto. A família como valor: considerações não familiares sobre a família à brasileira. In: ALMEIDA, Angela M. et al. **Pensando a família no brasil: da colônia à modernidade.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/ UFRRJ, 1987. p. 115-136.
- DAL SASSO, Grace Terezinha Marcon. **A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda - um desafio para a enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1994. 219 p.
- DEBERT-RIBEIRO, Myrian. La mujer y la enfermedad cronica en america latina. In: GÓMEZ, Elsa Góme (Ed.) **Genero, mujer y salud en las américas.** Washington, D.C. : OPS, 1993. p.89-97.
- DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. **Mulheres, "sanitaristas de pés descalços".** São Paulo: HUCITEC, 1991. 115 p.

- ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behavior among families living in a Brazilian fishing village**. San Francisco: UCSF, 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem), Curso de Doutorado em Ciências de Enfermagem, University of California, 1984. 301 p.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lydia I. Rossi et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.
- ELUF NETO, José, LOTUFO, Paulo Andrade, LÓLIO, Cecília Amaro de. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v.24, n.4, p.332-336, 1990.
- EPSTEIN, Murray, OSTER, James R. **Hipertensão uma abordagem prática**. Rio de Janeiro: BIOGALÊNICA/ CIBA-GEIGY, v.1. 1985.
- HAGUETTE, Teresa M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1992. 224p.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333 p.
- HOLMAN, Adele M. **Family assessment: tools for understanding and intervention**. 4. ed. California: SAGE, 1986. 120 p.
- KERLINGER, Fred Nichols. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980. 377p.
- LAZARSELD, Paul, SEWELL, William, WILENSKY, Harold L. **La sociologia y el cambio social**. Buenos Aires: Centro Regional de Ayda Tecnica/Agencia para el desarrollo internacional, 1987. 251 p.
- LEHMANN, Carolyn, MORÁN, Peggy, HINGSTON, Monica. **Mulher corpo mente alma**. Santiago do Chile: TAPS, 1988. 87 p.
- LIPP, Marilda Novaes, ROMANO, Ana Silvia P.F., COVOLAN, Maria Aparecida. et al. **Como enfrentar o stress**. 3. ed. São Paulo: Icone; Campinas: UNICAMP, 1990. 91 p.
- LÓLIO, Cecília Amaro de, LAURENTI, Ruy, BUCHALA, Cássia Maria et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. III- Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde públ.** São Paulo, v.25, n.1, p.37-40, 1991.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986. 99 p.
- LUNA, Rafael L. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: Medsi, 1989. 301 p.

- MACHADO, Lia Zanotta. Feminismo, academia e interdisciplinaridade. In: COSTA, Albertina de Oliveira, BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p.24-38.
- MACIEL, Carmen Lúcia Campos. Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão essencial. In: ROMANO, Vilma Bellkiss. **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. p.01-38.
- MAIA, Ana Rosete C.R. **Competência do indivíduo hipertenso para o autocuidado à saúde**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. 121 p.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. Ser e tornar-se saudável: o âmago do conhecimento de enfermagem. **Texto e contexto-enf.**, Florianópolis, v.1, n.2, p.36-55, jul./dez. 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA)** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 89 p.
- MION, D. J., TINUCCI, T. O Grande desafio: como manter o paciente em tratamento com a pressão normalizada. Programa de atualização clínica em Hipertensão Arterial. **Biogalênica**, Mai.1991.
- MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. **"Trabalhadeiras" e "camarados": relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica**. Belém: Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ UFPA, 1993. 216 p.
- NATIONS, Marilyn K., CAMINO, Linda A., WALKER, Frederic B. "Nerves":folk idiom for anxiety and depression? **Soc. Sci. Med.** v.26, n.12, p.1245-1259, 1988.
- NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994. p.26-46.
- NEVES, Vera Tôrres das. **Fatores biopsicossociais preditivos de hipertensão arterial essencial**. Brasília: UNB, 1991. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade de Brasília, 1991. 119 p.
- OIGMAN, Wille, SPRITZER, Nelson. Consenso brasileiro para o tratamento da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.56, suplemento A, jan.1991.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A família em questão: uma abordagem histórica-contextual. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.5, n.1/4, p.8-13, jan./dez. 1992.
- PAIVA, Luiz Miller de. **Medicina psicossomática: psicopatologia e terapeutica**. São Paulo: Artes Médicas, 1966.

