

MARIESTELA STAMM

**A ENFERMEIRA CUIDANDO DE FAMÍLIAS EM
SITUAÇÃO DE ALCOOLISMO COM UMA
ABORDAGEM TRANSPESSOAL**

**Florianópolis (SC)
Agosto 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC**

**A ENFERMEIRA CUIDANDO DE FAMÍLIAS EM
SITUAÇÃO DE ALCOOLISMO COM UMA
ABORDAGEM TRANSPESSOAL**

Mariestela Stamm

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Assistência de Enfermagem.

Orientadora: Dra. Ingrid Elsen

**Florianópolis (SC)
Agosto 2000**

30 DE AGOSTO DE 2000

**A ENFERMEIRA CUIDANDO DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE ALCOOLISMO
COM UMA ABORDAGEM TRANSPESSOAL**

MARIESTELA STAMM

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 30 de agosto de 2000 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.



Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora do programa

BANCA EXAMINADORA:

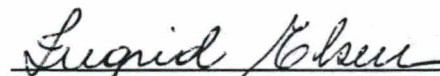
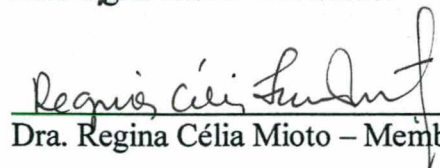


Dra. Ingrid Elsen - Presidente
Dra. Mercedes Trentini - Membro
Dra. Regina Célia Mioto - Membro
Doutoranda Mara Regina S da Silva - Membro
Dra. Maguida Costa Stefanelli - Suplente



Foto: Família Stamm (1914) - Autorizado conforme anexo IV

“O ser humano é o mais complexo, o mais variado e o mais inesperado dentre todos os seres do universo conhecido.

Relacionar-se com ele, lidar com ele, haver-se com ele, é, por isso, a mais emocionante das aventuras.

Em nenhuma outra, assumimos tanto o risco de nos envolver, de nos deixar seduzir, arrastar, dominar, encantar...”

Gaiarsa

À minha mãe **Isadir** (in memoriam):

Mesmo ausente fisicamente, foi presença constante nesta caminhada. Seu apoio, suas palavras de carinho, conforto, confiança me acompanharam em todos os momentos.

A meu pai, **Rolf**, querido amigo e companheiro, que sempre soube entender minhas ausências, meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus irmãos **Carlos Alberto, Marco Aurélio e Rosemary**, pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial

Ela voltou os olhos para as estrelas nascentes.

Conheço-as todas pelos nomes, disse;

cada uma delas tem vários nomes;

e todas elas virtudes diferentes.

Seu deslocamento que nos parece calmo é rápido e torna-as incandescentes.

Seu inquieto ardor é a causa da violência de seu movimento no espaço, e seu esplendor o efeito.

Uma vontade íntima as impulsiona e dirige;

um zelo requintado as abrasa e as consome;

é por isso que são radiosas e belas.

(André Gide).

Dra. Ingrid Elsen, seu zelo, suas virtudes, sua maneira calma mas rápida de cuidar, motivar, incentivar, permitiram a realização desta dissertação. Como uma estrela nascente que guia o andante, você compartilhou comigo sua sabedoria. Meu eterno obrigado.

... outro agradecimento especial

Os Antigos Mestres eram sutis, misteriosos, profundos, sensíveis.

A profundidade de sua sabedoria é insondável.

E por ser insondável, só podemos descrever a aparência que tinham.

Atentos como quem atravessa um riacho no inverno.

Alertas como quem tem consciência do perigo.

Corteses como quem vem de visita.

Brandos como o gelo prestes a derreter.

Simples como blocos de madeira sem nenhum entalhe.

Lao-tsé. Tai te Ching – (capítulo 15).

Dras. Ingrid Elsen e Mercedes Trentini, ao ler esses escritos, lembrei-me de vocês. Sempre atentas, alertas, corteses, brandas, simples e sábias, souberam compartilhar essas virtudes, facilitando todo o processo construído.

... mais um agradecimento especial.

Aos colegas do mestrado... todos, indistintamente, também me fazem lembrar dos escritos de André Gide sobre as estrelas nascentes. Vejo nosso grupo como as estrelas que “se mantém amarradas uma a outra por laços que são virtudes e forças, de maneira que uma depende da outra e que a outra depende de todas. A rota de cada uma está traçada e cada qual encontra sua rota. (...) E cada uma escolhe sua rota seguindo a que lhe cabe seguir... Um amor deslumbrado as guia...”

Estes dois anos foi o tempo suficiente para que se solidificasse em nós algo atemporal, infinito, que é a amizade, o amor e o respeito mútuo. A todos vocês, Marcos, Irany, Joseani, Terezinha, Eliane, Ana Maria, Genair, Ivete e Vilma, obrigada por compartilharem momentos importantes nesta caminhada... Que um amor deslumbrado os guie na rota escolhida.

Um agradecimento carinhoso

ÀQUELE que sempre esteve ao meu lado, que nunca me abandonou e que nos momentos em que pensava não conseguir mais caminhar... me carregou no colo.

Ao sempre amigo **Dr. Wilson Cremmer de Paula** que me ajudou a perceber a paixão existente em mim pela enfermagem psiquiátrica. Os primeiros passos ao seu lado, foram decisivos para esta opção.

A colega e amiga **Enf^ª. Solânia Zanatta Durman** pelo apoio incondicional durante os anos que juntas trabalhamos e pela amizade de sempre.

As grande incentivadoras. **Dra. Maria de Lourdes de Souza, Dra. Lidvina Horr, Msc. Kenya S. Reibnitz**, pelo apoio, carinho e incentivo.

A sempre amiga **Valéria S.F. Madureira**, pelo apoio constante, paciência, incentivo e por partilhar suas experiências.

A **Maria Luiza**, amiga e companheira de todas as horas, pelo compartilhar amoroso e apoio incondicional em todos os momentos desta caminhada.

A **Silvana Bernardi**, responsável pela digitação deste, que com sua competência e dedicação foi a amiga especial, que transformou o difícil em fácil e o "meu" trabalho em "nosso" trabalho.

As amigas **Marice e Loreni** pela paciência, compreensão e principalmente por compreenderem minhas ausências.

A amiga e colega **Vilma Beltrame**, pelos “recreios telefônicos”, pelas observações que geravam inquietações e dúvidas, fazendo com que eu repensasse e rescrevesse inúmeras linhas, contribuindo assim para o enriquecimento pessoal e científico do trabalho.

As **Famílias Outono e Primavera**, que fizeram parte deste aprendizado, o meu eterno agradecimento.

A amiga e colega **Terezinha Bordin**, pelo constante compartilhar de conhecimentos, dúvidas e sonhos. A teoria transpessoal de Watson foi o principal elo dessa aproximação amorosa, empática, sensível, que transcendeu ao tempo e espaço.

A **Dra. Alcione Leite da Silva** pela sua disponibilidade, atenção, amorosidade em partilhar comigo seu conhecimento sobre a teoria de Jean Watson.

Aos membros da banca de exame de qualificação, **Dra. Maguida Costa Stefanelli, Dra. Regina Celia Tamaso Miotto e Doutoranda Mara Regina Santos da Silva**, pela contribuição fundamental para a realização deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora, **Dra. Mercedes Trentini, Dra. Regina Célia Tamaso Miotto, Doutoranda Mara Regina Santos da Silva e Dra. Maguida Costa Stefanelli**, por terem dividido comigo seus saberes, os quais foram imprescindíveis para a conclusão deste.

Aos **professores** do curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, pelo saber transmitido.

Ao **Grupo ARAL**, pelo apoio constante.

A professora **Neci do Nascimento Daher** por realizar a revisão de português destes meus escritos.

A **Decléia Faganello** pela revisão das referências bibliográficas e pela amizade.

A **Tânia Forner** pelas traduções do inglês e pelo incentivo.

À coordenadora e sub-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, **Dra. Denise E. Pires de Pires e Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha**, pela compreensão demonstrada ao longo desta trajetória.

A **Dona Maria das Graças Assunção** que sempre sorridente nos recebia na casa Vida & Saúde e pela gentileza ao atender os inúmeros telefonemas.

O reconhecimento...

À Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC-PEN

À Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

À Universidade do Contestado – UnC Concórdia

À CAPES – FUNCITEC

Aos que não tem seus nomes aqui registrados, mas que torceram pela realização desta minha jornada, obrigada.

Enfim, divido esta vitória com todos os que acreditaram e ajudaram transformar este sonho em realidade.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram: cuidar de famílias em situação de alcoolismo, respeitando seus valores, possibilitando expressões de sentimentos positivos e negativos, estimulando a fé e esperança através de atitudes altruístas, bem como, refletir sobre a teoria transpessoal de Jean Watson através do processo de cuidado. Da teoria de Watson foram utilizados os pressupostos, seus dez fatores de cuidado, conceito de enfermagem, ser humano, saúde/doença, ambiente/sociedade; os conceitos de família e alcoolismo foram por mim construídos em consonância com o referencial escolhido. O processo de cuidado foi desenvolvido com duas famílias durante o período de setembro de 1999 a maio de 2000, num total de 42 encontros, tendo como local a residência dos envolvidos, e 19 acompanhamentos ao grupo de auto-ajuda. Os encontros foram pré-agendados numa trajetória dinâmica, na qual mantive uma relação inter-transpessoal constante com todos os elementos da família. Através da sensibilidade, amorosidade, empatia, calidez e compatibilidade, foi possível por em prática os conceitos, pressupostos e fatores de cuidado da teoria transpessoal de Watson. O cuidado, posicionado como ideal moral, foi o ponto de partida, representando a maior forma de compromisso e envolvimento com o outro. Ficou evidenciado que a enfermagem pode respaldar-se neste referencial, para cuidar de famílias e superar a visão individualista do cuidado.

PALAVRAS CHAVES: família, cuidado, alcoolismo

ABSTRACT

The nurse caring for families in a situation of alcoholism with a transpersonal approach. The objectives of this study were: to take of families in alcoholism situation, respecting its values, making possible expressions of positive and negative feelings, stimulating the faith and hope through altruistic attitudes, as well as, to reflect on the transpersonal Jean Watson's theory through the care process. From Watson's theory have used the presuppositions, the correlative factors, the concepts of nursing, human being, health/illness, environment/society. The concepts of family and alcoholism were constructed in accordance with the chosen referential. The nursing care process was developed with two families during the period of September 1999 to May 2000, in a total of 42 meetings, having as local the residence of the involved ones, and 19 accompaniments to the group of self-aid. The meetings had been set in a dynamic path, in which kept inter-transpersonal relations with all the elements of the family. Through sensitivity, amorosity, empathy, warmth and practical compatibility, it was possible to put in practice the concepts, presuppositions and factors of care from Watson transpersonal theory. The care, viewed as an ideal moral, was the start point, representing the biggest form of commitment and involvement with the other. It was evidenced that nursing can be endorsed this referential to take care of families and to surpass the individualistic vision of care.

KEY WORDS: family, care, alcoholism

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
OBJETIVOS	25
REVISÃO DE LITERATURA	26
REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	42
METODOLOGIA	60
PRESTANDO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS	73
REVENDO O PROCESSO DE CUIDAR DE FAMÍLIAS À LUZ DA TEORIA TRANSPESSOAL DE WATSON	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
ANEXOS	161

INTRODUÇÃO

*Caminhar
e como viver;
um pouco por vez
até o mais alto cume.
Algumas trilhas são mais íngremes
e mais difíceis
do que outras.
É fácil se perder,
tomar o caminho errado.
Difícil também voltar
para a rota certa,
que é ainda mais íngreme.
Numa encruzilhada
nosso impulso é tomar
a via mais baixa, mais fácil.
Mas o caminho mais alto, mais difícil
é o que levará o caminhante ao seu destino final.*
David Hatcher Childress

As informações acumuladas a respeito do alcoolismo e suas conseqüências, têm atestado a grande complexidade que envolve este fenômeno. Contudo, o reconhecimento do uso do álcool como um problema de saúde pública, que causa considerável ônus a sociedade, como danos à saúde, absenteísmo, incapacidade para o trabalho, atendimentos freqüentes em prontos socorros, internações hospitalares, perdas de vidas, criminalidade, violência doméstica, e toda gama de desajuste familiar, não nos faz reféns da situação. Ao contrário, tem impulsionado o aprofundamento da compreensão dessa questão.

O uso do álcool remonta os tempos históricos e alcança todas as sociedades, das quais se tem registro. TREFAUT (1997), diz que até onde a investigação histórica é capaz de retroceder, parece certo que no período neolítico, entre 10 mil e 8 mil a.C., o homem já produzia bebidas. Enquanto a humanidade se divertia em memoráveis consumos etílicos, desde o tempo de Hipócrates, há relatos descrevendo os danos causados no organismo pelo excesso de álcool.

BERNARDO (1997), diz que o uso de álcool tem sido objeto recorrente de julgamento moral da sociedade. Apesar dos estudos explicarem melhor esta dependência, prevalece muito desconhecimento sobre o assunto. A autora descreve que a história apresenta o álcool como “vício” e o alcoolista como um “desvirtuado”. Em 1784, nos E.U.A., Benjamin Rush criou uma estranha tabela na qual relacionava alguns “vícios” com o consumo de bebidas alcoólicas. Para Rush, o ponche provocava preguiça, induzindo ao jogo e às dívidas. O rum com ovos era associado a rabujice, vômitos, tremores nas mãos e ameaça de cadeia.

A partir de 1830, desenvolveu-se naquele país, o movimento conhecido como “temperança” cuja base era a proibição ao uso de bebidas alcoólicas. O álcool tornou-se um vilão responsável por vários males. Grupos conservadores, como a União Cristã de Mulheres (WCTU), organizaram-se para realizar sessões de oração em tabernas, hotéis e farmácias, pedindo o fechamento dos estabelecimentos ou o fim da venda de bebidas. Alcoolistas eram conhecidos como ébrios pessoas imorais que haviam feito uma opção pela vida de promiscuidade. Este movimento popular cresceu e foi um dos motivos que levaram o médico Bratt System, criar um esquema de racionamento. EDWARDS (1998) diz ainda que este esquema determinava que 1,2,3 ou 4 litros de bebidas alcoólicas poderiam ser comprados a cada mês por pessoas com mais de 20 anos. Este movimento foi introduzido em 1914 em Estocolmo, e no resto do país em 1920, sendo suspenso em 1955. A suspensão deveu-se ao fato desse racionamento ser dirigido aos chamados bebedores pesados, que como alternativa de conseguir a bebida, freqüentavam restaurantes como fonte de álcool, onde as refeições eram acompanhadas de bebida alcoólica por preços abusivos.

A Groelândia estabeleceu um sistema de racionamento em 1979. Eram fornecidos para toda pessoa com mais de 18 anos, 72 cupons por mês, através dos quais conseguiam

adquirir o álcool. Para cada tipo, era exigido quantidades diferentes de cupons; um cupon para uma cerveja, mas $\frac{3}{4}$ de litro de bebida destilada exigia 24 cupons. Baseado na pesquisa de Schechter, EDWARDS (1998), escreve que houve uma queda no uso global de álcool, assim como a ingestão doméstica e os maus tratos a crianças diminuíram. Este sistema foi suspenso em abril de 1982, porque desenvolveu-se um amplo mercado negro nas vendas de cupons, e principalmente, porque começou a haver produção caseira de álcool, causando envenenamento, por não haver nenhum controle de qualidade. Em consequência, o consumo de álcool saltou para 60% assim como os problemas associados.

Outras medidas foram introduzidas como o responsabilizar os estabelecimentos de venda de álcool a varejo, que serviam bebidas de álcool a pessoas embriagadas. Com base em uma lei comum, vários países adotaram esta conduta. Era um meio de indenização legal, no momento que a pessoa alcoolizada causasse danos pessoais ou ferimentos a si ou a outros.

A proibição total de bebidas alcoólicas foi adotada em muitos países, no início do século vinte, diz EDWARDS (1998), mas alguns desistiram dessa medida em virtude da falta de apoio e concordância popular. Mudanças no horário e dias de venda foi implantado em diferentes cidades e estados da Austrália, também sem nenhum sucesso. Determinação da idade mínima para beber, representa o único exemplo no qual impede algumas pessoas de comprarem o álcool. “Apesar da maioria dos países disporem de algumas leis relativas à idade mínima para comprar, elas são aplicadas frouxamente, e em alguns casos nem são consideradas” (EDWARDS, 1998, p. 151). Estas são algumas evidências de uma política de controle do álcool, mas que para chegar aos objetivos da saúde pública, devem estar sintonizados com o sentimento popular, e este sentimento parece cada vez mais distante e irreal.

TREFAUT (1997), diz que a OMS considera que entre 10% e 12% da população mundial é dependente de álcool. Esta mesma autora informa que foi realizado um levantamento em São Paulo, Brasília e Porto Alegre no início dos anos 90, projetando essa estimativa para 15%, dizendo ainda que, entre os homens, o alcoolismo é o principal problema na área de saúde mental.

Na verdade, estatísticas apontam sempre para a mesma direção, mostrando ser cada vez maior o número de vidas que se perde, nas quais se sugere a participação do álcool

ativa ou passivamente. DIEGUEZ (1998), escreve em seu artigo, o estudo da toxicologista Alice da Matta Chassin, do Instituto Médico Legal e da socióloga Beatriz Carlini da Universidade de São Paulo. Das 5.700 pessoas, que morreram de causas não naturais em São Paulo em 1996, 48% estavam sob efeito do álcool. Nessa pesquisa não há relato de quantos não alcoolizados morreram em virtude disso, mas supõe-se que deve ser significativo o número destas vítimas. O estudo mostra ainda, que o álcool foi responsável por 54% dos afogamentos, 53% dos atropelamentos, 52% dos homicídios, 51% dos acidentes de carro e 36% pelos suicídios.

A ausência de uma definição universalmente aceita de alcoolismo, é um dos obstáculos para a maioria dos terapeutas, o que resulta muitas vezes num diagnóstico errôneo, ou no fracasso em identificar um problema de bebida na família, (KRESTAN e BEPKO, 1995). Geralmente as pessoas ainda associam o alcoolismo com vagabundagem, mesmo que na década de 60 a publicação do livro **The disease concept of alcoholism**, pelo médico norte-americano JELLINEK, tenha sido o grande responsável por uma nova forma de ver e tratar o alcoolismo. O autor, propunha a classificação do alcoolismo como uma doença caracterizada pela “compulsão e pela perda de controle”. Até então, atribuía-se ao alcoolismo apenas distúrbios de caráter e fraquezas morais. A extensão desse debate fez com que ainda nos anos 60, o alcoolismo passasse a ser considerado doença, com diagnóstico e sintomas universais pela Organização Mundial da Saúde. Foi uma virada histórica mas que não “livrou” os dependentes do álcool das denominações pejorativas, que lhes eram atribuídas. Permanece em nosso meio uma considerável controvérsia quanto á classificação do alcoolismo como doença e prevalece muito desconhecimento sobre o assunto.

Cientistas e clínicos nem sempre concordam denominar o alcoolismo como doença. Existem os que afirmam radicalmente não ser uma doença, como é o caso de Thomas Szasz (1972), citado por VAILLANT (1999, p. 28). “O beber excessivo é um hábito. Se nós escolhemos chamar ou maus hábitos de “doenças”, não existe limite para aquilo que classificamos como doença”.

Outros autores referidos por VAILLANT (1999) que defendem a idéia de não ser o alcoolismo uma doença, foram ARMOR et al (1978), os quais apontam alguns perigos de um modelo médico para o alcoolismo. Um destes apontamentos diz que tratar o alcoolismo

como doença “é permitir que ele seja usado tanto pelo indivíduo como pela sociedade para atenuar ou obscurecer problemas subjacentes essenciais – pobreza, deficiência mental, crime e similares”. Na verdade existe muita incerteza na área médica em relação aos estados que deveriam ser chamados de doenças, esclarece CAMPBELL et al (1979) citado por VAILLANT (1999). O estudo destes autores mostraram que aproximadamente 85% dos clínicos consideram o alcoolismo como doença.

Por outro lado, KRESTAN e BEPKO (1995), consideram adequado chamar de doença o alcoolismo, porque para eles o efeito do beber resulta em mudanças adaptativas em todos os níveis sistêmicos, sendo uma ameaça potencial à vida. Constitui um processo que afeta não só quem é dele dependente, mas a todos que convivem com ele.

Na cidade de Concórdia, o alcoolismo vem crescendo e despertando interesse e preocupação na classe médica em geral, secretaria de saúde, psicólogos, serviço social, enfermagem e comunidade. Quando da reunião com estes representantes no primeiro dia de aula do Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, foi solicitado pelos mesmos, uma atenção especial à esta área, um dos motivos que me fez optar por este estudo. Ser uma solicitação da comunidade, por si só, não bastaria. Aliado a ela, encontra-se o desejo real de dar continuidade ao desenvolvimento de uma prática assistencial educativa de enfermagem, com famílias de alcoolistas que era feito nos anos de 1984 a 1989, através da disciplina Enfermagem Psiquiátrica do curso de enfermagem, pela qual eu era uma das responsáveis. Tratava-se de um projeto de extensão, onde cuidávamos de famílias com doença mental em seu meio, que foi interrompido por falta de recursos financeiros. Particularmente nunca desisti desse trabalho e há muito tenho me envolvido nestas questões, desde que meu pai, alcoolista, chegou ao limite do que popularmente chama-se “chegar ao fundo do poço”. Como família, vivi as dificuldades que vivem, acredito eu, todas as famílias. Trago nítidas lembranças da infância, quando presenciava cenas de desavenças com nossa mãe. Percebia que ela conseguia fazê-lo controlar-se, sendo determinada e impondo regras. Ao mesmo tempo, pairava sobre nós a ameaça da possibilidade de um dia ele descontrolar-se, o que aconteceu no dia que mamãe morreu. Foi naquela data que iniciou sua trajetória de alcoolista.

Durante quatro anos, tentei reproduzir a forma de abordagem que ela utilizava, mas sem sucesso. Meus três irmãos, já então casados, residiam noutras cidades, o que os

impossibilitavam de compartilhar comigo desta situação. Vivi a experiência descrita na literatura; momentos de dor, desesperança, culminaram num estado de isolamento social. Recusava os convites que me aproximavam das pessoas e não permitia que estas convivessem conosco em nossa casa. Era uma mescla de medo e vergonha. Medo que ele magoasse alguma visita como o fez algumas vezes, e vergonha por ter um pai alcoolista.

Após 4 anos, consegui fazê-lo aceitar o tratamento. Foi necessário muito estudo e muito empenho. Passei a entender que o alcoolismo é uma doença crônica, progressiva, incurável mas controlável. Naquela situação, senti a falta de ajuda, e a necessidade de ser cuidada também. Não estou aqui colocando-me na condição de vítima, mas sim de vitoriosa. Uma vitória que poderia ter acontecido antes, se eu não estivesse sozinha.

Foi fundamental entender a natureza química do álcool, como este afeta o alcoolista e as pessoas que com ele convive, e por que ele continua bebendo quando é nítido que isto causa-lhe dano. Foi necessário aprender a respeito dos estágios iniciais, intermediário e final da moléstia e como estes sintomas se modificam à medida que o indivíduo continua a beber. Aprender a respeito das mudanças fisiológicas subjacentes, inclusive adaptação, tolerância, dependência física e síndrome de abstinência. Finalmente, aprender por que o alcoolista necessita beber, porquê se torna irritável, frustrado e deprimido quando não está bebendo, e por que suas promessas sinceras de parar de beber são apagadas como o que se escreve na areia, o que no senso comum é chamado de “falsas promessas”.

Naquela ocasião, 1985, já era enfermeira e trabalhava na área da saúde mental. Por ter vivido a experiência descrita, intensifiquei meu trabalho com famílias que conviviam com um ser alcoolista. Nasceu aí, o desejo de “ajudar” as pessoas a reencontrarem a harmonia dentro da família, que sempre vi como a principal estrutura para um viver saudável.

A disciplina, Prática Assistencial de Enfermagem, do mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, oportunizou-me desenvolver este cuidado, apoiada num referencial que respaldou e fortaleceu minhas ações. Conduzida pelo prazer de cuidar, e fundamentada pela teoria de Jean Watson, constatei mais uma vez, que é possível, necessário e fundamental, desenvolver o que a teórica chama de essência, ideal moral da enfermagem que é o cuidado, com famílias que vivam situações de alcoolismo.

A escolha de qualquer referencial, geralmente é por aquele que se articula com a nossa maneira de ser e pensar. Ao estudar a teoria de Jean Watson, percebi que me identificava com muitas de suas idéias e em outras, despertou-me a curiosidade de ver a possibilidade de aplicação. Sua perspectiva humanista, foi o que mais me chamou a atenção e me fez optar por ela.

Cuidar de famílias em situação de alcoolismo, requer uma visão ampla. Pelas experiências que tive, não é recomendável fazer o trabalho de forma isolada, para tanto é importante que se saiba quais os recursos próximos que podem ajudar em determinadas situações.

Em Concórdia/SC, existe a Associação Regional de Recuperação de Alcoolistas (ARAL), uma entidade fundada em Concórdia no dia 15 de novembro de 1979, com objetivo de prevenir, conscientizar e encaminhar pessoas portadoras da doença do Alcoolismo, seja qual for o seu estágio, através de um trabalho social junto ao alcoolista e a família, e onde me apóio quando necessito de ajuda externa. Segundo seus estatutos, a ARAL é uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, com caráter beneficente recreativo e assistencial que vem atuando desde a sua fundação em todo o município e microrregião. Desde sua fundação a ARAL tem mantido reuniões semanais. Atualmente, com sede própria no Bairro Santa Cruz, conta com cerca de 2.500 pacientes cadastrados. Tenho observado que o número de participantes ativos nas reuniões não ultrapassa a 30 pessoas. Isso nos intriga; porquê essas pessoas ou familiares não comparecem? Existe também o Programa de Saúde Mental do município que atende portadores de alcoolismo. Existe o grupo dos A.A. que se encontram semanalmente. O que se observa na realidade são atividades isoladas, pouco articuladas, onde cada segmento têm a intenção de fazer o melhor possível. Por quê então, o crescente número de casos que se constata? Por quê não somar forças com um trabalho sistemático onde alcoolistas e familiares possam se sentir apoiados?

Na literatura encontro inúmeros livros publicados sobre alcoolismo. Entre outros cito os de EDWARDS (1998, 1995), GROF (1996), JELLINEK (1960), LAZO (1990), MILAN e KETCHAM (1981), MASUR (1987), PEÑA-ALFARO (1993), VAILLANT (1999). Todos estes autores exploram de forma rica os mais variados aspectos; descrevem a relação política do álcool e suas implicações sociais, epidemiologia, aspectos clínicos

explorando todas as conseqüências a nível físico e emocional, sendo que a maioria não contempla de forma suficiente, estudos sobre família como unidade que necessita de cuidado.

O mesmo acontece nas leituras de circulação popular como revista *Veja*, *Mind*, *Carta Capital*, *Hospitalidade*, onde também a maioria dessas publicações focaliza, ou a doença alcoolismo, ou o alcoolista e raramente faz referência a família. Quando isto acontece, comenta apenas sobre suas responsabilidades, ou então, ao focar a esposa, explora principalmente seu lado doente, masoquista, com conflitos não resolvidos, sendo que os filhos na maioria delas nem são citados.

Essa lacuna existente há muito me traz insatisfação que acompanha minha prática profissional junto as famílias de alcoolistas, tanto em nível hospitalar, como na rede pública e no domicílio. Já no início da minha vida profissional, percebi que a família possui muitas dúvidas e inseguranças quanto a forma de conduzir a situação e estas questões sempre me inquietaram. Percebi que a família é tida como a principal responsável para cuidar do alcoolista, mas quem dá apoio para essa família? Quem cuida desta família? Como cuidar efetivamente e eficazmente dessa família? Quais são os desafios que a família enfrenta? De que forma a família responde as diversas situações? Como pode a enfermeira contribuir para a aprendizagem de novas habilidades e novas estratégias para ajudá-la a enfrentar o cotidiano?

Segundo MILAN e KETCHAM (1981, p. 121), “a família pode ficar tão desolada pelo comportamento do alcoolista que se sente paralisada com pesar e culpa e incapaz de ajudar”. Os mesmos autores afirmam também que podem estar tão cheios de vergonha que escondem o problema e recusam-se a falar sobre o assunto com quem quer que seja. Podem também estar tão familiarizados com o próprio sofrimento e do alcoolista, que quando ele para de beber, relutam em pedir que pare definitivamente.

Para GODINHO e ANDRADE (1998, p. 8), “O ambiente familiar pode ser um elemento facilitador da dependência e da recaída do doente. Muitas famílias não aceitam que o alcoolista recupere seu papel perante a sociedade e a própria família, boicota a abstinência”. Por pensarem desta forma, consideram fundamental envolver todo o círculo familiar próximo, no processo de recuperação. Concordo que o meio familiar precisa estar sensibilizado para ajudar na recuperação do adito. Mas não só sensibilizá-lo para que se

envolvam e ajudem no tratamento, mas principalmente, percebê-los como seres humanos únicos, que foram afetados pela situação e que podem também precisar de cuidados.

Nas buscas que fiz em relação ao cuidado de enfermagem ao alcoolista e a família, pouca informação obtive. DINIZ (1997), foi um dos enfermeiros que através de sua dissertação de mestrado, trabalhou com três famílias que tinham história de alcoolismo. Denominado de grupo Círculo de Cultura, reuniu essas durante um determinado período, num total de dez encontros, onde trabalhou questões relevantes que os próprios componentes julgavam necessário. Apoiado nos referenciais metodológicos de Paulo Freire, conduziu sua atuação, mostrando que é possível realizar um trabalho educativo de enfermagem nessa área. Ressalta em sua conclusão o valor de unificar o indivíduo alcoolista e a família, dizendo ser este um método simples, sem necessidades de investimentos ou algo inalcançável

Outra dissertação de mestrado de grande relevância foi a de SILVA (1996). Através de uma exaustiva pesquisa bibliográfica, delineou a real situação de como está sendo abordado o tema alcoolismo e família, não só pela enfermagem, como também pelos demais profissionais. Observou que tanto na literatura nacional como na internacional, além das idéias antagônicas, as publicações são limitadas e insuficientes.

DINIZ (1992), foi outra enfermeira que contribuiu com os estudos sobre alcoolismo através de sua dissertação de mestrado. Investigou alguns tópicos da questão do sentido da vida, buscando compreender a pessoa alcoolista sob ponto de vista da análise existencial, levando à reflexão de aspectos existenciais relevantes para a compreensão e análise desse ser. Utilizou como referencial teórico a teoria de Viktor Frankl (análise existencial) sobre o sentido da vida, fundamentada no enfoque humanista-existencial-personalista. Através de entrevistas com alcoolistas, esses manifestaram insatisfação consigo e com a vida. O estudo possibilita conhecer os condicionamentos do vazio existencial do alcoolista e da relação deste com sentimentos de frustração, fracasso e impotência. Verificou que o alcoolista não se sente sujeito de sua própria história e sua relação com a bebida é algo que acontece a margem do seu processo de vida. É como se o beber fosse algo que estivesse fora dele. Diante dos resultados a autora observou que a abordagem que denominou de humanista-existencial-personalista, pode se configurar em uma modalidade peculiar de intervenção de enfermagem dentro de um modelo não- médico de atuação terapêutica,

voltada para a pessoa do alcoolista como ser-no-mundo. Não abordou o aspecto alcoolismo-família.

RUFFINO e DINIZ (1996), realizaram um estudo para conhecer as razões que levam o enfermeiro a ter comportamento adverso em relação ao alcoolismo. Constataram que o estereótipo do alcoolista existe e permanece constante no dia a dia dos enfermeiros. SILVA (1996), diz que esta ignorância existente, pode estar vinculada com a própria formação do enfermeiro, sendo que o número de horas utilizadas na graduação para este fim, geralmente não ultrapassa a cinco horas aula. Podemos começar a perceber que pode ser o fator fundamental para que poucos se dediquem a esta causa.

Criticar uma assistência insuficiente e fragmentada, parece inútil, já que os próprios profissionais não estão conectados entre si. Estas reflexões e buscas me motivaram a fazer um levantamento dos egressos da nossa escola, onde constatei que dos 361 graduados, somente 05 trabalham na área de enfermagem psiquiátrica, mas nenhum desenvolve cuidados específicos com alcoolistas e suas famílias, confirmando com as observações feitas.

Busco então, recriar minha vida profissional, tendo em Jean Watson o referencial teórico que me direciona a perseguir minha meta. Com seu sistema de valores humanista-altruísta, há uma grande consideração pela autonomia e liberdade de escolha. Acredito que na estrutura da ciência do cuidado que ela propõe é possível a promoção do ensino-aprendizado interpessoal através do desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança.

Assim, entendo que este trabalho, fundamentado num referencial teórico humanista, poderá contribuir como alternativa para o cuidado do alcoolista e da família, fundamentada num referencial teórico humanista, bem como uma metodologia de trabalho, também fundamentada num referencial. Espero que contribua também à enfermagem quando os profissionais se propõem trabalhar com famílias, que é uma unidade social cultural, e, como grupo, origina, previne, tolera e corrige problemas de saúde em seu seio (COSTA et al, 1986). Como afirma BASTOS e TRAD (1998), é importante ver a família como um sujeito coletivo, com seus processos internos de mediação e diferenciação.

OBJETIVOS

*Quando fixares a mente
num só ponto,
nada será impossível para ti.*

Gautama Buda

- ↪ Cuidar de famílias em situação de alcoolismo, respeitando seus valores, possibilitando expressões de sentimentos positivos e negativos, estimulando a fé e esperança através de atitudes altruístas;
- ↪ Refletir sobre a teoria transpessoal de Jean Watson através do processo de cuidado.

REVISÃO DE LITERATURA

*Eu gostaria de saber
O que um homem sem conhecimento
Conseguiu ganhar,
E o que um homem de conhecimento
Não ganhou.*

El Gbazali, filósofo persa

Existem muitas teorias afirmando que os primeiros anos de vida são decisivos para o desenvolvimento emocional, identificando a família como “o *locus* potencialmente produtor de pessoas saudáveis, emocionalmente estáveis, felizes e equilibradas, ou como o núcleo gerador de insegurança, desequilíbrio e toda sorte de desvios de comportamento” (SZYMANSKI 1997, p. 23). Essa família, comenta a autora, é o modelo da família nuclear burguesa composta por pai, mãe e crianças. Vivem elas dentro de um modelo imposto e quando não vivem de acordo com este modelo, são chamadas de desestruturadas ou incompletas.

Segundo ARIÉS (1981, p. 231), até o século XV a família era ... “uma realidade moral e social, mais do que sentimental. (...) A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linguagem”.

A família nuclear burguesa começou a delinear-se, segundo SZYMANSKI (1997), no início do século XVIII, com o surgimento da escola, com a permanência das crianças junto aos pais, pois antes disso elas não conviviam com eles, com a preocupação da

igualdade entre os filhos, e muito com o sentimento de família valorizado principalmente pela igreja.

Numa análise geral do livro de ARIÉS (1981)– História social da criança e da família – podemos encontrar que desde os primórdios tenta-se impor um modelo de família. Este modelo está baseado numa hierarquia, de subordinação, poder e obediência. Espera-se que os pais saibam controlar os filhos, e que os filhos sigam o que os pais dizem e querem. Estas idéias se refletem ainda nos dias de hoje por atitudes de alguns profissionais, por discursos das instituições, da mídia que aponta geralmente sua desestruturação, e tenta dizer qual o jeito certo de viver em família, sem considerar suas individualidades e particularidades. Sobre isto SZYMANSKI (1997, p. 26), diz que “cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma “cultura” familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos...”

Diz ainda a autora que atualmente o mundo familiar encontra-se em constantes mudanças, sob as mais diversas formas de organização, crenças, valores e práticas próprias para busca de soluções. A este respeito, BILAC (1997), ressalta que estamos vivendo tempos turbulentos onde a crise da sociedade vem se refletindo em uma profunda crise teórica das Ciências Sociais, desafiando com isto os paradigmas clássicos. Em consequência dessas crises ocorrem mudanças importantes e diz a autora que indiscutivelmente na família observa-se mudanças importantes em seus padrões. As separações e o casar novamente é algo comum, ocorrendo uma outra forma de parentesco que ela questiona: ... “que tipos de relações são esperadas entre a criança e o segundo marido de sua mãe? E que relação estabelece entre uma criança que reside com a mãe e a prole da segunda família de seu pai? Quem é parente, quem não é parente?” (BILAC, 1997, p. 35-36).

Considero estes questionamentos importantes a partir do momento que interferem no convívio familiar. Fazer uma abordagem familiar vai muito além do que algumas respostas, ou algumas teorias. Concordo com BILAC (1997), quando sugere que ao fazer uma abordagem sobre família deve-se sempre levar em consideração a complexidade desse objeto em nossos dias e que necessariamente deveria ser a partir de uma construção interdisciplinar.

SARTI (1997), argumenta que a individualidade vem adquirindo cada vez mais importância social, refletindo com isto nos novos conceitos sobre família. Esse processo, afirma a autora, foi impulsionado basicamente pela mulher com a possibilidade do controle da reprodução. Esse novo tipo de comportamento pode gerar novos conflitos, mas a vida familiar continua tendo o mesmo valor social que sempre teve. Ressalta:

O problema da nossa época é, o de compatibilizar a individualidade e a reciprocidade familiar. As pessoas querem aprender, ao mesmo tempo, a serem, sós e a “serem juntas”. Para isso têm que enfrentar a questão de que, ao se abrir espaço para a individualidade, necessariamente se insinua uma ou outra concepção das relações familiares (SARTI, 1997, p. 43).

NOGUEIRA (1977, p. 327), conceituava família como:

Uma instituição básica que compreende um ou mais homens vivendo maritalmente com uma ou mais mulheres, os descendentes vivos e às vezes, outros parentes e/ou agregados. (...) a família assume as mais variadas funções, embora em todas as sociedades humanas exista um padrão cultural que regulariza as relações entre os cônjuges, entre pais e filhos e os demais membros da família, parentes ou não.

Diz a autora que a família conservava quatro funções: a procriativa, a de educação e treinamento social da prole, a econômica e a emocional. Tinha como tendências, diminuir suas dimensões, sendo esta mudança mais acelerada nos centros urbanos que nos rurais; perder sua estabilidade, tornando-se cada vez mais frequentes os divórcios, dissolvendo o grupo familiar; sofrer mais interferência do Estado, que atribuí a si próprio, cada vez mais, funções anteriormente apenas desempenhadas por ela.

Também afirmava NOGUEIRA (1977), que a família estava deixando de exercer o primitivo controle sobre as ações dos membros, isto é, a figura patriarcal, a não ser em algumas regiões passou a ser quase um mito; que a família cada vez mais, estava delegando o cuidado de pais idosos e dependentes, a instituições da comunidade. Em 1986, Costa baseou-se em Nogueira para seu artigo sobre “A participação do Enfermeiro de Saúde Pública na Saúde Familiar”, onde utilizou os mesmos conceitos, funções e características da família.

TAYLOR (1992), denomina “família eficaz” aquela capaz de facilitar o crescimento e desenvolvimento de seus membros ao mesmo tempo que mantém sua coesão como um sistema identificável. Para ela são característicos os seguintes padrões de comportamento:

- 1- coloca as necessidades emocionais, físicas e sociais de seus membros acima de outras preocupações, tais como formação de patrimônio ou status;
- 2- reconhece, valoriza e concilia as diferenças entre seus membros;
- 3- é suficientemente flexível para que as mudanças, derivadas de dentro e de fora do sistema, possam ser acomodadas sem perda da estabilidade emocional;
- 4- busca e usa as informações de fontes externas relevantes, mantendo simultaneamente, sua autonomia;
- 5- toma e leva adiante decisões, levando em consideração seus objetivos, a idade e experiências de seus membros (TAYLOR, 1992, p. 403).

Ressalta que diante dos problemas, consegue enfrentá-los produtivamente, através da estrutura eficaz de um padrão de funcionamento que conseguiu desenvolver.

O Grupo da Assistência, Pesquisa e Educação na área da saúde da família (GAPEFAM), define família saudável como:

... 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 transformado. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. (ELSEN et al, 1994, p. 68).

