

5

A pesquisa e o seu contexto

Esta tese compreende uma investigação clínico-qualitativa do processo de adoecimento somático da família. De acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Estudo e Pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), esta pesquisa atende as exigências estabelecidas pelas diretrizes da ética, do procedimento, da responsabilidade do pesquisador e das consequências de pesquisas que envolvem seres humanos.

O protocolo da pesquisa passou pelo Comitê de Ética do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. A pesquisa atende às exigências éticas, obedecendo aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), que contempla a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informando ao sujeito o seu propósito, assim como a qualificação do pesquisador e as instituições responsáveis.

Declaramos que a pesquisa não representou risco, em nenhum momento, aos sujeitos envolvidos, não lhes causando dano a sua integridade física, psicológica, religiosa, intelectual, cultural e moral. Salientamos que houve casos de famílias em estados de conflitos extremos, e procuramos viabilizar atendimento psicoterápico, após entrevistas, e encaminhamento de outras situações a especialidades competentes.

5.1

A Abordagem Qualitativa na Investigação Clínica de Famílias

Em comunhão com nossos pressupostos teóricos, optamos por uma investigação clínico-qualitativa com análise de conteúdo de famílias, e uma descrição de dados que retratam o perfil da população. As questões levantadas no

decorrer da discussão teórica acerca da relação família, adoecimento somático, história familiar e fases de vida colaboraram para a seleção de categorias temáticas, contando com conteúdos que demonstraram fatores condicionantes de risco destas relações. Houve preocupação em apontar uma nova ideia sobre essas relações a fim de que novos conhecimentos possam ser produzidos e ampliados.

O processo de adoecimento somático na família pode ser estudado pela sua natureza psíquica, diante dos relatos da história de vida e das fases do grupo, através de recursos mediadores que indicarão parte da realidade do ambiente e da própria história do grupo. Ao resgatarmos o pensamento de Foucault (2006) acerca do olhar clínico sobre o sujeito com sentimento e com uma boa escuta, queremos dizer que esta pesquisa seguiu três importantes caminhos de investigação: a casa, a história e a relação das famílias. Para estes estudos, portanto, utilizamos a observação, a descrição, a escuta, a leitura exaustiva dos dados, a análise, o pensamento indutivo e a representação das informações coletadas, valorizando a expressão espontânea dos sujeitos da pesquisa.

Com base nas considerações de uma investigação clínico-qualitativa de Turato (2003), procuramos interpretar os sentidos e a significação dos discursos e das ações ocorridas durante todo o percurso da pesquisa, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, o ambiente da família, bem como o comportamento dos pesquisadores envolvidos. Colocamos em destaque, *a posteriori*, na análise, os conteúdos e as representações de ideias acerca das concepções de saúde e de doença e da história familiar. Ficamos atentos às respostas comuns, adversas, semelhantes e, aparentemente, sem nexos ou sem articulação com os temas. Nossa intenção era que uma escuta integralizada da família representasse o singular do grupo sobre o conhecimento dos fatores subjetivos para o desenvolvimento de doenças.

Apresentamos algumas elucidaciones de processos psicológicos complexos, que envolvem a relação subjetiva entre adoecimento somático e família. Julgamos que a validade do trabalho, portanto, é baseada nas interpretações subjetivas realizadas por nós sobre as falas das famílias, considerando seus respectivos contextos culturais e sociais.

Esta pesquisa de Doutorado deu início à linha de pesquisa *Família e Psicossociossomática*, vinculada ao Núcleo Interdisciplinar de Investigação

Psicossomática do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Selecionamos uma amostra intencional com dez famílias, que apresentavam critérios homogêneos em relação à existência de um ou mais de um membro com algum tipo de doença crônica, grave e de crise no grupo, à coabitação e a vários arranjos familiares. A partir de uma seleção prévia de uma família, realizamos o estudo piloto para verificação dos recursos técnicos. Mais adiante, apresentamos o procedimento, a análise de conteúdo e a discussão dos resultados.

Ao final deste capítulo, verificamos uma nova ideia construída sobre a relação família e adoecimento somático a partir do contexto da violência. Também enfatizamos a contribuição desse trabalho à ação do psicólogo na atenção básica com famílias.

5.2

O Contexto e o Procedimento da Pesquisa: a escuta em domicílio de famílias na comunidade de Santa Luzia em Juiz de Fora, Minas Gerais

A pesquisa contou com três ambientes importantes para o seu desenvolvimento: o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a Unidade Primária de Atenção à Saúde (UAPS) e os domicílios de famílias, que fazem parte do programa de Estratégia de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora - MG. O primeiro serviu como base de estudos e encontros de supervisão dos trabalhos. Na Unidade de Atenção Primária à Saúde contamos com os encaminhamentos das famílias pelo assistente social e agentes de saúde. O terceiro compreendeu o ambiente, propriamente dito, da pesquisa para coleta de dados.

O ponto de partida do procedimento da pesquisa deu-se com a seleção de alunos do curso de Psicologia para preparação teórica e atividade de campo. Após a preparação, nos dirigimos à UAPS para fazer contato com os profissionais de saúde. Depois, seguíamos para as casas das famílias selecionadas para a realização

das entrevistas. O trabalho de análise e de confecção dos relatórios e dos dossiês foi realizado no CPA.

O trabalho de campo da pesquisa ocorreu no bairro de Santa Luzia, região sul da cidade de Juiz de Fora, caracterizada por uma população de classe média e média baixa, mas com predominância da classe baixa. Antes da formação do bairro, o local fora uma fazenda extensa de feijão. A ocupação urbana do bairro é vista como a mais antiga da cidade. É considerada uma região carente de infraestrutura, como asfaltamento e canalização do rio que passa por dentro da principal avenida. O bairro exibe um comércio modesto e uma assistência à saúde satisfatória. Os dois centros de atenção à saúde são a UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), que tem a capacidade de realizar atendimentos de emergência e urgência. A UAPS de Santa Luzia conta com quatro equipes de Saúde da Família, com médicos, dentista, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social e agentes de saúde. Em média, cada profissional atende de 700 a 800 pessoas. Eles formam a Equipe Básica de Saúde da região sul, atendendo também os bairros adjacentes de Jardim de Alá, São José e Jardim América. Esta equipe é destinada ao atendimento de famílias em domicílio, além de promover os atendimentos usuais no próprio posto.

A partir de uma distribuição interna pela equipe, cada agente de saúde acompanha em média 200 famílias. Estas famílias estão agrupadas por região e cada região é atendida por uma equipe de Saúde. As visitas em domicílios pelos agentes são regulares e pouco frequentes pelos médicos, enfermeiros e assistente social, somente em casos mais graves.

Para que acontecesse esta parceria com a UAPS, nos dirigimos à Secretaria Municipal de Saúde e pedimos autorização para o desenvolvimento da pesquisa durante três anos. Selecionamos o programa de Estratégia de Saúde da Família por atender os princípios da atenção primária à saúde. Argumentamos que o programa facilitaria um dos objetivos da pesquisa, o do atendimento em domicílio. Após autorização, foi indicada a equipe do bairro de Santa Luzia por apresentar alto índice de produtividade nas suas funções. Em seguida, entramos em contato com o assistente social e o chefe da UAPS, e expomos as ações de trabalho.

A primeira parte da pesquisa começou com a realização de reuniões semanais com os médicos, o assistente social e os agentes de saúde para que

conhecêssemos a clientela do bairro. Em seguida, dirigimo-nos somente aos agentes de saúde e ao assistente social para conhecer melhor o perfil das famílias atendidas.

A seguir, solicitamos o encaminhamento de famílias que tivesse um membro com algum tipo de doença. A equipe encaminhou famílias com doenças crônicas, graves, terminais, neurológicas e psiquiátricas, mas que, principalmente fossem mais receptivas à entrada de profissionais em suas residências. No entanto, queremos ressaltar que a nossa seleção de famílias obedeceu ao objetivo da pesquisa, ou seja, o de obter grupos com um ou mais de um membro com algum tipo de doença física, independentemente do membro possuir doença mental ou neurológica e do tipo de arranjo familiar. Novamente, queremos reafirmar que o nosso propósito não é o de associar o tipo de doença com o transtorno neurológico ou psiquiátrico.

Na análise dos dados, incluímos o estudo piloto realizado em 2007 por considerarmos que os conteúdos coletados foram preservados e não houve modificações dos procedimentos e dos recursos técnicos selecionados para a pesquisa ao longo do estudo. O estudo piloto compreende a Família 1.

O momento anterior do procedimento da pesquisa aconteceu com contatos simultâneos entre UFJF e Secretaria Municipal de Saúde. Quando iniciamos o contato com a UAPS, para realizarmos o estudo piloto, dialogávamos também com o Departamento do Curso de Psicologia, apresentando a proposta de participação de alunos do curso de Psicologia na pesquisa. Uma vez aprovada a proposta, lançamos o concurso de seleção de estagiários a partir do 6º período e, em dois anos e meio, realizamos dois dele. Contamos com nove alunos durante esse tempo, divididos em duas equipes. No primeiro ano da pesquisa, formamos uma equipe com seis alunos e no 2º ano, uma equipe com cinco alunos. Duas alunas estiveram por dois anos consecutivos na pesquisa.

As reuniões de pesquisa aconteciam todas as quartas-feiras com duração de três horas. Durante os encontros, realizamos levantamento de dados através dos bancos de dados nacionais e internacionais (SciELO Brasil, LILACS, APA, CAPES, IndexPsi e ADOLEC) e trabalhamos textos teóricos com as temáticas de Saúde, Somatização, Família, Casal, Atenção Básica à Saúde, Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Acontecia, também, estudo dos instrumentos da pesquisa e preparação para a observação de campo. Os alunos foram escalados

para acompanhar a pesquisadora com as seguintes ações: observações das entrevistas; transcrição das mesmas; elaboração do genograma; montagem do espaçograma e confecção do relatório. As observações dos alunos seguiam um roteiro com diretrizes elaboradas pela pesquisadora (Anexo C).

Os alunos participaram de todas as entrevistas em parceria com a pesquisadora. Em cada primeiro encontro, os alunos preenchiam a ficha de informações sociais e culturais e realizavam as primeiras observações da casa. No segundo encontro em diante confeccionavam o genograma das doenças da família e o espaçograma, analisando a movimentação dos participantes da casa e a estrutura da casa. Depois de correções necessárias, um dossiê era montado pela pesquisadora com todos estes dados e mais as entrevistas transcritas.

Uma vez que os alunos se encontravam preparados para o trabalho de campo, iniciamos o contato com a família selecionada pelo agente de saúde, através do assistente social. A pesquisadora entrava em contato com o agente de saúde responsável pela família e marcava uma primeira visitação no domicílio cuja intenção era apresentar a pesquisa e convidar o grupo a participar dos encontros posteriores. Nesse primeiro momento era apresentado também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). O agente de saúde acompanhava a equipe de pesquisa somente no primeiro encontro, pois a intenção era criar um laço de credibilidade do trabalho ao apresentar a equipe de pesquisa.

Alertados por uma série de pesquisas mal sucedidas e com possível resistência de algumas famílias, os agentes selecionaram grupos que tinham maior flexibilidade e aceitação para esse tipo de trabalho. Uma dos acordos tratados com a equipe de saúde da família foi de acompanhar as famílias entrevistadas, que se encontravam em situações de conflito interno. Essa necessidade passou a ser constante na relação pesquisa e equipe de saúde, uma vez que regularmente passamos a discutir os casos com os profissionais que os assistiam nas reuniões de matriciamento. Nestas reuniões, passávamos as informações necessárias ao andamento, ou para o redirecionamento do tratamento de alguns familiares.

5.3

As Entrevistas Psicológicas Domiciliares e Outros Recursos Técnicos

A opção por um trabalho de campo em domicílio se deve ao fato de que, diferentemente da atenção secundária e terciária à saúde, compreende o ambiente natural do sujeito doente e apresenta, com mais detalhes, as particularidades habituais dos familiares. Para Roth (2002), tudo na casa é revelador, pois está exposta a maneira de ser do sujeito e de sua família. As características da organização, os valores, as crenças, as ideologias, enfim, todo o espaço físico e psicológico pode ser observado mais detalhadamente.

Ao todo, para cada família, realizamos quatro visitas em domicílios durante um mês, aproximadamente. A primeira entrevista não era gravada. As três seguintes eram gravadas por gravador e mp4 e seguíamos o roteiro do anexo 2. Antes de iniciarmos as três entrevistas gravadas, solicitávamos também a autorização de todos os membros ao uso do gravador. Em todas as famílias entrevistadas, não houve nenhum tipo de constrangimento em relação à gravação.