- PALTIEL, Freda L. La Salud mental de la mujer de las americas. In: GÓMEZ, Elsa Gómez (Ed.) **Genero, mujer y salud en las américas**. Washington, D.C: OPS, 1993. p.143-162.
- PASTORE, Karina, FRANÇA, Valéria. Neurônios que fazem a diferença. *Veja*, 22 mar., 1995. p.76-82.
- PATRICIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. 215 p.
- PATRICIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1990. 282 p.
- PEDRAZZANI, João Carlos. **Construção e análise de um programa de ensino de auto-cuidado a hipertensos**. Campinas: UNICAMP. 1988. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Estadual de Campinas, 1988. 149 p.
- PERES, Ellen Marcia. **Aderência ao tratamento dialítico e dietético em pacientes portadores de insuficiência renal crônica**. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. 159 p.
- PIERIN, Angela Maria Geraldo. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: influência de variáveis, conhecimento das complicações da doença e expectativas quanto à assistência de enfermagem (parte III). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.23, n.1, p.35-48, abr. 1989.
- PINHEIRO, Raimundo. **Medicina psicossomática: uma abordagem clínica**. São Paulo: Fundação BYK, 1992. 125 p.
- POLIT, Denisse F., HUNGLER, Bernadette P. **Investigacion científica en ciencias de la salud**. 3. ed., México: Interamericana, Mc Graw-Hill, 1991. 595 p.
- PRADO, Marta Lenise do. **Mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. 142 p.
- ROSEMBERG, Fulvia, A educação de mulheres jovens e adultas no Brasil. In: SAFFIOTI, Heleieth I. B., MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília. D. F.: UNICEF, 1994. p.27-62.
- SAFFIOTI, Heleieth I.B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. In: SAFFIOTI, Heleieth I.B., MUÑOZ-VARGAS, Monica. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília, D.F.: UNICEF, 1994. p.151-185.

- SAMARA, Eni de Mesquita. Tendências atuais da história da família no Brasil. In: ALMEIDA, Angela M. de et al. **Pensando a família no Brasil: da colônia a modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/ UFRRJ, 1987. p. 25-36.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw-Hill, 1991.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.16, n.2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da . **Desafios e enfrentamentos: Um modelo de prática da enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1990. 153 p.
- SILVA, Maria Escolástica Alvares. **Mulher substantivo masculino**. Campinas: UNICAMP, 1988. 110 p.
- SOUZA, Maria Cristina Gueiros. "Doença dos nervos" uma estratégia de sobrevivência. **A Saúde no Brasil**, v.1, n.3, p.131-139, jul./set. 1983
- TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise G. Vieira da . Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto Contexto-Enf.**, Florianópolis, v.1, n.2, p. 76-88, jul./dez. 1992.
- TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise G. V. da, LEIMANN, Artur Henrique. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônica de saúde. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre, v.11, n.1, p.18-28, jan. 1990.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.
- VANZIN, Arlete S., SANTOS, Beatriz R. Lara dos, VARGAS, Glaci de Oliveira P. et al. **Assistência de enfermagem na saúde do adulto: à nível ambulatorial**. Porto Alegre: UFRGS, 1982. 135 p.
- VELHO, Gilberto. Família e subjetividade. In: ALMEIDA, Angela M. de et al. **Pensando a família no Brasil: da colônia à modernidade**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/ UFRRJ, 1987. p. 79-87.
- VERDI, Marta, SILVA, Maria Elisabeth K. da **Prática assistencial de Enfermagem: uma experiência de educação em saúde com grupos na comunidade**. Florianópolis: UFSC, [199-] (trabalho mimeografado)
- VICENTE, Cenise Monte. Curso Violência na família. In: Jornada "Uma reflexão transdisciplinar da família. (Anotações, dez. 1994)
- WILLIAMS, Carolyn A., BERESFORD, Shirley A.A., JAMES, Sherman A. et al. The edgecombe county high blood pressure control program: III social support, social stressors, and treatment dropout. **American Journal of Public Health**. v.75, n.5, p.483-486, 1985.

ANEXO 1

QUESTÕES NORTEADORES DAS ENTREVISTAS

1- Estrutura familiar:

- Componentes da família;
- Idade, atividade de cada membro da família;
- Relacionamento entre os componentes da família;
- Tomada de decisões em situação de saúde/doença.

2- Entendimento e crenças:

- Conceito de saúde;
- Conceito de doença, causas das doenças;
- Conceito de família;
- Conceito de Hipertensão Arterial, causa do aparecimento da H.A. e causas do desencadeamento das crises hipertensivas.

3- Mulher Hipertensa:

- O dia a dia e o contexto familiar;
- A participação da família, no tratamento da mulher hipertensa;
- A participação de outras pessoas ou instituições no tratamento da mulher hipertensa;
- A procura e aceitação de ajuda pela mulher hipertensa;
- Pontos relevantes da vivência pessoal e familiar (presente e passado).