Para PATRÍCIO (1994, p. 98), “saúde da família é a capacidade de buscar e normalizar seu bem viver, fundamentada na prática do cuidado, a partir dos recursos de cada membro e da família como unidade, com suas crenças, valores e modos de cuidar, envolvendo a utilização de cuidados do sistema profissional de saúde, incluindo o de enfermagem”.

ELSEN (1994), lembra que a noção de saúde familiar é complexa, mas, que este conceito começa a tomar forma, a medida que um maior número de estudos vem acontecendo, porém afirma que não há similariedade entre saúde individual e saúde familiar, muito embora haverá sempre uma ligação entre ambas.

Por outro lado, encontramos abordagens sobre famílias “disfuncionais”. GROF (1996), diz ser aquela que cria uma estrutura de comportamento, onde seus membros negam, racionalizam ou encobrem problemas e com cuidado guardam ou negam segredos. Afirma ainda, que indivíduos com esse sistema também tendem a se entregar a emoções

exageradas e destrutivas, a esconder seus verdadeiros sentimentos ou a fugir das suas próprias questões, culpando, julgando, criticando ou tentando controlar os outros.

Após este breve resumo sobre conceitos e evolução de família, busco na literatura algumas descrições de família e alcoolismo. Início pelo artigo de MELLO (1999, p. 32), que fala sobre “família: a doença que somos nós” com a intenção de despertar as famílias do pesadelo da co-dependência. Ele define a palavra co-dependente, como “filhos ou cônjuges/companheiros de pessoas dependentes. Literalmente, significa parceiro na dependência. (...) famílias inteiras são co-dependentes”.

Uma definição sintética dada por DUQUES apud MELLO (1999), é que o co-dependente é um “tomador de conta”. Ele toma conta do dependente, tentando controlá-lo, e dessa forma, a co-dependência é uma disfunção, porque o co-dependente passa a focalizar mais as necessidades dos outros que as suas próprias. CORDO (1998), aborda alguns aspectos da co-dependência vivenciada nas famílias onde existe alguém identificado como alcoolista. Ela diz que o restante da família adocece sem disso se darem conta, e a fim de sobreviver e continuar unida, adota os seguintes comportamentos: encobre o alcoolista; inventam desculpas perante terceiros; protegem o alcoolista das conseqüências da sua adicção; não conhecem a natureza da dependência, por isto acham que podem fazê-lo parar de beber; julgam que se todos ajudarem o problema será resolvido; desenvolve-se o jogo de esconder garrafas e despejar bebidas; a auto-estima diminui a cada dia e o medo da ruptura familiar são cada vez maiores; as responsabilidades são redistribuídas entre os membros da família; o amor, afeto, diálogo vão desaparecendo gradativamente. Quanto ao alcoolista, deixa de participar nas decisões familiares e de desempenhar o seu papel. O mais importante é controlá-lo para que não faça mais estrago e isto faz com que esteja presente só fisicamente. Na maioria dos casos diz ela, isto é muito ruim porque este distanciamento faz com que ele se torne mais revoltado, agressivo e intolerante. Aos filhos resta o sentimento de medo e vergonha. Se a adicta for mulher as conseqüências são ainda piores porque a vergonha é maior, e portanto, a negação por parte da família é mais acentuada.

Na redistribuição de papéis, geralmente é o cônjuge, ou um dos filhos mais velhos que “encarrega-se de assegurar a sobrevivência e a união familiar” (CORDO 1998, p. 10). Se esse papel é desempenhado pelo filho ou filha mais velho, ele é visto como o herói por

todos. Geralmente é um ótimo trabalhador, aluno exemplar, aparentemente feliz. Com alguma frequência, diz essa autora, logo que alcança a autonomia, desliga-se da família, porque apesar de seu comportamento exemplar é o mais agredido pelo alcoolista.

Um outro papel que podemos encontrar é o que ela chama de “Bode expiatório”. Trata-se do filho que responsabiliza-se em desviar a atenção do adicto, através de comportamentos desajustados. Geralmente, também é toxicodependente, com comportamentos delinquentes, e se for filha pode chegar a prostituir-se, a engravidar na adolescência e ter outros comportamentos pouco convencionais. A criança perdida é o filho solitário geralmente mais novo que comumente sente-se rejeitado e temerá constituir uma família.

SILVA (1996), encontrou em Scavnicky-Mylant esta abordagem baseada na teoria do sistema familiar, onde identifica os papéis do herói da família, bode expiatório, criança perdida e mascote. A filha ou filho mais velho, geralmente assumem o papel de herói da família, condizendo com a afirmação de CORDO (1998); para o papel de “bode expiatório” dá outra versão; diz ser um papel frequentemente assumido pelo 2º filho da família, o qual aprende desde cedo que, por mais que tente, não consegue competir com o herói da família. O papel da criança perdida, geralmente assumido pela terceira criança da família, é descrito assim porque ela geralmente não reclama, tem poucas expectativas, está sempre só e sente-se muito só. O mascote da família é geralmente o mais novo, com frequência alivia a tensão, atuando de modo divertido ao invés de expressar seus sentimentos. Alguns efeitos desse comportamento é que a família o julga como imaturo, hiperativo, frágil, quando na verdade, é uma forma de adaptação.

Descreve ainda que “estes papéis são elementos vitais na manutenção do equilíbrio que as pessoas conseguem estabelecer no grupo familiar” (SILVA, 1996, p. 59). Diz que estas famílias adotam regras peculiares que lhes dá condições de suportar o cotidiano, permeado na maioria das vezes de promessas não cumpridas, sendo a regra principal o não falar, não sentir e não confiar. O isolamento social que acontece habitualmente é para proteger os membros e ao dependente da vergonha e da dor que experimentam.

As pessoas mais atingidas sempre serão aquelas que convivem diretamente com o alcoolista, que geralmente são o cônjuge e filhos. A natureza do envolvimento é variável diz EDWARDS (1995), por isto sugere que toda a pessoa que venha cuidar de um

alcoolista, deve aproximar-se e colher a história do cônjuge e filhos com o intuito não só de obter uma informação independente para auxiliar o alcoolista, mas principalmente vendo esses como pessoas com existência própria. Ele enfoca também que o tratamento do paciente pode ficar prejudicado quando o cuidador não percebe que filhos e esposa também precisam de ajuda.

Analisando o papel da família, neste caso, esposa e filhos, encontro em EDWARDS (1995), a seguinte explicação para aquelas esposas que foram filhas de alcoolistas e que casaram com um alcoolista: mesmo que neguem, inconscientemente, elas sabiam do seu alcoolismo e desejavam que assim fosse, para poderem reeditar problemas dinâmicos não resolvidos. Presume-se que estas esposas, assumiram papéis de comando e não mais querem dividi-lo com o marido, como também sentem prazer em ver confirmada sua expectativa de que os homens são inferiores, do quanto é maltratada e de seu papel de dominadora.

KNIGHT (1991, p. 257), dá outra versão para esta situação; ele explica que “a meta inconsciente do casamento é curar a dependência do pai em efígie, assim conquistando de volta a afeição do pai alcoolista, enquanto, prova ao mesmo tempo, que podia fazer um trabalho melhor que a mãe”. Ambos os autores lembram que esta não é a regra para todos os casamentos., pois sabe-se que nem todas as esposas de alcoolistas foram filhas de alcoolistas.

EDWARDS (1995), identifica alguns estilos de enfrentamento por parte da família; um deles é o **afastamento ou subterfúgios**. Começa por haver a confissão de que a bebida é de fato um problema, após as primeiras tentativas para controlar ou prevenir o comportamento problemático. A família começa isolar-se do convívio social como para proteger-se; convites são recusados, parentes vizinhos não mais visitados. Com o passar do tempo a esposa pode começar a perceber que suas estratégias não estão dando mais certo, sentindo-se sem forças para continuar lutando. Pode aparecer sentimentos de medo ou raiva, problemas de saúde na família e então, a família pode sentir uma necessidade maior de fazer algo. Se o marido não concordar em fazer um tratamento, poderá acontecer a separação, ou então, continuar numa fase caracterizada por estratégias conforme o seguinte exemplo:

É terrível, mas acho que todos nos acostumamos a isto, a noite todos vamos para a cama antes que ele volte e eu finjo que estou dormindo quando ele entra no quarto. Aviso as crianças para ficarem longe dele. As vezes ele chega mais cedo, mas, se estamos na sala vendo televisão em geral ele vai direto para a cozinha. Saio com as crianças no fim de semana, sem ele. Sinceramente, nós nem o convidamos (EDWARDS, 1995, p. 45).

Outro estilo citado por este pelo autor é o do **ataque**; neste a esposa tenta controlar o comportamento do marido através de gritos, ameaças e mesmo agressões físicas. Avisa que já procurou um advogado, joga fora a bebida que tem em casa, faz o máximo para envergonhar o marido frente as crianças, salientando o sofrimento que este causa a todos. Neste estilo pode até a esposa embriagar-se para mostrar como é terrível uma pessoa alcoolizada.

Mimar pode ser uma outra estratégia e isto acontece quando a esposa cuida de suas ressacas, mantém a comida aquecida para esperá-lo, independentemente se chega sóbrio ou embriagado ou lhe promete algum grande benefício se ele parar de beber.

Outro estilo é o da **condução construtiva**: neste a esposa mantém sua auto estima, assume todas as responsabilidades da casa, sai para trabalhar, procura não deixar faltar nada para os filhos. Busca ajuda com um médico de confiança, e pede para que fale com o marido, informa-se sobre os Alcoólicos Anônimos, procura informações através da literatura para aumentar seu próprio conhecimento.

Encontro esta abordagem também em KNIGHT (1991), apenas com outra denominação, como também algumas diferenças de interpretação e por vezes, algumas similaridades. Denomina os estilos de **tipo maternal, gerencial, mártir, esposa-criança e a mulher tipo salvador**.

O tipo **Maternal** é a que compete com a própria mãe, sendo controladora criando um lar exatamente como ela própria deseja, mesmo que seja totalmente aquém daquilo que filhos e marido gostariam que fosse.

O **gerencial**, domina todas as situações, podendo ser o casamento uma forma de expressar atitudes ressentidas e desconfiada em relação aos homens. Esta mulher sente-se em desvantagem diante do sexo oposto, então, casar-se com alguém dependente do álcool, fará com que ela se sinta superior o que muito lhe gratifica. Tem uma tendência, ao apresentar suas queixas sobre os problemas do marido, de ser fria e irritada. Na verdade,

diz o autor, quando algum terapeuta consegue aproximar-se deste perfil de esposa, constata que é um ser humano com fortes necessidades de dependência, medos e ansiedades.

O tipo **mártir** é identificada como sodomasoquista que sofre com o alcoolismo do marido. Seu lado sádico, faz com que o ataque de forma violenta quando este se embriaga. Dessa forma, é alguém que repreende quando ele erra, planeja e pensa por ele quando está desorientado, e principalmente se preocupa e sofre com ele.

A **esposa-criança** pode ser jovem emocionalmente ou cronologicamente, não conseguindo satisfazer as necessidades de ambos. O quadro fica mais obscuro quando ambos são emocionalmente jovens.

A mulher do tipo **salvador**, é geralmente a filha de um alcoolista que casa com alcoolista, como foi descrito anteriormente.

Outro enfoque é dado por CORMILLOT (1992), que descreve cinco estilos de famílias: colaboradora, pseudocolaboradora, antagônica, competitiva e indiferente.

A Colaboradora, se interessa e se informa sobre a doença do alcoolismo, colaborando de maneira ativa no programa de recuperação. Integra-se ao grupo de auto-ajuda e compartilham experiências com outras famílias que vivam a mesma situação. Preocupam-se em manter um clima de serenidade, fomentam a comunicação aberta e sincera entre seus membros, observando para que não tenha bebida dentro de casa;

A Pseudocolaboradora colabora aparentemente, mascarando sua verdadeira intenção, que é, segundo este autor, o de sabotar a recuperação, não necessariamente de forma consciente, porém as atitudes são concretas. O resultado desta atitude é a transmissão de mensagens contraditórias como: em casa você pode tomar um copo de vinho que certamente não te fará mal;

A Antagônica, geralmente desvaloriza os tratamentos, crítica os grupos e sabota abertamente todo intento de abstinência e recuperação por parte do alcoolista. Geralmente são famílias cuja relação entre seus membros é agressivo e hostil;

A Competitiva, ainda que o alcoolista esteja abstênico, criticará sua maneira de ser e arranjará uma forma para que ele volte a beber. Esta família não bebe como uma

forma de competir com o alcoolista, para ver quem fica mais tempo sem ingerir álcool. Por não sentir-se apoiado, este tem uma grande tendência a recaída, e quando acontece a famosa frase é pronunciada: “sabia que não irias conseguir”.

A Indiferente é aquela que se desinteressa totalmente pelo problema. O clima entre todos é de frieza e indiferença, chegando muitas vezes a produzir o isolamento do alcoolista.

Todos estes estilos raramente acontecem de forma pura, mas o adotado precisa ficar evidenciado para uma relação de ajuda. Não há dúvida que se trata de uma situação desgastante e difícil. Fundamentalmente a esposa se depara com problemas emocionais que incluem angústia, medo e infelicidade. Com frequência, pode haver um elemento de dúvida a respeito de si mesma ou de auto-acusação. Muitas vezes ela se questiona se ela própria não é culpada, talvez por não ser uma boa esposa, por ter falhado sexualmente ou em outros aspectos. Pode surgir grandes conflitos com sentimentos fortes de ambivalência: ontem o amava; hoje desejaria que ele morresse. Na verdade o homem com quem casou desapareceu, e pode sentir-se desvalorizada.

Os problemas enfrentados pela família podem também ser ameaçadores quando envolve questões financeiras, vizinhos que se queixam do barulho, discussões constantes, ciúme, descontrole esfinteriano do marido. Entretanto, segundo EDWARDS (1995), seria um erro dizer que todos os casamentos passam por esta trajetória. Existem quase em todas as situações de alcoolismo muito sofrimento, mas há variações. Há situações que a embriaguês do marido causa pouco incômodo, ele faz gracejos toleráveis, discute, com grande tendência de dormir no sofá, mas permanece educado e nunca se torna violento. Este é o tipo do alcoolista que fornece dinheiro para as compras regularmente, procurando não deixar que falte nada em casa.

Não há dúvida de que o alcoolismo está inevitavelmente arraigado na rede de interações familiares. Os que convivem nesse meio, são afetados. É estabelecido uma espécie de ressonância entre eles. Em maior, ou menor escala, os filhos de alguma maneira serão atingidos. Eles serão sempre vulneráveis a influência de um modelo insuficiente ou inadequado, levando-os a problemas emocionais. A dimensão desses, segundo KNIGHT (1991), irá depender de fatores como idade dos filhos no início do alcoolismo dos pais,

classe social, a qualidade do relacionamento com o alcoologista e a força da figura não alcoologista. Se for a mãe a alcoologista, as marcas geralmente são maiores.

Outras situações, citadas por este autor, que são perturbadoras para os filhos, está incluso a mudança e inversão de papéis; inconsistência de afeto pelo alcoologista e pelo cônjuge; isolamento social progressivo; oxilação freqüente entre grandes esperanças e decepções o que leva a ambivalência afetiva. Há momentos em que o filho odeia seu pai, o que gera um sentimento de culpa, pois ele é seu pai e aprendeu que deve amá-lo sempre. Entre o amor e o ódio poderá surgir um distúrbio de comportamento com traços neuróticos.

Ressalta KNIGHT (1991), que o resultado final, nestes filhos, é um distúrbio psicológico composto de um distúrbio reativo, e de sentimentos permeados de culpa, em termos do seu ódio pelo pai alcoologista que eles também amam.

Frente a esta situação os filhos expressarão esse distúrbio de várias maneiras, afirma o autor. “Podem se encolher num canto, exteriormente se conformando, ou podem se revelar e se tornar desafiadores ou delinqüentes. Eles podem expressar os sintomas clássicos do hipocondríaco”. (KNIGHT 1991, p. 264). Os sintomas de amor e ódio alimentam os sintomas neuróticos e a sensação de rejeição se instala, (se meu pai me amasse, ele não beberia). No momento em que os filhos adquirem idade suficiente, e tomam consciência de como a sociedade condena o alcoologista, reagem geralmente com vergonha e humilhação, sentem-se isolados, alienados e diferentes.

KRESTAN E BEPKO (1995), levantam questões relacionadas sobre a família com crianças pequenas. Na verdade este grupo tem recebido pouca atenção na literatura. Acreditam que um número significativo de crianças em idade escolar são afetados pelo alcoolismo em casa, que vai desde dificuldades de aprendizagem, delinqüência, negligência, agressividade, sendo um dos efeitos mais trágicos nestas crianças pequenas, o roubar de sua infância.

CORMILLOT (1992), descreve os seguintes comportamentos observados com freqüência nos filhos que crescem em famílias onde o alcoolismo está presente:

↳ *Protegem a imagem da família*- Em hipótese alguma falam do problema e se alguém o fizer, será considerado um traidor. Todos estão cientes do problema mas atuam como se não soubessem de nada.

- ↳ *Ocultam seus sentimentos*- Alguns filhos sentem-se responsáveis pelo problema de seus pais, mas não expressam sentimentos de culpa ou temor, evitando desse modo enfurecer o alcoolista. Nasce então a idéia automática que encerra uma ilusão irreal: “se não penso nele, o problema desaparecerá e não me afetará”. (CORMILLOT, 1992, p. 128).
- ↳ *Tornam-se mais desconfiados que os demais*- Eles aprendem desde cedo que não podem confiar no pai alcoolista, sendo que esta experiência se transforma na maneira de ver o resto do mundo.
- ↳ *Se transformam em pais de seus próprios pais*- Nestes casos , relata o autor, eles assumem papéis que não lhes pertencem, e os fazem esquecer de suas próprias necessidades e seus sentimentos.
- ↳ *Tornam-se perfeccionistas*- Não admitem o mínimo erro; procuram sempre agradar a todos e destacam-se nos estudos e no trabalho. Com facilidade adaptam-se frente as dificuldades, sabendo manejar situações estressantes. Quando encontram pessoas com dificuldades, procuram encorajá-las, fazendo o máximo para aliviar a dor dos outros. O contrário também é verdadeiro; existem aqueles que apresentam problemas de conduta para chamar a atenção.

Essas experiências na infância, podem afetar a vida adulta, lembra o autor. Quando adultos podem ter dificuldades de expressar sentimentos, não conseguem divertir-se, pois quando crianças não aprenderam brincar, enfim, a probabilidade de tornar-se um adulto insatisfeito consigo e com o mundo, precisa ser considerada.

Além da família, LAZO (1990) alerta que amigos dos filhos e outros que frequentam a casa podem ser atingidos. Sugere que ao cuidarmos dessas famílias, se observe esse aspecto, pois trata-se de uma das causas para o isolamento social.

LIMA (1997), ressalta a necessidade de novas abordagens pelas diversas instituições que de alguma forma estão relacionadas com a problemática do alcoolismo. Sugere uma atenção especial por parte das Secretarias de Saúde, no sentido de desenvolverem programas de prevenção; que as empresas implantem um serviço de apoio ao trabalhador; que as escolas secundárias e universidades revejam seus currículos e

desenvolvam um trabalho mais efetivo. Cita que a equipe multidisciplinar é de fundamental importância e que não deve ser dispensado o apoio dos grupos de mútua ajuda, porque os considera ser um modelo eficaz já comprovado como é o caso dos Alcoólicos Anônimos (AA), que há 60 anos implantou o princípio da abstinência, e que chegou a medicina há menos de três décadas.

A este respeito, PEÑA-ALFARO (1993), também defende a importância dos A.A. na ajuda para o tratamento. Quando em 1939, ano em que foi lançado o livro Alcoólicos Anônimos, um dos grandes impactos dessa obra, foi ter sido escrita por alcoolistas recuperados, e não, o que comumente se espera, por autoridade médica ou científica. Nele é relatado todo o processo do bebedor-problema e o método dos Doze Passos, tendo como premissa básica não tomar o primeiro gole.

São eles:

- 1- *Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;*
- 2- *Vimos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade;*
- 3- *Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos;*
- 4- *Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;*
- 5- *Admitimos perante Deus, perante nós mesmo e perante outro ser humano a natureza exata das nossas faltas;*
- 6- *Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;*
- 7- *Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;*
- 8- *Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados;*
- 9- *Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem;*
- 10- *Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente;*
- 11- *Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós e forças para realizar esta vontade;*
- 12- *Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades (Peña-Alfaro, 1993, p. 118-119).*

Esse autor afirma que os próprios A.A. concordam que não é simples e fácil aceitar essa proposta e que certamente o alcoolista num início de tratamento usará de todos os mecanismos de defesa, para justificar-se em não aceitá-la.

Para ingressar no programa é necessário primeiramente que a pessoa seja alcoolista e este é o grande entrave encontrado. O alcoolista não se reconhece como tal, criando com freqüência a fantasia de que quando quizer parar de beber ele o fará. O alcoolista se sente e se vê como todo-poderoso em relação ao álcool, quando na verdade é o álcool que tem forte poder sobre ele. Reconhecer-se alcoolista, é romper com sua imagem onipotente, e isto é difícil; a idéia de pedir ajuda também é algo insuportável, algo contrário a sua própria natureza. Os A.A. relatam que pedir ajuda significa admitir a derrota, afinal, por que deixar de beber se após o 1º gole toda dor, angústia, problemas desaparecem?

Outra etapa na linguagem dos A.A. é o da rendição, que é o momento que ele admite seus problemas com a bebida, mas nem sempre isto indica que ele aceite o programa. Dizem os A.A. que a idéia de algum dia poder aproveitar e controlar a bebida, constitui a grande obsessão de todo alcoolista. Sabemos das tentativas dos alcoolistas em largar a bebida, de suas promessas para si e para os outros e a rapidez como abandonam este propósito. Com isto, cria-se um círculo vicioso de internamentos, tentativas, sem resultado algum, e mais sofrimento para a família.

Mas, a rendição é, no contexto dos A.A., uma condição ligada a uma atitude religiosa. Assim, no livro *Alcoólicos Anônimos* (1955, p. 15), lê-se: “Em primeiro lugar, precisamos deixar de tomar o papel de Deus. Aquilo não funcionava. Depois, decidimos que doravante Deus seria o nosso diretor”.

Isto significa que a rendição implica aceitar outra onipotência, simultaneamente ao fato do sujeito reconhecer-se impotente diante do álcool, fato este negado totalmente.

Quando eles afirmam nos dois primeiros passos:

- 1- admitimos que éramos impotentes...
- 2- viemos acreditar que um poder superior... O alcoolista se rende a um poder superior que não é mais ele próprio, e desiste de controlar sua bebida ao admitir que nenhum poder humano seria capaz de aliviar seu alcoolismo. É curioso observar que ele abre mão para um poder que ser humano algum possui; não é qualquer poder, mas um poder divino. Admitir a impotência, para o Onipotente atuar.

(PEÑA-ALFARO, 1993, p. 124) destaca as seguintes atitudes que caracterizam vivência religiosa e que julga ao mesmo tempo, serem comuns às exigências psicológicas da personalidade humana:

- 1- *a atitude religiosa nasce com a reflexão sobre os problemas fundamentais: origem do mundo e da vida, sentido da existência e da morte, sobrevivência depois da morte;*
- 2- *a percepção de sermos “seres limitados” quando nos confrontamos com os problemas existenciais;*
- 3- *dai parece nascer um sentimento de dependência em face de um ser superior, princípio de tudo, sentimento básico necessário para que surja a fé num Deus onipotente*

Independente do caminho percorrido para chegar a sobriedade, quando isto acontece, a tarefa do cuidador nesta fase é a de estabilizar a família em torno dela, comentam KRESTAN e BEPKO (1995). A organização dos papéis da família deve ser revisto e pode ser um momento crítico. Os autores alertam que a família precisa de orientação para esta reorganização, para que não haja mais conflitos. Entende-se que haverão dificuldades para a família ajustar-se de modo estável a sobriedade, por isto a indicação de acompanhamento nos grupos de auto-ajuda. “A maior tarefa terapêutica é a de reequilibrar os sistemas de maneira a promover maior flexibilidade de funcionamento de papel e permitir à família a expressão de sentimentos ou comportamentos que antes só podiam ser expressados através do beber” (KRESTAN e BEPKO, 1995, p. 435-436).

Mesmo que se perceba na literatura controvérsias a respeito de conceitos definições e formas de tratamento do alcoolismo, é de consenso que este, além das implicações individuais atinge o sistema familiar. Concordo com RAMOS e PIRES (1997), quando lembram que toda a abordagem terapêutica deve começar por um diagnóstico correto. Para isto devemos estar cientes que existem “famílias sadias com um alcoolista em seu meio, famílias onde o alcoolismo é apenas mais um dos quadros nosográficos encontrados, e famílias patologicamente estruturadas com a presença nítida de co-dependência” (RAMOS e PIRES, 1997, p. 212). Acredito que nenhuma técnica de tratamento familiar é boa o suficiente para merecer indicação universal. A recomendação é avaliar corretamente a situação e incluir independente do diagnóstico, a família no tratamento.

Após esta revisão, busquei um comparativo para minhas leituras em SILVA (1996). Esta autora realizou uma extensa pesquisa bibliográfica sobre alcoolismo e família. Sua dissertação de mestrado, “família e alcoolismo: em busca do conhecimento”, contém uma

rica e vasta fonte de informações sobre o assunto, utilizando referências de periódicos nacionais, latinos e americanos publicados no período de 1990 a 1994.

O resultado de sua pesquisa pouco difere do que encontrei após este período. Em seus achados, relata ter encontrado informações que destacam o alcoolismo ou a figura do alcoolista, sendo que a família é citada apenas como parte secundária nesta situação. “A família não tem seu espaço próprio e, nas raras ocasiões em que aparece, é mencionada ora como mantenedora de fatores de vulnerabilidade ao alcoolismo os quais são transmitidos através das gerações, ora como espaço para a pesquisa”(SILVA, 1996, P. 53).

Embora minha revisão não tenha sido tão extensa quanto da autora citada, observei estes resultados na maioria das leituras que fiz. Destaco EDWARDS (1995), que dedica um capítulo em seu livro, abordando a família com história própria que precisa também ser cuidada.

Outros achados que se assemelham mostrando que não houve avanço na forma de estudar o alcoolismo e família, é a questão do alcoolismo feminino. Este é pouco abordado, sendo que a bibliografia nacional, referencia com maior frequência o homem como alcoolista. Outra questão é a situação dos filhos que continuam sendo deixados a margem e quando citados é feito brevemente, sendo o menino o mais focado.

SILVA (1996), considera que a enfermagem está se envolvendo mais com este tema. Nas buscas que fez no período de 1982 a 1994, através da Associação Brasileira de Enfermagem, encontrou seis dissertações de mestrado que focalizam, direta ou indiretamente, este assunto. Particularmente considero pouco, principalmente se comparamos com outros assuntos que são muito mais estudados e explorados, como diabetes, hipertensão e outros, onde a enfermagem está sempre presente e em destaque. Creio que podemos e devemos nos envolver mais. DINIZ (1997) mostra em sua dissertação o quanto isto é possível. Enfim, creio que podemos até ter avançado em alguns aspectos, mas está muito aquém do desejado.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

*Quando vemos um homem de valor,
devemos procurar igualá-lo.
Quando vemos um homem de caráter contrário,
devemos nos examinar e a nós mesmos.
Confúcio*

Este capítulo tem por objetivo explicitar o referencial teórico que norteou este estudo. A enfermagem como profissão, cuida de pessoas, grupos, famílias e comunidade, tendo como meta a manutenção do estado de saúde. Para que isto se efetive de maneira coerente, necessário se faz, o uso de um referencial que sustente o trabalho da enfermeira, isto é, teoria e prática caminhando juntas.

De acordo com TORRES (1993), o pesquisador elabora seu marco conceitual a partir de conceitos de teorias, ou parte de teorias já estudadas, e idéias do próprio pesquisador. É de consenso que o marco conceitual é imprescindível para direcionar uma pesquisa ou uma prática de enfermagem.

TORRES (1993), define teoria como “uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Segundo essa autora, as teorias são compostas por conceitos, definições, modelos e proposições, sendo essas baseadas em suposições. Para ela os conceitos são os elementos de sustentação de uma teoria e os classifica em empíricos, inferidos ou abstratos. Os que podem ser facilmente observados tal como uma mesa, uma cadeira, são denominados de empíricos. Os observados indiretamente como temperatura, pulso são chamados de conceitos inferidos e os abstratos são os não-observáveis como saúde e estresse. Quanto mais abstrato for o conceito mais difícil de entender seu significado.

Este trabalho, está pautado na teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson que define teoria como “grupo criativo de conhecimento, idéias e experiências, simbolicamente representado e que busca o esclarecimento de determinado fenômeno” (WATSON, 1985; p. 1). Utilizo seus conceitos de cuidado, ser humano, enfermagem, saúde/doença, ambiente/sociedade, bem como seus dez fatores de cuidado e pressupostos. O conceito de alcoolismo, foi elaborado a partir de minhas percepções e experiências, em consonância com o referencial escolhido e o conceito de família saudável, optei pela definição do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família - GAPEFAN.

Teoria do Cuidado Transpessoal

WATSON (1985), diz que sua teoria sobre o cuidado transpessoal originou-se de suas crenças e valores acerca da vida humana e saúde. Foram suas experiências e observações que a ajudaram escrever o seu primeiro livro em 1979. BARNHART et al (1997), fizeram uma retrospectiva sobre essa teoria, nas quais me baseio para descrever o que segue. Jean Harman Watson nasceu no Sudoeste da Virgínia em 1940. Após sua graduação na Escola Superior de WEST Virgínia, cursou a escola de enfermagem Lewisgole, em Roanoke, Virgínia (USA), graduando-se em 1961.

Mudou-se com a família para Boulder, Colorado, em 1962 onde continuou com sua formação e se graduou na Universidade do Colorado. Obteve um Bacharelado em Ciências na Enfermagem em 1964 no Campus de Bolder. Em 1966, recebeu o grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental em Enfermagem – Campus Health Sciences, Colorado. Em 1973, o grau de Doutora em Psicologia e Consultoria Educacional, também pela University of Colorado. Foi reitora e professora da Escola de Enfermagem da University of Colorado em Denver. Possui um Doutorado honorário em letras, do Assumption College, em Worcester.

WATSON colaborou no planejamento e implementação do “ Nursing PhD Program” no Colorado, iniciado em 1979, sendo Coordenadora e Diretora do mesmo entre 1978 a 1981; 1981 e 1982. Desenvolveu o pós-bacharelado com um currículo de enfermagem em cuidado humano, saúde e cura implantado em 1990. Ajudou a fundar o Centro de Cuidado Humano na Universidade do Colorado, primeiro centro interdisciplinar

da nação com um total compromisso de desenvolver e usar o conhecimento do cuidado humano e saúde, como uma base moral e científica da prática e docência, com esforço para transformar o sistema de cuidado à saúde. Tem atuado em programas comunitários e se envolvido em projetos internacionais na Nova Zelândia, Índia, Tailândia, Taiwan, Israel, Japão e Brasil.

As publicações de Watson incluem mais de uma centena de capítulos de livros, artigos de periódicos, resumos e outras publicações. Em 1979 lança seu primeiro livro, os fundamentos de sua teoria, **Nursing: the philosophy and science of caring** com 2ª edição em 1985, e nesse mesmo ano, volta a publicar sua teoria no livro **Nursing: Human Science and Human care, a theory of nursing**, com 2ª edição em 1988, traduzido em japonês em 1990, e sueco em 1993.

As instituições que buscam um planejamento holístico de cuidado a doentes, estão incorporando muitos aspectos da base teórica de WATSON, afirmam BARNHART et al (1997). As revistas de enfermagem que tratam sobre administração do cuidado de enfermagem, contém cada vez mais artigos que fazem referência a WATSON, afirmam elas.

Seus estudos estão sendo utilizados em numerosos programas de formação de enfermagem, como no Bellarmine College de Louisville, Kentucky; a Assuntion College de Worcester, Massachusetts, em la Universidad del estado de Indiana e na Florida Atlantic University, em Boca Raton, Florida. Esses conceitos também estão sendo utilizados com grande aceitação em programas de enfermagem da Austrália, Suécia, Finlândia e Gran Bretânia.

Além desse currículo, o que mais me fez optar pela escolha de sua teoria é sua forma de pensar. O ponto de partida de seu trabalho é antes de tudo um sistema de valores e visão do mundo. O cuidado está posicionado como um ideal moral, o elemento chave para a Enfermagem. Esse modelo não focaliza o cuidado como um fim para a cura, mas a maior forma de compromisso para com o *self*, ao outro, a sociedade, ao ambiente, e até mesmo ao universo. (WATSON, 1995). Ela diz que as enfermeiras precisam transcender ao impulso na direção da aceitação apenas da medicina ocidental, auxiliando a pessoa para compreensão de outras alternativas. Invoca um senso de reverência para o sagrado, o espiritual, o desconhecido. Fazendo esta conexão entre o saber científico e o saber abstrato,

ela diz ser possível expandir visões do que significa ser humano, ser saudável, ser um todo, dentro da unidade mente-corpo-alma/espírito.

Principais influências

Segundo BARNHART et al (1997), WATSON escreve sua teoria tendo como fonte na enfermagem NIGHTINGALE, HENDERSON, ORLANDO, HALL, KING, LEININGER, PEPLAU e GADOW. Teve influência da psicologia em HARRY SULIVAN, CARL ROGERS e MASLOW. A evolução da consciência de HEGEL; a linha metafísica de WHITEHEAD; o cotidiano de HEIDEGGER, e a evolução espiritual, auto transcendência e holismo de TEILHAR DE CHARDIN foram suas fontes filosóficas. Inspirou-se em JOHN DEWEY para escrever os métodos interpessoais que visam educar pacientes a respeito de seu comportamento. LAZARUS e SELYE também a inspiraram para realizar seu trabalho que “conduz a uma convergência de crenças, valores e visão de mundo do oriente e ocidente”. (FREITAS, 2000, p. 36).

Pressuposições de WATSON

O trabalho de WATSON é uma filosofia e teoria do cuidado humano transpessoal, visto como um ideal moral, uma ciência e uma arte. Oferece sete pressuposições básicas sobre a ciência do cuidado:

- 1) O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal;*
- 2) O cuidado consiste de fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas;*
- 3) O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar;*
- 4) As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser;*
- 5) Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo;*
- 6) O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano, para gerar e promover a saúde, e para propiciar auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, conseqüentemente, um complemento à ciência da cura;*
- 7) A prática do cuidado é fundamental à enfermagem.*

(WATSON, 1985, p. 8-9)

WATSON (1985), vê o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer. Para ela, cuidar é um processo interpessoal composto de fatores de cuidado que resultam no encontro de necessidades humanas. Promove saúde, aceita as pessoas como são ou podem vir a ser, e cria um ambiente que permite às pessoas escolherem as melhores ações para elas próprias, levando com isso a uma ênfase sobre auto-conhecimento e auto-cuidado, onde devem chegar a um grau mais elevado de harmonia, dentro da mente-corpo-alma.

Fatores de cuidado

A estrutura da teoria transpessoal está construída nos dez fatores de cuidado, enumerados a seguir e são apresentados segundo Watson (1985).

Fator de cuidado 1- Possuir um sistema de valores humanista altruísta

DILTS et al (1993) dizem que valores são princípios, nível ou qualidade considerada útil ou desejável. Para eles, são os valores que levam a pessoa ao seu verdadeiro propósito de vida, governam os comportamentos e são elementos primários da motivação, sendo que as crenças e atitudes são conseqüências dos valores. Para WATSON (1985), os valores são formados no início da vida através dos pais e outras pessoas significativas. Eles podem ser modificados ou adaptados com o passar do tempo, através de novas experiências, interações com culturas diferentes e das experiências pessoais do desenvolvimento. A autora chama a atenção para que a enfermeira examine seus próprios valores, lembrando da importância desta ter valores altruístas para fazer o cuidado transpessoal de forma efetiva.

Fator de cuidado 2- Promover fé-esperança

Neste fator é importante a enfermeira ir além do que é considerado tradicional, diz a teórica. Se necessário buscar um sentido existencial e de transcendência, incluindo

alma/espírito. Clama para que se vá além da ciência moderna, não se contrapondo a ela, mas que se acrescente fé e esperança como mais uma alternativa a se somar com a ciência, para a pessoa sentir-se mais fortalecida diante das adversidades da vida.

Quando a ciência moderna nada mais tem a oferecer à pessoa, a enfermagem pode continuar a utilizar a fé e a esperança. A fé em Deus desperta coragem; o respeito profundo aos milagres e mistérios da vida humana, a dimensão espiritual da vida e o poder interno do cuidado, são fundamentais no processo saúde/doença. (Watson, 1985, p. 58)

Fator de cuidado 3- Ter sensibilidade consigo e com os outros

WATSON (1985), enfatiza as questões da sensibilidade, dizendo que para haver uma verdadeira interação se faz necessário agir de um modo sensível. Afirma que quando as enfermeiras procuram aumentar sua sensibilidade, mais autênticas elas se tornam. O tornar-se autêntica conduz ao auto-crescimento e a auto-realização, tanto para si como para com aqueles com quem interage. A presença da sensibilidade, numa interação, transcende o mundo físico e material, para penetrar no mundo emocional e subjetivo da pessoa, indo ao encontro do *self* interior, proporcionando-lhe uma sensação elevada de bem-estar.

A subjetividade que WATSON se refere, é o que é sentido pelo ser humano, podendo ou não ser exteriorizado através das emoções, sensações, sentimentos. O *self* é o eu mais íntimo, mais profundo da pessoa. É neste espaço único, ímpar, que a enfermeira é desafiada a penetrar durante o processo do cuidar, usando sensibilidade, altruísmo e fé-esperança.

Fator de cuidado 4- Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança

A autora, utiliza os trabalhos de ROGERS para definir as características necessárias à relação de ajuda-confiança, que são a compatibilidade, a empatia e calidez. A compatibilidade diz respeito a honestidade no relacionamento, sendo fundamental que a enfermeira seja verdadeira em suas interações. Para ROGERS (1977, p. 73), empatia

significa "... penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. (...) viver temporariamente sua vida, mover-se delicadamente dentro dela sem julgar...".

STEFANELLI (1993, p. 58), defende que a comunicação empática "é vital para o processo de comunicação quando se tem como objetivo ajudar alguém. Há necessidade da enfermeira possuir um nível de maturidade que lhe permita experimentar a empatia sem se deixar levar por um envolvimento emocional prejudicial aos objetivos, portanto não terapêutico".

A calidez diz respeito a aceitação positiva do outro, feito através da linguagem transparente do corpo, tom de voz e pelo tato. Neste contexto, WATSON (1985), inclui o modo verbal e o não verbal da comunicação, e o ouvir de uma maneira que conote compreensão empática. Sobre isto, STEFANELLI (1993), afirma que a capacidade de empatia está relacionada com o envolvimento emocional e respeito mútuo, devendo a atenção voltar-se ao cliente e ao ambiente, ouvindo atentamente sua mensagem verbal e não verbal, procurando entender a mensagem no seu todo e respeitando sua maneira de ser.

Fator de cuidado 5- Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.

Permitir que uma pessoa fale exatamente o que pensa e sente, pode não ser algo simples como parece. Acredito que o ser humano não está totalmente preparado para este papel, e é fundamental que a enfermagem tenha consciência disso. A este respeito, WATSON (1985) lembra que compartilhar sentimentos, envolve riscos tanto para a enfermeira como para o paciente, e por isto ela deve estar preparada para este momento. Quando a enfermeira consegue perceber e aceitar o sentir e o pensar do outro, chegará ao nível de interação desejável.

Fator de cuidado 6- Utilizar o método científico de solução de problemas para a tomada de decisão.

Desta maneira é possível prever e conduzir o cuidado dando um enfoque científico. Para WATSON (1985), sem o uso sistemático do método científico de solução de problemas, a prática eficaz é acidental, na melhor das hipóteses, e fortuita ou prejudicial na pior delas. Contudo, ao mesmo tempo que defende o método científico, valoriza a natureza relativa da enfermagem, fazendo igualmente uma forte defesa a ela, incentivando para que se desenvolvam outros métodos, através dos quais o ser humano possa ser visto e considerado de forma integral. Cada situação deve ser vista como única, requerendo uma adaptação criativa do conhecimento teórico adquirido, e atualizado pelas experiências já vivenciadas. Aqui é utilizado o processo de enfermagem que contém os mesmos passos do processo da pesquisa científica. WATSON (1985), argumenta que ambos são idênticos porque tentam solucionar um problema ou responder uma interrogação. Este segue quatro passos: avaliação ou levantamento da situação, plano, intervenção ou implementação e avaliação.