Os quatro encontros foram divididos em dois momentos de coleta: o 1º serviu para apresentação da pesquisa, descontração entre família e pesquisadores e realização do levantamento do perfil. O 2º momento contou com o aprofundamento da história familiar e as fases de vida. A primeira entrevista seguiu as questões de uma ficha, abrangendo perguntas básicas sobre aspectos sociais e culturais das famílias, como composição familiar, escolaridade, idade, profissão, doenças, frequência ao posto, hábitos e origem da família (Anexo A). Esta ficha era preenchida pelo observador, enquanto a pesquisadora fazia as perguntas. O objetivo desta ficha era de identificar o perfil de cada grupo entrevistado para a caracterização da população.

Durante a primeira entrevista, o observador também coletou dados do domicílio, desenhando o espaçograma ou esquema do local e a movimentação dos membros ao final de cada encontro. Em seguida, ele escrevia um pequeno relatório e anexava a um dossiê.

A segunda parte das entrevistas compreendeu a investigação propriamente dita com três entrevistas gravadas. O roteiro para as entrevistas (Anexo B) contém perguntas que se relacionam com a história de doenças na família, concepção de saúde e de doença da família, história e as fases de vida da família. A primeira entrevista tinha como meta o levantamento e a confecção do genograma com ênfase nas doenças atuais e anteriores dos familiares. O genograma mapeou as

doenças repetidas e as novas em todas as gerações lembradas pelos membros. A partir das lembranças dos membros, acrescentamos, ainda, algumas particularidades da personalidade dos sujeitos entrevistados.

Os genogramas, com ênfase nas doenças, aparecem com esquemas e legendas, como mostra o exemplo da Família 2 no anexo E. Coletamos informações a partir dos nomes, idade, grau de parentesco, doença, ano de falecimento e algumas características da personalidade (Carter et al, 1995).

As perguntas centrais ou norteadoras do roteiro do anexo B são semidirigidas, permitindo aos sujeitos a colocação livre de suas ideias e opiniões, favorecendo, assim, uma quantidade possível de respostas associadas aos eixos centrais da pesquisa. Elas permitiram que os sujeitos narrassem livremente sobre doenças na família, concepção de saúde e de doença, os acontecimentos significativos da história e as fases do ciclo vital. As perguntas de aprofundamento (Nicollaci-da-Costa, 2007) não aparecem no roteiro de entrevista e, sim, no dossiê de cada família, representando questões de maior esclarecimento das histórias narradas e, em alguns momentos, de maior envolvimento dos sujeitos e da pesquisadora sobre a natureza dos assuntos em questão. As relações existentes entre as perguntas norteadoras e as de aprofundamento marcaram o conteúdo comum a todas as famílias entrevistadas e sinalizaram as particularidades de cada uma em relação ao objetivo geral da tese e ao contexto cultural, na qual estão inseridas. As perguntas norteadoras sofreram pouquíssimas adaptações e teve como base as perguntas lançadas no estudo-piloto realizado em 2007.

5.4

Família: objeto de pesquisa

Dois anos e meio do Curso de Doutorado foram dedicados ao trabalho de campo. Neste período, foram entrevistadas 17 famílias encaminhadas pelos agentes de saúde, que seguiam os critérios exigidos pelo objetivo da pesquisa. Das 17 famílias entrevistadas, três delas desistiram logo após a primeira visitação ou no decorrer das entrevistas. Os motivos foram variados e não foram considerados no processo de análise. Das 14 famílias validadas pela pesquisa, 10 foram

selecionadas para serem analisadas. Após revisão dos critérios estabelecidos inicialmente, todos os casos atenderam rigorosamente as seguintes características de seleção com:

- a) um ou mais de um membro com algum tipo de doença;
- b) membros que coabitam a mesma casa ou terreno e
- c) arranjo familiar variado com a presença de mais de uma geração nas entrevistas.

Os quatro casos foram dispensados por serem casais sem filhos. Atualmente, estes casos estão em estudo no Núcleo Interdisciplinar de Investigação Psicossomática da UFJF.

Os casos de famílias validados são identificados por numeração de 1 a 10. Os membros possuem legendas por grau de parentesco. Em caso de filhos, netos, sobrinhos e tios, a numeração aparece por ordem de nascimento. Estas legendas aparecem no decorrer das descrições e das análises como:

M = mãe

P = pai

E = esposa

Ma = marido

Fa1 = filha mais velha

Fo2 = 2º filho na ordem de nascimento

Fadto ou Fadta = filho (a) adotivo(a)

No1 ou Na1 = neto(a) mais velho(a)

Naf = neto por afinidade

A = avó

Ao = avô

So ou Sa = sobrinho(a)

Sg = sogra

Nr = nora

Tam ou Tom = tia(o) materna

Tap ou Top = tia(o) paterna

5.5

Análise e Discussão dos dados Socioculturais das Famílias

De acordo com os pressupostos de Bardin (2007), utilizamos o recurso da análise de conteúdo para a interpretação de todo o material coletado. Foi montado um dossiê para cada família, e cada dossiê consta de ficha de informações sociais e culturais, de três entrevistas transcritas na íntegra, de genograma das doenças, dos espaçogramas dos quatro encontros e do relatório de observação dos estagiários sobre a visitação e as entrevistas. Dividimos a análise em duas partes: a 1ª compreende uma análise descritiva e intrafamiliar do perfil social e cultural, das doenças e dos domicílios de cada família, com apoio no material coletado pelo genograma, espaçograma, ficha de informação e relatório dos alunos; e a 2ª conta com a análise do conteúdo intrafamiliar e interfamiliar das três entrevistas transcritas, a partir das categorias temáticas.

Após uma leitura exaustiva, os conteúdos elencados seguiram o princípio da hermenêutica (Minayo, 1999; Turato, 2003) a fim de que a análise pudesse demonstrar um caminho à explicitação de sentidos contidos em todo o contexto familiar, respondendo a questão sobre os fatores condicionantes e de risco do processo de adoecimento do grupo. A equipe de pesquisa utilizou da observação e da reflexão a todo o momento e em todo o processo, permitindo a compreensão necessária dos impasses encontrados e garantindo, assim, o bom desempenho da pesquisa. Adicionamos à análise os registros de expressões não verbais que faziam parte do contexto de cada momento das entrevistas. Os tipos de interpretação realizados com o material foram inspirados na metodologia clínica de Eiguier (1985, 1995), que nos conduziu à delimitação dos conteúdos representativos de cada grupo.

A análise intrafamiliar é realizada a partir de uma descrição das informações sociais e culturais de cada família. Nas observações gerais, utilizamos a análise interfamiliar do perfil, das doenças e dos domicílios. Ressaltamos que a interpretação é contextual e serve, também, de referência para a análise e discussão dos depoimentos no item 5.6.

5.5.1

Perfil Cultural e Social

A descrição abaixo compreende um resumo da ficha do anexo A com informações sobre faixa etária, escolaridade, origem da família, principais doenças e atividade profissional. As informações sobre rotina, frequência ao posto foram utilizadas na análise interfamiliar. Estas informações são de todos os membros presentes nas entrevistas e não de todas as pessoas da família.

Família 1

- a) Período da entrevista: de novembro a dezembro de 2007.
- b) Composição:
 - mãe, 73 anos, analfabeta, do lar;
 - filha, 32 anos, com ensino superior completo, afastada pelo INSS por ter tido câncer;
 - neta de um ano e meio de idade (o marido da filha se encontrava no trabalho).
- c) Origem da família: Todos de Juiz de Fora.
- d) Doenças principais: filha teve câncer no estômago; mãe tem hipertensão.

Família 2

- a) Período da entrevista: de outubro a novembro de 2008.
- b) Composição:
 - mãe, 39 anos, com ensino fundamental incompleto, manicure;
 - pai, 43 anos, com ensino fundamental incompleto, pedreiro;
 - filho, 23 anos, ensino médio completo, balconista;

- filha, 20 anos, ensino médio completo, desempregada.
- c) Origem da família: Juiz de Fora e interior de Minas Gerais.
- d) Doenças principais: mãe com hipertensão; pai com alergia; filho com gastrite e filha com pseudoepilepsia, alergia.

Família 3:

- a) Período da entrevista: de outubro a novembro de 2008.
- b) Composição:
 - mãe, 79 anos, analfabeta, pensionista e do lar (marido falecido);
 - 1ª filha, 45 anos, ensino fundamental incompleto, diarista;
 - 2ª filha, 43 anos, ensino fundamental incompleto, do lar;
 - filho adotivo, 32 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado por invalidez;
 - neta, 16 anos, ensino fundamental incompleto, sem ocupação.
- c) Origem da família: Juiz de Fora e cidade do interior de Minas Gerais
- d) Doenças principais: mãe com hipertensão. Neta com obesidade.

Família 4:

- a) Período da entrevista: de novembro a dezembro de 2008.
- b) Composição:
 - sogra, 50 anos, ensino médio completo, cabeleireira;
 - nora, 26 anos, ensino médio completo, do lar;
 - 1º neto por afinidade, 10 anos, cursa o ensino fundamental (filho do primeiro casamento da nora);
 - 2º neto, 8 meses de idade.(os maridos se encontravam no trabalho).
- c) Origem da família: Todos são de outras cidades de Minas Gerais.
- d) Doenças principais: sogra com hipertensão.

Família 5:

- a) Período da entrevista: novembro de 2008.
- b) Composição:
 - 1ª tia materna, 60 anos, ensino fundamental incompleto, pensionista e do lar;
 - 2ª tia materna, 55 anos, ensino fundamental incompleto, empregada doméstica;
 - sobrinho, 27 anos, analfabeto, aposentado por invalidez.
- c) Origem da família: Cidade do interior de Minas Gerais
- d) Doenças principais: tia com diabetes e hipertensão e sobrinho com hidrocefalia.

Família 6:

- a) Período da entrevista: de outubro a novembro de 2008.
- b) Composição:
 - marido, 77 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado;
 - mulher, 67 anos, analfabeta, aposentada;
 - nora, 39 anos, com ensino fundamental incompleto, cabeleireira.
- c) Origem da família: cidade do interior de Minas Gerais
- d) Doenças principais: marido com vitiligo, asma e alergias; mulher com enfisema pulmonar crônica.

Família 7:

- a) Período da entrevista: entre abril e maio de 2009
- b) Composição:
 - mãe, 55 anos, ensino fundamental incompleto, aposentada;
 - pai, 59 anos, ensino fundamental incompleto, autônomo;

- filha, 34 anos, ensino fundamental incompleto, autônoma,
 - neta, 7 anos, cursa o ensino fundamental;
 - neto, 4 anos.
- c) Origem da família: Juiz de Fora e cidades do interior de Minas Gerais
- d) Doenças principais: mãe com hipertensão, diabetes e epilepsia. Filha com dermatite atópica frequente.

Família 8:

- a) Período da entrevista: de abril a maio de 2009.
- b) Composição:
- mãe, 73 anos, analfabeta, pensionista e do lar;
 - 1ª filha, 47 anos, analfabeta, aposentada por invalidez;
 - 2ª filha, 45 anos, ensino fundamental incompleto, pensionista e aposentada;
 - 3ª filha, 43 anos, ensino fundamental incompleto, pensionista;
 - 4ª filha, 41 anos, ensino fundamental incompleto, faxineira;
 - 1ª neta, 22 anos, ensino médio completo, desempregada;
 - 2ª neta, 20 anos, cursa o ensino médio;
 - 3ª neta, 8 anos, cursa o ensino fundamental.
- c) Origem da família: Todos são de Juiz de Fora.
- d) Doenças principais: mãe com hipertensão e diabetes; 1 filha com pressão alta e diabetes; 1 filha com hipertensão e problemas psiquiátricos; 1 filha com pressão alta.

Família 9:

- a) Período da entrevista: de abril a maio de 2009.
- b) Composição:
- mãe, 74 anos, ensino fundamental incompleto, costureira aposentada;
 - filha, 56 anos, ensino fundamental incompleto, do lar;

- marido da filha, 75 anos, ensino médio completo, ferroviário aposentado;
 - neto, 15 anos, estudante do ensino médio;
 - tio materno, 50 anos, ensino médio completo, aposentado por invalidez.
- c) Origem da família: Juiz de Fora e interior de Minas Gerais.
- d) Doenças principais: filha com problemas de circulação; marido com Parkinson e pressão alta; mãe com disritmia cardíaca e pressão baixa.