Fator de cuidado 7- Desenvolver o ensino-aprendizagem interpessoal

Este fator deve proporcionar as pessoas através de informações e alternativas, o máximo de controle sobre sua própria saúde. Isto é possível, através do ensino de técnicas de ensino-aprendizagem, que permite ao indivíduo cuidar de si próprio levando-o a perceber suas necessidades, e promovendo seu crescimento individual.

Fator de cuidado 8- Prover um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental

Este ambiente, WATSON (1985) classifica em variáveis internas e externas. As externas são as condições do espaço físico que é oferecido ao cliente. É importante que lhe seja proporcionado conforto, privacidade, segurança e um ambiente limpo. Para a autora, um local agradável melhora estados afetivos, facilita a interação, promove um senso de

satisfação com a vida. O ambiente interno está relacionado com o sentir da pessoa. Acontecimentos indesejáveis podem acontecer, como doença, perda de um ente querido, divórcio e outros, gerando uma sensação de ameaça. A enfermeira, através da observação e interação, detecta a situação e oferece apoio situacional, ajudando a pessoa a encontrar mecanismos de enfrentamento para a situação

Fator de cuidado 9- Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.

Segundo WATSON (1985), as necessidades humanas podem ser de ordem superior e inferior. As de ordem superior são as necessidades psicossociais ou integradoras e as intra e interpessoais. As de ordem inferior são as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou funcionais. A enfermeira deve reconhecer estas necessidades, e apesar da natureza hierárquica, todas merecem ser atendidas e valorizadas.

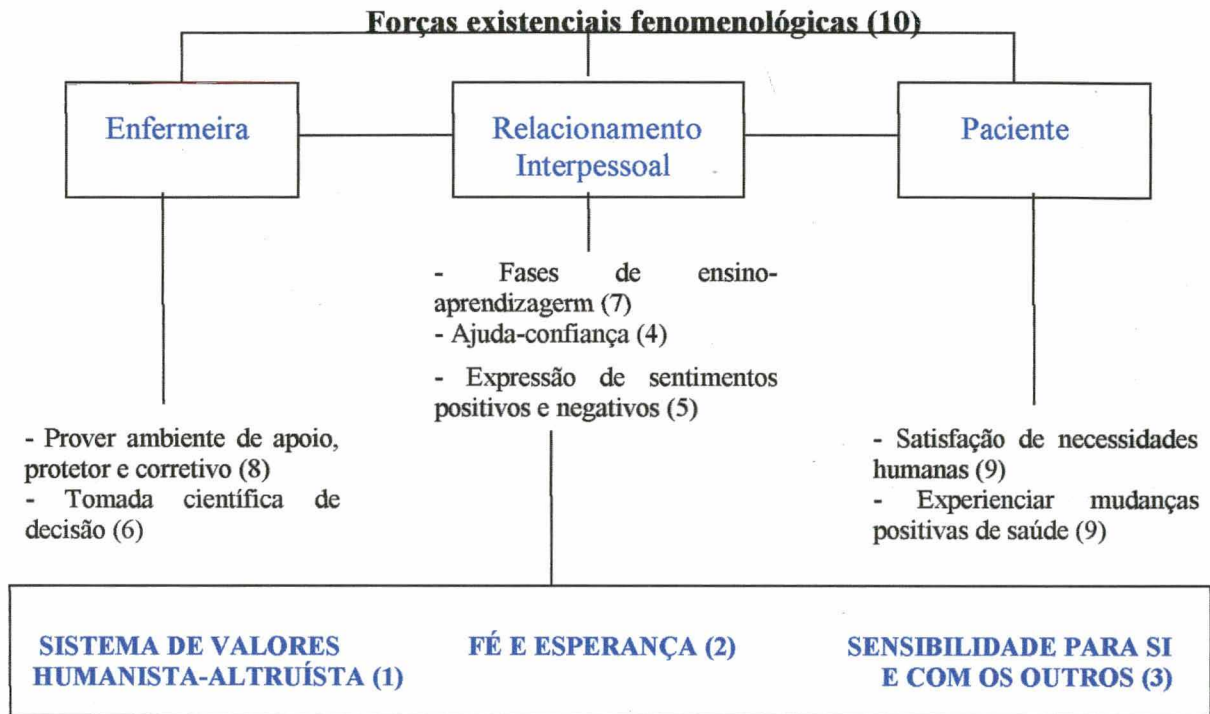
Fator de cuidado 10- Permitir a existência de forças existenciais fenomenológicas

WATSON (1985) diz que a fenomenologia é uma forma de compreender as pessoas, do ponto de vista de como as coisas aparecem para elas, a partir de sua estrutura referencial. Ela lembra que a enfermeira precisa primeiramente voltar-se para dentro de si, conhecer-se profundamente para poder usar este fator de cuidado. A partir disso, poderá ajudar outra pessoa a enfrentar dificuldades que a vida as impõe, como perdas, separações e solidão.

Segundo BARNHART et al (1997) estes dez fatores de cuidados, (chamados por elas de dez elementos assistenciais), foram criados a partir dos onze fatores assistenciais de Yalom. WATSON nele se inspirou para pensar sobre os componentes psicodinâmicos e humanos, que poderiam ser aplicados na enfermagem e no cuidado. Os três primeiros fatores, atuam como o fundamento filosófico da ciência do cuidado.

Um modelo conceitual com base em WATSON

O modelo que segue é uma interpretação de TORRES (1986, p. 199). WATSON não propôs este modelo em seus escritos. TORRES o apresenta da seguinte forma:



TORRES (1986), expressa a mesma opinião que BARNHART et al (1997), quando diz que os três primeiros fatores formam os fundamentos filosóficos para a ciência do cuidado. Ela os coloca numa disposição tal, para que se entenda que são integrados e interdependentes, constituindo a base do modelo. É através deles que a enfermeira desenvolve um sistema de valores humanista-altruísta, acredita na promoção da fé e esperança, e cultiva a sensibilidade em relação ao seu eu e aos outros.

Interpreta ainda, que através do relacionamento inter-transpessoal entre enfermeira e cliente, acontece a expressão de sentimentos positivos e negativos, ajuda – confiança e ensino – aprendizagem. Cabe a enfermeira fornecer um ambiente de apoio, proteção e tomada de decisão científica. Por sua vez , o cliente terá suas necessidades satisfeitas através de experiências positivas, que deverão levar a mudanças na saúde. O último fator é completamente filosófico e está relacionado com a compreensão das pessoas, a partir de

seu ponto de vista, de suas percepções e experiências de vida, como dor, perdas, separações. (TORRES, 1986)

CONCEITOS UTILIZADOS NESTE TRABALHO

Os conceitos mais significativos que influenciaram minha prática de enfermagem foram ser humano, ambiente/sociedade, saúde/doença, enfermagem, cuidado, família, família saudável e alcoolismo. Como o ser humano é o centro do cuidado é dele que os demais conceitos emanam.

WATSON (1988, p. 14) adota uma visão do **ser humano** como “uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada. Tem uma visão filosófica de uma pessoa com um self totalmente integrado e funcional. O ser humano é encarado como maior que a soma de suas partes e diferentes dela”. Este ser social, cultural, político, racional, controlador, perceptivo, interativo, que enfrenta as mais diversas situações, precisa ser visto e relacionado com um todo. WATSON (1988), quando aborda este *ser humano*, resgata o pensamento de NIGHTINGALE que em sua época já escrevia algo em torno deste ser holístico.

Ressalta a importância do respeito, onde através do relacionamento inter-pessoal, os valores, autonomia e liberdade de escolha são respeitados. Admiro a forma como WATSON percebe o ser humano ao citá-lo como um ser espiritual “magnífico”, contrapondo ao modelo vigente que é reducionista. O ser humano que possui a dependência do álcool, precisa ser visto acima de qualquer preconceito como um ser único magnífico, com capacidade de dar e receber, com possibilidade de reintegração através do cuidado efetivo.

Quando a autora afirma que o ser humano é transcendente, que é muito mais do que físico e matéria, é mente e espírito, percebo quão grande é a nossa responsabilidade. Cuidamos de um corpo que não é só um corpo; cuidamos de uma mente que não é só uma mente. Cuidamos de algo que não conceituamos, não definimos e que por vezes não entendemos. O ser humano que WATSON delineou é um ser em constante processo de vir a ser. É um ser que carrega consigo crenças e valores, desejos, anseios, sonhos e dúvidas. É

aquele que na maioria das vezes enfrenta com otimismo, fé e esperança as adversidades da vida, ou aquele que se deixa abater pela primeira dificuldade que surge. Entretanto todos têm algo em comum; todos almejam a felicidade, mesmo que as vezes esta seja procurada através de caminhos tortuosos.

Neste estudo o **ser humano** constitui-se de duas famílias, chamadas por eles de Outono e Primavera. Os personagens principais são João, Maria, José, Rosa e duas crianças. Possuem características próprias, individuais que carregam consigo a dor de uma trajetória de vida difícil, mas que possuem vontade, esperança, confiança de mudar a história. O ser humano alcoolista deste estudo busca na bebida uma maneira de ser feliz, mesmo sabendo ser isto ilusório. É um ser arrogante quando embriagado, mas quando sóbrio é um ser inseguro, carente, sensível, que sabe partilhar seus sentimentos, que permite ser cuidado e que sabe também se auto-cuidar.

A família que convive com este ser, é também um grupo único, sensível, carente, inseguro, que luta a seu lado em busca de soluções. É um ser amoroso que está aberto para dar e receber, para cuidar e ser cuidado. Esta unidade, constitui a família que agora conceituo. Entendo por **família** um grupo de pessoas que moram ou não sob o mesmo teto, ligados ou não por laços consanguíneos, que possuem objetivos em comum, que desejam harmonia, paz, amor para si e para seus membros, que possuem um sistema de crenças, valores, normas estruturadas numa cultura e em uma sociedade, que buscam continuamente e promovem condições de bem estar e saúde, que enfrentam dificuldades e buscam formas de superá-las.

PATRÍCIO (1994, p. 97-98) afirma que a família “tanto pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros, como pode colaborar na limitação desses aspectos através da imposição de normas e de tarefas”. Concordo com seu modo de pensar, e este aspecto tem me chamado muito a atenção. No momento em que busco trabalhar com famílias, é importante que esta característica seja identificada. A família deste estudo pode ser a que as vezes limita e as vezes colabora com o crescimento de todos.

MARCON e ELSEN (1999, p. 22) dizem que “embora a saúde da família e a de seus membros sejam diferentes, estão interligadas. A situação de saúde/doença de um dos seus membros afeta a saúde da família”.

Este modo de pensar vem ao encontro do que vivenciamos nas famílias onde tem um ser alcoolista. Percebe-se toda a dinâmica familiar alterada. Cada um reage de maneira peculiar, mas observa-se nitidamente alterações significativas. Predomina ainda a concepção de que a família do alcoolista é a principal responsável pela sua “cura ou doença”. Por não entender desta maneira é que as famílias deste estudo estão sendo vistas como seres humanos únicos com vida própria, com sonhos, ideais, objetivos próprios, que podem colaborar no tratamento do ser alcoolista, mas que também precisam ser cuidados.

Partindo disso, exponho meu conceito de **alcoolismo**. Eu o entendo como uma doença progressiva, incurável mas controlável. Uma doença que afeta a unidade mente-corpo-alma. Uma doença diferenciada porque carrega o estigma da “malandragem, vergonha, vagabundagem”. Algo que vai além do indivíduo porque afeta as pessoas próximas: famílias, vizinhos, patrão, colega de trabalho...

Muitas vezes, é uma doença difícil de ser tratada porque depende muito mais daquilo que o doente faz por ele próprio, do que os terapeutas podem fazer por ele. A compulsão é o que predomina, sendo acompanhada pelo mecanismo de negação, o que leva a insucessos repetidos no tratamento.

Apesar das controvérsias, continuo acreditando que o alcoolismo é uma doença que precisa ser tratada com atenção, amorosidade, firmeza e conhecimento científico, abrangendo portador e familiares. Para que isto fique ainda mais transparente, necessário se faz ter um conceito de **saúde e doença**.

WATSON (1985), reconhece a definição da organização Mundial da Saúde como o estado positivo de bem-estar físico, mental e social, porém inclui outros elementos que considera importante. Acredita que o ser humano necessite de um nível elevado de funcionamento geral, físico, mental e social que o leve a uma adaptação e manutenção de funcionamento diário, frente as contrariedades do cotidiano. Para ela, numa síntese, saúde refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. Está associada ao grau de compatibilidade entre o *self* tal como percebido, e o *self* tal como é vivenciado. Ela vê que um dos fatores que afeta a saúde é o estresse ou as atividades ligadas ao estresse que estão também associadas ao estilo de vida, às condições sociais e ao ambiente. Por outro lado, para ela **doença** pode não ser doença, mas uma desarmonia na unidade corpo-mente-alma que pode levar ao estresse. Quando ela fala em alma, conceito este muito forte em sua

teoria, identifica como “autoconhecimento, grau mais elevado da consciência, força interior, poder, experiência intuitiva e mística, que derivam de certas filosofias orientais, mais aproximada a filosofia hindu” (ZAGONEL, 1996, p.75). ↘

Ampliando o conceito de WATSON, entendo por **doença** uma desarmonia de alguma parte do corpo gerando uma condição que afeta o rendimento diário, podendo ser total ou parcial. No caso do doente alcoolista, quando ele está embriagado ele está doente; quando sóbrio, ele continua com a doença mas não a manifesta. Creio que este conceito possa ser aplicado ao cuidar do cliente alcoolista e sua família, tendo em mente que nenhum ser humano é totalmente sadio ou doente. Buscar neles as “reservas saudáveis” para o (re)fazer da normalidade respeitando a individualidade, crenças, valores e cultura. Tenho observado que existem muitas formas de tratamento para o alcoolismo e uma delas é a busca deste lado espiritual que WATSON tanto fala. A fé e a esperança na família, são forças poderosas utilizadas com frequência para auxiliar o alcoolista a sair da situação que se encontra.

Em relação a **saúde da família** adoto o conceito do GAPEFAN:

... 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 transformado. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. (ELSEN et al, 1994, p. 68).

A família deste estudo, com suas reservas saudáveis, busca a harmonia que WATSON refere, através de um querer que é alicerçado pela fé e a esperança, por valores humanistas altruístas, pelo desejo de melhorar o **ambiente**, alterado pela condição do alcoolismo de um de seus membros, e retomar seu espaço na sociedade, da qual se isolou.

TALENTO (1993), interpretando os escritos de WATSON, diz que **ambiente social** afeta a sociedade pois é ela que fornece valores que determinam a maneira como alguém deve se comportar. Compactuo com a autora que esta sociedade gera influência tanto positivas como negativas. A mesma sociedade que ajuda formar valores, incentiva,

motiva para alcançar determinadas metas, é também o principal agente desagregador, quando impõe regras, modelos que massifica e geralmente conduz ao estresse.

O conceito **ambiente** de WATSON (1988) refere-se ao “clima” de cuidado no qual o indivíduo pode desenvolver seu potencial, escolhendo o que é melhor para ele em qualquer momento. WATSON defende também a questão estética deste ambiente. Compartilho com sua idéia de que um ambiente limpo, arejado, confortável é um elemento importante que influencia na saúde e no cuidado humano.

Estas definições e reflexões se aliam ao próximo passo onde descrevo o conceito de **cuidado**.

WATSON (1988, p. 8) refere que “o cuidado e a enfermagem existem em toda a sociedade. Toda sociedade tem pessoas que se importam com os outros. Uma atitude de cuidado não é transmitida de geração a geração através de genes. É transmitida pela cultura da profissão, como uma maneira única de enfrentar esse ambiente”.

WATSON (1985), vê o **cuidado** como a essência, o ideal moral da enfermagem, cuja finalidade é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana. Para isto, há necessidade que haja entre a enfermeira e o cliente, muita sensibilidade além do conhecimento científico que se faz necessário. Ela defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a controlar-se, tornar-se conhecedora e promover mudanças em sua saúde. Esta autora denomina cuidado transpessoal como um encontro entre o profissional de enfermagem e outro ser humano, onde há a possibilidade de ser um momento de experiências e sentimentos compartilhados. Este momento pode transcender o mundo físico e alcançar o mundo subjetivo, quando o *self* – o eu interior – de cada ser é revelado, facilitando a compreensão mútua e o crescimento pessoal de ambos. O cuidado transpessoal permite a liberação da mente e do espírito humano, o qual conduz à compreensão de sua força, poder e capacidade de encontrar significado na existência e na enfermidade. Ainda diz que o processo do cuidado humano é um dom especial que deve ser apreciado, onde cada momento é único e especial.

Este modelo não focaliza o cuidado como um fim para a cura, mas uma forma de compromisso ao *self*, ao outro, à sociedade, ao ambiente e até mesmo ao universo, neste ponto da história humana (WATSON, 1995).

A autora lembra que esta forma de cuidado não pode ser entendido como algo delicado com senso romântico, mas algo que exige ação e conhecimento do cuidado na prática, com um sério envolvimento pragmático, epistêmico, ético e ontológico. O cuidado que WATSON propõe, vai muito além do modelo biomédico que a enfermeira está habituada. Se necessário for, ela incentiva para que seja usado métodos terapêuticos alternativos para que o cuidado se efetive. Esta relação de cuidado compreende uma relação especial, um olhar por inteiro ao ser humano e seu estar no mundo. (WATSON, 1995)

Cuidar de famílias que vivem em situação de alcoolismo significa ir ao encontro, ir em busca e envolver-se totalmente. É ter claro os conceitos de **ser humano, saúde/doença, ambiente/sociedade, família, alcoolismo**. É entrar primeiro no próprio mundo, conhecer-se, reconhecer as limitações, é aperfeiçoar-se, é preparar-se para poder fazer o cuidado que é o ideal moral da **enfermagem**, conceito que apresento a seguir.

Para WATSON apud TALENTO (1993, p. 261), **enfermagem é “uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são medidas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano”**. WATSON (1995) diz que a enfermagem como uma profissão existe a fim de sustentar o cuidado, a cura e a saúde, onde estas estão sendo ameaçadas, quer biologicamente, institucionalmente, ambientalmente, politicamente e até mesmo globalmente.

Como disciplina tem uma responsabilidade ética, social e científica para desenvolver novas teorias e conhecimentos, sejam elas em educação, cuidado clínico, em nível ontológico, epistemológico, metodológico ou pedagógico. (WATSON, 1995)

Quando WATSON (1985, p. 70) diz que o cuidado transpessoal é o mover-se do enfermeiro e do cliente, (o *self* de cada um deles, suas almas, mentes e corpos, um ao encontro do outro) favorece para que haja uma maior harmonia entre ambos. Para esta autora faz-se necessário que:

- 1- *A enfermeira respeite e engrandeça a dignidade humana através de uma moral comprometida;*
- 2- *A enfermeira tenha uma intenção e desejo de acolher a subjetividade da pessoa;*
- 3- *Os sentimentos interiores do outro possam ser partilhados pelas habilidades da enfermeira através da observação de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidades e intuição.*

- 4- *As experiências anteriores, ou seja, o que a enfermeira já viveu na sua vida pessoal e, profissional, possam auxiliar na formação do desenvolvimento da relação consigo mesma e com o self dos outros. (WATSON, 1985, p. 63-64)*

Isto desafia a enfermagem para uma nova postura, uma nova forma de cuidar, onde há o alerta para o cuidado mais humanizado, exigindo que a enfermeira tenha um preparo adicional. Acredito nesta Enfermagem capaz de interagir com este ser que necessita do cuidado sem impor suas verdades. Acredito na enfermagem que não dicotomiza as ações e que sabe ir muito além de um diagnóstico. Enfermagem por ser uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas, está preparada para aplicar conhecimentos, habilidades através de atitudes coerentes e concretas, recebendo e dando, aprendendo e “ensinando” numa troca contínua, fazendo fluir a interação. No relacionamento transpessoal, a enfermeira, então, deve “entrar” dentro das experiências do outro e permitir que o outro “entre” nas suas. Ambos se envolvem e cada um valoriza o outro ajudando-o a (re) descobrir suas perspectivas únicas sobre o mundo.

A TEORIA DE WATSON E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem de WATSON segue os seguintes passos segundo TALENTO (1993, p. 261-262):

Levantamento: envolve observação, identificação e revisão do problema; uso do conhecimento literário apropriado. Inclui conhecimento conceitual para a formulação e conceitualização de uma estrutura na qual verifica-se o problema e a formulação de hipóteses sobre relações e fatores que influenciam o problema; meios que possuem para lidar com estresse, conflitos, perdas e necessidades.

Plano: deve oferecer múltiplas alternativas, usando a abordagem de resolução de problemas, pelas quais as necessidades humanas podem ser encontradas. O indivíduo/família, trabalha com a enfermeira para formular estratégias e técnicas que serão útil a ele.

Intervenção: é a ação direta e a implementação do plano, que deve gerar mudanças de comportamentos em busca de saúde.

Avaliação: é o método utilizado para a análise dos resultados, bem como o exame dos efeitos da intervenção realizada. Revê as atitudes tomadas e se as necessidades do

indivíduo ou família foram detectados e supridas. Além disso, WATSON (1985), lembra que a avaliação pode gerar hipóteses adicionais.

TORRES (1993), diz que WATSON recomenda em sua teoria uma abordagem ampla, para que a enfermagem consiga realizar mais conexões que separações entre as partes que compõem a totalidade da pessoa. Para tanto sugere o emprego deste método científico de solução de problemas. Julga, que a partir de princípios e dados básicos, é possível fazer julgamentos e tomar decisões.

METODOLOGIA

*O caminho tem mais de um nome.
Existe mais de um sábio.
As doutrinas variam nas diferentes terras,
Mas seus benefícios alcançam toda a
humanidade.*

Decreto da dinastia Fang

Para descrever este capítulo, foi necessário resgatar minhas vivências até aqui. Em cada disciplina oferecida no mestrado, delineavam-me traços que ganhavam formas cada vez mais nítidas, tal qual um escultor num trabalho de arte. Foram meses de estudos e reflexões, passo a passo, às vezes de modo lento, outras, mais aceleradas, mas que faziam surgir imagens cada vez mais reais. Era esta construção do conhecimento que me fazia mergulhar para um caminho novo na enfermagem.

Todas as disciplinas foram importantes e quando estudamos Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem, fui incentivada e estimulada a conhecer melhor o mundo das teorias e o conhecimento da enfermagem. Foi o primeiro contato com a teoria de Jean Watson, e este me induziu a optar por ela. Importante também foi o momento do estudo independente – “Entrando no mundo da família”, sob a orientação da Prof.^a e Dr.^a Ingrid Elsen, onde estudei escritos que narravam experiências e histórias sobre família. Mais uma vez percebi ser este um campo fértil para o cuidado de enfermagem.

Foi na disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem que pude efetivar meu objetivo ao prestar cuidado a duas famílias que vivem em situação de alcoolismo. Durante três meses realizei minha prática assistencial, a qual me levou a propor aos componentes da banca de qualificação uma continuidade para aprofundamentos que julgava necessários.

Diante da aprovação e apoio recebido é que pude chegar até aqui. Houve então a necessidade de desenvolver um processo de cuidado num movimento contínuo de reflexão-ação-reflexão. Este movimento traduzia-se no constante retorno à teoria, onde refletia cada ação de cuidado, incluindo, além da teoria, reflexões das experiências vividas no passado, tanto da vida pessoal como profissional.

A PROPOSTA INICIAL

Ao planejar este trabalho, pensei desenvolvê-lo com duas famílias que estivessem inscritas no Programa de Saúde Mental, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Na verdade, seriam indicados dois pacientes, porque neste programa, a família, com algumas exceções, não participa do tratamento, mas neste caso, elas seriam convidadas por mim para participarem. Pensava em fazer o acompanhamento na sala do programa, que naquela época situava-se no Posto de Atendimento Médico – PAM.

Preservando as questões éticas, já havia exposto a proposta aos envolvidos no referido programa, recebendo apoio e consentimento de todos. Quando pensei nesta possibilidade tinha como meta somar esforços, pois havia percebido que os trabalhos realizados nesta área estavam pouco articulados. De um lado o programa, de outro a ARAL, dois segmentos importantes que muito fazem para combater o alcoolismo.

Esta primeira opção me inquietava, porque desejava fazer o cuidado às famílias em seu domicílio. Com o passar dos dias esta proposta foi modificada em virtude da demora na indicação dos pacientes. Ressalto que não foi falta de colaboração da equipe, mas por situações diversas este atraso aconteceu, o que me fez pensar e procurar outras alternativas.

A MUDANÇA DA CAMINHADA

Já estávamos no dia 08/09/99 e eu não havia encontrado as famílias para realizar meu estudo. Era uma quarta feira, dia de reunião na Associação Regional de Recuperação de Alcoolistas – ARAL, e com esperança de encontrar alguém, fui até o local. Cheguei às 19 horas e 50 minutos; a reunião começou como sempre, às 20 horas.

Durante a reunião um jovem desconhecido chamou a minha atenção. Manteve-se cabisbaixo do início ao fim sem pronunciar-se, mesmo quando lhe foi dada oportunidade. Ao terminar a reunião aproximei-me e começamos a conversar. Soube então que era dependente do álcool e que estava lá com o pai que também é alcoolista e que ambos iniciaram naquele dia o tratamento. Logo chamou o pai e fomos apresentados.

Após, falei brevemente do meu trabalho e os convidei para conhecerem melhor a proposta junto com suas famílias. Prontamente aceitaram, e então marcamos nosso primeiro encontro para o dia seguinte na residência deles às 19 horas.

Houve empatia imediata. Em aproximadamente quinze minutos selamos um acordo que me deu a esperança de poder por em prática o pretendido.

ORGANIZANDO OS ENCONTROS

Ao me preparar para o primeiro encontro, achei necessário construir um guia para a realização dos mesmos. Procurei respaldo na literatura onde a maioria diz existir várias formas de organizar uma relação de ajuda ou tratamento para famílias de alcoolistas, mas que não existe nenhum modelo pronto, sendo que qualquer conduta pode ter resultados variados. EDWARDS (1995), ressalta que é necessário cautela ao tirar-se conclusões amplas, devido à heterogeneidade das pessoas em tratamento, e que a metodologia proposta deve ser continuamente avaliada, podendo se fazer necessário mudanças metodológicas no transcorrer das atividades.

Encontrei em PEÑA-ALFARO (1993, p. 26), a seguinte consideração:

... relação difícil, diga-se de passagem, pois o alcoolista causa estranheza, está sempre à margem das regras da ordem social, transgredindo permanentemente seus limites, suas normas e leis. Lidar com alcoolistas revela-se uma tarefa das mais difíceis, tanto para familiares, amigos e colegas quanto para todos aqueles que se colocam fora dos limites do seu mundo. É uma arte que muito poucos conseguem (...) eles mudam de humor a todo momento, o que os faz imprevisíveis, a linguagem usada às vezes é incompreensível, o pensamento, seus sentimentos oscilam. (...) tornam-se intratáveis socialmente e em família as coisas pioram...

Concordo com o autor quando diz ser uma relação difícil, principalmente para a família que nunca sabe exatamente como este chegará. Entretanto, isto não deve inibir o cuidador, pois se este tiver habilidade e conhecimento para trabalhar com estas questões, é

algo possível de ser realizado. Em experiências vividas, com raras exceções, o alcoolista quando sóbrio é uma pessoa acessível e cooperativa. Portanto, toda e qualquer abordagem deve ser realizada somente no momento de sobriedade.

Diante desta busca organizei meu guia baseada em EDWARDS (1995), colhendo a história básica e a história da ingestão de cada elemento da família. Este roteiro serviu apenas para iniciar os primeiros encontros e constava dos seguintes itens:

I- História familiar:

- 1- *Pais*: idade, saúde e ocupação, qualidade de relacionamento atual com os pais.
- 2- *Pessoas significativas na infância*
- 3- *Irmãos*: informações básicas, adaptação ou desadaptação social e pessoal (incluindo bebida), contatos atuais com o paciente;
- 4- *Ambiente na infância*: reconstrução do ambiente do lar durante a infância e o meio social e cultural no qual se inseria o lar. Conflitos entre os pais, separações.

II- História Pessoal

- 1- *Nascimento*;
- 2- *Adaptação geral na infância*: observar indicações de sintomas neuróticos na infância, dificuldade de relacionamento com outras crianças, doenças da infância. Isto tudo ajuda a saber se o paciente já apresentava sinais de ansiedade e dificuldades de adaptação desde sempre e também para investigar traços de personalidade que ainda não tinham sido alteradas pelo álcool;
- 3- *Escolaridade*: destacando a adaptação social na escola;
- 4- *História profissional e ocupação atual*;
- 5- *Casamento*: enfocando principalmente a qualidade do casamento, o impacto da bebida e atitudes do cônjuge em relação à ingestão do paciente;
- 6- *Filhos*: Proximidade do paciente em relação aos filhos;

- 7- *Situação sócio-econômica;*
- 8- *Lazer.*
- 9- *Crise- situações vivenciadas*

III- Doenças anteriores

- 1- *Doenças físicas, mentais e acidentes;*

Com relação à saúde mental investigar qualquer indicação de doença depressiva ou alterações acentuadas de humor, ansiedade fóbica, ciúme patológico, tentativas de suicídios, ingestão de drogas e medicamentos.

IV- História da ingestão:

História detalhada de tudo o que aconteceu ao longo de toda uma vida relacionada à bebida. O principal objetivo deste momento é que tanto o cuidador como o paciente, sintam a dinâmica da história em evolução e percebam como o presente se encaixa nela, bem como o papel da família como um todo e de cada um.

MINAYO (1999), diz que para muitas pesquisas, a história de vida geralmente é o ponto inicial de uma entrevista, porque permite ao informante retomar o seu passado, gerando múltiplas interpretações. Geralmente ocorre a liberação de um pensamento crítico reprimido, o que pode levar a uma confidência importante. Neste momento a pessoa permite olhar para sua própria vivência, fornecendo um material rico do vivido.

Este roteiro não foi seguido na sua íntegra e dificilmente se esgotava no primeiro encontro. As entrevistas iniciaram com uma solicitação para que a pessoa falasse de sua história. Dela emergiam questões relevantes, às vezes previstas, outras inesperadas, que tomavam conta da entrevista. Sempre que isto acontecia, evitava mudar o rumo da conversa, considerando que o tema selecionado pela pessoa de forma espontânea, constituía uma rica fonte de informação sobre o que é importante para ela naquele momento.

Quando algum assunto não era esgotado ou a abordagem havia acontecido de maneira incompleta ou superficial, os itens do roteiro eram retomados e esclarecidos.

Primeiro encontro com as Famílias

Eram 18h e 55 m do dia 09.09.1999, quando cheguei ao local do encontro. Sentia como um momento de suma importância para que fosse estabelecido um relacionamento inter-transpessoal, que contemplasse as necessidades de todos. Toda a caminhada que viéssemos a percorrer, poderia depender daquela situação. Impossível ficar indiferente e um sentimento ambivalente acontecia; era uma mescla de alegria e ansiedade, certeza e dúvida dentro de mim. Tentava dizer para mim mesma que com toda experiência já vivenciada não tinha nada a temer, mas algo me inquietava. E se os familiares não aceitassem a proposta? Este estado emocional se desfez no momento que cheguei ao local. Todos me aguardavam conforme combinamos e me receberam calorosamente, principalmente a esposa do paciente mais velho, que ao me ver disse ter certeza de que era eu a pessoa da qual o marido falava. E perguntou se eu não lembrava que em 1986 nós participávamos juntos, das reuniões da ARAL.

Tentei buscar na memória alguma lembrança, mas naquele momento nada lembrei e fui sincera na resposta. Espontaneamente abraçou-me dizendo que estava feliz por me reencontrar.

A esposa do paciente mais jovem apenas sorriu ao cumprimentar-me, sem demonstrar nenhum entusiasmo e não fez nenhum comentário. Conheci seus dois filhos, duas crianças lindas e muito afetivas.

Convidaram-me para sentar com eles na sala e antes de expor em detalhes a proposta, resgatei as lembranças das reuniões de 1986. Lembramos então do período que participávamos das reuniões e de alguns fatos acontecidos, o que serviu para eliminarmos possíveis tensões.

Após expus detalhadamente a proposta. Enquanto falava percebi através dos gestos, olhar, que todos concordavam com ela e foi o que aconteceu. A esposa do paciente mais velho, com entusiasmo disse que não só aceitava, mas que agradecia porque tinha certeza que isso ajudaria no tratamento.

QUESTÕES ÉTICAS

Baseada na resolução 196/96 do Conselho Federal de Saúde, cada sujeito recebeu o formulário do termo de consentimento livre e esclarecido, que consta nos anexos II e III. Expliquei de forma completa e pormenorizada sobre a natureza do trabalho, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos e incômodos que esta poderia acarretar. Assegurei o direito de decidirem pela participação no mesmo, esclareci dúvidas, respeitei e estimei a participação, informando também sobre a possibilidade de desistência no momento que assim desejassem.

Garanti o respeito, individualidade e a privacidade de todos, esclarecendo que as informações colhidas seriam cuidadosamente mantidas em sigilo, bem como garanti o sigilo de seus nomes e dados que pudessem revelar suas identidades. Somente após a liberação por escrito das pessoas envolvidas, e da permissão para que os encontros fossem gravados é que dei início aos trabalhos. Esclareci que os encontros inicialmente seriam individuais, mas que poderia haver mudanças caso alguém julgasse necessário.

Enquanto conversávamos as crianças brincavam em algazarras, atrapalhando de certa forma o nosso encontro. Percebi que poderíamos ter dificuldades, caso as crianças permanecessem próximas durante os encontros.

Quando lhes falei sobre o sigilo de seus nomes, propus que escolhessem um pseudônimo para ajudar nas narrativas. A princípio disseram não ser necessário, que eu poderia usar seus nomes verdadeiros. Insisti esclarecendo o porquê desse meu pedido. Falei sobre o estigma do alcoolismo lembrando que este estudo ficaria a disposição das pessoas em pelo menos duas bibliotecas, Universidade do Contestado e Universidade Federal de Santa Catarina.

O cliente mais velho então se manifestou dizendo que por estar no declínio da vida gostaria de ser identificado como Família Outono. Rapidamente o filho disse que seria Família Primavera pois sentia nascer dentro dele nova vida, novos sonhos.

No decorrer das transcrições percebi que o uso de “Família Outono e Família Primavera” dificultava as narrativas. Como forma de corrigir este obstáculo, identifiquei

através de nomes fictícios a Família Outono como João e Maria e a Família Primavera como José e Rosa, respeitando e mantendo também a escolha feita pelos participantes.

Nesta noite, soube que o alcoolista da Família Outono, Seu João, é aposentado desde 1996 e depois disso sempre trabalhou como pedreiro autônomo. Sua esposa Dona Maria, trabalha como diarista três vezes por semana, cuida dos netos e sempre que pode auxilia o marido. Possuem cinco filhos e somente a mais nova morava com eles, mas dificilmente encontrava-se em casa porque estudava nos períodos da manhã e noite, e trabalhava à tarde. Em fevereiro de 2000, o filho que trabalhava em outra cidade, voltou para casa.

O alcoolista da Família Primavera, seu José, trabalhava com seu pai e sua companheira, Dona Rosa, em uma malharia como costureira. Possuem dois filhos, uma menina de 4 anos e um menino de 3 anos.

Após estas primeiras informações fizemos o planejamento dos nossos encontros. Ficou decidido que nas quartas feiras iríamos juntos à reunião da ARAL – Rosa explicou que não poderia ir por não ter com quem deixar as crianças. Além das quartas feiras, uma vez por semana nos encontraríamos, começando pelos encontros individuais e após com a família com duração de sessenta minutos.

Acordamos que nossos encontros e relacionamentos deveriam ser o mais sincero possível, e em caso de alguma alteração, avisaríamos com antecedência (trocamos o número do telefone para contato).

Após isto, me despedi de todos com a sensação de estar começando uma grande e nova experiência. No caminho de volta, recordava de alguns detalhes daquele encontro, e a imagem principal que me vinha à mente era o olhar desconfiado e a pouca participação da esposa da Família Primavera.

Ao chegar em casa, comecei a fazer as anotações, porque neste primeiro encontro não havia usado o gravador, e novamente o ponto forte de minhas reflexões se dirigiam a esposa da Família Primavera. Escrevi em minhas anotações que daria uma atenção especial a ela, e tentaria descobrir se era apenas impressão minha ou se minhas observações tinham alguma procedência.

No dia seguinte pela manhã, procurei a Assistente Social do Programa de Saúde Mental e lhe informei do acontecido, agradecendo e dispensando a indicação de pacientes. Voltei a falar com toda a equipe, esclarecendo o motivo da mudança, mantendo a intenção de no futuro realizarmos um trabalho conjunto nesta área.

Com o passar do tempo houve necessidade de adaptações do planejamento. Ora os encontros aconteciam semanalmente, ora diariamente e outras quinzenalmente. No mês de setembro aconteceram os encontros individuais e nos meses seguintes com os casais. Somente uma vez aconteceu um encontro com os dois casais juntos, onde abordamos o tema alcoolismo.

DESCREVENDO OS LOCAIS DOS ENCONTROS

A residência das famílias situa-se num bairro próximo a área central da cidade, no final de uma rua íngreme e sem saída. A casa tem dois pavimentos, no andar superior mora a Família Outono, local amplo, arejado e confortável. Possui 3 quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro e uma varanda. A decoração é simples mas com todo o conforto necessário. Possuem carro, telefone, móveis e eletrodomésticos básicos. A construção é de madeira, pintada com cores escuras e em bom estado de conservação.

A parte térrea onde morava a Família Primavera é de alvenaria e era a antiga cozinha da Família Outono. Havia apenas duas peças; um pequeno quarto para as crianças, sendo que o restante do espaço foi transformado em cozinha, sala e quarto do casal sem nenhuma divisória. Os poucos móveis existentes não lhes proporcionavam o mínimo de conforto. O local era pouco ventilado, escuro e úmido. A casa além de ficar num terreno acidentado, não possui área de terra onde crianças possam brincar livremente.

REUNIÕES NA ARAL

A sugestão de participar nas reuniões veio das próprias famílias. Concordei plenamente com eles, os incentivei e me propus a acompanhá-los sempre que possível. Esclareci que em algumas quartas feiras eu não poderia me fazer presente por compromissos já assumidos. Rosa também esclareceu que não poderia acompanhar José,

porque não tinha com quem deixar as crianças. Dona Maria se dispôs a quinzenalmente ficar com elas, para que ambas pudessem participar. Rosa ficou em dúvida, porém nunca aceitou acompanhar o marido, alegando que ficava pouco tempo com os filhos. De setembro a dezembro, não consegui participar em três reuniões.

A ARAL se distingue dos A.A. pelo seu caráter não anônimo. As reuniões acontecem todas as quartas feiras, das 20 às 21 horas, em sua sede própria, no Bairro Santa Cruz – Concórdia – SC. Nela participam alcoolistas abstêmios e suas famílias. A associação tem uma diretoria cujo coordenador também é responsável em coordenar as reuniões. Rígidos na questão de horário, com pontualidade iniciam a reunião com uma oração. A seguir o coordenador passa a palavra aos presentes, às vezes nomina a pessoa, e esta fala de suas experiências. A maioria narra situações que causam impacto para quem ouve. Valorizam as questões negativas que ocorreram em suas vidas, e dão ênfase para o cuidado de uma possível recaída. Dificilmente um familiar consegue expressar seu pensamento, a prioridade maior está voltada ao alcoolista.

Nestas reuniões sempre procurei me colocar na condição de filha de alcoolista. Como sou conhecida por todos e em algumas situações temos desenvolvido trabalhos em conjunto, ao final de cada reunião me era dada a palavra para alguns depoimentos. Percebia que eles não queriam que “a filha do alcoolista falasse”, eles queriam que a enfermeira esclarecesse dúvidas que surgiam, como por exemplo, o que é cirrose, porque acontecem recaídas e outras. Sempre procurei fazer as duas coisas: dar a informação e também enfatizar as questões familiares que estão atreladas ao alcoolismo.

Durante as reuniões minha relação com a Família Outono e Primavera sempre foi a mais natural possível. O grupo sabia que eu os acompanhava em seus domicílios e por isso sentia-me a vontade ao elogiá-los perante todos. Geralmente sentávamos próximos e durante todo o período, somente uma vez seu João deu seu depoimento. Dona Maria e José, enquanto eu estive presente, não se pronunciaram mas demonstravam atenção e interesse que era percebido através da expressão facial e postura corporal.

Das dezesseis reuniões que houveram de 08/09 a 22/12/99 participei em doze e no ano 2000, participei de sete nos meses de janeiro e fevereiro. A partir de março em virtude do trabalho noturno na Universidade, não foi mais possível continuar acompanhando a Família Outono. Estes continuam freqüentando assiduamente as reuniões.

Esta proposta de cuidado teve início dia 08/09/1999 e foi encerrada em 15/05/2000. Encerraram os registros porque o acompanhamento ao casal da Família Outono continua. No anexo I encontra-se uma síntese dos encontros.

Nestes 8 meses realizei 42 visitas domiciliares; participei de 19 reuniões da ARAL, três visitas ao local de trabalho de Rosa; um encontro com psicóloga e delegado na Delegacia Regional; dois encontros com Psicóloga que atendeu Rosa e um encontro com Advogado.

REGISTRANDO OS ENCONTROS

Uma das atividades que exigiu atenção e organização foi o registro das informações colhidas. Somente os encontros do dia 09/09, e 19/09 não foram gravados.

Com a finalidade de transcrever os encontros de maneira mais fiel possível, evitava qualquer compromisso após os mesmos. Retornava imediatamente para casa onde iniciava as transcrições. No percurso, fones nos ouvidos, repassava as gravações. Nos dias que realizava duas entrevistas, as quais tinham duração de aproximadamente duas horas, a tarefa tornava-se exaustiva. Os encontros no período noturno fizeram-me muitas vezes deixar as anotações para o dia seguinte, ou pelo menos parte delas, porque o cansaço dificultava sua conclusão.

Na análise dos dados, optei pelas indicações de TRENTINI e PAIM (1999), que sugerem transcrever as informações em folhas de papel deixando em cada página espaços em branco de 1/3 para codificações necessárias. As autoras basearam-se em SHATZMAN et al (1973) ao proporem uma nomenclatura de identificação.

Para este trabalho utilizei as notas de entrevista (NE), as quais constam as transcrições detalhadas das colocações feitas pelos participantes onde estão incluídos os diálogos e informações. Nas notas de observação (NO), estão relatados comportamentos e ações observados ao longo dos encontros. Notas teóricas (NT), dizem respeito ao referencial teórico, o qual indica se o observado corresponde ou não ao estudo, se há necessidade de aprofundamento de algum aspecto, se os conceitos utilizados no Marco Conceitual estavam ou não em consonância com a prática. Foi através dessas notas que aconteciam o movimento contínuo de reflexão-ação-reflexão. Nas notas metodológicas

(NM), estão contidos relatos das estratégias utilizadas como auxílio na coleta das informações, questionamentos relativos aos procedimentos metodológicos, possíveis falhas percebidas, necessidades de modificações, interrogações sobre técnicas e instrumentos utilizados. Nas notas de cuidado (NC), estão descritos os cuidados realizados durante o trabalho e as descritivas (ND), serviram para registrar minhas reflexões, percepções, impressões, sentimentos pessoais e dúvidas. Elas expressaram uma avaliação contínua do processo de trabalho bem como análise e interpretações preliminares dos dados coletados. Estes registros foram apontados em um caderno após cada encontro.

O modelo a seguir é um demonstrativo de como foram realizados os registros.

Data: 29/09/99 (Quarta-feira) 6º encontro
Período: Noturno (20 horas às 21 horas)
Local: Residência da Família Primavera

NE	NO	NT	NM	NC	ND
Rosa: Acho que vai ser muito bom falar sobre minha vida. Sempre fui muito fechada e nunca consegui falar do meu passado para ninguém. Só tenho receio que não vou conseguir sem chorar (seus olhos já estavam com lágrimas). ...só tenho lembranças ruins. Somos em 5 irmãos, 3 rapazes e duas moças. Sou a segunda filha. Tenho um irmão mais velho de 26 anos e o mais moço de 7 anos... Nossa infância foi horrível. O pai bebia muito, era agressivo com nossa mãe e conosco... sinto algo ruim. <i>Eu-</i> Você gostaria de fazer um acompanhamento com uma psicóloga para poder tirar esta "coisa ruim" que sente? <i>Rosa-</i> Eu adoraria, mas não tenho dinheiro para isto. <i>Eu-</i> Conheço um serviço da secretaria de Saúde que faz este trabalho gratuitamente. A única dificuldade é você encontrar um horário disponível. Tenho certeza que consigo uma vaga para você. <i>Rosa-</i> O horário eu consigo. Por favor consiga para mim, eu quero mudar, não quero me sentir como me sinto. <i>Eu-</i> prometo que logo trago notícias sobre o tratamento. Você gostaria de falar mais alguma coisa hoje? <i>Rosa-</i> Nossa, como o tempo passou rápido, como é bom falar.	No início esfregava as mãos e falava num tom de voz alto e rápido. Falava mais lentamente olhando para o chão Havia emoção em sua voz Sua expressão facial estava mais serena.	"A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma"(WATSON 1985) A expressão de sentimentos fortalece o relacionamento entre Enfermeira e paciente. (WATSON, 1985) Oferecer alternativas permite ao paciente participar do cuidado (Watson, 1985). Expressão de sentimentos ajuda a pessoa ir ao encontro do seu <i>self</i> (Watson, 1985).	Ouvindo Colhendo a história básica Ouvindo Propondo alternativa Informando e dividindo responsabilidades.	Ouvindo Ouvindo Ouvindo Procurando ajudá-la em sua saúde mental Permitindo que participe do cuidado. Ouvindo	Pude perceber através de suas colocações que traz consigo muita dor, mágoas e ressentimentos. Demonstra insegurança em relação ao seu casamento. Sua saúde física merece atenção como também sua saúde mental.

NE: Nota de entrevista
 NO: Nota de observação
 NT: Nota teórica
 NM: Nota metodológica
 NC: Nota de cuidado
 ND: Nota de diário

PRESTANDO CUIDADO AS FAMÍLIAS

*Aquele que vê todos os seres em seu próprio eu,
e seu próprio eu em todos os seres,
perde todo o medo.
Quando um sábio percebe essa grande unidade
e seu eu já se tornou todas as coisas,
que ilusões,
que tristezas,
podem se aproximar dele?*

Isa Upanishad

Neste capítulo, descrevo como foi cuidar de famílias, baseada na teoria de Jean Watson. Ao narrar os momentos compartilhados, tenho a preocupação de descrevê-los de maneira clara, para que o leitor entenda o que aconteceu entre nós.

A Família Outono é composta por sete pessoas, o casal, três filhas e dois filhos. Entre o primeiro e o segundo filho a mãe teve um aborto gemelar espontâneo e mais um aborto entre o terceiro e o quarto filho.

Então temos: pai – João 51 anos, mãe – Maria 49 anos – Filhos: ☺: 29 anos, ☺ 27 anos, ☺: 25 anos, ☺: 20 anos e ☺: 18 anos. O filho mais velho é alcoolista e duas filhas casaram com filhos e irmãos de alcoolistas. O pai de João era alcoolista e faleceu em 20.05.99, com 81 anos, e a mãe em 30.04.95, com 77 anos. Tem sete irmãos, cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino, sendo estes alcoolistas.

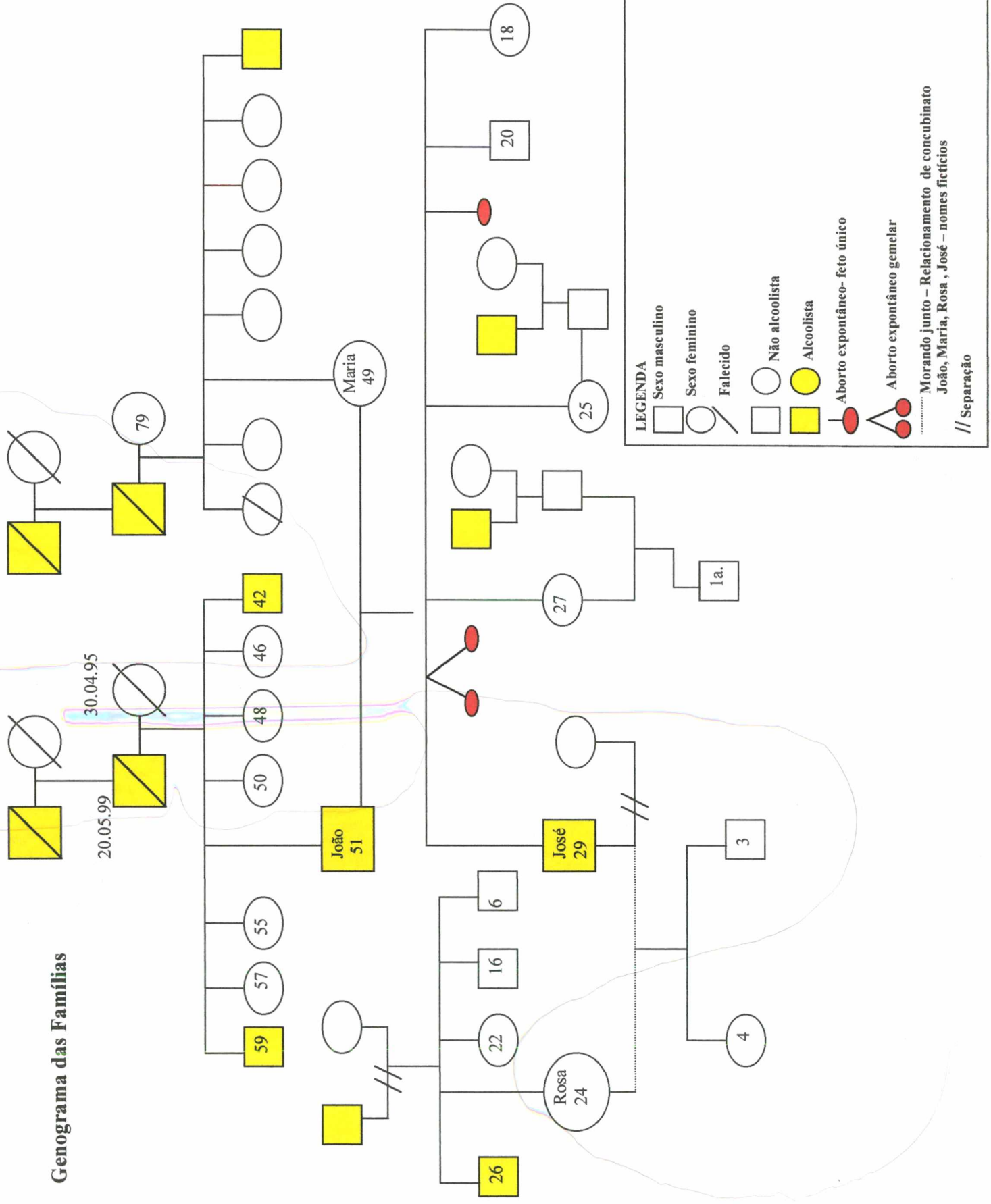
A esposa da Família Outono tem também sete irmãos, seis do sexo feminino e um do sexo masculino que é alcoolista. Seu pai que era alcoolista, faleceu em 1985 com 63 anos e a mãe com 79 anos vive com uma de suas irmãs.

A Família Primavera é assim constituída: Pai – José, filho mais velho da Família Outono 29 anos, Mãe – Rosa 24 anos; filhos: ☹ 4 anos e ☺ 3 anos.

Um dado que chama atenção nestas duas famílias é que os casais são netos e filhos de alcoolistas, e duas filhas também casaram com netos e filhos de alcoolistas. Trata-se de uma amostra pequena para qualquer afirmação ou conclusão, mas algumas literaturas, como KNIGHT (1991), EDWARDS (1995) abordam este tema, dizendo que existe uma grande probabilidade de filhas de alcoolistas casarem-se com alcoolistas ou com filhos de alcoolistas, podendo ser uma forma inconsciente de resgatar alguns problemas não resolvidos.

O genograma que segue, representa estas famílias.

Genograma das Famílias



DESENVOLVENDO O PROCESSO DE CUIDAR

Início aqui o relato dos encontros realizados de forma sucinta, por serem permeados de muitos detalhes. Foram preservados em todas as narrativas, a essência da mensagem, sendo apenas corrigidas as questões de concordância verbal.

ALCOOLISTA DA FAMÍLIA OUTONO

Cheguei no local no dia 17/09/99 as 19 horas conforme combinamos. Sentia-me segura e procurei repassar esta segurança para ele. Sentamo-nos um frente ao outro na varanda de sua casa. Estávamos sozinhos, a esposa discretamente saiu com os netos, o que possibilitou um ambiente sem barulhos e sem interrupções. WATSON (1985), em seu conceito de ambiente, alerta que este contribui para a promoção da saúde física, mental e social. Quando enfoca o ambiente físico, fala da importância de um local limpo, confortável, sem ruído. Naquele momento, estávamos no ambiente desejado.

Início dizendo ser o começo de algo que considero importante, um relacionamento que deveria nos fazer crescer e por isto pedi que tudo o que disséssemos fosse feito com sinceridade, o mais honesto possível, lembrando-lhe que ele falaria só daquilo que quisesse.

Após este momento, meu interlocutor começa tranquilamente a dividir comigo sua história. Com 51 anos, católico não praticante, é o quarto filho de 8 irmãos e se diz o mais “judiado”. Foi, segundo ele, o que nunca teve apoio dos pais, e ficou trabalhando com eles até seu casamento, isto porque os demais irmãos foram embora de casa cedo. Estudou só até a 4ª série e teve muitas dificuldades para aprender. Não tinha muitos amigos porque sempre teve que trabalhar. Saiu de casa com 21 anos, quando casou, indo morar com o sogro que era também alcoolista. Até casar, nunca havia bebido, só algumas vezes em festas. Iniciou sua vida de alcoolista com o sogro, quando, nos finais de semana, o acompanhava nos bares.

A dependência pela bebida agravou-se quando mudou-se para a “cidade” (assim falou ao referir-se à diferença da vida do interior e da cidade) começou a trabalhar como motorista na prefeitura. Afirma que durante o trabalho não bebia; ao deixar o trabalho ia para o bar e de lá só saía quando estava embriagado. Faz questão de ressaltar que sempre dividia o dinheiro entre sua bebida e as despesas da casa, por isto, dinheiro ele nunca deixou faltar para a família. Tem mais dois irmãos e um filho alcoolista. Pergunto se o alcoolismo do filho lhe incomoda, e ele responde que não, porque era um a menos a ficar pedindo para ele parar de beber.

Continua contando que quando decidiu parar novamente, e isto aconteceu dia 08 de agosto de 1999, portanto, 47 dias até a presente data (17.09.1999), procurou o filho e o incentivou a também fazer o tratamento. No início, o rapaz pareceu não aceitar, mas acabou concordando. Em 08.09.1999 começaram a freqüentar a ARAL, já com consulta médica marcada para ambos, através do Programa de Saúde Mental do município. Conta também que decidiu fazer o tratamento, porque se envolveu num acidente de trânsito e tinha uma multa de 900 UFIRs para pagar. Este é o quarto tratamento que faz, sendo que o primeiro ficou 3 meses sem beber, o segundo 2 anos e o terceiro conseguiu ficar abstinente por 12 anos, de 1982 até 1994.

Perguntei-lhe a causa de ter voltado a beber após 12 anos de abstinência. Contou-me a seguinte história:

“Eu sempre achei que nunca mais iria voltar a beber. A vida tinha mudado para melhor aqui em casa, tivemos mais uma filha neste período, e eu pela primeira vez soube o que é ver um filho crescer. Não tenho vergonha de dizer, mas dos cinco filhos que tivemos, para esta eu fui pai de verdade. Achava que estava curado, nunca mais tinha tomado nada de álcool. Num sábado logo depois do meio dia, junto com alguns amigos fomos a uma pescaria. O carro era meu, era uma kombi e furou um pneu; imagina as 13 horas de um janeiro, com o calor insuportável. Perto do local tinha um bar, e após a troca do pneu, entramos para tomar algo. Claro que podia ser água ou refrigerante, mas meu amigo pediu uma cerveja e me deu um copo. Foi o que bastou. Acabou a pescaria, porque depois daquele copo eu comprei uma caixa de cerveja e ficamos lá até a noite. Foi assim que eu voltei a beber depois de 12 anos de abstinência, e muito mais do que bebia antes”.

Percebi que em toda a sua narrativa mostrava-se calmo, falava sem receios, mas ao mesmo tempo percebi declarações antagônicas. No início da conversa afirmou que embora bebesse sempre fora um bom pai. Quando narrou a história de sua recaída, citou que nos doze anos de abstinência pela primeira vez tinha sido pai de verdade.

Por ser nosso primeiro encontro, não aprofundo estas questões e o faço por precaução, por acreditar que a relação de ajuda-confiança se constrói com o estar mais, com o compartilhar mais e este era apenas o primeiro encontro. Ele não verbalizou que procurou o tratamento para melhorar seu casamento ou sua relação com os filhos. Neste encontro deixou claro que estava preocupado com a multa que teria para pagar. Percebi porém emoção na voz quando falava na família; brilho no olhar quando citava sua esposa. Imaginei que ele poderia ter dificuldade em expressar seus sentimentos, e eu deveria respeitar sua condição.

WATSON (1985), em uma de suas pressuposições diz que nas ações de cuidado a pessoa não é aceita apenas como é, mas como aquilo que ela pode vir a ser. Naquele momento, ele se percebeu um alcoolista tranqüilo que dificilmente causava aborrecimento para a sua família. Até então, não tinha conhecimento de sua história contada pelos familiares, e mesmo que tivesse, aquela era sua percepção real e eu devia respeitá-lo. Acreditava no vir a ser, se fosse o caso.

Ao falar sobre sua saúde, conta que não tem nenhum problema físico ou emocional. Tem uma seqüela de fratura de coluna, resultado de uma queda, em 1982 quando caiu de uma ponte; disso faz questão de frisar ter acontecido na época em que não bebia, quando ficou 6 meses imobilizado com gesso desde os pés até a região cervical. Achou importante mostrar-me algumas fotografias que possui. Observa-se claramente uma escoliose à direita na região dorso-lombar. Diz sentir dor quando trabalha em excesso e levanta muito peso. Na condição de construtor autônomo, é comum isto acontecer; outras doenças relacionadas ao alcoolismo não referiu.

Contou-me que havia ido ao médico psiquiatra pela manhã, primeira consulta de seu tratamento. Gostou do atendimento e mostra-me os remédios que deve tomar dizendo serem vitaminas. Na verdade é um tranqüilizante –EXIT, usado na psiquiatria para distúrbios emocionais, intelectuais ou afetivos, perturbações do sono e retardamento psicomotor. O outro é o Antietanol (Dissulfiram) um coadjuvante no tratamento do alcoolismo crônico.

Pergunto-lhe qual foi a orientação recebida em relação aos remédios; informa que lhe disseram ser vitaminas. Aqui utilizo o fator de cuidado **7-Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal**, informando-lhe sobre os cuidados necessários ao ingerir

aquela medicação. Falei dos efeitos adversos caso misturasse bebida de álcool com o antietanol e a possível sonolência do EXIT, que estava sendo recomendado a tomar às 12 horas.

O nosso horário estava terminando. Pergunto se gostaria de falar mais alguma coisa que eu não tivesse perguntado. Disse-me que neste momento não, mas que gostou muito de poder falar sobre sua situação.

“Eu sei que estou apenas começando o tratamento, mas tenho fé que vai ser o último. Sempre tive muito apoio da família. Minha esposa me acompanha nas reuniões e me incentiva. Agora tenho até uma enfermeira que vai me ajudar, o que mais eu preciso?”

Aqui uso o fator de cuidado 1-**formação de um sistema de valores humanista-altruísta** e o fator 2- **promoção da fé-esperança**, quando reforço e incentivo que continue cultivando a fé e esperança, e reconhecendo a importância da família neste caminhar.

ESPOSA DA FAMÍLIA OUTONO

Na semana seguinte tive o primeiro encontro individual com a esposa da Família Outono. Ao chegar na residência, conversei rapidamente com todos, e, após, sentamo-nos na sala, onde iniciamos a conversa.

Contou-me, a princípio, sua idade (49 anos) e falou-me de sua história familiar. É a terceira filha de oito irmãos, um homem (o mais novo) e as demais mulheres. Seu avô e o pai eram alcoolistas e ambos já estavam mortos; a mãe, com 79 anos, mora com uma irmã e se visitam com frequência. Estudou até o quarto ano primário, porque a escola ficava distante de sua casa e também por ser mulher não foi incentivada para isto. Aprendeu a assumir responsabilidades desde muito cedo, nunca teve muitos amigos, e o ambiente em casa sempre foi hostil. Tem uma história de vida muito triste.

O que me impressionou foi a maneira como ia fazendo sua narrativa. Não supervalorizava o sofrimento, falando como se tudo pertencesse a um passado distante, mostrando-se corajosa em todas as situações enfrentadas. Quando criança sofria com o alcoolismo do pai. Este, segundo ela, bebia de sexta a domingo, e nestas três noites a família dormia no chiqueiro.

“A gente já deixava a roupa e comida pronta. Muitas foram as vezes que tivemos que pular a janela e deixar a comida, porque ele chegava inesperadamente”.

A mãe sempre foi seu modelo de vida.

“A mãe sempre dizia que Deus dá a roupa conforme o frio. A gente tem que ter força para enfrentar os problemas. Já sofri muito é verdade; já passei fome, já apanhei, criei meus filhos com dificuldade, mas estou aqui e estou bem”.

Falava de forma espontânea, serena, confiante. Aqui acontecia o fator de cuidado 4 que é o **desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança**. Em duas ocasiões disse-me que nunca havia falado para ninguém o que estava me dizendo, e dizia sentir-se bem em fazê-lo. Continuei estimulando-a com minha atenção, olhar e gestos, deixando claro que eu a entendia.

Perguntei-lhe sobre seu casamento e ela prontamente contou sua história. Quando conheceu seu marido, sabia que o pai dele era alcoolista, mas jamais poderia imaginar que um dia ele desenvolveria também esta doença. Namoraram por um curto período; ambas as famílias eram pobres e resolveram casar logo. Nenhum dos dois tinha o tradicional enxoval, e foram morar na casa de seus pais.

A história do alcoolismo do marido começou quando aos finais-de-semana ele acompanhava seu sogro ao bar. Começou a perceber que ambos chegavam embriagados. Pediu então, ao marido para não mais sair com ele. O pai reagiu, aos gritos, dizendo que não era para deixar-se mandar pelas mulheres. A partir daí não conseguiu controlar a compulsão do marido pela bebida.

O primeiro filho nasceu, ainda quando moravam com os pais. Saíram de lá, um lugarejo do interior, quando o menino tinha um ano. Vieram para a cidade em busca de novas perspectivas, porque a agricultura não lhes dava mais condições dignas de vida.

“ Saímos de lá ao entardecer porque não queríamos que ninguém nos visse. A gente não tinha nada, só uns pratos, panelas... coisas de cozinha e um velho fogão. Nem precisávamos ter fretado uma camionete como fizemos, mas afinal, nós estávamos fazendo uma mudança. Alugamos uma casa de duas peças com buracos enormes nas paredes”.

Contou que deixava um copo de água, à noite, próximo da cama. Numa certa noite ao tocar nele sentiu algo estranho; era uma cobra enrolada no copo. Isto devido aos buracos que havia. Logo o marido começou a trabalhar de motorista na prefeitura e ela como diarista. Uma irmã que morava próxima cuidava do menino. Engravidou e teve o primeiro

aborto espontâneo, este gemelar. Além dessas situações, enfrentava, com frequência, a embriaguês do marido. Logo engravidou novamente e as dificuldades aumentaram.

“ Ele ficava muito nervoso quando bebia e eu tinha que ficar sempre quieta. Se eu falasse qualquer coisa, tudo piorava”.

Com o passar do tempo, conseguiram comprar um terreno. Inicialmente construíram uma pequena moradia que a denominou de “rancho”. Neste período teve a terceira filha viva e dois anos após mais um aborto espontâneo, esse, feto único. Dez anos após, construíram juntos a casa onde moram até hoje, onde nasceram os últimos dois filhos. Com mais espaço, teve alguns pensionistas como outra fonte de renda e manteve seu trabalho de diarista. Por um longo período também teve uma creche domiciliar.

Com quatro filhos pequenos, ela se preocupava em contornar a situação do alcoolismo para que as crianças não sofressem.

“ Eu procurava encaminhar as crianças para cama. Deixava a comida pronta, preparava o chimarrão, colocava dois comprimidos de melhoral na cuia e aguardava por ele. Dificilmente conseguia evitar brigas. Eu não podia dizer nada, não podia contrariar em nada, se eu fizesse isso... Deus me livre”.

Neste momento verbalizei que entendia o que estava falando e lhe contei algumas de minhas experiências com meu pai. Percebi que isto fortaleceu o nosso encontro. Para WATSON (1985, p. 63 e 64), as experiências que a enfermeira já vivenciou em sua vida pessoal e profissional, é um grande auxiliar na formação e desenvolvimento da relação consigo mesma e com o *self* do outro. Aqui eu procurei usar o fator de cuidado **3, que é o cultivo da sensibilidade ao próprio self e ao das demais pessoas**. A sensibilidade numa interação transcende o mundo físico e material, para penetrar no mundo emocional e subjetivo da pessoa, proporcionando uma sensação elevada de bem estar. Pude perceber esta reação nitidamente, quando seus gestos, olhar, forma de sentar expressavam este sentir.

Novamente busquei o fator de cuidado **4- desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança**. A empatia, calidez e compatibilidade estavam presentes entre nós. Acontecia uma troca importante já naquele primeiro encontro. Um abrir-se espontâneo onde também evidenciou-se o fator de cuidado **5- promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos**.

Aqui também é utilizado o conceito de **ser humano** de WATSON – “uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida respeitada, zelada, compreendida e auxiliada”.

A partir daí a narrativa fluía ainda mais espontaneamente, mais serena. Eu me sentia muito a vontade, como se eu conhecesse aquela senhora há muito tempo e o mesmo parecia estar acontecendo com ela. Perguntei-lhe então, se alguma vez havia se separado do marido. Respondeu-me que uma vez durante dois meses. Só o aceitou de volta porque assinou um papel onde prometia nunca mais beber. Esta promessa durou 12 anos, e depois foi esquecida. Em 1994 voltou a beber, os filhos decepcionados foram se distanciando; uma filha casou e dois outros foram trabalhar em outra cidade, ficando com eles a filha mais nova e o filho mais velho.

Neste momento percebi tristeza no seu olhar. Segurando sua mão, procurei utilizar o fator de cuidado 2- **promoção de fé e esperança** dizendo-lhe que esta quarta tentativa do marido poderia ser a definitiva.

Ao investigar sobre sua saúde, disse-me que esteve internada duas vezes por aborto e mais três quando do nascimento dos últimos filhos. Os dois primeiros foram partos domiciliares. Há um ano fez histerectomia por apresentar metrorragia pela presença de mioma uterino. Considera-se uma pessoa emocionalmente equilibrada, e com boa saúde física.

“ Dificilmente tenho qualquer tipo de dor. Quando ele chegava bêbado em casa eu sentia que até minha alma doía... no dia seguinte sentia muita dor de cabeça, mas nunca deixei de trabalhar por isto”.

“ Depois que deixou de beber nunca mais fiquei doente. Minhas doenças sempre foram as bebedeiras dele”.

Aqui identifico o conceito de Saúde/doença de WATSON (1995). “ A saúde é um processo de harmonia e unidade dentro do corpo, mente e alma. Doença pode não ser doença mas uma desarmonia entre o corpo, alma e espírito”. Pode ser uma desarmonia de alguma parte do corpo, gerando uma condição que afeta o desenvolvimento da pessoa, podendo ser parcial ou total.

No final de nosso encontro, percebi mais uma vez a importância daquele momento. Numa relação de cuidado transpessoal, WATSON (1985), diz que deve ocorrer entre duas pessoas, uma união espiritual, onde ambas são capazes de sentir o que o outro sente. Neste

momento cliente e enfermeira fluem um em direção ao outro, formando uma unidade sólida, capaz de entender desalentos, angústias que emergem para compreensão e crescimento. Era exatamente assim que me sentia.

Nos despedimos afetuosamente, combinando que nos encontraríamos no dia seguinte na reunião da ARAL.

Ao descer as escadas, encontrei o casal da Família Primavera. Após cumprimentá-los e brincar com as crianças, marquei com o marido, nosso primeiro encontro para sexta feira, dia 24-09-99.

ALCOOLISTA DA FAMÍLIA PRIMAVERA

Ao chegar em sua residência, o cliente já me aguardava. Cumprimentei a esposa e as crianças, perguntei onde poderíamos conversar. Conduziu-me até a varanda dos pais e sentou-se num velho banco que ficava num canto semi-escuro. Disse-me que adorava aquele local e aquele banco, porque toda vez que tinha algum problema ele refugiava-se naquele lugar.

“ Sabe , este banco se falasse teria muita coisa para contar. É com ele que converso quando não estou bem; parece que ele me entende e responde as minhas perguntas, é meu grande amigo”.

O Fator de cuidado 10 diz para **permitir a existência de forças existenciais fenomenológicas**. Não fiz nenhum comentário a respeito, mas procurei transmitir através do olhar, que o entendia.

Sentei-me em sua frente e começamos a conversar. Contou que era o filho mais velho (29 anos) e que, desde cedo, assumiu a responsabilidade da casa e sobre seus irmãos. Teve dificuldade de aprendizado na escola e de relacionamento, concluindo apenas o primeiro grau.

Seu primeiro contato com a bebida foi ainda bebê; segundo sua mãe, enquanto trabalhava na roça, a bisavó cuidava dele e esta para fazê-lo dormir molhava o bico na cachaça. Sempre que podia “roubava” uns goles de cachaça do pai.

Quando adolescente envolveu-se com álcool e outras drogas, tornando-se dependente de ambos. Saía de casa dizendo que ia para a escola, mas, na maioria das

vezes, não chegava ao seu destino. Envolheu-se com um grupo que o estimulou a experimentar maconha, e gostou da sensação que esta lhe proporcionava.

Sempre foi o companheiro do pai nos bares. Era ele também quem saía para comprar cachaça para o pai, e quando voltava sem ela, por orientação da mãe, dizia que o bar estava fechado, motivo pelo qual foi espancado muitas vezes.

Começou a trabalhar com a idade 9 anos como engraxate, e vendedor de picolé, no verão.

“ já trabalhei em tudo o que se pode imaginar; além de engraxate, vendedor de picolé, vendia jornal, fui office-boy, chapa, pintor, construtor, motorista... é mais fácil dizer no que não trabalhei. O problema é que nunca conseguia ficar muito tempo em nenhum emprego; não sei o que acontece comigo, parece que tenho sempre que mudar, parece que algo me sufoca, me aperta”.

Falava isto com emoção e ressentimento. Parecia buscar uma explicação para algo que o diferenciava das outras pessoas.

“ Tenho uma insatisfação muito grande comigo mesmo. Você viu onde eu moro, um lugar que antes era a cozinha da mãe e por ser pequeno não tem conforto algum. Não queria morar aqui. Gostaria de fazer como meus irmãos fizeram; largaram tudo e foram embora; todos estão bem. Porque só eu não consigo? Porque para mim nada dá certo? Porque tenho que ficar sempre debaixo das calças de meu pai? Moro na casa deles, trabalho com eles, sou casado, sou pai de dois filhos e não tenho uma vida própria, eles se metem em tudo...”.

Enquanto falava percebia uma mistura de dor, revolta e insatisfação. Tocando sua mão, lembrei do conceito de cuidado de WATSON (1985), que vê como a essência, o ideal moral da enfermagem, cuja finalidade é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana. Estava eu diante de um ser humano que nas entrelinhas, fazia um pedido de socorro.

Este momento único e especial, propiciou um cuidar, através dos fatores de cuidado 1,2 e 3 – **sensibilidade, altruísmo e fé-esperança**. A sensibilidade numa interação transcende o mundo físico e material, penetra no mundo emocional e subjetivo da pessoa indo ao encontro do *self* interior para proporcionar uma sensação de bem-estar e o retorno da fé e esperança através de atitudes altruístas (WATSON, 1985). Perguntei então se ele alguma vez tentou fazer algo para mudar. Olhou-me fixamente sem responder, parecia querer dizer que não.

“Na minha vida tudo começou errado. Casei com 20 anos e meu casamento se desfez após 3 anos por causa do meu alcoolismo. Eu amava muito minha primeira esposa e sofri demais com a separação. Não tivemos filhos, talvez tenha sido melhor assim. O fato é que ao invés de procurar um tratamento, aí me afundei na bebida mesmo, me envolvi em más companhias, nada mais era importante”.

Percebi naquele momento que o cuidado principal era ouvir e sua necessidade básica era falar, ele estava fazendo sua catarse.

Perguntei se ele gostaria de falar sobre seu atual casamento.

“Este também começou errado. Depois de seis meses de separação a conheci e um mês depois viemos morar juntos. Para ser bem honesto, foi mais por revolta que fiz este convite, e ela querendo fugir de casa porque tinha um pai bêbado, aceitou sem pensar. Nem imaginava que iria morar com um sogro e um marido bêbados. Foi a verdadeira troca de um por dois. Dois meses depois engravidou e estamos juntos até hoje... não sei até quando. Ela é muito nervosa e quando eu bebia era ela quem fazia o papel de bêbado; eu chegava em casa e ela começava a gritar e não me deixava entrar, aí eu dormia fora de casa...”

Pedi que me falasse um pouco mais sobre a questão da revolta, porque eu não havia entendido.

“ Nem eu sei te dizer direito. Eu gostei dela... não eu gosto dela, só que eu vinha de um casamento fracassado, e naquela época eu não estava preocupado se estaria entrando para um possível segundo fracasso. A gravidez dela mudou para melhor o nosso relacionamento, mas nunca deixei de beber; até me controlava mais, acho até que melhorei muito com o nascimento da nossa filha, amadureci, me sentia mais responsável. Naquela época eu não me preocupava se eu a faria feliz ou não, eu acho que queria mostrar que eu tinha superado a primeira desilusão... mas seis meses é muito pouco tempo”.

Perguntei o que pensava hoje sobre seu casamento. Disse-me que quando resolveu iniciar o tratamento, pensou em replanejar sua vida e recomeçar uma nova caminhada. Continua com esta esperança apesar de perceber que muita coisa precisa melhorar. Em certos momentos sente acontecer esta mudança e em outros parece que nada mudou.

Usando o fator de cuidado 4 **desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança** e o fator 7, **desenvolver o ensino-aprendizagem interpessoal**, expliquei as questões da readaptação de papéis durante e após o tratamento. Juntos fomos revendo suas responsabilidades anteriores e o que gostaria de assumir a partir de então. Concluímos que isto não estava sendo nenhum impedimento no relacionamento. O ponto principal eram mágoas guardadas que estavam emergindo.

Surge então o fator de cuidado 9 **focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela**. Percebi que esta necessidade deveria ser trabalhada com o casal num momento oportuno, e de preferência logo. Comentei sobre isto, e ele concordou em voltar a falar sobre o assunto junto com sua companheira. Perguntei então sobre a possibilidade de procurar um novo emprego. Respondeu que tinha pouca chance. Já havia percebido que sua mão direita só tinha o polegar, mas nunca havia perguntado a causa disso.

“Você está vendo a minha mão? Pois é, as pessoas me vêem como um aleijado e não me dão emprego. As pessoas são muito preconceituosas”.

Contou que após muitos empregos, no primeiro em que trabalhou com carteira assinada foi numa gráfica, com uma máquina de alta periculosidade. Após treze dias de trabalho, num segundo de distração, sua mão entrou na máquina, feriu-se gravemente. Mais tarde teve que amputar quatro dedos. A partir daí, nunca mais conseguiu um emprego.

Mais uma vez percebi desânimo em suas colocações deixando transparecer que não aceita esta condição, pois além do tom de voz usado, expressão facial, ele fica com a mão defeituosa no bolso a maior parte do tempo.

Conversamos a respeito de auto-estima e auto-imagem e de nossos preconceitos. Utilizo novamente o fator de cuidado 4, para que ele percebesse que eu o entendia, mas que havia formas de superar este sentir. Procuro através da empatia desenvolver um cuidado de **ajuda-confiança** ajudando-o a perceber que existem maneiras de superar este sentir.

O horário combinado já havia terminado, mas perguntei se gostaria de falar mais alguma coisa e ele respondeu que não. Verbalizou que foi muito significativo aquele momento para ele. Disse-lhe que para mim também o foi.

Sáimos de lá e fez questão de mostrar-me algumas plantas que cultivava, entre elas algumas espécies de bonsais. Fiquei encantada com o que vi. Entusiasmado mostrou-me algumas pinturas que fez, dizendo que adora pintar e fazer poesias. Naquele momento juntou-se a nós a esposa e os filhos. Combinei com ela o próximo encontro e me despedi de todos.

ESPOSA DA FAMÍLIA PRIMAVERA

Já havia sido adiado por duas vezes este encontro a pedido dela, alegando problemas no trabalho. Tinha a sensação que evitava me encontrar. Não sabia a razão já que me tratava com cordialidade quando nos encontrávamos. Com receio de um terceiro adiamento, marquei o encontro para uma quarta-feira, sabendo que este dia ele estaria em casa com as crianças. Avisei aos demais que não iria a reunião da ARAL e fui às 19 horas em sua casa.

Quando lá cheguei, as crianças dormiam e ela estava lavando roupa. Tinha dois enormes baldes com roupas para serem estendidas e algumas para torcer. Naquele momento, fiquei em dúvida pois não sabia se era melhor deixá-la trabalhando, ou se deveria insistir e ficar. E se aquilo fosse uma maneira de dizer que não queria conversar comigo? Reporto-me ao que KNIGHT (1991) escreveu sobre os vários estilos de comportamentos das esposas. Quando fala do tipo gerencial, a descreve como aquela que domina todas as situações, com tendência ao apresentar suas queixas sobre os problemas do marido, de ser fria e irritada. Este autor lembra que quando algum terapeuta consegue aproximar-se deste perfil de esposa, constata que é um ser humano com fortes necessidades de dependência, medos e ansiedades. Com esta percepção, prontifiquei-me em ajudá-la a estender a roupa e ficar.

A princípio pareceu-me constrangida, mas logo a deixei a vontade dizendo-lhe que em casa era eu quem lavava a roupa e estava acostumada com aquilo. Pouco a pouco a percebi mais serena e mais a vontade. Ao terminarmos, sentamo-nos uma frente a outra e começamos a conversar.

Conta que é a segunda filha do casal e tem mais quatro irmãos, três do sexo masculino e uma irmã. O irmão mais velho com 26 anos é alcoolista, e seu irmão mais novo tem 6 anos. Com 24 anos, mãe de dois filhos, não é casada, mas vive com seu companheiro desde novembro de 1995. Estudou até a sétima série e trabalha como costureira em uma malharia.

Em consequência do alcoolismo do pai sempre se deparou com inúmeras dificuldades. Ela e os irmãos presenciavam constantes cenas de violência entre os pais, nas quais todos foram vítimas.

“Minha infância sempre foi horrível. Via meu pai espancar quase que todos os dias a mãe. Nunca lembro ter recebido um presente, um carinho de meu pai... e também a mãe não tinha paciência com a gente. Ela era muito nervosa, sofria de depressão, tentou se matar três vezes. Nunca tivemos Natal, Páscoa, aniversário. Não tinha amigos porque ninguém vinha lá em casa, eles não deixavam. A mãe tinha vergonha da falar para os vizinhos. Ela apanhava de noite, ficava toda marcada e no dia seguinte ela dava um jeito de disfarçar ou com roupas que cobriam os machucados, ou maquiagem, enfim ela erguia a cabeça e ia trabalhar sem se queixar...”

Este é o início de um relato que eu chamaria de dramático. Na verdade em toda a sua fala existe história de dor e dificuldade. Sofreu todos os tipos de agressão e violência desde a infância até seus 18 anos, quando saiu de casa.