Família 10:

- a) Período da entrevista: março de 2010.
- b) Composição:
- mãe, 50 anos, com ensino fundamental incompleto, do lar;
 - 2º filho, 26 anos, analfabeto, aposentado por invalidez;
- (marido estava presente na casa, mas não participou da entrevista).
- c) Origem da família: todos de Juiz de Fora.
- d) Doenças principais: mãe com problemas de tireóide e sofreu enfarto.

5.5.2

Observações Gerais do Perfil das Famílias

A partir de uma avaliação quantitativa, apontamos alguns dados significativos para a compreensão do contexto da população entrevistada. Além dos itens descritos anteriormente, incluímos na avaliação interfamiliar aspectos sobre lazer e rotina da vida dos grupos. Utilizamos para esta análise a percentagem e a média aritmética sobre o número de pessoas entrevistadas.

De acordo com os dados sobre a faixa etária, verificamos que:

- a) 63% das pessoas se encontram na fase adulta;
- b) 10% das mesmas na fase jovem e
- c) 7% na terceira idade.

Em relação à escolaridade, observamos que:

- a) 45,2% dos entrevistados possuem o Ensino Fundamental Incompleto, sendo que três pessoas estão em curso;
- b) 16,6% são analfabetos;
- c) 16,6% possuem Ensino Médio Completo;
- d) 7% cursam ensino fundamental e o mesmo percentual está fora da escola por não ter idade escolar e
- e) 4,7% cursam o ensino médio e
- f) 2,3% possuem ensino superior completo.

Acerca da origem das famílias, obtivemos os seguintes números:

- a) 40% são de Juiz de Fora e cidades da redondeza ou interior;
- b) 30% são somente de Juiz de Fora e
- c) 30% têm origem em outras cidades do interior de Minas.

O quesito atividade profissional de cada membro da família foi organizado a partir de atividades ou situação profissional atual. Classificamos em grupos ativos, que correspondem os empregados, os autônomos, os estudantes e os profissionais do lar; os desempregados por terem perdido empregos; os licenciados por algum tipo de doença; os sem ocupação que compreendem aqueles que nunca trabalharam e estudaram, e as crianças com menos de dois. Finalmente, os aposentados/pensionistas que pararam de trabalhar por tempo de serviço ou por invalidez. Assim, informamos que:

- a) A maioria dos membros, 55%, encontram-se em atividade;
- b) 32,5% de aposentados e pensionistas, sendo que 38,46% dos aposentados são por invalidez (por transtorno mental ou por doença neurológica ou por deficiência física);
- c) sem nenhuma ocupação e desempregado, cada um corresponde a 7,5 % do total de membros e

- d) apenas 2,5% possuem afastamento pelo INSS por motivo de doença somática ou mental.

No total de dez famílias, entrevistamos 42 pessoas ao todo. As participações de crianças com menos de dois anos foram contadas na coleta com base nos dados fornecidos pelos seus responsáveis. Os seus comportamentos foram analisados durante as entrevistas pelos observadores e as informações incluídas nos relatórios. Vale ressaltar que não houve nenhum membro entrevistado que morasse fora dos domicílios.

Embora não tenha sido coletada a informação sobre a renda familiar, verificamos que a maioria da família é de classe média baixa. Temos uma população predominantemente adulta e nove famílias apresentam membros nas três faixas etárias, durante as entrevistas. As Famílias 1, 2, 4, 7 e 8 mostram um progresso e uma continuidade na escolarização dos filhos em relação aos pais. As Famílias 3, 5, 6, 9 e 10 possuem membros com pouquíssimo avanço nos estudos. As Famílias 3 e 10 têm membros analfabetos por apresentarem problemas neurológicos desde o nascimento. As Famílias 3 e 8 possuem membros que pararam de estudar por apresentarem problemas psiquiátricos quando crianças e adolescentes.

De acordo com a pergunta de número 5 da ficha e a partir do conjunto de respostas das famílias, vimos que as Famílias 3, 5, 6 e 10 possuem uma rotina de tarefas domésticas e de obrigações de trabalho e de estudo, sem que haja tempo para o lazer. Estas famílias disseram que quase nunca saem de casa para diversão, muito menos sozinhas ou com os outros membros. Já as Famílias 1, 2, 4, 7, 8, 9 possuem uma rotina um pouco mais diversificada com saídas regulares nos finais de semana, ora para visitas, ora para obrigações religiosas. Não foi relatado nenhum caso de lazer com viagem, passeios a cinemas, bares, etc.

Em relação à pergunta número 6 da ficha, sobre frequência ao posto de saúde ou ao médico, os membros responderam:

- a) 47, 61% vão ao posto/médico quando necessário para exames de rotina e quando ficam doentes;
- b) 38, 09% vão regularmente ou frequentemente ao médico devido a tratamentos de doenças crônicas e

- c) 14, 28% nunca vão ao médico, somente em casos extremos de acidentes e doenças graves.

Percebemos que o dado do item 'a' está relacionado com casos que sugerem somatizações diversificadas, pois os membros se dirigem ao médico de família diante de qualquer sintoma ou sensação ruim. Vimos esta situação ocorrer com alguns membros das Famílias 2, 4, 5, 7 e 8. Uma observação importante está na população que acompanha alguns dos membros ao médico. No percentual do item 'b', algumas pessoas adoecem, mas não procuram o médico, por acharem que suas doenças não têm importância. Vimos este fato ocorrer nas Famílias 3, 9 e 10. O dado do item 'c' mostra que algumas pessoas das Famílias 1, 3, 6 e 9 apresentam certa resistência para consultas médicas e praticam a cultura da auto-medicação, ou por ingestão de chás e ervas medicinais, ou por medicações diversas.

5.5.3

Panorama das Doenças dos Entrevistados e de suas Gerações anteriores

As doenças dos membros das famílias foram mapeadas com o recurso do genograma, como mostra o exemplo de um caso no anexo E. Os dados foram obtidos de todos os membros, de quem os participantes lembraram, e também compreendiam as doenças dos membros presentes. Após uma síntese dos dados, destacamos cinco doenças principais que aparecem com mais frequência nas famílias. O alcoolismo, a hipertensão, o câncer, os problemas cardíacos e as doenças gastrointestinais formam o perfil de doenças que mais se repetem entre as gerações.

O quadro abaixo mostra as doenças mais comuns nas gerações presentes nos membros entrevistados. Inserimos algumas doenças de membros não entrevistados para visualizarmos a repetição das doenças. A partir de informações validadas somente de membros entrevistados (42 sujeitos), 60% apresentam-se sem doenças. Há 47,5% de doenças crônicas e graves. As doenças de crise como

asma, alergias, gastrite, bronquite, pneumonia aparecem em 5% da população entrevistada.

FAMÍLIAS	DOENÇAS MAIS COMUNS NA 1ª GERAÇÃO: ANOS 30, 40 e 50 (dos 50 aos 70 anos)	DOENÇAS MAIS COMUNS NA 2ª GERAÇÃO: ANOS 60, 70, 80 e 90 (dos 20 aos 40 anos)
Família 1	História de alcoolismo - pai falecido em consequência de enfarte Hipertensão - mãe, 73 anos*	Câncer – filha, 32 anos*
Família 2	História de alcoolismo – pai do pai, falecido em consequência de enfarte Câncer – mãe do pai, falecida	História de alcoolismo – pai, 43 anos* Hipertensão - mãe, 39 anos* Gastrite - filho, 23 anos * Alergias – filha, 20 anos*
Família 3	Problemas de coluna – pai, falecido ficou acamado muitos anos devido ao acidente sofrido na coluna hipertensão – mãe, 79 anos*	Obesidade – neta, 16 anos* Pneumonia e lesão na perna – filha, 43 anos*
Família 4	Hipertensão e síndrome do intestino irritável - sogra, 50 anos*	X
Família 5	enfarte - pai da tia materna, falecido devido a problemas cardíacos Alcoolismo e tabagismo – mãe da tia materna, falecida em consequência da cirrose e câncer no estômago diabetes, hipertensão e gastrite – tia materna, 60 anos*	hidrocefalia – sobrinho, 27 anos*
Família 6	história de alcoolismo, vitiligo, asma e alergias - marido, 77 anos* história de alcoolismo e tabagismo enfisema pulmonar – esposa, 67 anos*	Alcoolismo e problemas de circulação na perna do filho
Família 7	Hipertensão, diabetes e epilepsia – mãe, 55 anos* História de alcoolismo - pai, 59 anos*	dermatite atópica – filha, 34 anos*
Família 8	Alcoolismo - pai falecido em consequência de enfarte Hipertensão e diabetes – mãe, 73 anos*	Hipertensão e diabetes e teve enfarte - filha, 45 anos* Hipertensão – filha, 47 anos* Hipertensão – filha, 43 anos*
Família 9	Disritmia cardíaca – mãe, 74 anos* Doença de Parkinson e pressão alta – marido, 75 anos* Problemas de circulação – esposa, 56 anos*	X
Família 10	Problemas de tireóide e enfarte – mãe, 50 anos*	X

*membros presentes nas entrevistas.

As doenças mais comuns nas famílias compreendem:

- a) 1º lugar, a hipertensão que aparece nas famílias 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 9, principalmente nas mulheres, totalizando 11 sujeitos afetados. Há repetição da doença na família 8 e quatro casos estão associados ao diabetes;
- b) 2º lugar, a história de alcoolismo nas famílias 1, 2, 5, 6, 7 e 8. Há nove casos de história de alcoolismo sem uso atual, sendo que sete estão associados a outras doenças como as cardiovasculares e gastrointestinais no decorrer dos anos. Há repetição da história nas famílias 2 e 6;
- c) 3º lugar, problemas cardíacos nas famílias 1, 2, 5, 8 e 9 associados ao fumo, álcool e problemas da menopausa;
- d) 4º lugar, estão as doenças de crise, presentes nas famílias 2, 3, 6 e 7, sendo que na família 6 a alergia está associada à intolerância alimentar;
- e) 5º lugar, problemas gastrointestinais nas famílias, 2, 4 e 5 associados à má alimentação e à história de uso de álcool e
- f) 6º lugar, empatam o câncer nas famílias 1 e 2 e problemas de circulação nas famílias 6 e 9;

5.5.4

Panorama dos Domicílios e da Movimentação dos Membros nas Entrevistas

A seguir, realizamos breve descrição dos domicílios a fim de que uma ideia do ambiente possa ser formada pelo leitor. A descrição tem como base os lugares onde ocorreram as entrevistas, como inserimos o esquema dos espaços da Família 8 no anexo F. Houve casos em que a família apresentou a casa toda aos pesquisadores, e em outros ficamos restritos a sala. Consideramos importante a descrição da movimentação dos sujeitos nas entrevistas e a representação da casa pela sua arrumação, organização, limpeza e disposição dos móveis e objetos para utilizarmos na discussão dos dados mais adiante.

Família 1

O apartamento de Fa era próprio com vários cômodos e organizado em várias divisões. O pesquisador estava sozinho e a sala de estar foi o cenário, onde ocorreram todas as entrevistas. A casa era sempre limpa e funcionava harmonicamente com a movimentação dos moradores. A mãe de Fa morava com ela, a neta e o marido. Aparentemente, a convivência era pacífica. Não havia nenhum objeto que tenha sido apresentado como significativo.

Fizemos a primeira entrevista em uma antessala e as três entrevistas seguidas em uma sala de estar, que tinha saída para cozinha, dois quartos, corredor. A sala era o centro da casa e lugar de acesso a todos os cômodos, inclusive a única porta de saída e de entrada. A mobília era distribuída de maneira harmoniosa, mas com pouca decoração. Na sala havia uma caixa de brinquedos, que Na, filha de Fa, brincava durante o tempo dos encontros. Na movimentava-se muito durante as entrevistas e solicitava a mãe e a avó o tempo todo. Ela circulava livremente pelo ambiente e houve momentos de ligeira tensão por causa de suas traquinagens, ao tentar subir na pia da cozinha. No primeiro encontro, Na ficou mais no colo da mãe e pouco da avó. Na 2ª entrevista, Na dormiu quase o tempo todo da entrevista, porque estava gripada. Quando acordou, ficava na minha direção e de A, observando a minha bolsa e o gravador. A avó se movimentava o tempo todo para proteger a neta cambaleante ainda.

Na 3ª entrevista, Fa interrompeu para atender telefone e Na estava muito agitada, subindo na pia da cozinha e mexendo na minha bolsa. A avó teve que levantar algumas vezes para brincar com ela, e a acalmava de forma carinhosa. Não houve nenhum dado significativo no ambiente através dos móveis, objetos de decoração e da movimentação dos membros que demonstrasse algo revelador sobre a dinâmica familiar.

Família 2

A casa ficava num morro e para ter acesso usamos uma escada que começava na rua. A escada continuava e dava acesso também ao terraço da casa. Era um pouco úmida e escura por dentro. Na primeira visitação, ficamos no quarto de Fa2 que se encontrava deitada, debaixo de cobertores, apesar de um dia muito quente, com sol de rachar lá fora. O quarto da menina estava organizado, mas havia muitos remédios em cima da escrivaninha.

No segundo encontro, percebemos que a casa não tinha acabamento pelo lado de fora, e a sala e o quarto de Fa2 estavam limpos. Os familiares não nos mostraram os outros cômodos da casa. Os móveis da sala pareciam ter algum tempo. O sofá estava coberto por uma colcha, e toda a estrutura simples da sala contrastava com uma televisão muito grande e de alta tecnologia, que ficava em cima de um *rack*. Nas paredes da sala havia quadros com fotos dos dois filhos do casal. Durante as três entrevistas, permanecemos na sala com algumas mudanças de lugares por parte dos membros e por causa da presença do cachorro da família. Fa2 demonstrou mais agitação e mudava de posição no grupo, culminando em uma crise pseudoepiléptica que desarticulou a arrumação do grupo durante a 2ª entrevista. O pai e filho interromperam a sua participação para levarem Fa ao quarto. Eles permaneceram por lá algum tempo, e a mãe continuou com o depoimento.

O 3º encontro transcorreu de forma mais intensa, com conversas muito tensas. O pai chegou um pouco atrasado por causa do trabalho e todos permaneceram na mesma posição até o final da entrevista.

Família 3

Num mesmo local, há uma casa acima da casa da mãe, onde moram uma filha e um neto. A loja da família fica na garagem da casa, com corredor com escada na lateral, que dá acesso às mais duas casas. A casa da mãe está entre a loja e a casa acima e é palco de encontro de todos os membros da família. A casa da mãe serve de passagem para que outros filhos e netos possam se alimentar, e também vizinhos e conhecidos possam adentrar sem cerimônia. A casa por dentro, está sempre com as portas trancadas dos quartos, porque seu filho adotivo mexe

constantemente nas coisas. A sala, como toda casa, não tem cor, sem enfeites e era suja. A cozinha não tinha asseio e o cachorro comia num canto imundo. Já no quarto de Na1, filha de Fa1, pudemos perceber asseio e uma decoração razoável. Na1 não sai do quarto, mantendo-se trancada nele o dia todo, como num território próprio, diferente daquele confuso e desarticulado pelo lado de fora.

O início da 1ª entrevista foi muito confuso com muita movimentação dos membros e barulho externo. Parte da 1ª entrevista também foi realizada no quarto de Na.

A representação da casa pela fala de Fa1 é muito interessante. Assim ela diz: “...porque a chave anda no bolso da minha mãe. Aqui tá igual, Deus que me perdoe, cadeia. Tem que ficar tudo trancado.”

Tivemos a mesma dificuldade nas outras entrevistas. As pessoas circulavam sem muita direção, como se estivessem perdidas dentro da casa. O filho adotivo, sempre muito agitado, andava por todos os cantos livres da sala, entrando e saindo de seu quarto o tempo todo. Em alguns momentos, tivemos dificuldade de conduzir as entrevistas devido ao barulho da rua, da movimentação da casa, das interrupções pelos familiares que ficavam pelo lado de fora, e das conversas internas com um tom alto de voz, como se brigassem.

Família 4

A casa própria da sogra fica no segundo andar de um prédio com estilo chulé e a entrada passa por uma escada lateral. Há um cão de guarda, trancado na garagem que, segundo Sg, é “meu guarda-costas”. A porta de entrada dá acesso a uma sala ampla, separada em ambientes, como um *loft*, com muitos móveis, artigos decorativos e um computador. Alguns dos objetos decorativos traziam dizeres bíblicos e outros representavam símbolos religiosos. Sg nos conduziu aos sofás que ficam no canto da sala e seguimos com as entrevistas sem nenhuma dificuldade.

A presença de Nr e de seus dois filhos agitaram o ambiente nas duas primeiras entrevistas, pois o 2º filho de Nr era bebê e exigia de Nr várias movimentações durante os seus depoimentos. Sg mudava muito de posição

durante as entrevistas de maneira agitada. Em alguns momentos isolados, Sg justificava que a casa estava um pouco empoeirada, porque ela estava sem tempo para limpar. Nr cuidava do neném com carinho e com certa distância de seu filho mais velho, fruto de outro relacionamento. Havia no ambiente um clima de tensão, porque Naf apresentava alguns sintomas que incomodavam Sg e Nr. Tudo na casa parecia está em suspenso depois da morte precoce do filho de Sg aos 15 anos. Isso se refletia na relação entre Sg e Naf. Sg passou a ficar mais tensa depois que o filho levou Nr, o neto e o enteado para morarem lá, por algum tempo.

Família 5

A família mora numa casa em cima de um barranco, com problemas de erosão no terreno. A casa era herança dos pais de Tam1 e havia mais duas casas geminadas. Uma, ao lado, onde mora um irmão de Tam1 e outra, em cima, onde mora outra irmã. Ficamos na sala de estar durante todo o tempo das entrevistas e vimos que não havia enfeites, somente uma estante com televisão. Era um ambiente escuro, pouco úmido, sem cor e com certo clima melancólico. Nenhum objeto denunciou algum significado relevante. Da sala pudemos ver o quarto de So, que circulava pela casa se rastejando pelo chão.

Devido a sua hidrocefalia, So ora ficava no sofá, ora ficava no chão e quase nunca saía de casa. O seu quarto era muito simples e ele passava quase o tempo todo por lá. Da sala víamos um pequeno corredor que levava para uma cozinha e outro quarto trancado. Lá habitava o irmão de Tam1, denunciado por Tam1 de ser o seu abusador. Segundo Tam1, o quarto era cheio de papéis escritos e colados na parede. A movimentação dos membros pela casa era parcialmente livre, pois Tam1 evitava encontrar-se com o irmão. Ele e sobrinho ficavam o tempo todo no quarto e Tam2 ficava mais em casa, quando se encontrava de folga do trabalho.

Família 6

Num mesmo terreno havia duas casas: a do casal e do filho, que mora com a esposa e dois filhos. A casa do casal é organizada, limpa e a família se organiza a partir da doença de E. A Nr do casal, às vezes, organizava a casa e cozinhava para a família. Há livre circulação dos netos, do filho e da nora dentro da casa do casal. O quarto do casal serviu de local para os quatro encontros. E. encontrava-se acamada, com uso frequente de oxigênio. E manteve-se deitada na cama e raramente se levantava. Com uma mobília antiga e alguns enfeites religiosos em cima da estante, no quarto havia dois cilindros grandes de oxigênio para alimentar E. Ao lado da cama, havia uma poltrona onde Ma sentava e ficava a falar dos fatos. A casa parecia um pouco úmida e necessitava de reparos nas paredes descascadas. O quarto possuía objetos básicos sem muita representatividade. Sentadas em cadeiras da cozinha, ficamos ao lado da cama do casal. Nr ficava em pé diante da cama, de frente para E. Havia dia que E se encontrava pouco confortável pela mesma posição na cama. Quase não se levantava ou se sentava na cama. Na segunda entrevista, E. acabou dormindo para recuperar de uma virose com diarreia. Ela acordou justamente quando nós já estávamos de pé e despedindo de Ma. Até a terceira entrevista, a família não nos apresentou a casa, mas no último encontro, Ma e Nr mostraram a casa. A sala era bem pequena, onde cabiam um sofá, duas poltronas e uma estante, onde há fotos dos dois netos do casal. Neste dia, a disposição dos entrevistados fora bem diferente das duas últimas vezes. E encontrava-se mais animada e sentada e Ma sentado ao lado dela na cama. As janelas estavam abertas e o quarto mais iluminado.

Família 7

Era uma casa com quintal na frente. A filha mora em cima com os netos de M e o marido. Na casa, moram os pais de Fa1. Ficamos na sala de estar sem algum enfeite, apenas uma estante e dois sofás. Não havia nenhum objeto que tivesse um significado especial. A casa estava sempre limpa e organizada. A sala tinha cinco portas e uma janela. Neste primeiro encontro, os netos circularam pela sala e saíam para o quintal a toda hora. Neste encontro, Fa1 não ficou até o final, porque começou chorar quando M falou do comportamento dos filhos. Fa1 disse

que a mãe não reconhece o seu trabalho com ela e não quis mais participar. A casa era muito movimentada, com entrada a qualquer tempo de vizinhos e de outra filha e netos, que moravam perto. Em uma das entrevistas, uma filha entrou pela casa, trazendo na mão uma trouxa enorme de roupa para pendurar no varal da casa da mãe. Houve a interrupção de duas vizinhas, uma pela porta e outra pela janela. Um rapaz, não apresentado por M, circulou pela sala e não ficou. Na. conversava bastante com o irmão durante as entrevistas. No meio de outra entrevista, Fa1 foi embora para sua casa e da sala dava para escutar os seus berros com os filhos. Fa1 parecia estar nervosa e irritada.

Família 8 (Anexo F)

Num mesmo terreno, além da casa da mãe, havia cinco casas construídas e habitadas pelos seus filhos. Os degraus da escada de acesso à casa de M são de barro, não tem acabamento. A casa possui uma varanda, onde existe um sofá e plantas que enfeitam o ambiente exterior. A sala foi o local onde ocorreram as entrevistas e havia dois sofás encapados com um pano azul. Eles ficavam um de frente para o outro, sobrando pouco espaço para circulação de pessoas entre ambos. Havia uma estante com enfeites, televisão e som. As paredes estavam repletas de quadros com dizeres evangélicos e muitas fotos que pareciam ser dos integrantes da família. M mostrou o significado de cada enfeite pregado na parede. Muitos tinham relação com o seu marido falecido. Não conhecemos o restante da casa e muito menos outras residências. As filhas e as netas se sentavam no sofá, no chão e na porta de entrada da casa. De onde estávamos dava para avistar dois cômodos: um bastante bagunçado, com uma cama desmontada, onde a Na1 ficou por algum tempo até participar da entrevista; e o outro quarto tinha a porta cerrada o tempo todo.

Observamos um costume da família, o de colocar jornal no chão para secar a cera recém colocada para ocasiões especiais, como ocorreu por causa de nossa visita. A casa parecia ser sempre bem cuidada e limpa, com exceção do primeiro quarto. Durante outros encontros, não houve nenhum dado significativo em relação à casa ou aos seus objetos, apenas a movimentação dos membros era intensa, pois os filhos e netos entravam a qualquer momento. M nos mostrou um

presente que seu falecido esposo tinha dado a ela no dia dos namorados. O enfeite estava repleto de formigas. Como havia netos pequenos que ficavam o dia com ela e com uma de suas filhas, M mantinha os quartos abertos para que pudessem circular melhor. Ela nos disse que quando eles estão com ela a casa fica mais bagunçada, com cama para fazer e brinquedos espalhados.

Família 9

A casa da família é geminada e abaixo dela mora a mãe e o irmão de E. As entrevistas ocorreram na sala de estar, que tinha dois sofás e uma estante com enfeites, como algumas fotos da família e vários objetos religiosos. Também, havia uma Bíblia aberta na parte debaixo da estante, imagem de santo, imagem de Nossa Senhora, um terço, flores artificiais e outros objetos miúdos, além de papéis. Não havia movimentação dos membros da casa, que comprometesse o andamento das entrevistas. A circulação era tranquila com entrada e saída do filho adolescente, do So e da mãe de E.

A casa apresentava-se asseada e organizada por E. Eles não mostraram outros cômodos e, durante uma entrevista, mostraram o álbum da família com fotos da viagem de Ma. Percebemos uma tranquilidade dos membros durante os encontros.

Família 10

A casa é aparentemente organizada com alguns objetos decorativos: retratos na estante e plantas. Também, é um ambiente limpo com disposição adequada dos móveis. Os entrevistadores ficaram restritos à sala e não conheceram os outros cômodos. A sala é bem pequena, onde cabem um sofá de três assentos, duas poltronas grandes, um criado e uma estante. A cozinha e um quarto podem ser vistos da sala. P e o filho ficavam nestes lugares, respectivamente, e participaram dos encontros de maneira fragmentada,

interrompendo muito o curso das entrevistas sem responderem a quase nada. Eles permaneciam em seus lugares sem que houvesse maior movimentação na casa.

Observações gerais dos domicílios

Podemos dizer que todas as famílias vivem em casa própria, sendo que 60% delas moram em terreno e em casas geminadas, e 40% moram na mesma casa com todos os membros juntos. Observa-se que não só nesta região, mas em outras localidades da cidade, é costume a construção de cômodos acima da casa ou em outras partes do terreno, para que a família abrigue os filhos casados ou outros parentes.