“Uma cena que não consigo esquecer, foi uma vez quando a mãe avisou que iria chegar mais tarde porque após o trabalho cortaria o cabelo. Quando o pai chegou perguntou por ela; eu e meu irmão dissemos o que a mãe havia dito. Não falou nada. Ai vimos ele colocando um pedaço de pau atrás da porta; ele estava muito embriagado. Quando ouviu o barulho da porta abrindo pegou o pau para bater na mãe. Corremos em sua direção e o empurramos impedindo o seu intento. Vendo isto a mãe começou a nos agredir...”

Neste momento chorava convulsivamente. Não disse nada, apenas toquei em sua mão. Quando parou de chorar perguntei se queria continuar falando. Disse-me que sim que achava importante poder dividir com alguém coisas que nunca havia falado nem para o seu companheiro.

WATSON (1985), ressalta que para ocorrer a relação do cuidado transpessoal é necessário que,

os sentimentos interiores do outro possam ser partilhados pelas habilidades através da observação de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição. A enfermeira se une ao outro durante o cuidado expressando condições através de movimentos, gestos, olhares, atos, procedimentos, informações, toque, palavras e outros similares científicos, estéticos e de significado humano. (WATSON, 1985, p. 63-64).

Era evidente que aquele momento estava sendo doloroso porque as recordações a faziam reviver momentos difíceis. Perguntei se entendia a atitude da mãe e ela disse-me que só muito tempo depois conseguiu compreendê-la.

“A verdade é que a mãe queria morrer e nós dois estávamos tirando esta possibilidade interferindo naquele momento.”

Enquanto falava, percebi que estava com o olhar distante, parecia falar só para ela, como se eu não estivesse presente. Continuou dizendo,

“Demorei muito para entender minha mãe, chegava a pensar e a dizer que não gostava dela. Eu a achava muito estranha, parecia ser duas pessoas; dentro de casa tinha um tipo de comportamento, era nervosa, gritava, ou então se curvava frente as surras e as agressões do pai. Quando saía, erguia a cabeça como se não tivesse nenhum problema. Vivia no inferno e não admitia. Eu sofria com isto porque não achava normal não gostar da mãe, aí eu também tinha que fingir para as outras pessoas.”

Este depoimento vem ao encontro do que KNIGHT (1991) diz, quando afirma ser este um sentimento ambivalente que muito faz sofrer os filhos. Perguntei como era seu relacionamento hoje com os pais. Disse-me que o pai continua bebendo e não há nenhuma condição de ficar muito tempo com ele. Já não o visita mais, ele mora com um de seus irmãos, um menino de 16 anos; diz ter pena deste irmão, mas não pode fazer mais nada pelo pai. Esporadicamente vem visitá-la. A mãe foi embora para outra cidade e lá encontrou um novo companheiro. Hoje são grandes amigas e pelo menos uma vez por ano vai visitá-la. Mora com ela o irmão mais novo de 6 anos. Tem uma irmã casada morando na mesma cidade que a mãe. O irmão mais velho, alcoolista, não tem endereço fixo.

“Você vê, é uma família desfeita, cada um foi para um lado procuram o melhor para si. “ Quando encontrei o José pensei em construir uma vida maravilhosa, uma família como de algumas amigas. Eu queria um lar de verdade, queria uma família de verdade... só que me enganei...”

Ao lhe perguntar como estava o relacionamento agora que seu companheiro não estava mais bebendo, respondeu que melhorou e tem ajudado muito, mas que existem outros elementos interferindo no relacionamento. Aí mencionou também não gostar de morar naquele local, que gostaria de ir embora e de ter uma vida independente; reclamou do espaço físico de sua casa. Admitiu ser nervosa e que qualquer coisa a irrita. Carrega consigo um sentimento de culpa pelo filho mais jovem, porque, quando engravidou, no início não aceitou a gravidez. Explica que tomava comprimido e a filha era muito pequena; por causa da gravidez também foi demitida do trabalho e sentia que toda a família a culpava e não aceitavam aquela condição. Hoje, tenta compensar este episódio não pondo limites ao comportamento do garoto, sendo ele um menino rebelde e hiperativo.

Além do seu nervosismo aparente, conta que freqüentemente chora sem causa específica, sente uma tristeza muito grande e por vezes vontade de morrer. Diz não ter amigos, nunca sai de casa, que sua vida é seu trabalho e sua casa. Não tem nenhuma espécie de lazer, nos finais de semana aproveita para fazer limpeza em casa e ficar com as

crianças. Adora seu trabalho de costureira e é muito elogiada pelos patrões. É um trabalho com regras rígidas, com hora para tudo: lanche, banheiro, descanso... se o funcionário por exemplo, sentir calor, não pode parar para tirar a blusa, tem que esperar a hora do intervalo para fazê-lo. Relata ainda que tem medo de escuro, de ficar sozinha em casa e medo de temporal. Com muitas queixas físicas também refere-se a dores nas articulações do ombro e joelho direito, e constantes dores de cabeça. Perguntei há quanto tempo não faz uma consulta médica e ela disse-me que já nem lembrava mais. Falei sobre a possibilidade das dores nas articulações serem resultantes de esforços repetitivos no trabalho e a incentivei a procurar um médico.

Durante toda a conversa, tentava aplicar os fatores de cuidado 1 e 2 WATSON (1985), resgatando valores **humanistas-altruístas** que estão ligados às nossas crenças, vivências, e através da **fé e esperança** construir novos valores. Quando ela fala em querer uma família de verdade, vejo que embora tenha vivido experiências dolorosas, a família é um valor significativo para ela. Procurava mostrar-lhe um caminho com novas perspectivas, fazendo com que renascesse a esperança.

Incentivei que resgatasse os amigos, que se desse o direito de ter algum tipo de atividade que não fosse só trabalhar. Em algumas situações parecia que estava concordando comigo, noutras, sua expressão facial dizia claramente “não adianta”. Mesmo assim usei uma abordagem altruísta, sensível, empática.

Frente a toda essa situação, propus a ela um acompanhamento com profissional, psicólogo, para também ajudá-la neste momento. Expliquei que conseguiria gratuitamente as consultas junto ao programa de saúde mental, pois sabia de suas dificuldades financeiras. A ela caberia conseguir dispensa do trabalho. Concordou com a proposta, mostrando-se satisfeita.

Ao terminar o encontro segurou minha mão e disse:

“Preciso te dizer uma coisa; vinha fugindo deste encontro, não sei explicar o porquê. Eu dizia que você era muito calma, que você fala muito mansinho e eu não gosto disso. Na verdade acho que não é nada disso, aliás, tenho certeza que não é isso. Eu tinha medo de mexer em coisas que me machucam, eu pensava porque é que eu tenho que falar da minha vida para os outros? A vida é minha e eu é que tenho que cuidar dela. Só que agora posso te dizer que foi como se alguém tivesse tirado um peso aqui de dentro (colocou a mão no peito). Foi bom, muito bom, poder falar.”

Espontaneamente me abraçou.

Foi um momento muito especial enquanto cuidadora. Senti neste momento a aplicação do conceito de enfermagem e de cuidado transpessoal de WATSON (1985). Houve um mover-se da enfermeira e da cliente em direção ao eu mais profundo. Houve uma transação profissional, pessoal, científica e ética de cuidado humano.

Após ter colhido a história individual e tendo uma noção geral dos fatos, iniciei encontros com os casais. Os elementos chave que eu precisava trabalhar se evidenciavam. A Família Outono parecia tranquila, talvez pelas experiências anteriores, maturidade, retomavam suas vidas sem aparentes dificuldades. Percebi que o alcoolista dessa família não tinha consciência, ou pelo menos não verbalizava, de que seu alcoolismo o havia prejudicado; que os filhos saíram de casa em consequência disso, havendo a promessa de não voltarem mais, caso ele continuasse bebendo. Ele não tinha noção de quanto o seu alcoolismo poderia ser prejudicial a sua saúde física e mental, e tão pouco dava-se conta, que seu filho mais velho sentia-se infeliz por depender dos pais.

A partir destas reflexões, observando criteriosamente as questões éticas, conduzida pelos fatores de cuidado de WATSON (1985) e pelas suposições que o cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar; que o cuidado consiste de fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; que as respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser; que um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite a pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo (WATSON, 1985, p. 8-9), iniciei a caminhada com o casal da Família Outono. Na semana anterior planejamos que neste encontro abordaríamos o tema família.

Quando cheguei no horário combinado (07-10-99 19 horas), os dois tomavam chimarrão na varanda enquanto me aguardavam. Juntei-me a eles e após os cumprimentos habituais, começamos a expor o que entendíamos por família e qual a sua importância para cada um de nós. A esposa começou dizendo:

“A família é a coisa mais importante que tenho. Nada me deixa mais triste do que saber que um dos meus filhos não está bem.”

E o marido completou.

“A vida da gente não teria sentido sem a família. Quando penso na família que eu tive, mesmo com todos os problemas que nós enfrentamos, sempre fomos muito unidos e quando surgia uma dificuldade maior era nela que a gente corria para pedir socorro.”

Seu João, O Sr. poderia falar sobre sua família?

“Como já te disse, nós éramos em 8 irmãos. Eu me “acertava” mais com a mãe. Desde pequeno eu a ajudava nos afazeres da casa. Foi ela quem me ensinou tudo. Sei fazer desde pão e qualquer tipo de comida. Quando a Maria ganhava as crianças, eu é quem fazia tudo. Com o pai já era mais difícil por causa da bebida. Isto atrapalhou muito a nossa união porque meus irmãos saíram de casa por não agüentar as bebedeiras dele.”

Lembro que o Senhor me contou que casou com 21 anos e que então também saiu de casa indo morar com seu sogro. Como aconteceu isso?

“Nós éramos muito pobres e não tínhamos como sobreviver. Para você ter uma idéia a única coisa que consegui comprar para o meu casamento foram três pratos. No dia que fui embora a mãe achando que três eram pouco, deu-me 6 do seu uso diário em troca dos 3 novos. A vida eram bastante difícil mas a gente até que era feliz.”

Dona Maria, que ouvia atentamente comentou:

“Lá em casa a gente tinha um pouco mais de terras para trabalhar. A mãe precisava muito de mim, sempre fui seu braço direito. Sempre trabalhei em serviços pesados, fazia trabalho de homem porque nós éramos em 7 mulheres e só o último que era homem, e mesmo assim o pai conseguiu estragá-lo. Seguiu o exemplo do pai. Com todos as dificuldades havia muita união entre nós, como o João disse, mesmo com dificuldade a gente se amava muito.”

Neste momento procurei como escreve WATSON (1985), compartilhar minhas experiências pessoais com minha família, com o objetivo de me aproximar mais, de fazê-los perceber que mesmo com histórias diferentes, podemos ter experiências semelhantes, vindo a fortalecer nossa interação. Assim o fator de cuidado 4 se evidencia **desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança**, que acontece também através da troca de experiência.

Percebi que os dois estavam entusiasmados para falar no assunto. Lembravam fatos engraçados que ocorreram na família quando eram crianças, das surras que levavam pelas traquinagens que faziam, mas a ênfase maior era dada para os momentos difíceis, onde o grande vilão era o álcool. Contaram que o maior problema era quando os pais de ambos se encontravam e bebiam juntos. Ninguém sabia quem era pior.

Perguntei então, se com a experiência que tiveram, eles haviam planejado algo diferente para a família deles.

Dona Maria disse:

“Eu sempre quis o que toda a pessoa gostaria de ter, uma família feliz. Apesar da gente se gostar, eu sempre sonhava que a minha família tinha que ser diferente daquela que eu vivia. Não pensava só em dinheiro, mas principalmente em termos de carinho, respeito, amor.”

Seu João completou:

“Quando nós casamos eu pensava construir uma família bonita e mais feliz daquela que tivemos...”

Percebi que sua face ficou ruborizada, baixou a cabeça. Depois de um breve silêncio perguntei se ele havia conseguido este objetivo. Um olhou para o outro e seu João falou:

“Acho que podemos dizer que sim. Todos estão bem. Cada um procurou seu caminho e sabem que quando precisam de alguma coisa a gente está aqui.”

Dona Maria completou:

“A gente não deve ficar reclamando das coisas do passado, porque de nada adianta. Mas já que entramos no assunto, hoje estão todos bem, mas não foi tão simples assim chegar até aqui. Eu queria que tivesse sido diferente, mas também poderia ter sido pior”.

Aqui uso o fator de cuidado 1 quando incentivo e elogio seus **valores humanistas-altruístas**. O importante é perceber o momento presente com novas perspectivas.

Retomo perguntando onde estão os filhos e o que fazem. Seu João todo orgulhoso fala que tem uma filha que é auxiliar de enfermagem e que casou em fevereiro de 1999. (levantou e foi buscar fotografias do casamento para me mostrar). Enfatizou que “casou muito bem”, os dois trabalham e ganham bem. A terceira também é casada e têm um filho de um ano, fez faculdade de Biologia e mora perto deles. O filho solteiro foi embora para outra cidade, porque não conseguia emprego aqui; os outros dois moram com eles e eu os conhecia.

“... nossa família está distanciada, mas não é por isto que a gente não se ama. Não sou um pai que cria os filhos para que fiquem embaixo das minhas asas como meu pai fez comigo. Acho certo que cada um procure o seu caminho.”

Mais uma vez evidenciou-se que eles não estavam percebendo a insatisfação do filho que morava com eles. Não havia dúvida de que achavam que agiam corretamente, e em momento algum, pensei em dizer o contrário. Apenas procurava uma forma de fazê-los perceber que poderiam, talvez, ajudá-lo mais.

O fator de cuidado 7 **promoção do ensino-aprendizagem** deve propiciar a pessoa o máximo de controle sobre sua própria vida; deve ajudá-la a escolher o melhor caminho para si, faz com que tenha clara percepção do que acontece ao seu redor e em seu mundo interno.

Baseada neste fator, procuro questioná-los, não duvidando do que diziam, mas cada pergunta tinha a intenção de fazê-los refletir.

P: *É ... dos seus filhos tem a mais nova que é solteira e mora com vocês e tem o José também...*

R: *Mas o José precisa de nós.*

P: *Precisa como?*

R: *Ele nunca saiu de casa e ele não saberia se virar sozinho; depois ele está muito contente aqui.*

P: *O senhor tem certeza disso?*

R: *Claro que tenho. Imagine, ele aqui não paga aluguel, água e luz. Trabalha comigo não é mandado por ninguém. Eles estão bem aqui.*

P: *Vocês alguma vez perguntaram a ele se é isto realmente o que ele quer?*

R: *Não precisa, a gente nota.*

P: *Quando o senhor morava com seu pai, será que ele sabia que não era isso que o senhor queria?*

Expliquei que estas perguntas eram apenas uma simples curiosidade, porque tenho percebido que a maioria das famílias acreditam estar fazendo o melhor para os filhos, mas nem sempre é assim. Citei exemplos de escolha de profissão quando da influência dos pais e outras situações que se tem conhecimento. Ouviram atentamente sem nada dizerem.

Estávamos no final do encontro, quando chegaram as duas crianças da Família Primavera, dizendo que seus pais me aguardavam e que agora eles ficariam brincando com os avós.

Planejamos então para o próximo encontro falarmos um pouco mais sobre família e também sobre alcoolismo. Após as despedidas, desci até o local onde encontrei o casal Primavera sentados no sofá.

Após os cumprimentos, sentei-me frente a eles e perguntei como tinham passado a semana. Rosa respondeu que “ mais ou menos” olhou para o companheiro fazendo uma expressão de censura. Ele riu e disse para não dar importância, porque o que ela faz é reclamar. Falou em tom de brincadeira, mas dava para perceber que havia um pouco de hostilidade entre ambos. Perguntei se ela havia falado para o José sobre a consulta com a psicóloga e em relação a dispensa do serviço se havia conseguido algo. José comentou que achava muito importante ela fazer este acompanhamento, dizendo que poderia contar com seu apoio para qualquer coisa.

Rosa explicou que ainda não havia solicitado permissão para sair do trabalho e que estava temerosa em fazê-lo, pois achava que não iria conseguir. Falei do local e hora da consulta que havia conseguido, incentivando-a para que fosse persistente. Depois disso, Rosa fez algumas perguntas em relação aos alcoolismo, falando que estava preocupada com o pai. Dei toda atenção possível, mas tentava sempre trazer o diálogo para a situação que eles estavam vivendo.

Naquela noite nosso encontro de uma hora não teve nenhum ponto relevante. Qualquer assunto abordado, por exemplo, família, logo era esgotado.

“ Dentro da família deve haver harmonia, carinho, respeito, amor... tudo aquilo que sempre procurei e até hoje não encontrei”. (José)

“Eu já não sei se ter família é bom, família só incomoda... acho que seria melhor não ter ninguém mesmo”. (Rosa)

Fiz o máximo para conduzir este encontro mas confesso que não consegui chegar onde pensava. Em casa, ao ouvir a gravação, sentia-me insatisfeita. O objetivo de construir um novo caminhar sem álcool estava sendo mais difícil comparado com a Família Outono. Nenhuma suposição, conceito, fator de cuidado de WATSON parecia encaixar-se naquela situação. Acreditando que este quadro mudaria, preparei-me durante a semana revendo meus valores humanistas-altruistas. Refleti o quanto é complexo trabalhar com pessoas. Uma mesma situação com reações tão diferentes. Sabia ser isto normal, que para

WATSON (1985), fazer enfermagem é perceber o ser humano como maior que a soma de suas partes e diferentes dela.

Foi aí que surgiu “aquela voz interna” fazendo-me perceber e lembrar, que neste caso não é o **alcoolismo** o ponto central, mas sim, o **ser humano** que vive em situação de alcoolismo. Este ser possui necessidades, desejos, anseios e sonhos que vão muito além de um diagnóstico. Percebi que o alcoolismo de José era somente a ponta do “iceberg”.

Na semana seguinte, voltei a me encontrar com os casais. Como sempre iniciei com o casal da Família Outono. Esta era a quinta semana que estávamos nos encontrando. Já sabia que Rosa não havia conseguido ir consultar com a psicóloga, por não conseguir dispensa do trabalho.

O casal da Família Outono, como sempre, aguardava-me com chimarrão. Ambos pareciam tranquilos. Dona Maria, que sabia da consulta da nora, lamentou por ela ter perdido a vaga, comentando que seria importante esta consulta, porque anda “muito nervosa e braba”. Não fiz nenhum comentário a respeito, mas continuei comentando que os dois brigam, muito porque a nora não tem paciência, que precisa mudar senão o casamento poderia acabar.

Depois desses comentários, retomamos o assunto da semana anterior. Começo a perceber que houve mudança na forma de pensar, quando João comenta:

“Eu e a mulher, depois que você saiu, ficamos conversando muito sobre a nossa família.”

“Eu quero dizer que mesmo não sendo um pai exemplar, nunca deixei de gostar de todos, mesmo quando chegava em casa caindo de bêbado. Também fome ninguém passou por causa do meu alcoolismo.”

Ouvia com atenção, olhando fixamente para ele, dando-lhe oportunidade para continuar com suas colocações.

“Eu decidi parar de beber desta vez porque não quero mais pagar multa... (voltou a falar no acidente), e também porque sei que o alcoolismo acaba com qualquer família, com qualquer pessoa. Já vivi o problema com meu pai e não tenho o direito de fazer o mesmo com minha família.”

A esposa elogiou este comentário dizendo que não tinha presente melhor para ela do que ouvir aquelas palavras. Comentou dos 12 anos que viveram sem álcool, das coisas boas que aconteceram, dos passeios, viagens, festas que participaram, da mudança para

melhor da situação financeira. O fator de cuidado 3 estava presente **sensibilidade consigo e com os outros**.

“O certo é que família de verdade é aquela que ajuda a gente a ser livre, não que sufoca a gente... e será que eu estou sendo um bom pai para a minha família?”

Deixei que continuasse falando.

“Para mim família são os filhos, genros, noras e netos; meus afilhados também considero como minha família. Quando tinha pensão aqui em casa, eu gostava dos pensionistas como se fossem meus filhos e os considerava como da família. Agora as pessoas precisam se sentir bem dentro da família. Três dos nossos filhos estão longe, mas fazem parte da família, eles são livres para voltarem quando quiserem...”

E aí surge um dado que considerei importante.

“Sabe, eu e a Maria ficamos pensando sobre o José e a Rosa. Eles brigam muito, será que não gostariam de morar noutro lugar? Na verdade o porão deles não é dos melhores. Ele não te falou nada sobre isto?”

Por questões éticas não lhe dei a informação que queria, mas sugeri que conversasse com o filho. Usando o fator de cuidado 8 **prover um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental**, comentei que também achava pequeno o espaço onde moravam; ponderei que com as crianças crescendo eles teriam uma série de dificuldades naquele local. Ressaltei a importância de um ambiente agradável, que pode refletir no nosso estado de humor e de ânimo.

Percebi que o casal havia refletido sobre o assunto da semana passada. João, nesse dia, era o que mais falava.

“Sabe, quando o pai veio morar na cidade, eu e a Maria construímos a casa para ele. Quando terminamos ele queria me pagar pelo serviço. Claro que eu não cobrei, porque filho não cobra de pai, e pai também não pode cobrar de filho.”

Contou isto para explicar que não cobra aluguel do filho e que seu pai uma vez *“teve a coragem de lhe cobrar um serrote velho que não usava mais”*. Falando com a convicção de quem está certo, disse nunca haver quitado aquela dívida pois a achava impropriedade.

Depois de mais alguns comentários, espontaneamente ele voltou a falar sobre seu acidente. Disse que sabia ser culpado, que havia bebido exageradamente e por isto sua carteira de motorista foi retida por um ano, mas que iria tentar, com a ajuda de algum político influente, diminuir esta dívida.

Tive a impressão de que ele estava pedindo para que eu o ajudasse. Nesta situação utilizo o fator de cuidado 9 **focalizar a assistência nas necessidades humanas**. Ele falava de uma necessidade e pedia ajuda, mesmo que não claramente. Disse-lhe então que não era uma promessa, mas que dentro do possível eu iria até a delegacia para ver como estava o processo.

Encerramos o encontro, e fui conversar com a Família Primavera. As crianças já dormiam e os encontrei mais serenos. A hostilidade do último encontro havia desaparecido.

Rosa espontaneamente começou a falar sobre a melhora do seu relacionamento com seu companheiro, de como estavam sendo importantes aqueles encontros para ela e que lhe voltava a esperança, embora, às vezes, ainda sentisse tristeza sem causa aparente.

Insisti na questão da psicóloga, interessei-me pela dor no joelho e articulações, explicando para o companheiro que Rosa estaria precisando também de seu apoio. Lançava aqui uso do fator de cuidado 8 que **promove um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental**.

Comentou sobre o trabalho da companheira, dizendo ser um absurdo a forma como os empregados são tratados. Falou com certa tristeza que este emprego é importante para eles, já que seu trabalho não lhe dá um salário fixo por mês.

Rosa afirmou adorar o que faz e que não achava difícil trabalhar lá.

Naquele momento pensei, mas não falei, que aquela jovem senhora sempre viveu em ambiente de grandes tensões e que realmente poderia não se sentir afetada pela forma como o trabalho era conduzido.

Percebi que José estava bastante calado e me parecia triste. Com o avançar da conversa soube que sua cachorrinha de estimação tinha sido encontrada morta. Com os olhos cheios d'água falou do seu amor pelo animais e especialmente por aquela cachorrinha. Rosa tentava animá-lo dizendo que conseguiriam outra, então disse:

“Ninguém vai entender o que sinto. Não é comprar outra. Pode parecer loucura a comparação que vou fazer, mas é mais ou menos assim; se um filho morre a gente até pode ter outro mas jamais se esquecerá daquele que morreu, e o sofrimento é inevitável. Não existe substituição.”

Por uns instantes ficamos em silêncio. Rosa segurou sua mão e olhou-me como pedindo socorro, para que eu dissesse algo que o confortasse.

Afirmar que nós o entendíamos. Partilhei com eles de experiências vividas com famílias que possuem animais, principalmente cachorrinhas, que além de serem tratadas como filhas, são consideradas membros da família.

Pode não ter minimizado sua dor, mas fez com que houvesse uma aproximação maior entre nós. Mais uma vez percebi ser verdadeira a afirmação de WATSON (1985), quando diz que é importante numa interação o compartilhar de experiências vividas pela enfermeira.

Nesta noite Rosa demonstrou preocupação pelo companheiro, através de gestos e carinhos. Procurava animá-lo e confortá-lo com palavras de esperança. Elogiou várias vezes sua persistência no tratamento e destacou as mudanças que começavam a ocorrer com eles. Combinamos falar sobre alcoolismo na próxima semana.

Encerramos o encontro e, como sempre, fui para casa. Comparado com o da semana anterior, havia tido uma grande mudança e me sentia feliz por isso.

No dia seguinte, à tarde, fui até a delegacia. Foi-me dada a oportunidade de manusear todo o processo do acidente do Seu João. Constava que, ao voltar de uma casa de prostituição, colidiu com um caminhão, causando grandes danos materiais. Em sua companhia estavam mais dois homens que ele disse ter dado carona, mas não os conhecia. Feito o teste do bafômetro, foi constatado o grau máximo de alcoolismo permitido. O fato aconteceu em 4 de dezembro de 1998 e já havia sido julgado pelo juiz. Foi condenado, carteira de motorista suspensa por um ano e teria que pagar a multa no momento do reemplacamento em novembro de 1999. Respondia a processo crime, tendo que apresentar-se a cada 30 dias no Fórum e não poderia se ausentar da cidade sem solicitar permissão.

Conversei com a psicóloga que acompanhava o caso. Informou ter sido uma condição para que pudesse voltar a dirigir, a participação na ARAL e tratamento médico. Ele em momento algum havia comentado sobre isto. Disse-me ter contado a ela, que eu estava fazendo o acompanhamento com ele e sua família.

No início fiquei preocupada com o que li e ouvi. Relembrei o primeiro dia que nos encontramos, da facilidade com que aceitou participar deste trabalho. Teria sido somente porque isto o beneficiaria no processo, ou seria porque desejava realmente melhorar? Confesso que, por instantes, cheguei a julgar o cliente, considerando-o um oportunista e manipulador.

Revedo os conceitos de cuidado, enfermagem e ser humano, logo mudei meu modo de pensar. Tinha me proposto a fazer um cuidado a famílias em situação de alcoolismo, independente do que poderia encontrar no dia-a-dia. Se ele estivesse tentando me manipular, caberia a mim resolver a situação.

Desarmada de qualquer julgamento, no dia seguinte, fui à sua casa e expliquei que havia lido todo o processo, e agora inteirada da situação sabia que nada mais poderia ser feito em relação à multa. Agradeceu o meu interesse, reafirmando que esta seria a última multa na vida dele, pois nunca mais voltaria a tomar qualquer bebida de álcool.

Voltamos a nos encontrar na semana seguinte. Conforme nosso planejamento, conversamos sobre alcoolismo. Pergunto o que é para eles alcoolismo. Dona Maria diz que aprendeu na ARAL que é uma doença, mas, às vezes, tem dúvidas.

“Pode ser doença, mas então porque não tem remédio que cura? Se o João não bebia há 12 anos e depois começou de novo, será que as vezes não é falta de juízo?”

“Eu confesso que às vezes é “senvergonhice”; a Maria tem razão. A gente pára quando quer e começa quando quer... é... mas também não é bem assim. Eu sei de uma coisa: não devo entrar em bar, porque corro risco de não me controlar.”

Dona Maria demonstrava que queria apoiar o marido em seu tratamento, e que entendia seu esforço.

“Não deve ser fácil para quem quer deixar de beber, mas o resultado para quem consegue é maravilhoso, não só para ele, mas para toda a família.”

Uso aqui o fator de cuidado 7- **Desenvolver o ensino-aprendizagem interpessoal**. Explico por que o alcoolismo é considerado uma doença, o que causa e o papel do doente e da família. Pergunto então para Dona Maria sua opinião sobre ter nesta cidade, um espaço de apoio às famílias. Esclareci a forma como estes trabalhos são conduzidos. Ouvia com atenção e após comentou:

“Estes dias eu falei para minha filha, que eu tenho ido muito na ARAL, mas nunca vi alguém se preocupar com a esposa e os filhos. Lá quem fala são eles, você notou que até o chimarrão quem toma por último são as mulheres?”

Seu João brincou com ela dizendo que, por certo, nem chimarrão elas deveriam ganhar. Entendemos a brincadeira e ela continuou.

“Pois é, agora alguém, pela primeira vez nesta minha vida, me dá oportunidade de me tratar junto com ele; é assim que eu estou entendendo estes nossos encontros. Você além de ajudar o João me ajuda também e se os filhos estivessem morando com a gente teria um espaço para eles também.”

Olhando para o marido continuou.

“Você acha que foi fácil tudo o que a gente passou? Mas parece que ninguém se preocupa com isto. Nas reuniões da ARAL tinha uma vez por mês um encontro só das esposas; eu adorava este dia, porque a gente falava tudo o que sentia e ouvia também o que as outras esposas passavam e o que faziam para resolver seus problemas. Hoje se sobra tempo, perguntam se a gente quer falar, mas não é disso que estamos precisando.”

Seu João concordou que as famílias precisam de ajuda tanto quanto eles e que falta este espaço. Reconhece que o alcoolismo afeta a esposa e filhos.

Nisso o telefone tocou e seu João foi atendê-lo. Rapidamente Dona Maria disse:

“Que bom ter falado neste assunto. Os homens acham que são heróis porque estão deixando de beber e se esquecem o quanto a família sofreu. Na reunião a gente percebe isto. Se a esposa não o acompanha e ele tiver uma recaída pode ter certeza que o comentário principal é que faltou apoio da família.”

Falou ainda de traumas profundos que ninguém mais arranca de dentro dos filhos e das esposas, e isto parece passar despercebido pelo profissionais que trabalham com alcoolismo. Parou de falar quando o marido voltou. Conversando mais um pouco sobre alcoolismo, seu João quis saber, porque o alcoolista treme quando fica sem beber.

Falei da dependência física que já é um estágio muito avançado do alcoolismo. Utilizei o exemplo encontrado no livro de Lazo (1990), para melhor entendimento. Aqui, uso o fator de cuidado 7 **ensino-aprendizagem**.

O fenômeno pode ser comparado ao de peixinhos ornamentais nadando em um aquário. Se alguém subitamente esvaziar o aquário os peixinhos começariam a pular desesperadamente. Para restaurar sua tranquilidade, você precisaria colocar água de volta no aquário. (...) O alcoolista quando desperta pela manhã (depois que seu fígado trabalhou a noite toda para livrar seu corpo do álcool que bebeu na noite anterior), as células do corpo se sentirão como os peixinhos no aquário sem água. Resultado: começarão a se sacudir loucamente. E quando as células começaram a se sacudir, o

mesmo acontecerá com as mãos do alcoolista. Esta tremedeira das mãos significa que o alcoolista atingiu o estado de dependência física. (Lazo, 1990, p. 61-62).

Quando terminei de explicar, seu João parecia satisfeito com a resposta. Entusiasmado sugeriu que chamássemos o casal Primavera para juntos continuarmos falando sobre alcoolismo.

Juntaram-se a nós e voltei a explicar sobre os tremores antes do primeiro gole. Dona Maria perguntou sobre cirrose hepática, causa-morte do seu pai e do sogro. Rosa perguntou se era verdade que as pessoas procuram beber, porque têm problemas. Antes de responder, ela mesma começou a tirar conclusões, dizendo que se assim fosse ela e os outros dois irmãos também beberiam e não só o irmão mais velho. Comparou também a família do companheiro.

José quis saber sobre beber socialmente, se algum dia poderia fazer isto. O pai imediatamente afirmou que jamais ele poderia por um gole sequer na boca que voltaria a beber mais que antes.

“Você não lembra quando voltei a beber que perdi completamente o controle? Foi na última recaída que muitas noites não conseguia achar o caminho da casa. Antes eu não bebia todos os dias, até ficava uma semana sem beber, mas em cada recaída eu parecia que tinha de recuperar o que não havia bebido”.

Baseada novamente em LAZO (1990), contei-lhes o caso descrito por este autor de um alcoolista chamado Henrique (nome fictício). Estava ele outra vez afastado da bebida porque sua esposa vivia brigando com ele. Passado um certo tempo, uma noite tomou uma cerveja. Quando a esposa chegou em casa e viu a lata vazia teve um acesso de raiva e gritou com ele. Henrique argumentou que havia tomado apenas uma há mais de duas horas e que havia mais 5 na geladeira, mas não sentia vontade de tomar mais, tentando colocar por terra a teoria da falta de controle.

No dia seguinte, argumentando sobre seu auto-controle, a noite tomou mais uma latinha. A partir daí tomava uma latinha por dia. Uma semana mais tarde, durante um almoço de despedida, ele tomou mais uma cerveja, dizendo que estava antecipando a que habitualmente tomava à noite. Voltando para casa, racionalizou um pouco mais: se uma pessoa se controla com uma cerveja, pode parar com duas. Por isso, entrou em casa e rapidamente apanhou uma cerveja antes que sua esposa pudesse sentir-lhe o cheiro. “Aprecio o gosto dessa primeira cerveja do dia”, fazendo um brinde quando a esposa

entrou e o encontrou bebendo. Começava a beber e começavam as mentiras. Após o jantar, o irmão da esposa foi visitá-los. Henrique aproveitou a oportunidade e propôs tomarem uma cerveja. Já eram três latinhas por dia. Daí para frente já sabemos o final da história.

Percebi que todos ouviram atentamente. E seu João, no final, contribuiu com seu depoimento e experiências anteriores, enfatizando que com ele não foi um retorno controlado, depois do primeiro copo ele perdeu todo o controle.

Não havia programado o encontro desta forma, ele surgiu espontaneamente por sugestão da Família Outono e achei um momento riquíssimo. Havia solidariedade entre eles; percebia que um procurava dar força ao outro. A Família Primavera parecia mais serena e Rosa mostrava-se mais envolvida nas questões.

Falamos então da redistribuição dos papéis na família com e sem alcoolismo, e a readaptação de todos. Citei alguns exemplos de casamentos desfeitos depois que o alcoolista deixa de beber, e porque isto pode acontecer. Percebi que a maioria das vezes quando Rosa citava algum exemplo, não falava do marido, mas sim do pai.

As crianças brincavam próximas de nós, e por algumas vezes nos interromperam, mas não chegaram a prejudicar o encontro. Certamente se continuássemos nos encontrando num mesmo momento, teríamos que providenciar alguma alternativa.

Depois de encerrarmos o encontro, Rosa me acompanhou até o portão e conversamos sozinhas. Verbalizou que nesta semana sentiu-se mais animada, que seu companheiro começava a superar a perda da cachorra e que na última sexta feira foi à missa e isto tinha lhe feito muito bem. Seu relacionamento com o companheiro havia melhorado e estava mais tranqüila. Demonstrei minha alegria através de palavras e a incentivei que mantivesse este altruísmo.

Nesse encontro foram usados os fatores de cuidado 1 **valores humanistas altruístas**, quando foram revistos valores e incentivados pensamentos altruístas. O fator 2 também esteve presente. Ir à missa é um ato de fé que nos leva à esperança. Foi também rico em relação a esclarecimentos sobre o tema alcoolismo onde o fator 7 **desenvolve o ensino-aprendizagem interpessoal**, permeou o encontro.

Estávamos no dia 19.10.1999. Não havíamos combinado em agrupar as duas famílias, porque as crianças não teriam com quem ficar. Deixei a critério deles a escolha.

Quando lá cheguei fui ao encontro da Família Outono. Sozinhos, retomamos algumas questões já discutidas como alcoolismo e família. Seu João cada vez mais convicto e orgulhoso com seu tratamento. Dona Maria, sempre otimista, fazia planos de viagens para as próximas férias. Seu João todo radiante contou-me que dia 01 de novembro seria o seu aniversário e presumia que os filhos viriam visitá-lo. Haviam telefonado dizendo que estavam felizes pelo tratamento dele.

Durante a nossa conversa ouvia vozes alteradas que vinham da residência da Família Primavera. Quando encerramos o encontro com a Família Outono, Rosa veio ao meu encontro visivelmente irritada e pediu para que eu testemunhasse algo que tinha para dizer. Na verdade presenciei uma briga entre o casal onde houve muita violência verbal. Aos gritos Rosa lamentava a vida que tinha junto ao companheiro, resgatava cenas do passado fazendo-lhe sérias acusações. José, no mesmo tom de voz defendia-se e também acusava. Vi então as crianças assustadas assistindo a cena. Encaminhei-as até a avó. Ao voltar continuavam as agressões.

Sentia-me impotente, sem saber o que fazer. Fiquei calada o tempo todo e só quando se acalmaram consegui falar algumas coisas. Sentados os três, perguntei se não seria o momento de fazerem uma avaliação do casamento. Sugeria que resgassem as vivências positivas e ponderassem o quanto isto ainda significava para suas vidas. Perguntei há quanto tempo não faziam algo para cultivar o amor entre eles. Comparei um relacionamento ao cultivo das plantas que José tanto gosta e o quanto isto precisa de cuidado e atenção. Perguntei a respeito do amor que sentiam e há quanto tempo não namoravam mais, não saiam juntos... Comentei sobre a situação do alcoolismo que neste momento estava contornada, não sendo então a causa dos desentendimentos. O que estaria causando tamanha incompatibilidade.

Saí de lá preocupada e até assustada com o que vi e ouvi. Disse-lhes antes de sair que se precisassem de mim poderiam me ligar, mas que não gostaria de vê-los novamente brigando. Incentivei que conversassem sem gritos, sem agressões e ponderassem as limitações e falhas de cada um.

Dois dias depois, dia 21.10, José ligou-me pedindo para que fosse até a casa deles. Quando lá cheguei já me esperavam e José começou a falar. Pediu desculpas pelo que tinha ocorrido dizendo que haviam conversado e decidiram dar-se mais uma oportunidade no

casamento. Rosa tomou a palavra, também pedindo desculpas, dizendo que esta decisão devia-se ao fato de existir amor entre eles. Disse que este amor estaria apenas desgastado por tudo o que já passaram e, como as plantas do companheiro, iriam dar uma atenção especial.

Contaram que planejaram sair pelo menos uma vez por mês só os dois e tentariam resgatar os amigos que deixaram de visitar. Nos finais de semana, buscariam sair daquela rotina desgastante que se resumia em afazeres domésticos. Incluíram as crianças no planejamento, dizendo que dariam atenção especial a elas. José comentou:

“Nós contamos a você toda a nossa história e o quanto sofremos pela falta de amor e carinho por parte dos nossos pais. Percebemos que estamos fazendo o mesmo com os nossos filhos. Eles assistem às nossas constantes brigas, não lhes damos a atenção necessária. E o que é pior, permitimos que façam alguns absurdos como para aliviar nossa culpa. Nosso filho menor não tem limites e tem sido muito difícil fazê-lo obedecer. Quando quer algo, grita, chora, e a gente acaba cedendo, ou então acabamos batendo nele”.

Concluíram que se o álcool não era mais problema, qualquer outra situação difícil que surgisse, eles seriam capazes de superá-la.

Comentei mais uma vez a questão da readaptação da família sem o álcool. Exemplifiquei o que encontrei em KNIGHT (1991), onde estudos mostram que a recuperação do alcoolista pode proclamar o início de outros desajustes. Isto por que as constantes brigas tornaram-se rotineiras em suas vidas, e a ausência delas pode causar desconforto a todos. Coube usar aqui o fator de cuidado 7 **desenvolver o ensino-aprendizagem interpessoal**.

José comentou o absurdo desta realidade, dizendo que o ser humano não sabe o que quer da vida.

“Luta para conseguir algo e quando consegue não sabe valorizar o que conquistou. Resolvemos um problema e criamos outros...”

Sai de lá mais tranqüila. Já havia passado 44 dias desde que nos encontramos pela primeira vez em 08/09/99. Sentia um carinho especial por todos e torcia para que conseguissem acertar as diferenças existentes.

Através do cuidado transpessoal preconizado por WATSON (1985), nosso relacionamento se fortalecia. Tentava utilizar o processo de cuidado criativo para ajudar o

casal, desenvolvendo o ensino, a fim de que, através de informações e alternativas, eles chegassem ao máximo de controle sobre suas próprias vidas e saúde. Tentava também prover um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental que lhes permitissem sentir um bem estar maior.

Havia entre nós, os três, ingredientes que WATSON recomenda num relacionamento interpessoal; compatibilidade que é o uso da transparência, sem subterfúgios, lembrando ao cuidador para que seja o mais transparente possível. A empatia que permite a enfermeira aceitar os sentimentos do outro sem reagir defensivamente, com raiva ou medo; e a calidez se refere à aceitação positiva do outro, através da linguagem do corpo, tato e tom de voz. Isto tudo acontecia automaticamente. Cada vez que chegava em casa e fazia minhas reflexões, procurava identificar os fatores de cuidado utilizados, relacioná-los com os conceitos da teoria, encontrando eco na proposta inicial.

Neste mesmo dia, conheci a filha mais jovem do Casal Outono. Aproveitando que estava em casa, me reuni com os três para conversarmos. Pensei em fazer um rápido encontro, já que nada havíamos combinado. Apesar disso, a conversa prolongou-se por mais de uma hora. Seu João radiante confirmou a vinda dos filhos para seu aniversário. Admitiu que isso iria acontecer, porque havia parado de beber. Reconhecia ser uma pessoa difícil, quando embriagado, reafirmando seu estado de abstinência.

A filha, que acompanhava atenta as colocações do pai, mostrava-se atenciosa durante as falas. Determinada em suas palavras, contou que certamente teve uma infância mais privilegiada que a dos irmãos, pois nasceu durante o período mais prolongado de abstinência do pai. Contou que já tinha 11 anos, quando houve a recaída, por isso sabe de muitos fatos ocorridos, através das histórias que os irmãos contam.

“Mesmo assim, os cinco anos que convivi com o alcoolismo do pai foram mais que suficientes para desejar que ele nunca mais volte a beber”.

Num dos momentos da nossa conversa, o pai dizia que sentia orgulho de sua família, e que, apesar de tudo, conseguiu dar uma boa educação para todos. Foi aí que a filha se pronunciou de forma tranqüila dizendo:

“Pai, eu fui a filha privilegiada que nasceu quando o senhor não bebia mais. Mas eu conheço bem a história, sei dos horrores que todos passaram aqui. Sei que posso falar isto porque a Stela também já deve saber de tudo e está aqui para nos ajudar. Se hoje somos uma família legal, isto devemos a mãe que sempre foi a

corajosa. Se dependêssemos do senhor hoje não sobraria ninguém nem para contar história... e eu certamente não teria nascido..."

O tom de voz usado para dizer isto foi suave o que não causou nenhum impacto maior. Achei uma declaração precisa, na hora e momento certos, dito pela pessoa certa, e que emergiu espontaneamente sem qualquer intervenção minha. Nossa conversa seguiu normalmente, ora falávamos de algo engraçado, ora de algo mais triste, mas foi um encontro "extra" de grande proveito, sempre procurando seguir uma reflexão lógica que nos fizesse crescer enquanto pessoas.

No dia 26/10 às 17 horas, recebi outro telefonema da Família Primavera, pedindo que eu fosse, se pudesse, à casa deles às 18:30, e não às 19:30 conforme havíamos combinado.

Mais uma surpresa me aguardava. Lá chegando encontrei o casal radiante e José foi logo dizendo:

"Estou indo embora, recebi uma proposta de trabalho hoje ao meio dia de um conhecido nosso que morava aqui, para trabalhar com ele em uma cidade litorânea. Diz que tem serviço até março... vamos trabalhar com pintura de prédios e construção em geral..."

Falou da oferta financeira que realmente era muito atrativa. Olhei para Rosa que permanecia calada e lhe perguntei o que achava daquilo. Ela respondeu.

"Estou confusa; tem um lado meu que está contente, porque isto me dá esperança, de quem sabe ele possa arrumar um trabalho e vir buscar a gente. Um outro que me dá medo... vou ficar sozinha com as crianças, quem vai dormir comigo? Tenho medo de dormir sozinha".

José disse-lhe que certamente a irmã iria dormir com ela, e que dia 17 de dezembro estaria em férias, e no mesmo dia ela e as crianças iriam para lá com ele. Depois acrescentou:

"Isto se eu não vier buscar vocês antes porque se aparecer qualquer oportunidade que seja boa para nós, a gente vai embora."

Perguntei então como os pais estavam vendo isto e ele disse:

"Acho que não gostaram, o pai me parece chateado, tive que pegar dinheiro com uma mulher que devia para nós, peguei a minha parte, comprei a passagem e estou saindo com 10 reais no bolso. Mas eu me viro, vai dar certo."

Falava com determinação; e percebi em seus olhos uma mescla de mágoa e dor; no tom de voz, um sabor de vitória: *"Vai dar certo."*

Conversei com eles por trinta minutos incentivando-os para que persistissem no seu objetivo, lembrando dos riscos que correriam a partir daquele momento; da possibilidade de não dar certo e também da possibilidade de uma recaída. Quanto a Rosa, coloquei-me à disposição, se necessitasse de ajuda e voltei a tocar no assunto da psicóloga. Ofereci-me para levá-los à rodoviária e enquanto terminaram de se arrumar conversei com os pais.

Os encontrei tomando chimarrão e pareciam chateados. Quando lhes perguntei o que achavam da saída do filho, o pai falou:

“Acho que está se precipitando. Não é assim de uma hora para outra que a gente deve tomar uma decisão. Isto não vai dar certo. Além de tudo ele me deixa na mão... nós temos uma casa aqui para terminar e agora o que é que eu faço sozinho?”

A esposa então disse:

“Eu já penso diferente, a mãe sempre dizia que cavalo encilhado passa só uma vez. Se a gente perde a oportunidade nunca mais ele passa, quem sabe se agora é a hora dele montar no cavalo dele... e te ajudar eu te ajudo, o trabalho que o ele faz eu também sei fazer...”

Pouco a pouco, fui percebendo que ele foi aceitando as colocações da esposa. Resgatei algumas conversas que já havíamos tido, lembrando da importância de cada um buscar seu próprio caminho, mas que entendia a dor que estavam sentindo. Emocionado o cliente falava de cenas vividas com o filho, que certamente iria sentir muita saudade dele, mas que estávamos certos em lhe dar apoio. Deixamos que falasse livremente e, vez por outra, percebia lágrimas em seus olhos, principalmente quando disse:

“... pois é, daqui a três dias vão chegar meus outros filhos que estão fora para o meu aniversário. Pensei que desta vez ia reunir toda a minha família novamente... mas vai faltar um... mas você vem conhecer eles não é mesmo?”

Garanti a ele que iria e que precisávamos dar muito apoio para Rosa neste momento. Chegando a hora de ir embora, pai e filho se despediram emocionados e a mãe sempre otimista, disse-lhe palavras de incentivo, estímulo e coragem.

Na rodoviária foi mais uma cena emocionante, onde as crianças e esposa demonstraram todo o carinho e amor por ele. Após a saída do ônibus, tomamos um sorvete juntos e os levei de volta para casa. Quando chegamos, as crianças já dormiam e ajudei colocá-las na cama. Após perguntei se ela gostaria de dizer alguma coisa e foi então mais uma interessante experiência. A experiência do ouvir. Durante uns 45 minutos ela falou

ininterruptamente. Ela perguntava e ela mesmo respondia; ora chorava ora ria. Eu significava presença e era só, e tudo o que ela queria naquele momento, e o meu papel era ouvir. Lembrei de uma vez que li um artigo em uma revista (não lembro quem escreveu nem sequer o nome da revista), onde o autor dizia que em certas situações a pessoa não precisa de um ramalhete de palavras bonitas, mas “*precisa de você*”. Percebia que cada palavra, cada frase era carregada de esperança...

“Hoje está sendo difícil mas com certeza amanhã vai ser melhor... não é possível que se viva a vida inteira infeliz, um dia vou acertar...”

Após o desabafo, os traços do rosto se suavizaram e a contração muscular diminuiu. Sorrindo disse que se sentia bem e pediu-me para que não deixasse de visitá-la.

No dia 30 de outubro, à tarde, voltei à casa deles para conhecer o restante da família que havia chegado. Ao sair de casa, pensava em ficar lá no máximo uma hora, mas fiquei três horas. O orgulho com que o cliente me apresentou os filhos é indescritível. Não escondia sua alegria e todos demonstravam estar felizes, inclusive Rosa. Contou-me que José havia ligado dizendo estar bem.

A filha, que é auxiliar de enfermagem em um hospital, já havia trabalhado no hospital de Concórdia e lembramos que nos conhecíamos de lá. Casou em fevereiro do ano corrente com um filho e neto de alcoolistas, mas, segundo ela, parece não ter nenhuma tendência de um dia vir a ser alcoolista.

“Quando nos conhecemos, a primeira coisa que investiguei foi se bebia ou se tinha alguém da família que era alcoolista. Fiquei preocupada quando soube que o pai e o avô eram, e conversamos muito sobre o assunto. Tinha medo, porque sei que filhos de alcoolistas têm uma grande probabilidade de desenvolverem a doença também, e isto eu jamais iria querer para mim.”

O marido, bastante extrovertido, brincou dizendo que ela também, sendo filha e neta de alcoolista, tinha a mesma probabilidade e que ele também estaria correndo este risco.

A outra irmã, que embora resida nesta cidade, também me foi apresentada nesse dia, estava junto conosco ao lado do marido que igualmente, é filho e neto de alcoolista. Isto fez com que refletíssemos sobre o assunto. Este, também não suporta bebida alcoólica de qualquer espécie, inclusive relatou que qualquer quantidade que ocasionalmente venha a tomar, lhe faz mal causando fortes dores no estômago. A esposa, disse ter consciência que

se fosse homem seria alcoolista. Contou sobre inúmeros estados de embriaguês que já vivenciou; diz “adorar” uma cerveja e não sabe se controlar quando começa a beber. O marido sabe que não pode deixá-la sozinha, quando está bebendo e este a controla. Contou que quando tinha 5 anos, tomou cachaça do pai e entrou em coma alcoólica.

Falamos sobre o alcoolismo feminino, ressaltando o cuidado que deve ter já que existem sinais evidentes de sua tendência pela bebida.

Esta conversa ocorreu num breve momento, em que ficamos sozinhos, quando seu João saiu por uns instantes. Com o outro filho foi um encontro rápido, porque estava indo à casa de uns amigos. Pareceu-me tímido, só nos cumprimentou e logo se retirou.

Não foi mais possível naquela tarde, fazer qualquer abordagem com os filhos a respeito de suas experiências enquanto membros de uma família em situação de alcoolismo. O ambiente era de festa e fazia muito tempo que eles não se reencontravam. Mesmo assim em alguns momentos foram feitas revelações a respeito de dificuldades enfrentadas por todos, como também não escondiam a alegria de verem o pai e o irmão fazendo tratamento.

No domingo, dia 31 de outubro, à noite, depois de ter sido comemorado o aniversário, durante o almoço e o restante do dia, por iniciativa de uma das filhas assistimos três fitas de vídeo. Duas, de dois aniversários de anos anteriores, onde, o cenário era muita bebida alcoólica, pessoas embriagadas, sendo seu João o destaque da festa; brincadeiras com bicicletas, que punham em risco crianças que estavam presentes. A terceira fita foi a gravada neste dia, sendo o cenário completamente diferente: muita alegria, brincadeiras saudáveis, manifestações de carinho e ausência de bebida alcoólica.

Mantive-me calada todo o tempo, só ouvindo os comentários; seu João no final manifestou-se emocionado dizendo:

“ como é que pode a gente não se dar conta de tanta burrice. O bêbado de fato é um palhaço que ganha o que bebendo? Veja que dia lindo que passamos juntos sem a bebida. Veja quanta besteira a gente dizia e fazia...”

Aí seguiram comentários de todos, valorizando principalmente o atual tratamento, incentivando para que Sr. João se mantenha no propósito. Exaltaram também o papel da mãe, de suas lutas, dificuldades, conquistas. Sem dúvida este foi um final de semana de muito aprendizado.

Cada vez mais a Família Outono se estruturava e os nossos laços de amizade e confiança se fortaleciam. A atenção maior foi reservada para Rosa e os filhos que sofriam com a ausência do pai e companheiro. No primeiro mês, falei três vezes com ele por telefone reforçando a importância de persistir sempre. Em todos os momentos falava de esperança e de possibilidades de vir buscar a família. Procurei os patrões de Rosa e, explicando a situação, solicitei que a liberassem para uma avaliação com a psicóloga. No dia 05 de novembro, teve sua primeira consulta.

Naquela noite fui até sua casa para saber como estava se sentindo. Declarou ter gostado muito da consulta e que a psicóloga havia marcado mais dois encontros para o mesmo mês. Disse não ter coragem de pedir para sair novamente do trabalho, mas que achava importante voltar lá.

Novamente consegui sua liberação do trabalho para que continuasse o tratamento. Rosa tentava ser corajosa e otimista, mas nem sempre conseguia. Momentos de tristeza e desânimo acompanhados de crise de choro aconteciam com frequência. As crianças solicitavam a presença do pai e ela, por vezes, não sabia como conduzir a situação. Recebia grande apoio de todos o que a ajudava a continuar lutando.

No dia 23 de novembro, recebeu a notícia de que o marido conseguira um trabalho fixo e o convite para ir embora com ele. Entre choros e risos contou-me que ia embora. Mais uma vez um sentimento ambivalente tomava conta dela. Um lado vibrava pelo fato de realizar um sonho e de outro a pergunta:

“ como é que eu posso ir embora e deixar meu pai sozinho? Será que está certo fazer isto, quem vai cuidar dele?”

Mais uma vez tivemos uma longa conversa. Na verdade, Rosa não visitava o pai há mais de 6 meses, ela só mora na mesma cidade, mas desistiu de visitá-lo, porque está sempre embriagado. Há muito não consegue ajudá-lo, uma vez que ele não aceita ajuda. Partindo disso, fizemos uma análise de toda a situação, conduzi a conversa no sentido que percebesse que sua auto-estima estava comprometida. A partir do momento que estivesse fortalecida, teria condições de ajudar. No final do encontro, pareceu-me mais confiante e admitiu que tem o direito de ser feliz também, e que esta mudança pode significar o início de uma vida melhor.

A Família Outono, ao saber da notícia, deixou transparecer seu descontentamento, dizendo que não saberiam como viver longe das crianças. Seu João sempre evitava falar neste assunto.

A partir daí nos encontrávamos pelo menos duas vezes por semana, às vezes só nós duas, outras vezes com a Família Outono. A conversa girava sempre em torno de um recomeço. A sogra verbalizava que seria muito difícil ficar longe dos netos, principalmente do menor que era seu companheiro de todas as horas, mas que torcia para tudo desse certo para eles.

Seu João, algumas vezes, deixava transparecer, não de forma explícita, que estava com saudades do filho. Inclusive, quando o assunto era abordado, não fazia qualquer comentário. Dona Maria contou-me que ele tem dificuldade de expressar sentimentos, e sendo uma de suas principais características a teimosia. Contou-me que uma noite ouviu ele chorar, não tendo dúvida de que a causa era a saída da Família Primavera.

Percebi numa noite em que conversávamos, quando o telefone tocou, ele correu em direção ao mesmo dizendo: é o José. Depois de falar com ele, comentou que alguma coisa dentro dele dizia que iria ligar. Percebi que durante a conversa seus olhos brilhavam e estava emocionado. Por outro lado fez questão de dizer que estava conseguindo fazer as coisas sem ele, como quem dissesse, eu não preciso de você.

Quando ficamos sozinha, Rosa contou-me que o sogro deixa seu companheiro irritado cada vez que conversam. Sempre faz questão de dizer que se não tivesse ido embora, estaria ganhando mais, que depois de sua saída, surgiram novas propostas de trabalho, e segundo ela não é verdade.

Nesse caso o uso de fatores de cuidado 1,2 e 3 sempre estiveram presentes. As famílias passavam por um momento de grandes mudanças e o cuidado acontecia através de valores **humanistas-altruistas, fé e esperança e muita sensibilidade.**

Faltavam duas semanas para irem embora e Rosa já estava com as malas prontas, e a maioria da mudança encaixotada. Obviamente isto lhe causava transtornos, porque cada vez que queria uma roupa tinha que procurá-la e não sabia ao certo onde havia colocado. Já não dormia e nem comia direito.

Tentava acalmá-los, mas não haviam palavras que lhes tranquilizassem. Perguntava-se como seria a casa, como seria o novo emprego e o que era pior, não havia pedido demissão do seu trabalho atual, só faria no dia 17, quando fosse assinar suas férias. Tudo isso a deixava tensa, nervosa, inquieta.

Procurava estar ao máximo com ela e, na última semana, mesmo que fosse por 15 minutos, eu ia vê-los todos os dias. Isto fortalecia nosso relacionamento.

No dia 17, ao assinar as férias, comunicou sua saída, dizendo que não mais voltaria. Seus patrões a convenceram para que voltasse em 17 de janeiro e ficasse por mais 30 dias com eles para ensinar outra pessoa que fosse substituí-la.

Dia 18 de dezembro, às 4 horas foram embora. À noite, ligou-me dizendo que haviam chegado bem, que a casa era ótima, próxima da praia. Falei com José e também com as crianças. Todos falavam que estavam felizes.

Fui então à casa da Família Outono e estes também haviam recebido notícias através do telefone. Como era esperado, havia muita tristeza, ficando um espaço vazio inexplicável. Reuni todas as forças para falar-lhes; disse que imaginava como estariam se sentindo, porque nestes três meses de contato eu já havia me apegado a eles, e estava sendo difícil ver aquela casa vazia; certamente para eles era muito mais difícil. Seu João tentando disfarçar as lágrimas, dizia que o importante era saber que estariam indo construir uma vida melhor do que tinham.

Dona Maria, com toda a sua coragem também tentava ser forte e entre lágrimas falou:

“Não é fácil ver os filhos indo embora. Eu sei que a gente os cria para o mundo, mas o José sempre foi diferente dos demais, ele sempre foi muito especial, meu companheiro... Quando era criança e faltava nas coisas aqui em casa e me via comentando sobre isto, no final do dia aparecia com o pacote na mão dizendo: Mãe aqui está a margarina que faltava”.

Seu João balbuciou:

“Enquanto a Rosa e as crianças estavam aqui a gente sempre tinha esperança que ele voltaria.”

Dona Maria logo se animou dizendo:

“Não vamos mais ficar tristes. Nós já decidimos que vamos dia 23 para lá e passaremos juntos as festas de Natal. Só faltam cinco dias e desta vez toda a

família estará reunida porque os outros filhos que moram em cidades próximas já concordaram que se encontrarão conosco.”

Isso parecia tê-los animado um pouco. Combinamos de nos reencontrar quando voltassem da viagem, possivelmente na segunda semana de Janeiro. Combinamos fazer uma avaliação do que vivenciamos e se fosse necessário continuaríamos a nos encontrar ou então encerraríamos o trabalho.

Como os senti abalados, até a viagem, todos os dias falava com Dona Maria por telefone, como forma de dizer que não estavam sozinhos naquele momento. Na noite de 24/12, ligaram para desejar-me um Feliz Natal.

Em 10/01/00, retornaram da viagem e fui “convocada” para ir até casa deles. Cheguei às 20 horas conforme combinamos e me aguardavam radiantes. Seu João contou que a Família Primavera mora “quase dentro do mar”, numa casa de alvenaria de dois andares. Na parte inferior tem uma ampla cozinha, uma sala e um banheiro e na parte superior três quartos, mais uma sala e um banheiro. Falava quase sem respirar tamanho era o orgulho em contar que seu filho estava bem. Havia filmado algumas cenas quando lá estavam, e fizeram questão de me mostrar. Realmente as imagens confirmavam o que contavam. Um lugar bonito e uma casa espaçosa e confortável. Nessa noite também tive a oportunidade de conhecer a mãe de Dona Maria, uma senhora muito simpática que participou da nossa conversa.

Perguntei em relação à bebida, como José estava reagindo. Seu João disse ter visto dentro de casa uma lata de cerveja vazia. Quando perguntou se ele havia voltado a beber, jurou que não, que aquela lata não significava que ele havia voltado a beber. Durante o tempo que estiveram com ele, naquela casa, ninguém bebeu, mas que saiu de lá com dúvidas. Esta notícia também preocupou-me, mas que mais poderia eu fazer?

Avaliando todo o nosso caminhar, a Família Outono disse-me que nossos encontros estavam sendo de extrema importância para eles, e antes mesmo de perguntar se deveríamos continuar ou não, pediram para que ainda não me afastasse deles, porque certamente eles teriam uns dias difíceis de adaptação longe da Família Primavera, mesmo que Rosa e as crianças fossem ficar mais um mês com eles a partir do dia 17/01/00.

Juntos replanejamos nossos encontros. Mantivemos as reuniões das quartas-feiras na ARAL, e combinamos nos encontrar quinzenalmente. Como Rosa chegaria no dia 17/01, combinamos que, no dia 18, iria até lá.

Como planejamento de vida, disseram-me que a cada quatro meses pretendem visitar a Família Primavera e os demais filhos, e que, no dia seguinte, começariam a reforma do porão. Esta reforma, explicou Dona Maria, significa voltar ao que era antes, a cozinha da casa que serviu de moradia à Família Primavera. Na construção original, na parte superior eram 4 quartos, uma sala e um banheiro e na inferior um espaço único para a cozinha, com conexão interna através de uma escada.

A reforma aconteceu após o nascimento da primeira filha da Família Primavera. O espaço foi transformado em sala, quarto e cozinha,.

Ao me despedir do casal, Dona Maria falava mais uma vez em fé e esperança, como se quisesse fortalecer algo dentro de si, para recomeçar o ano com algumas adaptações necessárias.

No dia 18/01/00, voltei à residência da Família Outono. O encontro com Rosa e as crianças foi emocionante. Entre risos e lágrimas nos abraçamos e verbalizamos nossa saudade. As crianças pareciam ainda mais bonitas e mais afetivas. Contaram sobre a nova casa, sobre a praia, falavam do parquinho, onde brincavam. Antes de conversar com Rosa, tive que lhes dar toda atenção.

Depois disso as crianças foram passear com os avós e iniciamos nossa conversa. Rosa estava com uma expressão feliz, parecia mais serena. Começou contando que José estava bem, que não voltou a beber; que está adorando a nova casa em todos os sentidos, por ser espaçosa, próxima do mar. E sua felicidade agora se completa, porque está mais perto da mãe, podendo visitá-la com frequência.

O trabalho do companheiro se resume em fazer manutenção das casas e jardins que são alugadas na alta temporada. Não soube precisar o número delas, mas disse que ele tem 8 horas diárias de serviço, e que está adorando fazer o trabalho.

Rosa prossegue narrando dizendo que não conseguiu ainda começar a trabalhar, porque teria que se ausentar por 30 dias. Disse ter três propostas, todas como costureira, só que está com dificuldade de encontrar alguém para ficar com as crianças.

Perguntei sobre a participação deles no A.A. e a continuidade do tratamento com a psicóloga. Informou que não encontraram nenhum grupo de auto-ajuda que estivesse funcionando, e que naquele município não havia nenhum serviço com disponibilidade de psicólogo. Ressaltou sentir-se bem, achava que não precisaria mais deste acompanhamento. Comentou sentir falta dos nossos encontros.

“Agora estou mais tranqüila. José tem me dado muito apoio, nosso relacionamento está mais fortalecido, somos amigos, companheiros, nos ajudamos mutuamente. As crianças também mudaram para melhor, já não exigem tanto”.

Percebi uma grande mudança nela. Falava de esperança, de amor, como nunca havia falado. Ficaria trabalhando até 15 de fevereiro; durante o dia, fazendo as atividades que sempre fez e a noite daria um curso de costura para todos os funcionários, o que lhe aumentaria o salário.

Perguntei se gostaria, neste período, de continuar o acompanhamento com a psicóloga. Ponderou que não teria tempo disponível para isso, mas que gostaria de continuar conversando comigo. O único horário disponível seria nos finais-de-semana e acertamos que assim seria.

Nos despedimos marcando o próximo encontro para o dia 29.01.00

Dia 25/01/00, fui me encontrar com a Família Outono. Rosa estava trabalhando e as crianças estavam com eles. Seu João levou-me para ver a reforma do porão, já em fase de conclusão. As crianças pareciam não entender aquela mudança e perguntavam se eles tivessem que voltar, onde iriam morar. Seu João nada respondeu. Sentei com elas, e expliquei por que o avô estava arrumando aquele local, falei da nova casa deles, e que, se um dia voltassem, o avô poderia voltar a arrumar como estava antes. Depois disso elas foram brincar e nós três ficamos sozinhos.

Quando começamos a conversar, o telefone tocou e era José que queria notícias da família. Aproveitei a oportunidade e conversamos rapidamente. Disse-me que estava bem mas com saudades das crianças e de Rosa. Convidou-me para visitá-los, assegurando que ficaria feliz se isto acontecesse.

Reafirmou que continua fazendo o tratamento e que não iria decepcionar ninguém.

“Estou vivendo a vida que sempre pedi a Deus, demorou mas me atendeu”.

Após, conversamos sobre a readaptação que estava acontecendo, seu João disse que ainda não sentia tanta falta deles, porque o máximo que ficaram longe, foi uma semana, mas que ao desmanchar o porão, sentia algo que não sabia explicar.

“Quando derrubei a primeira parede, parecia que um pedaço de mim estava caindo. Era como se eu estivesse perdendo algo muito precioso. Foi muito ruim, tive que sair várias vezes para respirar porque faltava ar”.

Dona Maria, tocou sua mão e disse:

“João, nós vimos como eles estão bem lá, estão construindo a vida deles como os outros fizeram. Sei que foram 29 anos de convivência mas a vida é assim mesmo. Você contou que o nosso outro filho está voltando para casa?”

Soube então que o filho de 20 anos decidira vir embora. A razão principal é sua namorada que mora nesta cidade, e também porque o ambiente em casa melhorou.

“Tem coisas nesta vida que são muito interessantes, disse seu João. Você vê, o João foi embora e agora volta o irmão. Por que não voltou antes? Por que só agora?”

Percebi o apego desse pai para com sua família. Naquele momento entendia que ele gostaria que os filhos ficassem perto dele, contradizendo algumas afirmações de encontros anteriores. Sofria com a ausência dos filhos e procurei respeitá-lo, Mais uma vez utilizo os fatores de cuidado 1,2 e 3, concordando com ele sobre a importância da família com valores humanistas-altruístas, reforcei a importância de acreditar em algo maior do que aquilo que vimos, medimos e sentimos, sustentados pela esperança de que tudo o que estava acontecendo devia ser para o bem de todos. Agia de modo sensível, para evitar qualquer outro tipo de dor, porque não tinha dúvida de que a sentida era muito grande.

Dona Maria sempre atenta, observava as crianças brincando e procurava participar da conversa apoiando seu marido. Agora viria o outro filho para ajudá-lo. As relações com a filha casada, genro e neto que moram na cidade, a cada dia vem crescendo e eles os têm visitado diariamente. Contou que poderão comprar uma casa que fica a 200 metros da deles. Todas estas colocações o ajudaram a animar-se e, no final do encontro, quando nos despedimos, sorria e fazia algumas brincadeiras.

Dia 29/01 voltei a me encontrar com Rosa. Sentia-se fisicamente cansada, mas duas semanas haviam passado. Expressou a grande vontade de voltar junto ao companheiro e a saudade que sentia.

“Não vejo a hora de voltar. Não deu ainda para sentir a volta definitiva porque ficamos cinco dias juntos e recebemos visitas que ficaram 17 dias conosco. Ficamos mais uma semana e eu vim para cá; quero voltar e começar a trabalhar; penso em comprar uma máquina de costura, aí posso ficar trabalhando em casa, assim resolvo os problemas das crianças”.

Explicou que, por ser uma máquina de costura industrial, o custo é alto, mas com o que iria receber conseguiria comprá-la.

Ao perguntar sobre as dores nas articulações e joelho, disse que diminuiriam bastante mas que ainda sentia. Depois que foi embora nunca mais sentiu dor de cabeça, e as crises de choro sem causa específica também nunca mais aconteceram. De vez em quando, sente tristeza, mas consegue reagir e logo passa.

“Contando ninguém acredita, mas eu mudei e melhorei muito”.

Mais uma vez mencionou que as consultas com a psicóloga e os nossos encontros foram os responsáveis por isso.

WATSON (1985) diz que um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo. Baseada nesta suposição, expliquei a ela que, todas as mudanças que houveram na sua vida só aconteceram porque ela permitiu. Fiz perceber que se não tivesse aberto a porta de sua casa para mim, nada teria acontecido. Concordamos que houve ajuda mútua, que todos nós ganhamos, eu enquanto profissional, e ela enquanto pessoa que necessitava de cuidado.

Aprofundi estas questões para perceber que em breve ela e seu companheiro não teriam mais a mim, nem a psicóloga, nem Dona Maria e seu João para se apoiarem, e que certamente eles conseguiriam caminhar sozinhos. Neste momento eu estava preparando a alta de Rosa através de um cuidado **humanista-altruista**, de uma **relação de ajuda-confiança e do ensino-aprendizado interpessoal**, portanto, utilizando os fatores 1,4 e 7.

Senti um momento muito forte entre nós. Estávamos admitindo que em breve cada qual seguiria seu caminho e que o que mais desejávamos é que ela e sua família fossem felizes, do jeito deles, da maneira deles, mas que fossem felizes. Despedimo-nos com um caloroso abraço e sem muitas palavras.

No dia 08/02/00, fui visitar a Família Outono. Neste dia não aprofundamos nenhum assunto.

A reforma estava pronta e já haviam feito a mudança. Aquele espaço transformou-se numa ampla cozinha confortável e aconchegante. Na parte superior onde era a cozinha, fizeram o quarto do casal, ficando a casa com 4 quartos, uma sala, varanda e banheiro. No andar inferior construíram mais um banheiro anexo, a cozinha e uma varanda.

O filho já havia retornado e começou a trabalhar com o pai. Seu João se orgulhava em mostrar o resultado de seu trabalho, comentando apenas que ficou grande para quatro pessoas. Dona Maria logo lembrou que os filhos viriam visitá-los, aí teria como acomodá-los.

Os filhos de Rosa, como sempre exigiam nossa atenção e ficamos brincando com eles.

Dia 12/02/00, me encontrei com Rosa para nossa última conversa. Já havia comprado passagem para o dia 16/02 à noite. Dia 15 seria o último dia de trabalho e no dia seguinte iria fazer o acerto financeiro. Comentei com ela que provavelmente teria que voltar, porque o dinheiro do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço demora uns dias para ser liberado. Ela achava que conseguiria receber naquele mesmo dia.

Contou-me que havia visitado o pai no domingo anterior e ficou mais uma vez triste com o que viu. As 9 horas já estava completamente embriagado e não a reconheceu. Diz ter chorado muito, mas sabe que nada pode fazer.

Falou com entusiasmo que logo estaria voltando para casa e que José vinha ligando todos os dias dizendo não agüentar mais de saudades. Seus olhos brilhavam ao falar nisso. Mais uma vez procurei incentivá-la. Aquele momento não seria o último encontro, nós certamente nos encontraríamos muitas vezes e lhe prometi que um dia iria visitá-los. Combinei ir à rodoviária no dia 16/02.

Dia 15/02, no final da tarde Rosa e as crianças estiveram no meu apartamento e me presentearam com uma linda violeta. Foi emocionante recebê-los em minha casa. No dia 16/02 por volta das 11 horas, telefonou-me indignada contando que foi fazer o acerto de contas e os patrões negaram-se a liberar o FGTS e salário desemprego conforme haviam combinado.

Tomei suas dores e juntas no primeiro horário da tarde, procuramos um advogado para nos orientar. Fomos informados de que legalmente os patrões não poderiam fazer o acerto conforme Rosa queria, porque quem pediu demissão foi ela. Portanto estavam amparados por lei e nada poderia ser feito. Isto só ajudou a aumentar nossa ira, porque na verdade ela foi enganada para beneficiá-los e também prejudicada, deixando o companheiro sozinho e não assumindo o emprego que havia conseguido.

Sentindo muita “raiva”, controlava-me para não piorar a situação. Voltamos para casa onde analisamos a situação. Estávamos todos tristes, mas procurei confortá-los falando sobre valores que considero importante como honestidade, dignidade e respeito pelos outros. Concluimos que Rosa sairia perdendo, mas com certeza cumpriu seu papel fielmente, e estava saindo de cabeça erguida com a consciência tranqüila. Dona Maria encerrou o assunto dizendo:

“Não fique com ódio no teu coração Rosa. Não acredito na justiça dos homens, mas a justiça divina não falha”.

A noite fui até a rodoviária me despedir deles e Rosa estava tranqüila, mas triste. Longe das crianças e da Família Outono, confidenciou que saía decepcionada, pois contava com aquele dinheiro para comprar a máquina de costura. Certamente José também ficaria muito chateado. Estava apenas adiando um sonho, um dia iria realizá-lo. E assim, foram embora.

Confesso que fui para casa também triste. Não queria fazer julgamento, mas achei uma atitude desprezível. Rosa sempre fora uma funcionária dedicada, cooperadora. Aquele trabalho estava entranhado no seu ser, como se fosse a proprietária. Conforme já foi descrito, ela trabalhava num regime que poderia ser chamado de escravidão. Se sentisse calor só poderia tirar a blusa na hora do intervalo. Mesmo assim, sempre fora fiel a ele. Possivelmente a única herança que levou por tanta dedicação foi um distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho, (DORT).

Diante dessas conclusões, no dia seguinte cedo fui até onde Rosa trabalhava e frente a frente com seus patrões fiz todas as colocações que julguei oportunas para aquele momento. Sem agredir ninguém, num tom de voz extremamente calmo que eu própria estranhava, elenquei tudo o que a moça fizera pela empresa. Conclui dizendo que em troca

de tanta dedicação, além de ser enganada, como principal gratificação levava uma possível DORT.

Sem esperar qualquer colocação me retirei do local.

Ao chegar em casa pensei muito no que fiz. Procurei no meu referencial algo que respaldasse minha atitude. Perguntava-me o que WATSON teria feito diante desta situação. Que fator de cuidado se aplicaria neste caso? Talvez com o passar do tempo surja alguma resposta; a intenção do momento era sensibilizá-los, fazê-los perceber que o ser humano merece ser tratado com respeito e dignidade.

No dia 22/02/00, voltei à casa da Família Outono. Não comentei com eles o que havia feito. Tocaram no assunto um tanto inconformados pelo desfecho do caso, mas cientes que mais nada havia por fazer.

Dona Maria procurava não se lamentar. Falou que Rosa havia ligado dizendo que chegaram bem. Contou toda entusiasmada que a filha e o genro compraram a casa próxima a eles, e seu João faria a reforma.

Seu João neste momento mostrou-se orgulhoso e também feliz. Pouco a pouco a conversa fluía para coisas positivas, carregadas de esperanças. Depois que terminasse a reforma da casa da filha, já teria trabalho pelo menos, até julho, o que era muito bom, comentava seu João. Continuava firme em seu propósito de não voltar a beber. Já havia recebido alta médica e há 60 dias não tomava mais medicação.

Continuamos a nos encontrar quinzenalmente. Em cada visita percebia que se adaptavam bem à nova vida. A presença do filho em casa foi um acontecimento positivo para eles. Em dois encontros participou conosco da conversa, sempre de forma tímida, falando pouco, mas muito atento.

Seu João sempre alegre gostava de falar sobre seu trabalho. A partir de março, pouco se falava sobre alcoolismo, e quando isto era feito, resgatava-se algo que havia sido comentado na reunião da ARAL. A partir daí percebia que, a necessidade maior não era o alcoolismo, mas a reestruturação de uma nova vida que estava acontecendo.

Da Família Primavera tinha sempre notícias. Rosa começara trabalhar como costureira no período matutino e à tarde ficava com as crianças. José mantinha-se no

emprego e em sobriedade. A principal dificuldade era conseguir alguém para ficar com as crianças enquanto trabalhavam.

Durante o mês de abril o fato relevante que aconteceu foi a visita da filha e do genro no feriado da Páscoa. Esperavam felizes por este dia, e quando chegou foram agraciados por uma bela surpresa. Além de chegarem um dia antes do combinado, trouxeram os filhos da Família Primavera. Percebi o quanto faço parte de suas vidas quando seu João ligou-me pedindo para que eu fosse até sua casa, porque estava com problemas. Era dia 20 de abril. Deixei o que estava fazendo e fui até lá, preocupada com o que poderia encontrar.

“O problema” era as duas crianças que, escondidas atrás da porta, “assustaram-me” quando cheguei. Mais uma vez presenciei e vivi junto uma cena de amor e alegria naquela família. Soube pelos visitantes que a Família Primavera continua bem, e que estariam levando, no domingo, uma sobrinha para cuidar das crianças, sanando com isto uma de suas dificuldades.

Foi no dia 9 de maio que tive a oportunidade de visitar a Família Primavera. Não os havia avisado, porque não tinha certeza se iria naquele dia. Cheguei por volta das 15 horas. Encontrei Rosa e as crianças em casa. Depois do espanto e surpresa da chegada, interessei-me do que me cercava. Moravam numa casa de alvenaria à beira mar, lugarejo calmo, com algumas casas de pescadores, poderia dizer tratar-se de uma praia semi-deserta, sem infraestrutura necessária ainda. Rosa contou que para o futuro, deveria ter mercado, farmácia, pois já se percebia algumas construções e acreditavam que seria uma praia muito freqüentada. Enquanto isso, faziam suas compras numa vila que fica distante dois quilômetros.

A casa era confortável conforme já descrito. Impecavelmente limpa, era o oposto da antiga realidade. A sobrinha estava se adaptando ao local e às crianças. Com isto Rosa, no mês seguinte, poderia começar a trabalhar o dia inteiro. Passamos a tarde conversando. Contou-me que demorou alguns dias para aceitar a situação ocorrida ao sair do seu antigo trabalho, mas que aprendeu uma grande lição. Acredita que continua sendo uma boa funcionária, mas já sabe separar as coisas, não levando problemas para casa e não fazendo nada mais além de sua obrigação. Gosta do trabalho e o ambiente é melhor do que o

anterior. Havia comprado uma máquina de lavar roupa que a ajudava em suas tarefas caseiras. Quando acabasse de pagá-la compraria a máquina de costura.

O relacionamento deles estava dentro daquilo que sempre sonhara.

” Sabe a família que eu dizia sempre desejar? Agora eu tenho. Claro que existem ainda algumas briguinhas entre o José e eu, mas considero discussões normais entre casais. O José apesar de seus quase 30 anos, é muito imaturo e às vezes teimoso, mas temos tido momentos mais positivos do que negativos”.

Salientou que ele nunca mais bebeu, mas disse ainda temer que um dia possa voltar a acontecer, por isto procura diariamente reforçar sua ajuda.

“Uma coisa te digo, se ele voltar a beber, tenha certeza que cada um irá para seu canto e ele sabe disso. Não vou mais ficar ao lado de alguém que bebe. Pode ser doença, podem me dizer qualquer coisa, minha vida mudou e gostei desta mudança”.

Disse-lhe que torcia para isso nunca acontecer e a incentivei a continuar dando apoio ao seu companheiro.

“Também quero muito que as coisas continuem como estão. É bom chegar em casa e encontrar carinho, compreensão. Pela primeira vez a gente planeja tudo juntos, desde como conduzir a educação das crianças, o que vamos comprar, quem faz o que, quem paga o que; não sabia o que era isto, não sabia o quanto isto é importante para a vida da gente.”

José chegou e também se surpreendeu com minha visita. Foi outro momento indiscreto; aquele menino poliqueixoso que conversava com um banco, porque não tinha outro confidente não parecia o mesmo. Falava abertamente dos seus sentimentos, das dificuldades que enfrentou durante o período que ficou sozinho.

“Foi muito difícil no começo. Tive que ser forte para não voltar a beber. Teve momentos que pensei também em voltar para casa. O que me ajudou foram as lembranças de tudo o que já havia passado e das coisas que conversamos. Se eu voltasse a beber não teria mais coragem de olhar para a Rosa e nem para você. O alcoolismo é uma doença e o remédio está dentro de mim, é só usá-lo”.

Estas colocações foram feitas com convicção. Falou que sente falta e saudades dos pais, mas tem certeza que escolheu o melhor caminho.

“Pensei que fosse mais fácil. Achei que não iria sentir falta deles, mas nem imagina quanto foi difícil. Ainda hoje a saudade é grande. Domingo que vem é dia das mães e eu adoraria poder lhe dar um abraço. Fazem quatro meses que não a vejo e parece séculos.”

Falava emocionado. Pediu para que eu falasse deles, quis saber detalhes dos irmãos.