As Famílias 3, 5, 6, 7, 8 e 9 apresentavam membros que moravam ou no mesmo terreno em outras casas independentes, ou nas ramificações da casa central. As famílias 1 e 4 têm pais, filhos e netos habitando a mesma casa, e as famílias 2 e 10 são nucleares. A família 8 é a mais extensa em relação ao número de membros e número de casas no mesmo terreno. São 25 pessoas que moram em seis casas no mesmo local. As construções geminadas ou estendidas são destinadas aos filhos que se casam e pais que envelhecem, para ficarem mais próximos dos familiares.

No interior das casas, apontamos para o fato de que há pouco investimento simbólico nas salas visitadas, principalmente nas famílias 3, 5, 6 e 7. As Famílias 4, 6, 8 e 10 expõem objetos religiosos e retratos de família, sendo que as Famílias 8 e 9 mostram muito mais objetos religiosos. As casas da Família 3 e 5 apresentam maior empobrecimento simbólico, sujeira e umidade. A movimentação dos membros da Família 3 é tumultuada e sem organização. Havia ansiedade e falas em tom alto durante as entrevistas. Tivemos muita dificuldade para que os membros permanecessem sentados na sala. Já na Família 5 os membros evitam se encontrar dentro da própria casa, devido ao fato de que um deles acusa o outro de abuso sexual. Nas Famílias 3, 5, 6, 7, 8 e 9 a circulação dos familiares, que habitam no mesmo terreno, é intensa dentro da casa central. Geralmente, a porta principal fica aberta durante todo o dia e os familiares entram e saem e pegam objetos e conversam e brigam. Especialmente na casa das Famílias 3 e 7, há entrada de vizinhos e amigos sem cerimônias. As casas ficam

expostas e os membros em constante movimentação para atendê-los, participando muito em suas rotinas. Nestas casas, durante as entrevistas, fomos interrompidas duas vezes pelos vizinhos, em cada uma das famílias. As Famílias 2, 4 e 10 expõem uma decoração mais comum e uma movimentação mais tranqüila entre os membros, exceto a Família 2, que gradativamente foi se acomodando melhor durante as entrevistas.

5.6

A Análise e Discussão dos Depoimentos Coletados

A partir do tema central ‘história familiar e adoecimento somático’, relembremos dois pontos importantes de investigação colocados em debate durante o percurso teórico. Levantamos a questão de que *há fatores significativos na história familiar que comprometem a saúde do grupo ao longo do tempo*; e que *o processo de adoecimento somático na família também é fruto de um conjunto de fatores condicionantes de risco psíquico, fomentados durante a história geracional e o ciclo de vida do grupo*. Ainda, elaboramos perguntas (Anexo B) para delimitar os temas centrais, circunscrevendo a história familiar em acontecimentos significativos e fases do ciclo de vida, e o adoecimento somático em concepções de saúde e de doença.

De acordo com as contribuições de Bardin (2007) e a partir do material transcrito das entrevistas, realizamos uma análise do conteúdo manifesto de cada família e no final, realizamos uma análise interfamiliar. Elencamos categorias temáticas e encontramos subcategorias para as mesmas, indicando os conteúdos representativos de cada categoria. Assim, temos para a categoria temática ‘concepção de saúde e de doença’, as seguintes subcategorias:

- a) representação subjetiva e
- b) representação cultural.

As respostas da categoria acima nos conduziram para a categoria temática ‘acontecimentos significativos na história familiar’. A partir desta, surgiram as subcategorias:

- a) violência;
- b) conflitos intensos;
- c) perda;
- d) doença e
- e) satisfação na vida.

Com base nos relatos sobre acontecimentos significativos, percebemos que estes estavam relacionados às fases do ciclo de vida familiar. Por isso, incluímos perguntas destinadas a compreender a história de quatro etapas importantes: casamento ou união conjugal; gestação e 1ª infância; infância e adolescência. A subcategoria conflitos e falta de orientação está relacionada com o material produzido sobre a sexualidade. Os conteúdos representativos apontam temas pouco ou quase nunca discutidos em família como sexo, menstruação e gestação. Além dos acontecimentos significativos, entendemos esta categoria temática como mais um desdobramento da história familiar. Assim, para a categoria temática ‘fases de vida’, obtivemos as subcategorias:

- a) lembranças de violência;
- b) lembranças de conflitos e falta de orientação e
- c) lembranças de boa convivência familiar.

Observamos o significado das respostas produzidas em cada família e entre todas as famílias, classificando-as a partir de:

- a) Respostas Comuns/repetitivas;
- b) Respostas Semelhantes às respostas comuns e
- c) Respostas Diferenciadas das respostas repetitivas e semelhantes.

Destacamos os principais conteúdos representativos de cada subcategoria temática, a partir do conjunto de respostas comuns, semelhantes e diferenciadas que aparecem repetidas vezes no conjunto das entrevistas.

1- Categoria Temática: Concepção de Saúde e de Adoecimento

Esta categoria está de acordo com os pressupostos desenvolvidos no capítulo 2, formalizadas em duas perguntas do roteiro de entrevista (Anexo 2), caracterizando a representação da população entrevistada sobre as questões de doença e de saúde.

Elencamos respostas de cada família que culminaram nas subcategorias subjetivas e culturais. Consideramos o contexto destes conteúdos na análise final, apontando certas particularidades da família que possam ter influenciado o conteúdo das respostas.

Os trechos destacados dos dossiês são frases editadas dos membros e se referem às respostas dadas diretamente ao pesquisador, ou surgidos nos diálogos entre os membros. Todos os trechos estão identificados de acordo com a legenda elaborada no item 5.5 deste capítulo, e foram destacados de acordo com o conjunto das três entrevistas.

O que o sujeito precisa ter para ser saudável?

Vocês têm uma ideia por que as pessoas adoecem?

Família 1

“aí, era muito difícil (a vida)... meu marido bebe (ia) todo final de semana, chegava e ...naquela gritaiada, falação, xingação” (M)

“ah, eu acho porque a minha vida era muito difícil (silêncio)” (se refere à bebedeira do marido e a falta de dinheiro) (M)

“eu acho que são aborrecimentos... Quando eu chegasse a certa idade, eu “extravaguei”, eu não aguento mais. Então, isso tudo foi sequela, foi uma sequela que eu fiquei da bebida, da infância.” (Fa1)

“aborrecimentos assim, a gente tinha uma vida assim, a gente não se alimentava direito. Ih não!depois da bebida.... aí é difícil, aí tinha hora que não tinha alimentação direito, não tinha mesmo... andava a pé, a cavalo, andava...” (M)

“eu acho que a doença hoje é o estresse (do trabalho/cobrança e exigência), é mundo louco onde você tem que ser sempre o melhor” (Fa1)

“eu falo ‘mãe, não adianta pensar essas coisa, porque você vai ficar doente’. Guardar mágoa é uma coisa horrível!” (Fa1)

Família 2

“Eu passava mal... se alguém tivesse me feito raiva. Aí eu passava mal, já chegava passando mal... Quando ficam dentro de casa, não fala nada comigo pra me alegrar, a não ser meu pai, sabe?” (Fa2)

“Desunião. Porque a família, por isso que se chama família, porque ela é unida, um depende do outro. Então quando há individualidade acaba tendo muitos problemas. E o fardo é muito pesado para cada um carregar, por isso que a família é pra ajudar.” (Fo1)

“Saúde é bom, cê chegar em casa tá todo mundo bem. Aí quando tem doença, aí fica ruim.”(P)

“Eu acho que a paz espiritual também tem que permanecer. ...um pouco de harmonia, compreensão, sabe? Alguém ceder de um lado, outro ceder de outro” (Fo1)

“Nós três adoeceu, inclusive a acompanhante dela.” (M fala dela e da filha que ficaram desgastadas com os cuidados da tia materna, que veio a falecer de câncer mais tarde).

Família 3

“(ter saúde) tem que alimentar bem, se tratar né? Num pode muitas coisas. ...para adoecer... depende da doença... porque tem gente que fica com depressão, na maior facilidade fica com depressão. As vezes, do nada dá depressão” (Fa1)

“a doença vem se a gente abusa também” (Fa2)

“muito também da doença é psicológico” (Fa1)

“A gente entregar também o corpo, a gente fica doente, né? ...e outra, a gente não pode cismar que está doente não” (M)

Família 4

“...eu cheguei a adoecer...de tanto conviver com problemas familiares dos outros. Num eram meus. ...então eu tentei tipo assim, abraçar o mundo e não tinha para quem transferir, eu não tinha apoio...” (Sg)

“(ter saúde) que penso que é liberdade. ...porque se você não tá bem seu corpo adoce, né? A gente tem que cooperar. Eu tenho que ser sincera com minha nora, minha nora tem que ser sincera comigo. Se nós cooperarmos uns com os outros nós vamos ter uma vida tranqüila. ...nós vamos viver muito com saúde interior, porque quando nós temos saúde interior, a nossa saúde física eu creio que multiplica” (Sg)

“Saúde, a gente tem que, que eu não tenho feito muito, né? Hábito alimentar, não comer muita besteira... e o irritadinho não se estressar muito (ri se direcionando ao filho de 10 anos).” (Nr)

“Eu acho que confusão, quando você não tem paz, né? ...também estou com os maus hábitos” (Sg)

“Meu coração é limpo, transparente... eu tenho uma irmã que teve um infarto com 33 anos... que eu sei que aquele infarto dela tá ligado... que ela não perdoa o meu pai. ...porque ele batia muito em você quando era criança” (Sg)

“Muita confusão dentro de casa. A ‘perca’ de alguém que a pessoa gostava muito. Como no caso da Sg. Eu acho que só.” (No)

Família 5

“Ah... num sei. Eu acho que, para mim, assim é... acho que hoje em dia é... os alimentos, as comida que a gente come que... num sei. Até o tempo que eu morava na roça eu não sentia nada. Eu vim para cidade e aí mudou.” (Tam1)

“...eu acho que seja assim... com tantos problemas que assim que já teve na minha família, com negócio de doença... Eu fiquei meio ano assim direto, muito carregada. Acho que o sistema nervoso, a pessoa não cuida direito hum... sei lá.” (Tam1)

“...a gente teria que ter assim mais um pouco de... de tranquilidade na vida. É sempre um corre-corre...não tem muito sossego pra nada, sempre batalhando... não tive uma vida assim de sossego pra parar e assim sair, passear...” (Tam1)

“Tem que se alimentar bem, é comer bem!” (So)

“Eu, as vez, eu oro e penso assim, meus irmão hoje é tudo doente, a gente tem esses poblema de saúde, porque a gente teve uma vida muito difícil. ...meu

irmão punha sangue pro nariz assim...meu pai batia nele demais da conta.”
(Tam2)

“Acho que é uma coisa que a gente tem que passá.” (So)

Família 6

“Aí, no caso da, da doença dela é que nois quando se conhecemo, nois bebia muito. Ela bebia mais do que eu... aí nois bebia muito, aí ela fumava toda vida, né?” (Ma)”

“Eu peguei uma asma tamém... eu acho que passei pra ela tamém.” (Ma)

“Quem cuida tem que cuidar, né? Se eu num me cuidar eu num vô ficá saudável” (Nr)

Família 7

“Pra mim a primeira coisa pra ser saudável mesmo é a família ser unida, entendeu? A união... aqui em casa a gente não é muito assim, muito unido.” (Fa1)

“Pra mim, eu não acho que minha família tem saúde... é porque, por exemplo, nós duas briga sempre.” (M se dirige a filha)

“...é você procurar ter uma vida saudável, mas acho que problema, aborrecimento, entendeu? Isso tudo faz uma pessoa ficar doente também, entendeu?” (Fa1)

“Com os problemas na vida, as preocupações, a sociedade, entendeu? Tipo, tomam remédio por conta, uma má alimentação, uma alimentação de menos.” (Fa1)

“Eu, no meu caso, eu fico doente por causa dos problemas do dia a dia. Eu não aceito as coisas erradas, no erro eu não aceito. Erro pra mim é o fim da picada, eu morro por causa disso, eu adoço por causa disso.” (M)

Família 8

“Eu ficava muito sozinha. Aí eu começo a sentir tudo.” (Fa3)

“Eu acho que a nossa família foi falta de tratamento lá no princípio.” (Fa3)

“Todo mundo da família traz muita coisa psicológica.” (da doença) (Fa4)

“É mágoa! Me magoa mesmo.” (Na2)