Sem dúvida foi um reencontro importante para nós. Nunca duvidei do que me contavam, mas era importante ver, sentir as mudanças que houveram, e saí de lá feliz com o que presenciara.

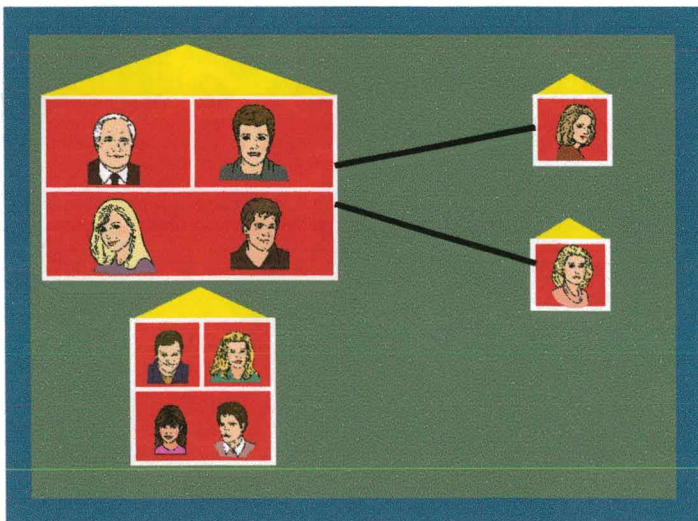
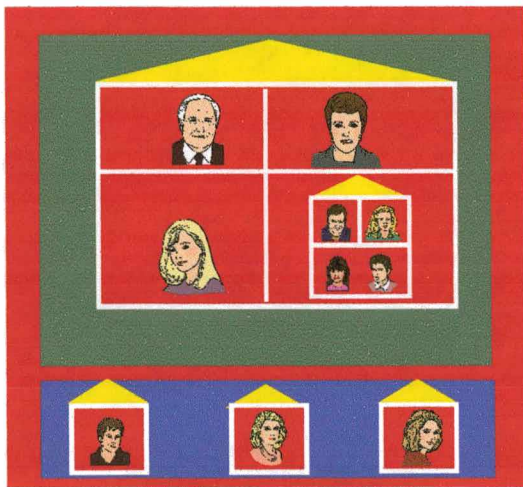
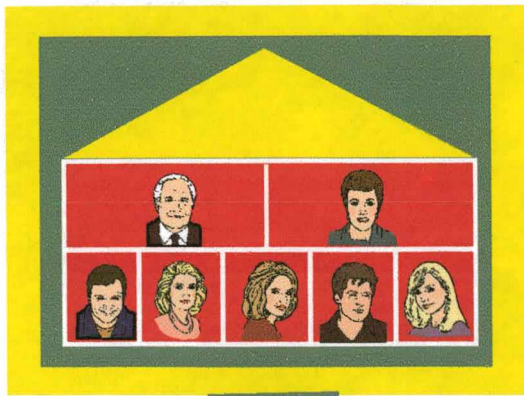
Ao voltar, procurei a Família Outono e contei-lhes o ocorrido. Refletimos sobre todas as mudanças que aconteceram a partir do dia 08/09/1999, dia que nos encontramos pela primeira vez no grupo ARAL. Elogiei a maneira como enfrentaram cada situação, o esforço e a colaboração de todos. Disse-lhes o muito que significou tudo isso para mim e o quanto foi bom conhecê-los.





Ouvi deles palavras carinhosas de amizade e gratidão. Nesta noite, 15/05/00, encerravam-se os encontros para este trabalho. Porém, nos oito meses que convivemos criou-se um forte vínculo entre nós que não se encerra num trabalho. Nossos encontros continuarão acontecendo por tempo indeterminado.

Através da figura que segue, tem-se uma noção geral do resultado do cuidado de enfermagem. Nela estão expressas as mudanças ocorridas ao longo do trabalho. O primeiro quadro mostra a Família Outono e os cinco filhos.

A figura do segundo quadro, mostra os três filhos afastados do convívio familiar, permanecendo a filha mais nova e José, filho mais velho, casado com Rosa (alcoolista da Família Primavera).

O terceiro quadro mostra a reaproximação dos três filhos. Um deles volta a morar com o pai. As duas filhas casadas voltam a frequentar a casa. A Família Primavera realiza o sonho de morar em outra casa e em outra cidade, mantendo os laços com a família.



-  **Núcleo de relacionamento familiar**
-  **Ausência de relacionamento familiar**
-  **1º. momento do cuidado**
-  **2º momento do cuidado**

REVENDO O PROCESSO DE CUIDAR DE FAMÍLIAS À LUZ DA TEORIA TRANSPESSOAL DE WATSON

*Nunca diga estas palavras:
"Não sei nada sobre isso, portanto é falso".
Deve-se estudar para saber;
Saber para compreender;
Compreender para julgar.*

Apothegin de Narada

Este capítulo, contém a análise do cuidado à famílias, baseada na teoria de Jean Watson. As idéias vêm à mente com uma velocidade que a mão não consegue acompanhar. São lembranças, emoções e sentimentos que afloram. Ao trazer para discussão este referencial, procuro deixar um pouco de lado estas emoções, para que não impeçam a análise.

Quando WATSON escreveu sua teoria em 1979, não a fez dirigida para nenhuma situação de enfermagem específica. Encontrei na biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, dissertações de mestrado que utilizaram de alguma forma esta teoria. LACERDA 1996, usou os 10 fatores de cuidado e as pressuposições básicas em **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto familiar**; WOLFF (1996), diz ter se inspirado no cuidado transpessoal de WATSON para realizar **A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**; PAGANINI (1998) fundamentou-se em determinados fatores de cuidado de Watson para seu estudo, **humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas; MARTINS (1998) fez sua dissertação, **Cuidando do portador de síndrome de Down e seu significante**, à luz de três fatores de cuidado de WATSON, e por último, FREITAS (2000), utilizou alguns conceitos e quatro pressupostos para seu estudo com o título de **O cuidado no Processo de ser e viver de educandas de**

enfermagem. Não encontrei nenhum trabalho sobre alcoolismo e família que tenha usado este referencial.

BARNHART et al (1997), dizem que esta teoria está sendo usada com sucesso em Instituições, nas Unidades de Cuidados Intensivos, Neonatal e Unidades de Assistência Pediátrica e Geriátrica onde a população cuidada com o referencial de WATSON inclui mulheres com aborto, mulheres com neonatos em Unidades de Tratamento Intensivos, mulheres consideradas em situação de risco social, pacientes que tenham sofrido infarto, pacientes oncológicos, com Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA) e para pessoas na terceira idade.

Analisando a implementação da teoria ainda durante os registros dos encontros fiz alguns apontamentos de onde o cuidado acontecia, que fator de cuidado utilizava e mesmo a presença de conceitos. Nesse momento revejo passo a passo do que foi vivido, e novamente volto a “conversar” com os dados para aprofundar a análise.

O primeiro aspecto importante, é que houve afinidade entre o meu fazer e a teoria; pressupostos, fatores de cuidados e conceitos respaldaram minha conduta. Houve interligação entre eles; no momento em que evidenciava-se um pressuposto, imediatamente implementava-se um fator de cuidado que geralmente correspondia a um conceito. Assim, o pressuposto **um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial...** nos leva a utilizar o fator de cuidado 8, **prover um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental**, que condiz com o conceito de ambiente e sociedade. Este foi um aspecto importante que facilitou o processo do cuidado.

Outro fato importante que confirma o que WATSON apregoa, é ver cada ser humano como único. Eram duas famílias que a princípio tinham a mesma necessidade: superar a questão do alcoolismo. Contudo, cada qual reagia de maneira própria. A esposa da Família Outono quando o marido chegava embriagado, o recebia com calma, servia-lhe o jantar, encaminhava os filhos para a cama e mantinha-se calada, mesmo quando provocada, enquanto a esposa da Família Primavera fazia exatamente o contrário. Além de recebê-lo aos gritos, inúmeras vezes não permitiu que dormisse em casa.

A Família Outono, enfrentava seu quarto tratamento, enquanto a Família Primavera vivia sua primeira experiência. Encontrei na Família Outono, determinação, altruísmo,

força de vontade, fé, esperança e experiência. Na Família Primavera não havia essa mesma determinação; ora acreditavam, ora parecia tudo difícil e impossível.

Diante desta primeira constatação, busquei respaldo no referencial. Com o objetivo de relatar de forma clara a conduta realizada, embora já tenha afirmado que houve interligação entre os segmentos, primeiramente pontuo os pressupostos, após os fatores de cuidados e os conceitos mais utilizados. O primeiro pressuposto de WATSON é que **o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal**. O processo de cuidado se efetivou porque os elementos envolvidos aceitaram a proposta feita a eles. Quando Rosa adiou por duas vezes nossa entrevista, percebi o quanto este pressuposto é importante. O cuidado para a Família Primavera começou a acontecer de forma efetiva a partir daquela relação, e isto aconteceu aproximadamente trinta dias após o primeiro contato. Já havia conversado com José, tinha conhecimento parcial da história, mas aquilo não bastava para chegar aos objetivos a que me propunha.

Com a Família Outono, a relação interpessoal aconteceu naturalmente, permitindo uma troca importante possibilitando que o cuidado fosse iniciado dentro de um espaço de tempo menor.

Outro pressuposto de WATSON é que **o cuidado consiste de fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas**; identifico este, nos momentos em que houve a **relação do cuidado humano de ajuda-confiança** (fator de cuidado 4) e quando foi **focalizado a assistência em relação às necessidades humanas da clientela**, (fator 9). Sendo que as necessidades psicossociais foram as que mais se evidenciaram neste estudo.

Na Família Outono, quando foi verbalizado por parte dos filhos e esposa, as situações conflitantes que culminaram com a saída dos filhos, observei que a necessidade de amor, segurança, liberdade, aceitação, auto-realização estavam comprometidas. Dona Maria verbalizou a saudade que sentia dos filhos distantes; como mãe e esposa sentia-se incompleta, o que comprometia sua auto-realização. Se o ser humano não se sente realizado, outras necessidades se agregam a esta, formando uma corrente de insatisfação. O mesmo foi percebido nos filhos do casal, que, mesmo felizes com o tratamento do pai, relatavam com tristeza fatos e situações vividas, que direta ou indiretamente afetaram a auto-estima, segurança e amor.

Na Família Primavera essas necessidades se apresentavam ainda mais pronunciadas. José no primeiro encontro, ao falar de sua insatisfação por depender dos pais, ... “tenho uma insatisfação grande por morar aqui... por que só eu não consigo?...” é uma pequena amostra de uma auto-estima afetada, auto-realização, amor, espaço, aceitação também afetados. Rosa ao dizer “quando encontrei José pensei em construir uma vida maravilhosa... só que me enganei...”, dizia claramente que lhe faltava amor, segurança, liberdade, espaço, auto-realização...

Assim, foi cuidando das necessidades detectadas através da relação interpessoal, que esse pressuposto esteve presente e intimamente ligado com os fatores de cuidado, possibilitando a intervenção necessária.

O processo de conhecimento das famílias e dos elementos que as compõem, iniciou em setembro com entrevistas individuais e foi fortalecido com a caminhada através dos encontros já relatados. Já no início com os depoimentos das famílias percebi a importância do pressuposto, **o cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar** que está intimamente ligado com **as respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser.**

O alcoolista da Família Outono colocava-se como um pai e um marido que sempre cumpriu com o seu papel. Não deixava transparecer nenhum sentimento de culpa e ao falar sobre a saída dos filhos, dizia ter sido por falta de emprego na cidade, que haviam saído em busca de realização profissional. Em nenhum momento isto foi contestado; a maneira de conduzir os encontros fez com que ele próprio percebesse a realidade, mudasse sua própria percepção e chegasse a um **vir a ser**, que culminou num crescimento individual e familiar.

O mesmo aconteceu com a Família Primavera, quando Rosa permitiu-se olhar para dentro dela, aceitando acompanhamento com a psicóloga, compartilhando seus medos e suas angústias. Estes dois exemplos, dos muitos que estiveram explícitos nos encontros, confirmam o uso deste pressuposto que se interliga com **um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo.**

Exemplificando este último, retomo a situação de José e Rosa, quando falaram da insatisfação por morarem num local onde o espaço físico não lhes proporcionava nenhum conforto, e ao verbalizarem sobre a dependência que tinham com a Família Outono e o grande sonho de construírem uma vida própria.

A queixa em relação ao ambiente físico procedia, pois o mesmo era inadequado conforme já relatado. Foi com a tomada de decisão do casal em aceitar um novo trabalho que começa uma nova vida para eles. Foi através de uma ação num determinado ponto no tempo, que conseguiram desenvolver o potencial que estava adormecido dentro deles.

Esta escolha confirma o pressuposto seguinte de WATSON, que também foi utilizado. **O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo. A prática de cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano, para gerar e promover a saúde.**

Havia nesta situação muitos elementos envolvidos. O casal da Família Outono, não havia percebido a infelicidade do filho e nora. Os netos, conseqüentemente, eram atingidos de alguma forma. Através dos fatores de cuidado, aqui volto a ressaltar a interligação que havia entre eles, é que foi possível chegar a uma situação de promoção de saúde. A falta de realização pessoal, fatores estressantes, como afirma WATSON em seu conceito de doença, pode gerar alterações físicas, que estavam evidentes em Rosa, quando queixava-se de constantes cefaléias, dor no joelho e ombros. Com a mudança de comportamento, frente as demandas da vida, este quadro de queixas desapareceu, sendo substituído por pensamentos altruístas, o que veio gerar e promover mais saúde.

Seu último pressuposto diz **que a prática do cuidado é fundamental à enfermagem**. Nestes oito meses de convivência, se o cuidado não tivesse sido efetuado, como estaria me sentindo hoje? Poderia apenas ter colhido uma história e ter feito um relato mostrando o drama que enfrentam ou vivem as famílias que possuem um ser alcoolista em seu meio. Poderia até ter sua validade para algum tipo de pesquisa, mas com toda certeza, esta teria só me trazido grande insatisfação.

WATSON (1995), reforça que o cuidado está posicionado como um ideal moral e ponto de partida para o profissional da enfermagem. É o guia do nosso trabalho e razão de

ser. É com este pensamento que utilizei os seus dez fatores de cuidado, onde analiso algumas das muitas situações em que eles estiveram presentes.

Segundo a interpretação de TALENTO (1993) e TORRES (1986) os três primeiros fatores de cuidado formam os “fundamentos filosóficos para a ciência do cuidado”. BARNHART et al (1997), dizem que utilizando estes dez fatores, cada elemento de cuidado descreve o processo de como um ser humano alcança ou mantém a saúde, ou morre em paz.

Neste trabalho, percebi que os três primeiros fatores se destacaram o que corresponde aos escritos das autores citados. O fator de cuidado 1, **possuir um sistema de valores humanista altruísta**, apareceu em várias situações. WATSON (1985), lembra que estes valores são aprendidos no princípio da vida, mas que também podem ser revistos e reelaborados com a ajuda da enfermagem, e para tanto, se faz necessário que ela tenha em si tais valores.

Identifiquei que o casal da Família Outono possuía estes valores, quando verbalizavam seu propósito de vida. Buscavam constantemente resolver as dificuldades com altruísmo, acreditando que estas podiam ser superadas. No depoimento de Maria, “a mãe sempre dizia que Deus dá a roupa conforme o frio...”, e de João, “eu sei que estou apenas começando o tratamento, mas tenho fé que vai ser o último...” são exemplos de sua aplicação.

No casal da Família Primavera, no início isto não se evidenciava. A insatisfação era ressaltada com frases como a de José “Na minha vida tudo começou errado...; tenho uma insatisfação muito grande comigo mesmo...”, e nas de Rosa, “... eu queria um lar de verdade, queria uma família de verdade... só que me enganei...”. Fez-se necessário então, cuidar deste aspecto revendo seus valores, incentivando-os a enfrentar as dificuldades com novas perspectivas. WATSON (1995), lembra que o poder humano de crescer, de rever seus valores, muda em um sempre conveniente processo, e isto torna-se possível pela autenticidade e valores da própria enfermeira, quando esta se propõe a fazer o cuidado.

A **promoção da fé-esperança**, fator de cuidado 2, incorpora valores humanistas altruístas, facilitando a promoção de um cuidado de enfermagem holístico e a melhoria do estado de saúde do ser humano, (BARNHART et al, 1997). No casal da Família Outono

este fator foi destaque. Havia consenso e harmonia na readaptação de papéis; esperança de ser o último tratamento; certeza de reconstruir uma família feliz. Nas situações difíceis, como na saída do filho, a primeira reação de João foi de tristeza e até de desesperança, mas logo a esposa, com uma fé que parecia inabalável, conseguia transmitir isto ao marido e ajudá-lo a recuperar suas esperanças. Um exemplo de fé por parte de Maria, aconteceu quando num dos momentos difíceis que Rosa enfrentou lhe disse: “Não fique com ódio no teu coração. Não acredito na justiça dos homens, mas a justiça divina não falha”. Para com João “... eu queria que tivesse sido diferente, mas também poderia ter sido pior”.

No casal da Família Primavera esse fator acontecia somente quando a situação se apresentava dentro de uma certa harmonia. Só no transcorrer do cuidado, é que ela se fortaleceu, pois no início, diante de pequenos ou grandes dissabores, sua ausência era total. Para corrigir a falta desse, foi necessário através de palavras, gestos e ações, promover este fator que se desvelava através de suas falas. “Eu vou embora e vai dar certo”, palavras de José. Rosa, após sua mudança de vida falou abertamente: “estou vivendo a vida que sempre pedi a Deus, demorou mas atendeu”. Vê-se então, que o mesmo fator de cuidado, foi utilizado e observado em situações claramente distintas. Para o casal da Família Outono, este se evidenciava dentro de suas próprias crenças e valores, com destaque para Maria, que com otimismo vivia seu cotidiano. Fé e esperança era um componente importante nos momentos em que não havia dificuldade, e também nos momentos que esta surgia. Já o casal da Família Primavera, José e Rosa, ao se depararem com uma situação inesperada, pareciam desacreditar em tudo e então se fazia necessário fortalecer este fator. É através dele que WATSON abre possibilidades para cuidados alternativos. Em experiências vividas com famílias, acompanhei algumas situações em que buscavam o cuidado através da oração, benzimentos, passes e outros. Mesmo não conhecendo a teoria de WATSON, sempre respeitei quem assim procedia. Hoje, esta compreensão está ainda mais fortalecida, pois a entendo como algo que se soma a ciência. Os participantes deste estudo, verbalizavam a fé que tinham na oração, num Deus que lhes apoiava, mas não utilizaram de nenhum outro recurso, além do citado, e sequer mencionaram esta tendência. Dos cinco trabalhos citados que usaram a teoria de WATSON., nenhum deles, utilizou qualquer método alternativo para o cuidado. Todas as ações realizadas estiveram dentro do padrão tradicional.

WATSON (1985, p. 58) diz que a “... fé em Deus desperta coragem. O respeito profundo aos milagres e mistério da vida humana, a dimensão espiritual da vida, e o poder interno do cuidado, são fundamentais no processo saúde/doença”.

Este pensamento não é só de WATSON, encontro em SOUZA e SILVA (1992, p. 237), a informação que desde 1975, foi introduzida como parte do currículo de uma das maiores escolas de enfermagem da América do Norte a cura espiritual. Nela, os estudantes aprendem a arte de cuidar através das mãos, transmitindo a força prana¹ da pessoa sadia para o doente. Acreditam que esta prática remonte à antiguidade do Tibet e da Índia, quando a força é transmitida pelo toque e pelo desejo de curar. Citam os nomes de Dolores Krieger e Martha Rogers como exemplos que estão ligados nesta forma de cuidar. Diante disso elas questionam: “ como estudar esse tratamento por imposição das mãos, também conhecido como “ passe”, sem usar um referencial que admita a essência do homem?” Acreditam que um único referencial não é suficiente para elucidar a investigação de todos os fenômenos de qualquer natureza.

SILVA (1997) constrói com propriedade um novo paradigma denominado de cuidado transdimensional. Tem como foco essencial o processo de morte-renascimento humano-planetário-cósmico. Diz ser um processo participativo e reflexivo que leva o ser humano a conhecer novas experiências, podendo levá-lo ao auto-conhecimento e auto-transformação, de forma original e única. Como padrões de expressão estética do cuidado transdimensional, apresenta a oração, meditação, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia, mandala, radiônica, radiestesia, I ching. Defende que estes padrões podem favorecer a harmonização do ser, que poderá ampliar o auto-conhecimento e auto-transformação, facilitando o processo de morte-renascimento. Descreve situações e experiências vividas por ela que convergem com sua argumentação.

Creio que esta forma de cuidado não seja um modismo. É consensual o valor da medicina ortodoxa ocidental, mas já se constata que o estado de saúde do ser humano, não depende somente dessa medicina, e nem sequer de uma única área de conhecimento.

1- Princípio da vida; energia que emana do cosmo

O fator de cuidado 3 indica o **uso da sensibilidade consigo e com os outros**. Afirmando que este fator foi de extrema importância e também muito utilizado. WATSON (1985), lembra que a presença de sensibilidade numa interação transcende o mundo físico e material. Através das emoções, sensações e sentimentos é que ocorre o cuidado transpessoal. Em cada encontro, em cada gesto, em cada olhar, procurava através da autenticidade, interagir com sensibilidade.

Pelas experiências vividas, preparei-me para situações onde certamente precisaria de muita sensibilidade para realizar o cuidado e foi o que aconteceu. Em cada encontro, em cada situação isso se fez necessário. Identificar sentimentos do ser humano, sem preconceitos, sem julgamentos, colocando de lado crenças e valores pessoais, foi o grande desafio. Esta sensibilidade está explícita nos encontros em que dividiram comigo suas dúvidas, anseios, sonhos, esperanças, vitórias. Quando José lamentava a morte de sua cachorrinha dizendo “ninguém vai entender o que sinto. Não é comprar outra... não existe substituição”. Na fala de João quando tentava dizer o que representava derrubar uma parede para reconstruir a cozinha da família, “... parecia que um pedaço de mim estava caindo...” Nas palavras de Maria, após a partida da Família Primavera, “... eu sei que a gente os cria para o mundo, mas o José sempre foi diferente... muito especial, meu companheiro”. Na dúvida de Rosa em ir embora e deixar o pai alcoolista “... como é que eu posso ir embora e deixar meu pai sozinho?...”. Estas situações e as demais que ocorreram, exigiram um cuidado sensível através de uma postura humanista-altruísta, fortalecido pela fé e esperança.

Desta maneira dá para entender melhor porque WATSON denomina estes três primeiros fatores de fundamentais, básicos, para sua teoria. Com este “carro chefe”, os demais foram usados, ora isoladamente, ora concomitantemente.

O fator de cuidado 4, **desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança**, agregou-se aos três primeiros sendo também muito utilizado no presente trabalho. WATSON (1985), chama a atenção da enfermagem que para esse fator acontecer, é fundamental o uso da compatibilidade, empatia e calidez. Ressalta a importância da honestidade nas interações que a enfermeira se propõe a realizar. Os dados colhidos mostram nitidamente esta forma de agir. Nossos encontros sempre foram permeados de sinceridade e todas as colocações feitas foram as mais transparentes possíveis.

Houve empatia nos momentos em que compartilhamos experiências, quando os ouvi com o máximo de atenção, quando verbalizava que os entendia. Durante as nossas conversas, havia um envolvimento profundo, o qual fazia compreender suas percepções e seus sentimentos. Em cada encontro me sentia mais envolvida e percebia que a confiança para comigo também se fortalecia.

A calidez se fez presente em cada toque carinhoso, no olhar assustado ou sereno, que às vezes pedia socorro e às vezes agradecia. Nas palavras simples como as de Rosa... “foi bom, muito bom, poder falar”. Na comemoração do aniversário de João, onde houve o encontro com os filhos que eu não conhecia; na visita surpresa de Rosa com as crianças trazendo-me uma flor; no abraço e brincadeiras com as crianças e nos momentos de dificuldade que vivenciamos.

WATSON (1985), descreve que para uma relação de ajuda-confiança, é fundamental permitir a expressão de **sentimentos positivos e negativos**, que é o fator de cuidado 5. Percebi mais uma vez que há uma espécie de “movimento” entre os fatores, um leva ao outro e foi exatamente assim que percebia no desenvolver do trabalho. Este fator também foi utilizado em todos os momentos. De início houve expressões de sentimentos considerados negativos, quando contam seus momentos de dificuldades, quando verbalizaram a violência sofrida, as noites dormidas fora de casa para fugirem do pai alcoolizado, do espancamento que a mãe sofria, das tentativas de suicídio da mãe, da falta de amor e de carinho que sentiam enquanto crianças. Pela análise realizada, percebi que Maria procurava não evidenciar as dificuldades; tinha uma tendência maior de expressar sentimentos positivos, o contrário de Rosa, que de início só percebia o aspecto negativo dos acontecimentos.

A expressão de sentimentos positivos ficava evidente ao compartilharem suas conquistas e seus planos para o futuro. Nas mais diferentes situações vividas, sentimentos positivos e negativos foram respeitados, aceitos e dispensado o cuidado necessário.

O fator de cuidado 6 - **a utilização do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão**, WATSON (1985), enfatiza sua importância dizendo que sem o uso do método científico a prática eficaz é acidental. Este fator foi um dos que mais questionei e me fez refletir. Busquei na literatura o conceito de conhecimento científico de WATSON (1985), onde diz ser a operacionalização de proposições. O conhecimento

científico passa a ser ciência quando estas proposições são organizadas e demonstradas sua aplicabilidade, e reconhecidas como verdades.

A dúvida inicial era a ligação entre método científico, ciência e o fator de cuidado 3, que abre possibilidade para métodos terapêuticos alternativos, e também porque entendia o método científico como algo metódico e sistemático. Neste estudo houve um constante ir e vir; na reflexão-ação-reflexão realizada, não havia nada de metódico. Após todos os questionamentos e buscas, concluí que foi usado este fator porque em cada ação realizada havia o uso do conhecimento científico que sustentaram estas ações. Com isto passo a entender que o método científico não é algo formatado, metódico e sistemático, mas uma forma de realizar uma ação de cuidado com fundamentação.

Outro argumento usado pela autora, é que a utilização do método científico, dissipa a imagem tradicional das enfermeiras como “auxiliares de médicos”. Incentiva para uma enfermagem mais independente, amadurecida, determinada, mas discordo da possibilidade de generalização de “auxiliares de médicos”. Neste trabalho a figura do médico foi citada quando mencionei o tratamento dos pacientes. Foram envolvidos psicóloga, delegado, patrão mas não houve a necessidade de contato com esse profissional. Creio que se houvesse, seria alguém para somar conhecimento e ações.

O fator 7, **desenvolver o ensino-aprendizagem interpessoal**, oferece à pessoa alternativas para o controle sobre sua própria saúde. O exemplo maior que descrevo, foi quando sugeri à Rosa para fazer o acompanhamento com a psicóloga. Baseada num cuidado que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, e que a enfermeira deve caminhar **com** e não fazer **por**, foi que combinamos para que conquistasse junto aos patrões a dispensa do trabalho. Por não ter conseguido a liberação, fez-se necessário minha intervenção, havendo um espaço de tempo que considere prolongado, o qual de certa forma prejudicou o tratamento.

Por outro lado, quero crer que o ponto positivo foi envolver Rosa em algo que ela tentou conquistar, sentindo-se parte do processo. O referencial escolhido dá ênfase para que ambas as partes sejam vistas como co-participantes no processo de saúde, cura e cuidado.

Prover um ambiente de apoio espiritual, social, físico e mental foi utilizado ao ser reconhecido a influência dos fatores externos e internos que prejudicava o bem estar dos envolvidos. A Família Primavera vivia sob forte influência da Família Outono e ambos não tinham consciência da situação. Através dos diálogos é que isto ficou evidenciado e através da relação ajuda-confiança, a Família Primavera foi em busca de soluções. A mudança de cidade propiciou a eles um melhor ambiente tanto físico como mental. A compreensão e apoio por parte da Família Outono, intermediada pela cuidadora, contribuiu para que a harmonia permanecesse entre eles.

Creio que com o que já foi descrito, o fator de cuidado 9, **focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela**, esteve presente nos demais utilizados e no pressuposto que enfoca o cuidado como ação que resulta na satisfação das necessidades afetadas, já mencionado neste capítulo.

O último fator, é **permitir a existência de forças existenciais fenomenológicas**. WATSON (1985) diz que a fenomenologia é uma forma de compreender o ser humano a partir de sua estrutura referencial. Isto inclui que a enfermeira precisa conhecer sua própria estrutura para cuidar do outro quando este se depara com situações de perdas, separações e solidão.

Para MERLEAU-PONTY (1996, p. 1), “a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua facticidade. Também diz na p. 19 que a “verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta profundidade quanto um tratado de filosofia”. Isto vem ao encontro da mensagem de WATSON (1985), ao sugerir para que a enfermeira, diante da história, dos fatos constatados, utilize este fator para ajudar a conciliar e medir situações às vezes não explicáveis. A incorporação deste fator à ciência da enfermagem ajuda a enfermeira compreender o significado que a pessoa dá à sua vida, ou ajudar a pessoa a encontrar sentido nos acontecimentos difíceis da vida (WATSON, 1985). Diante desse entendimento, tanto com o casal da Família Outono como com o casal da Família Primavera, este fator foi utilizado, especialmente nos momentos de separações que foram perdas reais; no acordo não respeitado quando Rosa deixou o emprego; na morte da cachorrinha de José; na dor percebida durante as expressões de sentimentos; no momento

da reconstrução da cozinha... É com este fator, afirma a autora, que a enfermeira pode ajudar o ser humano a encontrar força e coragem para enfrentar a vida, a dor ou a morte.

Ao descrever este pensamento, ela lembra que as enfermeiras têm a responsabilidade de ir além dos dez fatores de cuidado. Este ir além, entendo como usar de todos os recursos disponíveis, para ajudar o ser humano na promoção de sua saúde. O processo de relações interpessoais é definido dentro do contexto transpessoal transcendendo cada ser e ampliando o *self*, para o outro, para o meio-ambiente, para a natureza e para o universo (WATSON, 1995).

A conceituação de ser humano segundo WATSON (1985), “uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada e auxiliada, se adequou as vivências do processo de cuidado”. Durante toda caminhada construída, compartilhamos sentimentos e idéias. O ser humano neste estudo, manifestou-se tanto como um ser único, concreto, integral, quando falou de si, quando contou sua história e como coletivo, nos momentos compartilhados com os demais membros da família, onde juntos, buscavam soluções para suas dificuldades. Foi respeitado nas suas decisões, no seu modo de ser, pensar e agir. Foi auxiliado nas situações de necessidades.

Ao eleger como ser humano famílias que vivenciam a experiência com alcoolismo, pude perceber suas individualidades, suas dúvidas, anseios, sonhos e desejos. Encontrei em cada componente, reservas saudáveis, que auxiliou no resgate da harmonia da família.

Revendo o conceito, de família, constatei sua aplicabilidade durante os nossos encontros. Quando abordado o tema, ficou transparente ser este um valor importante e insubstituível para todos. Através das discussões feitas, esta revelação surge nas afirmações descritas, na emoção em receber os filhos visitantes, no retorno de um dos filhos para casa, na despedida dos filhos. Revelou-se também nas manifestações de carinho para com os filhos e netos, na maneira orgulhosa de relatar situações que envolvem os filhos. O fato de considerarem os afilhados e pensionistas como parte da família é que distingue do conceito formulado para este estudo. Percebe-se que união, solidariedade, respeito, amor, são valores que estão implícitos em seus comportamentos e sentimentos.

Confirma-se a afirmação de MARCON e ELSEEN (1999) de que a situação de saúde/doença em um de seus membros, afeta a saúde da família, e a observação de

PATRÍCIO (1994), de que a família pode ser um recurso de crescimento ou um recurso limitante. Estas famílias mostravam sinais de dor em consequência ao alcoolismo de um de seus membros. Trazem marcas de um passado que interfere no bem estar, como no caso de Rosa, ressentida pelas situações vivenciadas na infância. Por outro lado, Maria com a experiência semelhante a vivida por Rosa, conseguia enfrentar o cotidiano com mais determinação. Certamente isto não diminuía sua dor, mas sempre foi o maior ponto de apoio da família. Maria tinha como modelo sua mãe, sempre forte e corajosa, enquanto Rosa, via nesta mesma figura, um ser frágil que, diante das dificuldades não sabia como defender-se.

Mesmo assim, estas duas famílias mostraram que possuem objetivos em comum, que desejam harmonia, paz, amor para si e para os outros, que se amam, se respeitam e que souberam superar dificuldades.

O conceito de alcoolismo elaborado a partir de minhas experiências e percepções, encontraram ressonância no estudo, e foi possível aplicá-lo. Houve momentos em que o alcoolista da Família Outono, verbalizou que alcoolismo poderia não ser uma doença, mas por outro lado, quando aprofundamos a questão, percebia que todos entendiam como tal.

O ser alcoolista, é um ser inseguro, frágil, que deixa-se dominar pela sua compulsão. É um ser que necessita de cuidados especiais, sem discriminações sem julgamentos prévios, é um ser que em silêncio pede socorro. Os componentes do cuidado transpessoal de WATSON, são encontrados sobre um profundo respeito à existência humana e todas as coisas vivas, dentro do próprio mistério da vida. Ao considerar o ser humano como um ser único, como uma unidade mente-corpo-espírito, que faz conexão com o meio ambiente em todos os níveis, devemos considerar a capacidade do alcoolista superar suas limitações.

Ao somarmos o cuidado com os membros da família, a enfermagem como profissão de cuidado, através de sua habilidade, ideal moral, está efetivando seu compromisso social. A família mais fortalecida poderá então ser o suporte maior do alcoolista. Encontrei nesta família o desejo de participar no tratamento do ser alcoolista. Maria estava mais determinada e empenhava-se para ajudar o marido, através de incentivos verbais, presença nas reuniões da ARAL. Havia carinho, compreensão e respeito. João, durante os encontros, mostrava determinação em seu propósito. Em Rosa não observava o

mesmo apoio e incentivo; não participou em nenhuma reunião da ARAL, e no início parecia não acreditar que o companheiro pudesse ter êxito com o tratamento. Observava no olhar duvidoso, em palavras que muito pouco ajudavam, como “eu só quero ver quanto tempo isto vai durar”. Somente com o passar do tempo, esta postura foi mudada, mesmo assim, no último encontro deixou claro para o companheiro, que se um dia, voltasse a beber, ela não ficaria mais a seu lado.

Analisando esta situação, o conceito de saúde/doença utilizado para este trabalho, complementa a colocação acima. O processo de harmonia na unidade corpo-mente-alma/espírito, desta família estava sendo afetado de alguma forma. O alcoolismo era o principal elemento estressor que causava desarmonia não só no corpo-mente-alma, mas na própria estrutura familiar. O exemplo disso é a saída dos filhos de casa, e a volta destes ao longo do tratamento. As constantes queixas de dores físicas de Maria e principalmente de Rosa, desaparecem a medida que a harmonia volta ao lar. Então, o conceito utilizado vem ao encontro do vivenciado, “doença pode não ser doença, mas uma desarmonia que pode levar ao estresse”.

Em relação ao conceito de Família Saudável do GAPEFAM, sua aplicabilidade se efetivou, quando a família com a ajuda de profissionais, psicóloga, enfermeira, médico, usou seus próprios recursos, suas reservas saudáveis para normalizar o viver de todos.

O conceito de ambiente/sociedade, além do já citado, aconteceu através do incentivo para que se reaproximassem dos amigos, vizinhos, retornando gradativamente à sociedade. A volta dos filhos ao lar, as visitas aos vizinhos que não mais aconteciam, a participação no grupo de auto-ajuda foi o exemplo de retorno à sociedade, e conseqüente aplicabilidade do conceito.

Foi neste ambiente que o cuidado foi realizado pela enfermagem. Estes dois conceitos, **enfermagem e cuidado**, além de se interligarem diretamente com os dez fatores de cuidado, pressupostos e demais conceitos, estão intimamente ligados.

A enfermagem para WATSON (1995) enquanto profissão existe afim de sustentar o cuidado. É enfática ao dizer que o cuidado e o amor são as mais universais e misteriosas forças cósmicas. Na relação de cuidado vivido, não faltou amor, carinho, compreensão, sensibilidade, empatia, como também não faltou conhecimento científico, posicionamento

profissional, estética e ética do cuidado humano. O cuidado humano está evidenciado nas trocas que fazíamos, quando supríamos necessidades emergentes. A estética relacionada com o ambiente que viviam, foi uma das preocupações. Foi dada atenção às precárias condições de moradia e insatisfação pessoal por residirem num local que não lhes dava condições de conforto e privacidade. As questões éticas foram rigorosamente observadas e não creio ter havido falha nesse sentido. Esta ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença, foi colocado em prática através do cuidado construído conjuntamente. Como ideal moral houve constante prioridade na proteção, melhoria e preservação da dignidade humana.

WATSON, quando alerta para que a enfermagem comece por ela própria, impondo em sua consciência, ideal moral, intencionalidade e desejo de cuidar e amar, prepara este cuidador para efetivar o cuidado transpessoal. Compactuo com a autora, que o ser enfermeiro só será capaz de “entrar no mundo do outro”, se for capaz de primeiramente, voltar-se para dentro de si. É neste “entrar” que compartilhamos “sentimentos e experiências que podem transcender o mundo físico e alcançar o mundo subjetivo” (WATSON, 1988, p. 67-72). Este relacionamento foi destaque nos encontros com ambas as famílias. Houve troca de experiências, principalmente as que foram vivenciadas em relação ao alcoolismo; houve sintonia profunda que entendo como empatia sendo concretizado através do cuidado transpessoal. Houve envolvimento, facilitando a compreensão mútua e crescimento pessoal, liberação da mente, que conduziu a compreensão de sua força, poder e capacidade de encontrar significado na existência e na enfermidade, quando tomaram decisões que mudou a direção de suas vidas. José e Rosa formam hoje uma família que se percebem como seres humanos capazes de se autogerirem sem romper os laços com a família, João e Maria, seguem seu caminhar sem interferir na decisão e vontade dos filhos. Famílias que se assemelham em alguns aspectos, mas enquanto ser humano único, possuem vontade e vida própria.

Acredito que os pressupostos, fatores de cuidados e conceitos, foram a principal base de sustentação para que tudo acontecesse conforme descrito. Creio também que nenhuma teoria consiga oferecer todo o suporte necessário que se espera; que nenhum estudo é completo e que a busca de aperfeiçoamento deve ser constante. Entretanto, cuidar de famílias em situação de alcoolismo, tendo como referencial a teoria de Jean Watson é

possível. Ela conseguiu dar a resposta que sempre busquei. Trabalhar com famílias não só é possível e necessário, como também é gratificante. Esta teoria ajudou a não só entrar na casa, no espaço físico das famílias, ela mostrou como entrar “no interior” do ser humano através do cuidado transpessoal.

MORSE, SOLBERG, NEANDER Y BOTTORFF, citados por BARNHART et al (1997), são estudiosos que analisaram na literatura o desenvolvimento conceitual e teórico do cuidado. A conclusão chegada foi que na teoria de WATSON, o cuidado tem estado limitado pela abstração do conceito, e a realidade clínica em algumas circunstâncias, como em pacientes ambulatoriais ou nas consultas de atenção primária. Dizem que os resultados do cuidado realizado pela enfermagem baseado nesta teoria, ainda requer um estudo mais amplo. Questionam ainda, se a enfermagem possui formação adequada, para uma relação inter-transpessoal, e se o cuidado é algo exclusivo da enfermagem.

Sobre isto, WATSON (1995), escreve que a enfermagem ainda precisa crescer, amadurecer em muitos aspectos, Há necessidade de se articular um modelo de “enfermagem para enfermagem”. Sem esta maturidade permanecerá apenas como uma extensão da medicina, continuando a envolver-se com um modelo “enfermagem para medicina”, não assumindo perante a sociedade seu papel de cuidador. A outra possibilidade para esta autora, é que outro grupo de profissionais da saúde emergirá para preencher uma enfermagem de longa duração, mas não desenvolvida, de expectativas não preenchidas, nas práticas de cuidado e cura.

É preciso então, que a enfermagem assuma com mais certeza seu fazer, questionamento feito pelos autores citados, deve ser refletido e estudado. Discordo quanto ao termo “estão preparadas”, pois realizar uma relação inter-transpessoal não é só uma questão de aprendizagem acadêmica, mas principalmente de “querer aprender fazer”, e para isto basta envolver-se com o ser humano, que o aprendizado emerge naturalmente.