“Vim carregando as herança todinha nas costas. Todo mundo quando pensava assim: ‘Tá tudo bem agora’. Aí pronto. Dei infarte. Eu acho que eu enfartei por causa do casamento ruim que eu tava vivendo. Meu marido me colocava defeito, ...perdi minha filha, jogava na minha cara todo o dia. Ai, aquilo acho que foi juntando tudo.” (Fa3)

“Aqui é difícil, né, uma família saudável.” (A)

“Pra começar é da cabeça. Aqui em casa as cabeças são quase tudo doente.” (Fa3)

“Eu acho que uma cabeça boa, uma cabeça sadia, seria uma família perfeita.” (Fa4)

“Tudo é mágoa.... de coisa do passado que eles ficam...” (Fa3)

“Mágoa, amargura, rancor, decepção, sabe? ...rancor, decepção.” (Fa4)

“É isso mesmo.” (Na2)

Família 9

“...uma família pra ter saúde...precisa assim...muita amizade, uma pessoa acreditar na outra, outro acreditar no outro, outro ter uma amizade sincera, porque tem pessoas que não têm amizade sincera, qualquer coisa desconfia, aí não dá. Aí não tem segurança.” (P)

“Saúde também é alimentação, né. Alimentação também tem que ser bem balanceada...Agora você come as comidas e você sente gosto do remédio.” (M)

“...é tudo coisa natural...eu acho que eles estão de muita saúde, de muita inteligência. Eu acho que a alimentação também né, que também ajuda, saúde né. Comer mais frutas....” (A)

Família 10

“Adoecer? Ahh, eu acho que o fator maior é a... é o estresse, que eles falam hoje em dia, né? É a preocupação, é o nervosismo...porque tem gente que não consegue se controlar, que eles falam a raiva, né? A raiva é o fator muito grande das doenças, eu creio, sabe? Principalmente, pras doenças relacionadas ao fígado. ...Eu acho que toda doença, o fator maior é a preocupação, sabe?” (M)

“...não sei se pelo fato de querer abraçar o mundo. Achar que só eu dava conta, só eu sabia, só eu podia...aquilo foi acumulando, acumulando e começou gerar as doenças, né?” (M)

“Em primeiro lugar a tranquilidade...é o habito, maus hábitos, porque muitas vezes a pessoa ou come muito sal, ou come muito açúcar....da alimentação.” (M)

1.1 - Principais Conteúdos Representativos das famílias sobre as subcategorias temáticas:

a) Representação subjetiva da concepção de saúde e de doença:

Família 1 - Alcoolismo, estresse, aborrecimentos e mágoa.

Família 2 - Raiva, desunião familiar, individualidade, doença na família, paz espiritual, compreensão, tolerância.

Família 3 - Falta de cuidado próprio, fator psicológico, entregar o corpo à doença.

Família 4 - Problemas familiares dos outros, liberdade, cooperação, saúde interior, confusão dentro de casa, falta de perdão, perda.

Família 5 - Problemas familiares, doenças de familiares, nervosismo, tranqüilidade de vida, e resignação.

Família 6 - Alcoolismo, Tabagismo, não se cuidar.

Família 7 - União da família, brigas familiares, aborrecimentos, preocupações, não aceitar o erro do outro.

Família 8 - Solidão, falta de cuidado desde o início da vida em família, psicológico, mágoa, carregar a herança da família, violência, alcoolismo, perda, amargura, rancor e decepção.

Família 9 – Amizade e confiança.

Família 10 - estresse, preocupação, nervosismo e tranquilidade.

b) Representação cultural/social da concepção de saúde e de doença:

Família 1 – privação material e muito trabalho.

Família 3 – boa alimentação.

Família 4 – hábito alimentar.

Família 5 – boa alimentação e privação material e muito trabalho.

Família 7 - Cobranças da sociedade, má alimentação, problemas do dia a dia, tomar remédio por conta própria.

Família 9 – alimentação natural.

Família 10 - hábito alimentar e obrigações excessivas

2 – Categoria temática: Acontecimentos Significativos

Esta temática amplia a visão da relação *família e adoecimento somático*, aprofundando a ideia principal sobre saúde e doença, trazida anteriormente pela representação subjetiva. Os pressupostos teóricos que respondem esta categoria foram dissertados no capítulo 3 da tese. Foi realizada a seguinte pergunta:

Há algum acontecimento significativo ocorrido na história de vocês?

Família 1

“...porque a gente num num vivia, num tinha sossego, né...aí eu fiquei esperando elas tudo nesse ponto aí da bebida dele.” (M)

“Eu fiquei em feridas, em feridas, que eu tenho cicatriz até hoje.. É só nas pernas.” (Fa1 fala da hepatite E)

“Nossa senhora, ela passou muita coisa” (M fala do câncer também da filha)

“Na véspera do meu casamento, que aconteceu o sequestro e tal, de mão armada. Eu levei mais um baque.” (Fa1)

“Eu fiquei louca, apaixonada, porque eu nunca quis ter filho.” (Fa1 fala do acontecimento maior da vida dela, a maternidade depois do câncer no estômago)

Família 2

“Ela foi internada, porque ela não tava alimentando. ...só ficava dentro do quarto trancado desde manhã...” (Fo1 fala da doença da irmã)

“A hora que eu mais precisava de um marido assim do meu lado, a hora que a mulher tá grávida fica mais sensível e tal, entendeu? Aí, ele não tava. Aí, ficava eu e Fo1 chorando na janela, esperando que ele chegasse, nada de chegar. Daí ficava três dias fora, depois voltava, entendeu? ...Não, porque eu nunca tive apoio e não tenho apoio. Nunca tive e não tenho até hoje apoio da minha família pra nada. ...Nosso Deus, minha mãe me batia demais!” (M)

“...igual ela falou que minha avó, a mãe de meu pai rejeitou a Fa2. Hoje em dia ela rejeita o neto dela. ...quando eu fiquei que ela tava grávida (a namorada), eu sinceramente fiquei desarmado, eu saí da loja chorando, sem saber o que fazer. E o primeiro lugar onde eu fui, foi minha família, porque a família serve pra apoiar.” (Fo1)

Família 3

“...agora quando ele bebia (pai de A)...ele gritava, xingava...” (A)

“Ah, pra mim foi a doença dela, né? Foi uma coisa muito de repente.” (Fa1 fala da doença de sua filha)

“...porque depois dele (1º marido), já arrumei outro, ...aí num deu certo também porque ele bibia muito, aí me separei dele.” (Fa1)

Família 4

“Meu marido mudou, adoeceu muito depois que meu filho, meu filho morreu...com 15 anos...” (Sg)

“Mas todos nós, nós perdemos a nossa mãe muito cedo, minha mãe morreu com 44 anos.” (Sg)

“E aí quando a gente ...então quando veio todo mundo pra cá foi assim, bufff, aquela bomba.” (Nr fala de sua mudança para casa da sogra).

Família 5

“Minha mãe fumava muito assim cachimbo e minha mãe bebia muito. E minha mãe bebia, mas bebia mesmo. Nossa, deu muito trabalho para todos nós. ...”(Tam1)

“É, a última vez eu passei mal lá embaixo uma vez e aqui também” (So)

“Que marcou e que marca até hoje é a morte da minha mãe, meus irmão. ...Das minhas irmãs, da...do filho que eu perdi. Tem do meu pai também...”

(Tam1)

“Ah, o nascimento de minha neta.” (Tam1)

“...quando eu vim pra cidade, eu senti muito por causa disso.” (Tam2)

Família 6

“...foi muito boa a nossa vida, nós vivia bem, muito bem, graças a Deus, andava em harmonia, viajava nós dois junto daqui pra li...” (Ma fala da esposa)

“...satisfez muito a gente, veio esse filho...só que ele resolveu casar muito cedo! Aí atrapalhou tudo, estragou a vida tudo. ...Estragou porque essa mulher (Nr) dele é boazinha assim...mais ela é terrível! Nossa senhora! Vivia...ele quebrou até a mão por causa dela, brigaro...” (Ma)

“O mais marcante na minha vida, eu vou te falar agora, foi quando eu tive o meu filho” (E)

Família 7

“Eu acho que a gente teve muita fase, a gente não tá tendo só fase ruim (gaguejando). A gente teve muita fase boa também.” (M)

“Ah, pra mim assim, pra mim o melhor acontecimento foi o nascimento dos meus filhos. ...Um momento que a gente ficou bem chateada, foi quando a gente descobriu que minha mãe tinha um problema que era irreversível, entendeu?” (Fa1)

Família 8

“Meu esposo era intragável... num dava sossego a ninguém. A vida todinha. Bebia, brigava dentro de casa, não dava sossego.” (A)

“A gente foi criada assim, debaixo de muita briga, muita confusão. Eram brigas fortes mesmo. De agressões mesmo.” (Fa1)

“Antes o meu marido era uma ótima pessoa. ...Mas depois da minha segunda gravidez, que eu perdi a criança, nunca mais ele foi a mesma pessoa mesmo. ...Ele passou a me maltratar tanto que tem coisas que meus parentes nem sabe. Porque a criança nasceu morta.” (Fa3)

“Agora, do pai eu tenho umas lembranças meio ruim. Em morte, quando ele morreu a gente já tinha perdoado. Igual eu te falei, a gente até chora, sente falta dele. ...Que quando ele era mais novo, ele deu muito trabalho. Chegava em casa jogava panela de comida no chão, quebrava as coisas, chegava bêbado. Nós num podia ficar desempregada, ele num aceitava, que nós ficasse dentro de casa a toa, tinha que tá sempre trabalhando, ajudando. ...Era feio as coisas com ele.” (Fa4)

“Uma coisa, uma coisa que me marcou muito mesmo, mas acontece que depois, quando ele adoeceu, eu num sei, parece que eu esqueci daquilo tudo, da fase ruim que ele tinha sido. ...Eu acho assim que eu tive saudade do pai que eu num tive e queria ter.” (Fa3)

“O meu rosto ficou marcado. Isso aqui foi a foiçada.” (A fala da violência do marido)

“Nossa, eu entrei em des... eu entrei em desespero. ...se eu perdesse a minha mãe, minha mãe toda ensanguentada, a minha irmã tava com o coró todo marcado de roxo. Acho que foi dos acontecimentos que eu já tive em minha

vida... quer dizer, tem outros pior também, que foi a perda da minha filha também, da perda do meu pai agora e tudo. Mas a briga aqui em casa acho que foi o que mais me traumatizou.” (Fa3)

“Na rua, até na rua era difícil conviver com ele. ...debochava...era racista.” (Fa4)

Família 9

“Meu pai gostava é da época que ele foi pro Iraque.” (Fo1)

“Ele foi pro Iraque... e depois se aposentou...hoje a doença dele é neurológica.” (E)

“Ele deve ter ressentimento sim, que ele não quer falar. Porque ele tem os filhos dele, a filha, ele só viu quando era pequena. Não manda uma carta pra ele, não fala se já casou, se não.” (E fala do marido)

“Ah, eu acho...a gente passou algumas dificuldades assim na roça mas a gente era mais assim...” (E)

“...mais alegre...” (A)

“Na cidade a gente é mais agitado, né... Na roça tem mais tranquilidade, é mais calmo, né. É os forró, a gente divertia... (E)”

Família 10

“Da minha vida, porque oh tragédia! É, é menina. Desde que quando assim eu me entendo por gente eu só...(silêncio curto), coisas pra mim, pra mim decidir, pra mim resolver, pra mim cuidar. ...Minha mãe adoeceu, eu que cuidei...três anos

assim na cama.” (M) (Quando M relata sobre sua mãe, seu filho grita do quarto, algumas vezes, e o marido escuta da cozinha, acompanhando a conversa)

“Marcante mesmo...foi quando ele (o filho mais velho) foi preso a primeira vez.” (M)

2.1 – Principais conteúdos representativos das subcategorias temáticas: violência, conflitos intensos, perda, doença e satisfação na vida

a) Violência

Família 1 – sequestro relâmpago.

Família 2 – internação à revelia, abandono e rejeição parental.

Família 3 – convivência com o marido alcoolista e violento.

Família 5 – convivência com o pai violento e alcoolista.

Família 8 – convivência com o marido alcoolista e violento. Brigas violentas entre os pais.

Família 9 – rejeição filial.

Família 10 – prisão do filho mais velho.

b) Conflitos intensos

Família 1 – convivência com o marido alcoolista.

Família 2 – falta de apoio familiar.

Família 4 – mudança da rotina da família.

Família 5 – migração para a cidade.

Família 6 – rejeição do casamento do filho.

Família 8 – brigas entre gerações.

Família 9 – aposentadoria do pai.

c) Perda

Família 4 – morte precoce do filho e da mãe.

Família 5 – morte recente da mãe e de duas irmãs.