Outras críticas ao trabalho de WATSON segundo BARNHART et al (1997), estão voltadas a utilização de termos indefinidos, no tratamento incompleto das questões, quando descreve os dez fatores de cuidado e na falta de atenção ao aspecto fisiopatológico da enfermagem. No presente trabalho, estas questões não foram percebidas como dificuldades. Concordo com as autoras, que ao estudar a teoria de WATSON, “o leitor passa por uma experiência estimulante do pensamento, que ressalta as habilidades de

comunicação, a utilização do desenvolvimento transpessoal, a atenção ao paciente e a enfermeira, e o processo do cuidado humano que potencializa a saúde e o bem-estar” (BARNHART et al, 1997, p. 156).

Em relação ao Processo de Enfermagem que WATSON sugere, de início encontrei dificuldade na sua aplicação, cheguei a escrever que o achava contraditório. A autora defende o cuidado humanista, abre possibilidades para ir além do que é considerado convencional, chama a atenção da enfermagem para superar o maquinário, temendo que este venha sobrepor-se ao ser humano; clama por uma enfermagem mais comprometida e envolvida. Enfatiza que a enfermagem deve começar por si, impondo-se ideal moral, intencionalidade e desejo de cuidar-se e amar-se. Ao olhar para seu processo, este chamado se desfazia; parecia-me que os quatro passos do processo, planejamento, plano, intervenção e avaliação limitavam a ação. Entendia que o método científico sugeria uma seqüência de etapas e que neste processo de cuidar as etapas não se sucederam de tal forma. Com a ajuda da banca examinadora e orientadora, reli os escritos de WATSON com um novo olhar, onde pude perceber que me enganara. WATSON (1985) permite no seu processo uma constante adaptação, quando recomenda uma ampla abordagem que busque mais conexões do que separações entre as partes que compõem a totalidade da pessoa. E isto é possível, argumenta ela, quando a enfermeira utiliza o método científico, que não é nem metódico, nem sistemático.

Assim sendo, posso dizer que utilizei seu processo neste estudo. As etapas não se sucedem uma à outra, mas se sobrepõem, se entrelaçam de tal forma que ao avaliar/diagnosticar, acontecia simultaneamente o cuidado e a reavaliação. Mesmo antes da avaliação houve uma busca, um encontro, onde aconteceu espontaneamente a interação e o estabelecimento de condições para fazer o cuidado. Antes mesmo da avaliação estava envolvido o ouvir, o trocar idéias, o colocar-se a disposição, e agora compreendo que isto é preconizado no processo de enfermagem proposto por WATSON (1985).

Foi realizado uma abordagem ampla como WATSON sugere, e também abrangente conforme o processo da pesquisa científica permite. Na avaliação foi identificado o problema, havia conhecimento literário, mas durante o cuidado foi necessário fazer novas consultas. Resgatei vivências em práticas anteriores, principalmente as vividas nos grupos de auto-ajuda, que contribuíram nas tomadas de decisões. Cada situação foi vista como

única, sendo usada uma abordagem teórica adquirida através de estudos. Um exemplo disso, foi a experiência vivida com a Família Primavera, quando fui surpreendida pela possibilidade da separação do casal. Percebi que meu cuidado estava centrado nas questões do alcoolismo e no início me senti impotente para trabalhar com esta questão. Ao buscar respaldo na teoria, também pareceu-me, no início, que esta não me dava nenhuma resposta.

Busquei na literatura algo que explicasse esta situação e encontrei em KRESTAN e BEPKO (1995), a explicação de que, quando o alcoolista para de beber, a família pode se defrontar com a crise da sobriedade. Esta fase pode continuar por seis meses a dois anos. Trata-se de uma dificuldade ao retorno de papéis desempenhados na família. Orientam estes autores que o foco principal da conduta, é cuidar do **eu** de cada cônjuge, para depois pensar na interação conjugal.

Lembrei-me então de uma analogia feita por uma esposa de alcoolista, durante uma reunião, onde comparou “lata de lixo e alcoolista”. Dizia ela que em toda família existe uma “lata de lixo”, usada por todos. Nas famílias que existe um alcoolista, a provável lata de lixo é esta figura. Quando ele começa o tratamento, desaparece esta lata, e os familiares sentem sua falta. Neste depoimento, ela falou de suas dificuldades enfrentadas no início do tratamento do marido, afirmando ter pensado várias vezes em separação conjugal. Somaram-se a este, outros depoimentos onde as esposas confirmaram a dificuldade de readaptação, o que vem ao encontro da literatura consultada.

Revedo a teoria, encontrei em seus conceitos o respaldo para a ação de cuidado nesta situação específica. O cuidado não é algo baseado em algum senso romântico, mas que exige um sério envolvimento pragmático, epistêmico, ético e ontológico (WATSON, 1995). A partir disso, mantivemos um diálogo firme, profundo, onde houve reflexão e tomada de decisão por parte desta família, em continuar vivendo juntos. Desta situação específica, aconteceu um aprendizado importante para mim. Não podemos centralizar o cuidado somente no foco que estamos trabalhando. Cuidar de famílias que vivem em situação de alcoolismo é ir além do alcoolismo, é trilhar múltiplos caminhos é rever o plano traçado alterando-o sempre que necessário. A avaliação da intervenção foi feita de forma contínua, algumas observando o todo e em outras, observando o individual. Enfim, é uma teoria que, para este trabalho, pressuposições, fatores de cuidado, conceitos, processo de enfermagem foram utilizados e aplicados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

... Uma peregrinação se distingue de uma viagem comum pelo fato de que ela não segue um plano ou itinerário prévio, não tem em vista um alvo fixo ou um propósito limitado, mas contém seu significado em si mesma, baseando-se num impulso interno que opera em dois planos: no físico e no espiritual.

Luma Anagarika Govinda.

Este capítulo encerra a descrição do vivido. Nele consta as últimas reflexões feitas e recomendações. Primeiramente devo dizer que foi um dos trabalhos mais prazerosos que fiz na condição de Enfermeira. Resgatei lembranças e experiências de 1984 a 1989, quando vivi o cuidar de famílias com pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, dos quais muitos eram alcoólistas. Sinto-me gratificada diante do todo: dos desafios, dúvidas, preocupações que me impulsionavam a persistir, buscar, querer mais; e das gratificações, tais como aprendizagem, crescimento pessoal e profissional, e pela oportunidade de conhecer e conviver com seres humanos especiais, como é a Família Outono e Primavera.

Entrar no mundo da família pode não ser uma tarefa simples, mas plenamente possível e necessária. Este trabalho foi possível, e aconteceu desta forma, porque primeiramente houve o consentimento e aceitação das famílias; também porque permitiram a minha entrada em suas residências. Certamente se o mesmo trabalho fosse realizado, com as mesmas pessoas, mas se eu os tivesse acompanhado, por exemplo, numa sala do PAM, conforme a primeira idéia, é muito provável que a interação não teria acontecido de maneira tão intensa como aconteceu conosco. Reforço esta afirmação, usando como exemplo uma situação ocorrida em 1997, durante o estágio de Saúde Pública, quando houve um caso suspeito de sarampo, em um determinado Bairro. Seguindo o preconizado

pelo Ministério da Saúde, foi necessário fazer o bloqueio vacinal, isto é, vacinar todas as famílias que residiam num raio de 1 km da ocorrência. Dividi os alunos em grupos e no final do trabalho, soube que em uma das residências, não lhes foi permitido a entrada.

Quando lá cheguei para verificar o que acontecera, fui recebida por uma senhora, que irritada, repetiu o que já havia falado para as alunas. Segundo ela, dizia ter estado internada no hospital, e que lá entre outras coisas, nós a obrigamos tomar banho quando ela não queria, que lhe dávamos comida quando ela não queria comer, que a acordávamos quando ela queria dormir, e dizíamos para dormir quando queria ficar acordada. Frisou que nós mandávamos no hospital, mas em sua casa isto jamais iria acontecer.

Durante o estudo independente sobre família, a professora Dra. Ingrid Elsen, também abordou este aspecto, nos alertando dessa possibilidade. Só entramos em suas casas, se a família permitir. No hospital, na rede pública, a enfermagem, muitas vezes “invade” a vida do ser humano, e muitas vezes sem pedir licença. Entramos no quarto do hospital sempre que queremos, ou também, quando é mais conveniente para nós.

Conforme já descrito, optei por famílias em seus domicílios, como forma de resgatar a experiência vivida nos anos de 1984 a 1989. Naquela época, já trazia comigo o cuidado como ideal moral, defendido por WATSON. Como recém formada, já sentia a saga do conhecimento para esta área, e o desejo muito forte de “ajudar” as famílias que tivessem também em seu meio um alcoolista, por já ter vivido a mesma situação, e saber o quanto é difícil conviver com o alcoolismo.

Foi também um trabalho significativo, mas a grande diferença é que não havia um referencial teórico metodológico específico a ser seguido. Dizíamos utilizar HORTA e TRAVELBEE, mas sem muita certeza de como, onde e porque deveria ser usado. Poucos registros escritos foram feitos; a experiência ficou retida apenas na memória de quem executou o projeto; acredito que esse tenha sido outro aspecto limitante daquela atuação.

Preparando-me para este trabalho, busquei apoio na literatura através de assuntos que tinham enfoque no cuidado a famílias. Lí sobre o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família – GAPEFAM. Esse grupo nasceu em fins de 1984, quando sua criadora, Ingrid Elsen, inspirada em sua tese de doutoramento, convidou

docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC, enfermeiros, graduandos em enfermagem e mestrandos, a participarem do referido estudo (ELSEN, 1994).

O grupo estruturou-se através de múltiplas reuniões e estudos, onde foi elaborado um projeto e encaminhado para financiamento. De início houve grande entusiasmo por parte dos envolvidos, relata ELSSEN (1994); desse grande projeto, nasceu subprojetos, que geraram dissertações de mestrado e outros trabalhos significativos.

Alterações ao longo da trajetória aconteceram. Alguns componentes se afastaram, havendo necessidade de reestruturação. A idealizadora, juntamente com outras profissionais que acreditavam ser possível sua continuidade, persistiram, onde originou-se outros trabalhos relevantes.

Ao longo dos anos, este grupo conseguiu construir sua história, sendo responsável por trabalhos com famílias, servindo como ponto de referência para todo o Brasil. Surge daí, produções científicas, dissertações de mestrado, e, principalmente, como afirma ELSSEN (1994, p. 53), “ a enfermagem no GAPEFAM se volta para olhar estas relações e trabalhar com famílias, procurando compreendê-las e apoiá-las em sua rede de interações à procura de um viver mais saudável”. Conhecendo sua história e lendo alguns trabalhos realizados, como a dissertação de mestrado de CARTANA (1988), **Rede e suporte social de famílias**, inspirado no subprojeto central do GAPEFAM “ Rede e suporte social em saúde”; a dissertação de NITSCHKE (1991), **nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**, e outros trabalhos significativos voltados ao cuidado à famílias, como as de PATRICIO (1994), BOEHS (1994), ELSSEN (1994), NITSCHKE (1994), serviram de estímulo e de base para elaboração do meu conceito de família, bem como, para reacender e fortalecer a aspiração de voltar a trabalhar com famílias.

Sobre o cuidado à famílias em seu domicílio, concordo com NITSCHKE (1991), quando diz ser neste espaço físico, que ocorre uma relação mais próxima, menos formal. Que quando a família abre a porta de sua casa, ela está abrindo a porta de seu mundo, e este mundo é melhor compreendido porque se está em contato com toda a sua dinamicidade. Foi assim que senti e vivi durante todo o tempo que estive com as famílias. Destaco o que mais me chamou a atenção e mesmo os tópicos que emergiram durante o trabalho.

Ao iniciar o trabalho, tinha objetivos e um referencial teórico metodológico como guia. Colher a história básica e familiar indicada por EDWARDS (1995), foi muito importante. O roteiro contribuiu para inteirar-me da situação e fortalecer a relação interpessoal. Como o próprio autor alerta, houve necessidade de adaptações, de retomar as questões, pois elas não se esgotavam em um encontro. Houve necessidade de lançar mão de outros meios diante dos imprevistos que surgiram, como solicitar ajuda de uma psicóloga, falar com patrão, delegado, aumentar o número de encontros, participar da festa de aniversário, envolver-me nos finais de semana.

PEÑA-ALFARO (1993), diz que a alteração de humor faz com que o alcoolista seja imprevisível, e por isto, recomenda para que o cuidador esteja preparado, para prováveis mudanças na sua forma de conduzir o trabalho. Na situação vivida, os imprevistos não ocorreram em virtude do Ser alcoolista, mas sim, da própria dinâmica da família.

Aqui começa o desafio para quem quer cuidar de famílias. Talvez alguma enfermeira ou outro profissional da equipe de saúde, poderão não concordar e criticar esta forma de ação, principalmente aqueles que estão acostumados ou adaptados com algo “formatado”, onde a rotina impera, ou acham que deixamos de ser profissionais ao fazermos enfermagem na rodoviária, na delegacia, na residência, na fábrica, num escritório de advocacia. Realmente estes profissionais jamais poderão trabalhar com famílias. Também não recomendo para os que gostam de horários fixos. A comparação que poderia ser feita é com o trabalho do obstetra, que sempre tem uma previsão de quando será o parto, mas não tem certeza do dia e hora, a não ser que marque com antecedência uma cesareana.

A teoria de WATSON contribuiu também para este entendimento, através do seu conceito de cuidado e enfermagem. O cuidado posicionado como um ideal moral é ponto de partida para o profissional de enfermagem, representa a maior forma de compromisso e envolvimento com o outro. A enfermagem como profissão, diz WATSON (1995), existe a fim de sustentar o cuidado, a cura e a saúde, onde estas estiverem ameaçadas.

ANGELO (1999, p. 7), também fala sobre as muitas dificuldades que existem para aqueles que desejam trabalhar com famílias; não se dirige especificamente a famílias com alcoolismo, mas seu parecer é valioso quando diz que “muitas vezes é uma jornada solitária que compreende experiências e visões de mundo nem sempre partilhados por

outras pessoas. O humanismo presente em nossos atos com a família, é por vezes difícil de ser compreendido e acessado por muitos dos que conosco convivem em nosso cotidiano profissional”.

A teoria de WATSON deu-me um suporte importante para que tivesse esta visão, e seguisse em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Quem me via subindo diariamente um morro, entrando numa casa para cuidar de pessoas que aparentemente estão saudáveis, pode não compreender esta forma de cuidar. Que leigos pensem assim é compreensível, mas se a enfermagem não conseguir entender que não se perde o profissionalismo fazendo tal coisa, não conseguirá jamais, trabalhar com famílias. Respalhada pelo referencial, constatei que é fundamental envolver-se, entregar-se, ir além de um horário e uma rotina.

Quando buscava identificar o conhecimento das famílias sobre o alcoolismo, seus desafios e recursos que utilizavam, constatei primeiramente que entendiam, ou diziam entender que alcoolismo é uma doença. Ao aprofundar estas questões encontrei pontos divergentes. Dona Maria comentou que jamais abandonaria um familiar doente. Citou a longa enfermidade do pai que morreu de cirrose hepática, sendo amorosamente cuidado por todos, mesmo depois de todo o sofrimento que este lhes causou, como também dos seis meses que seu marido ficou acamado. Ao falar sobre isto, enfatizou que acha um crime alguém abandonar um familiar doente. Ao retomar a história por ela narrada, conta que esteve separada do marido durante dois meses.

Para ilustrar melhor o que desejo concluir disso, quando estive em maio deste ano num hospital psiquiátrico de Santa Catarina, conversei com um senhor que foi buscar medicação para o filho em tratamento ambulatorial, o qual fez o seguinte comentário: “não sei o que seria da gente sem este hospital, mas tem um grande defeito. Para o meu filho, que tem uma doença mental grave, que às vezes fica violento e põe em risco a vida da família não tem vaga. Só que para bêbado tem. Não acho certo eles (os bêbados), tirarem as vagas dos doentes”.

Isto confirma o que já foi abordado neste trabalho; a sociedade não vê o alcoolismo como doença e estas famílias embora verbalizaram que entendem o alcoolismo como tal, a atitude não condiz. Rosa estava muito convicta quando disse a José que se ele voltar a beber ela não ficará mais ao seu lado.

Não encontrei em nenhuma literatura uma receita, uma indicação para resolver este impasse. Acredito que a única forma de cuidarmos de famílias nesta situação, é fazer com que o alcoolista aceite o tratamento. Para tanto, insisto em dois aspectos fundamentais já mencionados ao longo deste estudo: o primeiro é o conhecimento científico que a enfermeira precisa ter sobre alcoolismo. Desde a natureza química do álcool, como este afeta o alcoolista e o não alcoolista de diferentes maneiras e por que ele continua bebendo quando é nítido que isto causa-lhe dano. Saber a respeito das mudanças fisiológicas subjacentes, incluindo adaptação, tolerância, dependência física e psicológica, síndrome de abstinência. Saber quais os principais órgãos que são afetados; saber por que o alcoolista necessita beber, por que se torna irritável, frustrado e deprimido quando não está bebendo.

Isto também vem ao encontro do que WATSON (1995) recomenda. Ela fala de cuidado sensível e amoroso, mas é enfática ao dizer que seu modelo não se baseia em algum senso romântico. É antes de tudo uma prática com um sério envolvimento pragmático, epistêmico, étnico e ontológico.

O segundo aspecto que considero fundamental, que também está contido na teoria de Watson, é ter sensibilidade, amorosidade, empatia, calidez, compatibilidade para com o ser alcoolista e sua família. Somando, conhecimento científico com este último indicativo, é possível chegar a interação necessária no processo de cuidar.

Quanto aos recursos para superar as dificuldades, encontrei em cada família uma maneira peculiar, vindo ao encontro da afirmação de EDWARDS, (1995), quando aborda a teoria do casamento alcoolista. Diz este autor, existir vários “estilos”, de comportamento, conforme relatado na revisão de literatura.

Dona Maria sempre ativa, sofria em silêncio, entendendo que era uma circunstância da vida e a maneira mais adequada era contornar a situação. Não havia violência física, mas a ordem era calar, não dizer nada, para preservar-se e preservar os filhos. Essa violência velada esteve presente em sua vida desde onde sua memória consegue retroceder. Sofreu violência por parte do pai durante a maior parte do tempo que conviveu com ele, e também manteve-se calada.

Rosa, até seus 18 anos presenciava cenas de violência entre seus pais e não reagia; das poucas vezes que tentou interferir acabou sendo agredida também. Via a mãe ser espancada; junto com os irmãos, sofreu todo tipo de violência e privações. Quando saiu de casa, para unir-se a José, não sabia que este era alcoolista, mas ao perceber a realidade enfrentou a situação de forma diferente. Não mais silenciava, procurava defender-se através de atitudes agressivas, não permitindo que seu companheiro fizesse o que o pai dela fez com a mãe e irmãos. Esta postura também não resolvia a situação, impedia talvez, uma agressão maior.

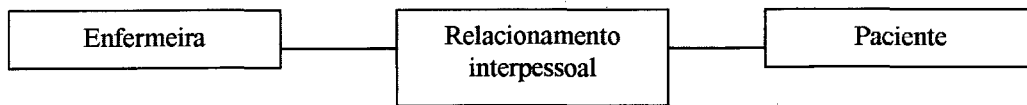
Acredito que a questão da violência em famílias com um ser alcoolista é algo que acompanha o cotidiano. VAILLANT (1999), EDWARDS (1995), KRESTAN e BEPKO (1995), são autores que abordam este assunto com mais profundidade, e afirmam que os efeitos do álcool são insidiosos afetando todo o convívio familiar, e de formas absolutamente diferentes.

Nestas famílias deparei-me com situações de desamor, violência explícita e violência velada. Explícita quando mencionavam comportamentos, ações, palavras e mesmo atitudes agressivas. Veladas, quando a família não podia reagir, falar, quando através da resignação “contornavam” a violência para que esta não fosse percebida por vizinhos, amigos e muitas vezes pelo filhos.

Acredito ser um dos aspectos que merece toda a atenção da enfermagem. Quando temos algo palpável, concreto, como é o caso da violência física, existirão várias maneiras de conduzir a situação. No momento que esta não está evidenciada, necessário se faz, usar de todos os recursos, para que não se resignem, não se anulem frente a situação e conseqüentemente, frente a vida. Cada família possuía seu conhecimento próprio e os enfrentava segundo seus valores e crenças.

Depois de toda a experiência com este trabalho, pergunto-me como vejo a enfermagem depois dele. Este questionamento deve-se ao fato de ter sentido algo mudar dentro de mim. Na verdade, creio que esta mudança se chama crescimento e fortalecimento, que foi construído a partir da minha interação com cada família. Vejo então uma enfermagem capaz de cuidar, de criar novas situações de efetivar seu compromisso com a comunidade, que é o tão propagado cuidar “também da família”.

Afirmo que atingi os objetivos aos quais me propus, pois foi possível e viável cuidar de famílias em situação de alcoolismo, com base na teoria de Jean Watson. Pressupostos, fatores de cuidados e conceitos se articulavam e deram a resposta que busquei. Modificaria os modelo de WATSON, interpretado por TORRES (1986). Ela coloca:



Sugiro:



Fundamento isto baseado no que foi vivido durante o tempo que convivi com todos. O cuidado transpessoal de WATSON é também troca; enfermeira, paciente e famílias fluem um em direção ao outro e formam uma unidade sólida, capaz de penetrar dúvidas, ansiedades, medos, em busca de crescimento.

Dificuldades existiram e concordo com ANGELO (1999), que sempre existirão. Aos enfermeiros que desejam abraçar esta causa o alerta para essa realidade. Ao mesmo tempo, que afirmo ser uma experiência profissional gratificante, é um desafio que exige flexibilidade para atuar frente a situações imprevisíveis, mas que oportuniza crescimento tanto profissional como pessoal. Percebi também a importância de uma equipe multidisciplinar. Em equipe o trabalho não é tão solitário e também muito mais produtivo.

Espero que este trabalho possa contribuir de alguma maneira. Hoje vejo que reproduzir meros padrões, normas e rotinas empregadas principalmente a nível hospitalar, não se adapta no contexto familiar.

Não existe nenhum modelo pronto; generalizar princípios de tratamento do sistema familiar, não é o suficiente, entretanto, creio que este trabalho poderá servir de guia para aqueles que desejam trabalhar nesta área. Creio que traga algum benefício à assistência, ensino e pesquisa.

Para a assistência

- ↪ Oferece referencial teórico metodológico para os que desejam trabalhar com famílias que tenha em seu meio alguém alcoolista;
- ↪ Uma fonte de referência, que supre a deficiência de publicações nesta área;
- ↪ Levanta a necessidade de aprofundar as questões de relacionamentos interpessoais, intrapessoais e transpessoais, pois são evidentes as nossas limitações;
- ↪ Possibilita uma reflexão sobre novos paradigmas que desafiam a enfermagem a ir além do tradicional;
- ↪ Desafia à enfermagem “descer de seu pedestal”, rever seus valores e crenças, superar normas e rotinas.

Para o ensino

- ↪ Permite aos alunos dos cursos de Graduação e Pós-graduação o conhecimento e aplicação de referencial teórico na prática de enfermagem com famílias;
- ↪ Levanta a necessidade de rever o número de horas utilizadas na graduação sobre alcoolismo e cuidado à famílias;
- ↪ Pode colaborar para discussão, tanto a nível de Graduação e Pós-graduação sobre conteúdos de cuidados à família no âmbito domiciliar ou fora dele.

Para a pesquisa

Colabora para futuros estudos visando:

- ↪ Cuidar de famílias associado à relação transpessoal pelo profissionais da equipe de saúde;
- ↪ Aprofundar aspectos sobre violência doméstica relacionada ao alcoolismo;

- ↳ Estudar as conseqüências que acarreta aos filhos, nas famílias que possuem em seu meio um alcoolista;
- ↳ Desenvolver um estudo visando o alcoolismo como um distúrbio intergeracional;
- ↳ Aprofundar as questões genéticas do alcoolismo.

Este trabalho não se encerra aqui. Apenas o que foi vivido é que foi narrado, e claro, nem tudo foi possível descrever. Foram muitos os detalhes, sendo dada uma atenção criteriosa para as questões éticas também. Este elemento se fez presente em cada história contada, em cenas presenciadas, em perguntas feitas, em segredos que me foram confiados e aqui nunca revelados. É por isso que este trabalho não termina aqui. Aqui começa a vontade de não mais parar; daqui vou em busca do que mais me realiza profissionalmente, cuidar de famílias.

Posso garantir que estou mais fortalecida para perseverar na criação de um serviço multidisciplinar, envolvendo famílias que convivam com a doença do alcoolismo. Quero ir além... quero mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOÓLICOS Anônimos. São Paulo : Centro de Distribuição de Literatura de A.A. para o Brasil, 1955. 168 p.
- ANGELO, Margareth. Abrir-se para a família : superando desafios. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 7-14, jan./dez. 1999.
- ARIÉS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro : LTC, 1981.
- ARMOR, D. J. et al. **Alcoholism and treatment**. New York : Wiley, 1978.
- BARNHART, Deborah A. et al. Filosofia y ciencia de la asistencia. In : Marriner-Tomey, Ann.(ed.). **Nursing theorists and their work**. St. Louis : Mosby, 1997. p. 148-162.
- BASTOS, Ana Cecília de Souza, TRAD, Leny A. Bonfim. A família enquanto contexto no desenvolvimento humano : implicações para a investigação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Bahia, v. 111, n. 1, p. 106-113, 1998.
- BERNARDO, Maria Heloisa. Alcoolismo foi sempre objeto de julgamento moral. **MIND**, São Paulo, n.13, p. 13, jul/ago, 1997.
- BILAC, Elisabete Dória. Família : algumas inquietações. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1997. p. 29-38.
- BOEHS, Astrid Eggert. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In : ELSÉN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p. 121-137.

- CAMPBELL, Joseph et al. The concept of disease. British Medical. 1979, **Journal** 2: 757-762.
- CORMILLOT, Alberto. **Beber o no beber: esa es la cuestion?** Buenos Aires : Edigraf, 1992.
- CARTANA, Maria do Horto. **Rede e suporte social de famílias.** Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1988.
- CHILDRESS, David Hatcher. **Cidades perdidas da China, Índia e Ásia Central.** São Paulo : Siciliano, 1988.
- CORDO, Margarida. O alcoolismo e a família sinais de co-dependência. **Hospitalidade**, [s.l.], v. 62, n. 245, p. 9-15, out./dez. 1998.
- COSTA, Zélia Sena et al. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 39, p. 107-117, abr./set. 1986.
- DIEGUEZ, Consuelo. Tragédias inflamáveis. **Veja**, São Paulo, v. 31, n. 49, p. 100, dez.1998.
- DILTS, Robert, HALLBON, Timm, SMITH, Suzi. **Crenças : caminhos para a saúde e o bem estar.** São Paulo : Summus, 1993.
- DINIZ, José Cláudio. **Enfermagem : uma proposta para atuar com famílias de indivíduos alcoolistas baseada no método de Paulo Freire.** Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.
- DINIZ, S.A. RUFFINO, M.C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolistas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, p. 17-23, abril 1996. Número especial
- DINIZ, Sebastiana Aparecida. **Sentido da vida : base para a compreensão do alcoolista.** Ribeirão Preto, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, 1992.
- EDWARDS, Griffith et al. **A política do álcool e o bem comum.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.
- _____. **O tratamento do alcoolismo.** 2 ed. São Paulo : Martins Fontes, 1995.

- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p. 61-77.
- _____. Saúde Familiar : a trajetória de um grupo. In: ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p. 19-60.
- FREITAS, Kênia Silva dos Santos. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 2000.
- GIDE, André. **Os frutos da terra**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1982.
- GODINHO, Irineu, ANDRADE, Guerra. A abstinência em questão. **Mind**, São Paulo, n.18, p. 8, jul./ago., 1998.
- GROF, Cristina. **Sede de plenitude : apego, vício e caminho espiritual**. Rio de Janeiro : Rocco, 1996.
- JELLINEK, E.M. **The disease concept of alcoholism**. New Haven: College and University Press, 1960.
- KNIGHT, James A. A família na crise do alcoolismo. In: GITLOW, Stanley E., PEYSER, S. Herbert. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.
- KRESTAN, Jo-Na, BEPKO, Cláudia. Problemas de alcoolismo e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, Betty, McGOLDRICK, Mônica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 415-439.
- LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1996.
- LAZO, Donald M. **Alcoolismo : o que você precisa saber**. São Paulo : Paulinas, 1990.
- LIMA, José Mauro Bráz de. Considerações sobre alcoolismo. **Mind**, São Paulo, n. 14, p. 17, nov./dez. 1997.
- MARCON, Sonia Silva, ELSEN, Ingrid. A enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.1, n. ½, p. 21-26, jan/dez. 1999.

- MARTINS, Darci Aparecida. **Cuidando do portador de síndrome de Down e seu significante**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.
- MASUR, Jandira. **A questão do alcoolismo**. São Paulo : Brasiliense, 1987.
- MELLO, Eduardo Kopp Nogueira. Família : a doença que somos nós. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 32-35, jan./fev. 1999.
- MERLEAU – PONTY. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- MILAN, James R, KETCHAM, Katherine. **Alcoolismo: os mitos e a realidade**. São Paulo : EFEB, 1981. 219 p.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis : Vozes, 1999.
- NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em família : uma proposta da assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**. Florianópolis, 1991. Dissertação (mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1991.
- _____. O confronto com a realidade : avaliação da aplicação de um marco conceitual na prática de enfermagem junto a família. In: ELSÉN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p. 179-195.
- NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. Assistência de enfermagem à família. **Enfermagem em Novas Dimensões**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 327-346, nov./dez. 1977.
- PAGANINI, Maria Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.
- PATRICIO, Zuleica Maria. Cenas e cenários de uma família : a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSÉN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. p. 93-119.
- PEÑA-ALFARO, Alex Antônio. **Alcoolismo: os seguidores de Baco**. São Paulo : Mercúrio, 1993.
- RAMOS, Sérgio de Paula, PIRES, Maria Emília Ferreira. A família alcoólica e seu tratamento. In: RAMOS, S.P., BERTOLOTE, J.M. **Alcoolismo hoje**. 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997. p. 207-216.

- ROGERS, Carl R., ROSENBERG, Rachel L. **A pessoa como centro**. São Paulo : E.P.U., 1977.
- SARTI, Cyntia A. Família e individualidade : um problema moderno. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1997. p. 39-49.
- SCHATZMAN, L. e STRAUSS, A. L. **Field research: strategies for a natural sociology**. New Jersey : Prentice-Hall, 1973.
- SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Pós graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.
- SILVA, Mara Regina da. **Família e alcoolismo : em busca do conhecimento**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós graduação em Enfermagem, UFSC, 1996.
- SOUZA, Doralice de, SILVA, Maria Júlia Paes da. O holismo espiritualista como referencial teórico para o enfermeiro. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 235-242, ago. 1992.
- STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo : Robe, 1993.
- SZASZ, Thomas. Bad thabits are note diseases: a reputation of the claim that alcoholism is a disease. **Lancet**, 2 : 83-84, 1972.
- SZYMANSKI, Heloisa. Teoria e “teorias” de famílias. In : CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. 2 ed. São Paulo : Cortez, 1997. p. 23-27.
- TALENTO, Bárbara. Jean Watson. In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. p. 254-267.
- TAYLOR, Cecília Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- TORRES, Gertrude. A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In: GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. p. 13-23.
- TORRES, Gertrude. **Theoretical foundations of nursing**. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1986.

- TREFAUT, Maria da Paz. Dura volta à superfície. **Carta Capital**, [s.l.], p. 74-77, abr. 1997.
- TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis : Editora da UFSC, 1999.
- VAILLANT, George E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1999.
- WATSON, Jean. **Nursing : the philosophy and science of caring**. Boston : Little Brown, 1979.
- _____. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. New York : National League for Nursing, , 1988.
- _____. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. East Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1985.
- WATSON, Jean. **Watson's theory of transpersonal caring**. Denver, 1995. (não publicado)
- WOLFF, Lilian Daisy Gonçalves. **A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, UFSC, 1996.
- ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Epistemologia do cuidado humano : arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 64-81, jan./jun. 1996.

ANEXOS

ANEXO I

Data	Local	Horário	Pessoas presentes	Assunto
08/09/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, José e Mariestela	Convite para participar do trabalho
09/09/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, José, Rosa e os dois filhos, Mariestela	Primeiro encontro para esclarecer sobre o trabalho
15/09/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria e José	Reunião semanal
17/09/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Mariestela	História básica
21/09/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	Maria, Mariestela	História básica
22/09/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	José, João, Maria e Mariestela	Reunião semanal
24/09/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	José, Mariestela	História básica
29/09/99	Resid. Família Primavera	20 às 21 horas	Rosa, Mariestela	História básica
29/09/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	José, João e Maria	Reunião semanal
30/09/99	Posto de Atend. Médico	9 às 9:30 horas	Psicóloga e Mariestela	Viabilização consulta para Rosa
05/10/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	José, João e Maria	Reunião semanal
07/10/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João e Maria, Mariestela	Família-Saúde/Doença
07/10/99	Resid. Família Primavera	20 às 21 horas	José e Rosa, Mariestela	Família
08/10/99	Delegacia Regional	14 às 15 horas	Delegado, Psicóloga e Mariestela	História do acidente
09/10/99	Resid. Família Outono	9 às 9:20 horas	João, Mariestela	Dando um retorno sobre o processo do acidente
13/10/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, José e Mariestela	Reunião semanal
14/10/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, José, Rosa e Mariestela	Alcoolismo – Saúde/doença
19/10/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	Família e alcoolismo
19/10/99	Resid. Família Primavera	20 às 20:30 horas	José, Rosa e Mariestela	Problemas conjugais

20/10/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria e Mariestela	Reunião semanal
21/10/99	Resid. Família Outono	20 às 21 horas	João, Maria, filha e Mariestela	Família – alcoolismo – maneiras de conviver com a situação de alcoolismo
21/10/99	Resid. Família Primavera	19 às 20 horas	José, Rosa e Mariestela	Reconciliação
26/10/99	Resid. Família Primavera	18h e 30m às 19h 30m	José, Rosa e Mariestela	Mudanças em suas vidas
26/10/99	Resid. Família Outono	19h 30m às 20h 30m	João, Maria e Mariestela	Aceitação da saída do filho
30/10/99	Resid. Família Outono	15 às 18 horas	João, Maria, Rosa, duas filhas casadas com os maridos, filho solteiro e Mariestela	Conhecendo o restante da família e percepção dos filhos sobre o alcoolismo do pai.
31/10/99	Resid. Família Outono	20h 30m às 22horas	João, Maria e os seis filhos, dois genros, três netos e Mariestela	Refletindo sobre o aniversário sem bebida de álcool. Análise das gravações feitas no dia e em anos anteriores.
03/11/99	Malharia onde Rosa trabalhava	14 às 14h 30m horas	Proprietário da Malharia e Mariestela	Liberação de Rosa para tratamento com Psicóloga
03/11/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
05/11/99	Resid. Família Primavera	19 às 19h 30m	Rosa e Mariestela	Inteirar-me sobre a consulta feita com a Psicóloga
08/11/99	Malharia onde Rosa trabalhava	16 às 16h 15m	Proprietário da malharia e Mariestela	Liberação de Rosa para tratamento com Psicóloga
09/11/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	Readaptação sem o filho e saúde/doença
09/11/99	Resid. Família Primavera	20 às 21 horas	Rosa e Mariestela	Formas de enfrentar momentos difíceis
10/11/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
17/11/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria	Reunião semanal
23/11/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	Saída da Família Primavera e as readaptações
23/11/99	Resid. Família Primavera	20 às 21 horas	Rosa e Mariestela	Mudança de cidade e emprego
24/11/99	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
29 e 30/11/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, Rosa e Mariestela	Planos para uma nova experiência
01,08 e	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e	Reunião semanal

15/12/99			Mariestela	
6 e 7/12/99	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, Rosa e Mariestela	Preparativos para a mudança; dúvidas sobre o futuro
13 a 17/12/99	Resid. Família Outono e Família Primavera	Período noturno	João, Maria, Rosa e Mariestela	Acompanhando o processo da mudança.
18/12/99	Resid. Família Outono		João, Maria e Mariestela	Readaptação e combinando o próximo encontro para janeiro de 2000.
10/01/00	Resid. Família Outono	20 às 21 horas	João, Maria, Mãe de Maria e Mariestela	Relato sobre o período que estiveram com a Família Primavera. Expressão de sentimentos
12/01/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
18/01/00	Resid. Família Outono	10 às 20 horas	João, Maria, Rosa, filhos e Mariestela	Relato da nova experiência. Expressão de sentimento
19/01/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
25/01/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	A reconstrução do espaço físico e a reconstrução de suas vidas; importância da família
26/01/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
29/01/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	Rosa e Mariestela	Preparando para a saída definitiva. A importância dos valores humanistas/altruístas. Expressão de sentimento.
08/02/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, filhos, dois netos e Mariestela	Reforço de valores humanistas-altruístas e expressão de sentimentos.
09/02/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
12/02/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	Rosa e Mariestela	Último encontro – reforço do que foi trabalhado neste período
16/02/00	Consultório Advocacia	13h 30m às 14h 30m	Rosa e Mariestela	Direitos trabalhistas
16/02/00	Resid. Família Outono	15 às 16 horas	João, Maria, Rosa e Mariestela	Trabalhando dificuldades
16/02/00	Rodoviária	21h 20m	João, Maria, Rosa, crianças e Mariestela	Despedida
17/02/00	Malharia onde Rosa trabalhava	8h 30m às 8h 45m	Proprietários e Mariestela	Sensibilização frente a atitude para com Rosa

22/02/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, filho e Mariestela	Reestruturação da família sem José, Rosa e netos
23/02/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria, e Mariestela	Reunião semanal
01,08,15, 22,29/03/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria,	Reunião semanal
06 e 21/03/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	Acompanhando o novo caminhar
05,12,19, 26/04/00	Sede da ARAL	20 às 21 horas	João, Maria,	Reunião semanal
04/04/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria e Mariestela	Acompanhando novo caminhar
20/04/00	Resid. Família Outono	18 às 18:30 horas	João, Maria, filha, genro, filhos e Mariestela	Reencontro
09/05/00	Resid. Família Primavera	15 às 19 horas	José, Rosa, filhos e Mariestela	Reencontro. Conhecendo a nova forma de viver em família sem interferências externas
15/05/00	Resid. Família Outono	19 às 20 horas	João, Maria, dois filhos e Mariestela	Encerrando o estudo

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O CLIENTE

Eu, recebi todas as explicações referentes ao procedimento deste estudo, sabendo que posso perguntar e falar o que desejar, compreendendo o que poderá acontecer a mim e aos meus familiares, incluindo os desconfortos como também benefícios com a participação neste estudo. Estou ciente que posso retirar-me dele a qualquer momento. Me foi garantido o sigilo e anonimato.

Eu concordo com minha participação neste estudo, e permito que as entrevistas sejam gravadas.

Nome completo do cliente: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome do profissional pesquisador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS FAMILIARES

Nós abaixo assinados, recebemos todas as explicações referente a este estudo, ficando claro que podemos perguntar e falar o que desejarmos, compreendendo que poderão surgir situações de conflito como também benefícios com a participação neste estudo. Nos foi garantido o respeito, individualidade e privacidade. Foi esclarecido que as informações colhidas serão cuidadosamente mantidas em sigilo, bem como garantido o sigilo de nossos nomes e dados que possam revelar nossa identidade

Ficou claro para nós que no momento que se assim julgarmos necessário, poderemos nos retirar do estudo.

Concordamos com nossa participação neste estudo e que os encontros sejam gravados.

Nome

Assinatura

Data: _____

Nome do profissional pesquisador: _____

Assinatura: _____

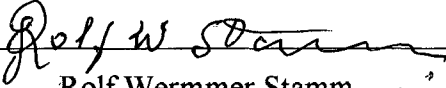
Data: _____

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PUBLICAÇÃO DE FOTO

Eu, Rolf Wermmer Stamm, autorizo a publicação da fotografia que consta nesta trabalho, ciente que fará parte de acervos de bibliotecas.

Concórdia-SC, Agosto de 2000


Rolf Wermmer Stamm