Família 8 – morte da filha no parto.

d) Doença

Família 1 – sofrimento no período da doença da filha (câncer no estômago).

Família 3 – preocupação com a doença psiquiátrica da filha.

Família 4 – preocupação com a doença do marido, depois da morte do filho.

Família 6 – sofrimento pela doença neurológica irreversível da mãe.

Família 8 – sofrimento e desgaste durante os cuidados com o marido doente e falecido.

Família 9 – sofrimento pela doença neurológica progressiva do marido.

Família 10 – sofrimento e desgaste com os cuidados contínuos da doença neurológica do filho.

e) Satisfação na vida

Família 1 – maternidade.

Família 5 – nascimento da neta e vida na roça.

Família 6 – maternidade e momentos bons em família.

Família 7 – maternidade e momentos bons em família.

Família 9 – viagem ao estrangeiro e vida na roça.

3 – Categoria temática: História das Fases de Vida na Família (casamento/união conjugal; gestação/1ª infância; infância; adolescência)

Essa temática compreende as lembranças ou as ideias dos membros sobre os momentos de mudanças e de aquisições durante o desenvolvimento, informando mais elementos sobre a história familiar. Argumentamos sobre estes assuntos nos capítulos 3 e 4, apontando as principais demandas de cada fase e as possibilidades de gerenciamento da família. Ressaltamos que cada fase da família não será exposta separadamente, sendo apresentada através do conjunto de relatos mais representativos de cada grupo em relação às subcategorias: lembranças de violência; de conflitos e falta de orientação e de boa convivência.

Como veem a convivência familiar?

Relatar como foi a infância.

Relatar como foi a adolescência.

Como vocês receberam orientação sexual e orientação sobre a menstruação?

Como o casal se conheceu?

Como foi a gestação e a amamentação de seus filhos?

Família 1

(Infância e adolescência de A) “Chegou um dia...eles tinham brigado (pai e mãe)...aí ela se enfezou e eu fiz duas tranças e ela acabou cortando de um lado, só uma trança...aí ‘ah, que seu pai falou que não vai cortar, que não vai cortar, eu vou cortar.’ Papai chegou, tava com o cabelo curtinho. Aí foi aquele tampo, aquela briga por causa do cabelo...ela de raiva cortou o cabelo. Nossa senhora, ela era muito difícil...uma pessoa muito difícil, né (fala um pouco emocionada). Já morreu e tudo, mas era uma pessoa muito difícil, muito... Eu casei magrinha, porque meu noivo ia muito dentro da minha casa. A minha comida, meu jantar eu passava pra ele e eu ficava sem comer, porque ela não aceitava, porque dizia, tinha que ir lá em casa de 20 em 20 dias, de mês em mês.” (A)

(Casamento de A) “...ele era até bom demais; só o que aborrecia era a bebida. ...bebeu acabou. ...aí era muito difícil. ...é, porque ele já bebia antes de casar. Eu sabia que ele bebia, mas só não era assim.” (A)

(Gestação de A) “aí eu fiquei esperando uma criança...essa eu perdi primeiro e dali eu perdi outra criança...tinha tudo em casa” (A)

(Infância e adolescência de Fa1) “Eu lembro que o meu pai bebia demais... mas eu me dava muito bem com ele. ...sempre a bebida. ‘Ah, vamos na festa?’ ‘Ah, não pode porque seu pai vai beber.’ ...então, com isso tudo, minha mãe ficou muito revoltada.” (Fa1).

(Casamento de Fa1) “...o Ma, ele sempre trabalhou no ramo de bebida...e desde que ele queria me namorar, ...eu falava assim ‘eu não quero pra mim o que eu já tenho dentro de casa’.” (Fa1)

(Gestação de Fa1 depois do câncer no estômago) “Foi maravilhoso. Falei ‘se eu soubesse e se tivesse saúde, eu teria mais uns 2 filhos.’ Assim, eu tava tudo a certeza que eu tava curada. ...E o 1º dia de amamentação foi a coisa mais linda, de ficar chorando... ah, agora eu quero viver!” (Fa1)

(Orientação sexual) “...mas tudo era eu. Eu orientava eles, nas muitas coisas eu fiquei em falta de orientar elas, né. Eu nunca tive orientação de nada. ...porque a gente foi criada assim, não podia falar. Nossa senhora, não podia falar nada.” (A)

“Ela também não sabia de nada. A gente não sabia como engravidava.” (Fa1)

“A gente não tinha liberdade pra conversar... a minha mãe, quando tinha neném, aparecia o neném, aí a gente via o neném. Como aparecia? Era tudo lacrado, tudo muito escondido.” (A)

“Eu entendo, não adiantava cobrar dela porque ela não sabia.” (Fa1)

Família 2

(Casamento de M e P) “Eu conheci ela aí a gente casou!” (P)

“Num velório (risos)... Mas ele me paquerava há muito tempo, só que eu não conhecia ele não... (risos). Foi através de uma hora, ele me perguntou as hora, aí eu olhei (começaram a namorar)...Aí, ele foi, a gente começou a namorar e aí dentro de um ano nós namoramos, noivamos e casamos. ...Chega uma época, sabe...a única solução pra eu ter um pouco de liberdade na minha vida foi eu casar. Eu não podia sair com ele nem de dia, nem pra ir na casa da mãe dele, entendeu? Aí eu falei: ‘pelo menos eu casando, vou ser dona de mim’. E aí foi...aconteceu o casamento. ...Eu casei, eu tava grávida do Fo1 de três meses, entendeu?”(M)

(Gravidez de M) “É que ela falou que ele saía e ela ficava muito sozinha quando tava grávido de mim.” (Fa2)

“...eu tava grávida de Fa2, eu caí, só que eu não fui ao médico. Eu caí sentada. Aí ela nasceu perfeita...só que ela nasceu com a clavícula quebrada...ela foi tirada com fórceps. ...a gravidez dela não foi tranqüila, porque assim, eu tive muito problemas na gravidez dela, entendeu? ...problemas familiares! ...quando eu tava grávida de dois meses (de Fa2), ...ele começou a acompanhar os colegas, assim...dormia fora de casa...daí dava 3 dias fora, depois voltava, entendeu? ...foi muito difícil. ...ele jamais vai assumir o que ele fez.”(M)

(Infância e adolescência dos pais) “Nossa senhora, minha mãe me batia demais....eu sou muito revoltada com minha mãe, mas eu agradeço a ela por eu ser o que eu sou.”(M)

(infância e adolescência de Fo1 e Fa2) “Ela não tem noção disso. De uma certa forma, sem ela querer ela acabou descontando em mim, porque ela não tinha coragem de brigar com meu pai. ...ela veio e me bateu tanto que meu pai teve que falar pra ela parar de me bater, eu fiquei toda marcada.” (Fa2)

“...porque tudo que a minha mãe comprava pra mim, comprava pra ela...apanhar a gente sempre apanhou mesmo, a gente aprendeu a ler e escrever através de régua de pau.”(Fo1)

“...Ela apanhou mais do que ele,...porque o Fo1 sempre foi uma criança que dividia as coisas, a Fa2 não.”(M)

Família 3

(Infância e adolescência de A) “Meu pai bebia demais. Ih! Bebia muito. Quando ele dormia pelas estradas é que ele dava sossego para minha mãe quando ele chegava em casa, ele queria bater em nós, bater nela. Precisava nós pulava tudo pela janela e nós dormia as vezes debaixo de chuva, debaixo da moita de bambu.” (A)

(Infância e adolescência de Fa1) “...Ih meu pai morreu em 79. ...ah, meu pai era muito doente, né? Ele ficou 11 anos em cima da cama. A gente é que cuidava dele, era eu e minha mãe. ...Ela (a mãe) começou a trabalhar, lavar

roupara pra fora... aí ela não tinha tempo pra nada não, coitada. Ela ia trabalhar e eu ficava oiando ele (o pai), aí os outro achava que era meus filhos (os irmãos).”

(Fa1)

(Orientação sexual) “...as irmãs mais velhas também nunca deram uma orientação pra gente, educação, né. Mas a Na eu nunca conversei com ela não, porque a Na quando ela teve essa meningite dela, ela tava com 13 anos. ...também não. Não, aí ela me pedia pra comprar pra ela era modes.” (Fa1)

(Casamento de Fa1 e infância dos filhos) “O pai de Fa1, eu vou dizer que o pai e mãe dela sou eu. E a minha mãe que cria ela, os dois outros filhos também foi minha mãe que criou, ajudou criar. Sempre foi um pai ausente, né. ...Morei com ela 11 anos...a Fa1 até que não, mas o meu mais velho apanhava muito dele...aí apanhava dele de chicote cavalo. ...A gente não vivia muito bem, né? Ele tinha mulheres fora de casa também. ...Porque depois dele, já arrumei outro, já convivi com outro 5 anos, aí num deu certo também porque ele bibia muito, aí me separei.” (Fa1)

(Gravidez de Fa1 dos filhos) “ai...Deus que me perdoe, cruz credo, três já dá pra rir e chorar, já tô pagando meus pecados. ...três filhos e todos os três problemáticos... o primeiro eu tive, porque eu escondi que eu tava grávida até os 4 meses da minha mãe. Então, ela foi descobrir depois, porque eu tava, me deu pneumonia e fui parar no hospital. ...fiquei internada 3 quase 4 meses no hospital, porque deu água na pleura, né? ...depois que nasceu vivia internado, porque tava dando pneumonia nele direto, de 15 em 15 dias. ...hoje tem 25 anos e tá preso. O segundo eu tentei tirar fora. Eu tomei muito remédio de mato, né? Eu sempre trabalhei, nas minhas gravidez todas eu sempre trabalhei, nunca parei...mas minha mãe ficava falando que se fosse menina ia ser dela...ela ia criar. A Na, eu num tentei tirar não...”(Fa1)

Família 4

(Infância e Adolescência de Sg) “...eu sempre fui uma mulher de disciplina... eu recebi disciplina na minha infância e passei isso pros meus filhos. ...Mas todos nós, perdemos nossa mãe muito cedo, minha mãe morreu com 44 anos... mas as lembranças que eu tenho dele era só dor de cabeça... eu tava entrando nos 17 anos. Tanto que eu quase pirei quando mamãe morreu, eu não tinha estrutura emocional, nem espiritual... Um ano depois eu tentei suicídio. Eu bebi veneno pra valer, pra morrer mesmo. ...foi um momento de muito desespero. Eu sentia muita preocupação com minhas irmãs. Eu não eduquei meus filhos como eu fui criada, porque eu fui criada, eu não podia falar. Um dia, eu falei que não queria casar, minha mãe me deu uma bofetada. É a maneira dela interpretar que eu ia fazer coisa errada, foi e me deu uma bofetada (ri). ...porque na minha época, há 50 anos atrás, quando uma menina falava que não queria casar, estava querendo dizer que ia ser mulher da vida.” (Sg).

(Casamento de Sg) “...fui morar com meu esposo há 29 anos. Meu esposo era peão no supermercado. Eu ficava toda bonita, cheirosa lá em Copacabana, esperando meu esposo descarregar caminhão” ...ele sempre foi assim... deu o melhor pra nós. Meu marido sempre viveu a vida dos filhos, sempre viveu pra nós. ...ele não lembra de comprar uma coisa pra ele.” (Sg).

(Infância e adolescência dos filhos de Sg) “Nós fazia muita mesa redonda eu, meu marido e meus filhos, fizemos isso diante de Deus, nós fizemos isso muitas vezes. Eu queria dar aos meus filhos o direito que eu não tive, apesar d’eu ter sido muito feliz. ...eu parei a minha vida pra poder trabalhar, pra mandar dinheiro pro meu pai... pra ajudar minhas irmãs, eu parei muito meus sonhos...meu filho...ele tem muita oportunidade hoje do que eu tive. ...eu sempre orientei ele, sempre fui de conversar muito com meus filhos sobre sexo, tudo que um pai tinha que conversar com os filhos, como o meu marido nunca teve assim essa... porque os pais dele eram separados, ele ficou assim muito ausente.”(Sg).

(Infância, Adolescência e 1º Casamento de Nr) “...minha mãe sempre me apoiou, embora ela nunca foi a favor, né? Mas ela sempre me apoiou quando eu assim saía lá da casa, ela sempre me acolheu. Minha mãe nunca foi assim essas mães que botam pra fora de casa entendeu, apoia os filhos, minha mãe embora ela

sempre me avisava, né, ‘não faz que você está errada’, ela nunca me despejou. ...depois...sempre falava pra mim né, ‘você merece coisa melhor...você não merece viver a vida que você está vivendo... (separação do 1º marido).’ (Nr)

(Infância de Naf) “O Naf tem 10 anos e estressa mais que o pequenininho, né. Preocupa mais. Ele é um menino ótimo, uma ótima criança, você pede tudo ele e ele faz” (Nr).

“Umas coisas...algumas coisas, tem algumas coisas que eu preciso melhorar, tipo obediência, mentiras, as vezes eu falo muitas mentiras...” (Naf)

Família 5

(Casamento de Tam1) “...já tô a 23 anos viúva...e também fiquei 6 meses só casada. ...casei, levei 4 anos pra casar e fiquei depois de casada, fiquei 6 meses. Porque casei e a gente arrumou casa no no bairro tudo direitinho, ele cismou de trabalhar no Rio e por lá ele ficou 2 anos sem dá notícia. ...sem arrumar dinheiro, sem escrever, eu tive que, é trabalhar pra pagar as conta dos móvel que a gente tinha comprado. ...aí quando voltou, ele me levou pro Rio, chegou lá ele tinha outra mulher, aí eu num aceitei a história, a gente se separou. ...aí, depois acabou que ele morreu com câncer na Santa Casa. ...Minha filha é filha de um... até de um até dum italiano. ...vivi uns 8 anos com ele. ...acho que depois que ela nasceu, acho que a gente ficou mais uns dois anos, mas assim só na amizade... aí depois nunca mais, aí nunca mais arrumei ninguém.” (Tam1)

(Escolhas amorosas de Tam2) “Olha! Eu...eu nunca tive muita sorte com namorado não. Eu namorei um cara que bebia demais...então, prifiri não ter ninguém pra num ter problema, né. ...Casar assim, eu nunca pensei em casar não, porque eu tinha muito medo de ter filho. ...agora eu tenho um cumpanheiro assim, uma pessoa muito de idade mas, mas é um cumpanheirissimo mesmo, sabe.” (Tam2)

(Infância e adolescência de Tam1 e Tam2) “ah! Eu acho assim, que no meu ver, antigamente era melhor. Agora já tá um pouco mais difícil. ...a gente, sei lá parece que combinava mais, tinha mais união, agora eu num vejo mais essa coisa que tinha antigamente... e meu pai também, ...porque foi embora muito novo, a gente pouco conviveu com ele... a minha mãe, coitada, era uma pessoa, não era uma pessoa ruim, era uma pessoa boa, cuidava da gente direito, sempre... assim ensinou, pelo mesmo ensinou pra gente o que é certo e errado. ...o que ela podia fazer pra gente ela fez. ...mas a gente morava na roça, cada um tinha assim... fazia alguma coisa, entendeu?” (Tam1)

“...eu acho que quando a gente era criança a gente passava muita dificuldade, entendeu, então cada um tem que se virar pra ajudar um pouquinho em casa. Meu pai é...era muito doente, ficou 2 anos em cima duma cama, morreu cedo. Então minha mãe, ela bebia bastante e isso complicava, né. Mais quando ela não tava bebendo, ela era a melhor pessoa do mundo! Uma pessoa ótima de conviver. ...E, os meu irmãos, sempre foram muito bons. Agora, a idade trás problemas, né.” (Tam 2)

“Então quer dizer, foram duas coisas que aconteceu com a gente pequeno. Eu me lembro, eu devia ter uns sete é...pra oito anos...minha mãe sabia, também achei que assim que ela num tomou uma certa atitude que devia ser tomada, que tinha medo que meu pai era um homem assim muito violento, que qualquer coisinha, ela tinha uma espingarda, tinha mania de querer dá facada, matar... então isso fica guardado... então tem hora que eu sinto um ódio tão grande, mas eu nunca contei assim pra minha filha, minha irmã que morreu sabia, ele (irmão) abusou de mim e desse meu irmão (outro que mora ao lado da casa e tem problemas psiquiátricos). ... eu tenho uma mágoa (da mãe) que eu vou morrer comigo, mais nunca falou até quando ela adoeceu, que foi pro hospital que eu fiquei com ela, ficava perguntamo, falava pra ela pra vê se ela falava, ela dizia pra mim que num ia falar. Ela apertava a minha mão assim dizemo que...ela fazia assim com a cabeça”. (Tam1)

(Orientação sexual) “Não, não, não, meu pai, minha mãe nunca, a minha mãe até mesmo agora quando perto de morrer, minha mãe ela nunca falou de menstruação pra gente. Ela nunca tomou banho na frente da gente. ...A gente foi criada assim com uma vida muito diferente de hoje... porque hoje é muita

liberdade, antigamente a gente não tinha essa liberdade toda que a gente vê hoje, né. (Tam2)

(Gestação da filha de Tam1) “Olha, a minha foi assim... essa daí ela não mamou muito, muito pouco tempo, porque o médico falou que eu tava querendo entrar... é naquele ataque de eclampse. ...mas (gravidez) foi boa, não tive nada assim, problema nenhum, eu mesma fui pra maternidade sozinha, eu mesma fiz a minha limpeza...” (Tam1)

Família 6

(casamento anterior de E) “Tive um com um cara (filho que morreu com 1 ano), mas nem nascê num nascia, porque eu tava destestano esse home...Nossa senhora, me quebrava de pedrada, de brita, minha cara ficava tudo rasgada assim, ...era um cara muito doido, sabe? Eu quando casei, muito nova.. casei com 15 anos, pra 16...” (E)

(Casamento de Ma e E) “...por acaso a gente veio a se conhecer aqui...ela sempre foi do meu lado, ela sempre lutou, nois, nois fizemo isso aqui e a nora veio depois com meu filho, né? Nóis... aí nois tivemos esse filho aí ...aí no caso da, da doença dela é que nois quando se conhecemo nois bebia muito. Ela bebia mais do que eu, então ela nunca foi assim de num querer fazer as vontade, né?” (Ma)

(Infância e adolescência de Ma) “...a minha mãe, o que ela tinha, que eu sei, trabaiava demais na roça, né? Sofreu demais...que eu sei que ela falava, nem ropa tinha pra vesti. Na época...as vez lavava uma ropa, tinha que inxugá lá pra podê visti, porque meu pai era muito calmo...mais ele era demais, meu pai... Meu pais nunca levantou a mão pra me dar um tapa! Minha mãe era ambiciosa...essa doença nela, ela trabaiava, era magrinha, trabaiava e ta num recramava dor de nada, sabe?” Criô os fio tudo... nessa base que eu tô te falano...porque meu pai não esquentava muito não! ...quando eu fui ficano moço, aí que eu folguei ele um poquim, que nois cumeçamo a trabaiá assim de meia cum patrão... E em casa a

gente tinha obrigação. Quando eu era criança, eu não cumia...nada não. Eu saía atrás do carro de boi com uma raiva danada, era muleque, num gostava daquilo.”

(Ma)

(Infância e adolescência de E) “ A minha mãe foi ótima! O meu pai não tem como dizer. Ele era tão lindo! Ele levar nois pra cama...Ele levava nois pra cama e nois dormia com ele. Eu num vou deitar aí não pai, o senhor não vai levar nois! Hehe, pegava e levava. ...Eu custei muito pra concentrar, assim... pra aprender uma letra...Quando cheguei em casa, eles falaram assim: ‘Ah, sua mãe faleceu’...quando ela falou aquilo, eu cai em cima dela, pronto, acabou! Nunca mais, nunca mais entrou uma letra A na minha cabeça.” (E)

(Infância dos netos, contada por E) “Iiiii, o menino sofreu... o menininho sofreu na mão dos outros, que ela largava ele puraí, ...mas era doidinha de tudo, nossa senhora!” (E)

(Orientação sexual) “...ninguém nunca me ensinou não senhora! ...Eu aprendi...não sei como, de vê os bicho fazeno em casa. Quando eu casei, eu já fiquei sabeno, que os bicho fazia.” (E)

“É de criança, a gente via animal memo, vaca... eu tinha seis aninho, eu via vaca cum boi lá... ah eu acho que a mãe falava mais coma mulher né...cum a gente não, eu pelo menos meu pai nunca falou nada comigo sobre essas coisa.” (Ma)

Família 7

(Infância e adolescência de M) “Eu fui criada por um fazendeiro. A minha mãe me deu com 6 anos. Lá eu apanhava muito, porque estava acabando a escravidão... E lembro que ela me dava cada beliscão, mas eu não fico lembrando...ela me batia muito...e eu fui crescendo assim, sempre apanhando, às vezes eu comia aquele restinho que tava no prato deles, às vezes era um arroz, às vezes era uma abóbora... ...eu vou ser sincera, das menina, eu tinha cabelão grandão, um dia que ela pegou o meu cabelo e rodou o meu cabelo, pisou em cima

dele e meu deu pescoção na cara... Porque a minha mãe bebia, ...não, a minha mãe também me deu mais, não porque a comida não dava pra nós dava pra nós tudo. Eu sempre fui separada, que... por causa do meu pé (M tem polidactilia). A minha mãe era uma pessoa que ela tinha vergonha...e porque ela ia carregar um pé de pato atrás dela? ...a minha avó também não aceitava...quando ela me deu, eu fiquei um ano sem ver ela...eu não conseguia dormir, eu tinha saudade da minha mãe... minha mãe morreu de tanto beber.” (M)

(Infância e adolescência de P) “Quando eu nasci, eu não andava, eu só engatinhava, foi muito tempo até eu começar andar. Aí, quando eu comecei a andar depois de tudo, eles me levaram pro orfanato, eu fui criado em orfanato. ...achei um vidrinho pequenininho assim...cheio de um produto líquido...quando eu bebi era álcool...então eu comecei a beber aquilo...Aí uns coleguinhas meu falou: ‘isso aí é álcool, o pessoal bebe é cachaça. Eu vou te dar um pouquinho da cachaça pra você ver, é quase a mesma coisa’. Aí eu peguei aquele golinho e bebi, daí que eu comecei o vício...eu tava com 13 pra 14 anos.” (P)

(Casamento de M) “Nunca senti bem no meu casamento, nunca, nunca! A gente se dá bem com irmãos, como marido não! ...A gente só brigou quando ele bebia. ...eu casei com 16 para 17 anos. Aí eu namorava um outro rapaz que eu gostava...quando eu encontrava com esse namorado, eu apanhava até dizer que chega, até a mão na chapa... eu casei sem gostar. Os filhos que a gente teve foi tudo à força, porque tudo era à força, tudo era cobrado. ...aí eu passei a orar e pedir a Deus que eu não tivesse desejo de mulher. ...eu nunca deitei pra esperar um carinho de um homem. Eu nunca tive um abraço, eu nunca tive!” (M)

(Gestações de M) “É uma coisa que você pergunta e eu não sei. Aí eu fico perguntando pra todo mundo, porque minha vida era tão corrida que eu não sabia... (M)

“...até onde que eu sei, era uma gestação que era tranquila, não sentia mal, não sentia nada...” (Fa1 fala pela mãe)

(Infância de Fa1 e os seus filhos) “Meu pai ficava 3 dias fora, minha mãe tinha que sair pra trabalhar, a gente tinha que ficar preso. Os vizinho tomando

conta da gente e eu tomando conta dos meus irmãos. ...Minha filha ...de brincar de boneca, essas coisa eu não tive não. ...Eu tento passar pro meus filhos aquilo que eu não tive. Eu fui criada assim, mas eu tentei passar de outra maneira.” (Fa1)

“...Eu fui criada dessa forma, aí eu queria que a Fa1 não me cobrasse isso, porque abraçar era vergonha. Se abraçar e os outros ver...” (M)

(Orientação sexual) “Eu assim, eu fui orientada de uma forma muito estranha, a minha mãe colocou assim muito medo na gente, entendeu? ...eu aprendi lá fora. Quando a gente ficou mocinha, minha mãe falou: ‘Ah, se namorar, se colocar a mão fica grávida.’ ... (para os filhos de Fa1) o mais aberta possível, tudo o que ela procura me perguntar eu procuro tá passando pra ela a verdade, entendeu? ...pra na hora que ela tiver curiosidade ela não procurar ninguém. ...mas tudo de acordo com a idade dela, né? Tem muitas coisas que ela pergunta e eu respondo e tem coisas que eu falo que não tá na hora dela saber ainda.” (Fa1)

“...Aí eu tava deitada, aí deu um estalo, aí eu ouvi aquele barulho esquisito e assustei. ...elas me deu banho e começou a rir. Essa menina morreu tão nova e eu gostava tanto dela...era ela que me ensinava. ...eu casei muito nova...a gente nunca pensava que homem fazia, tinha relação com mulher... é porque eu não sabia ué. Aí eu pegava e abria a boca a chorar, chorava, chorava... aí comecei amarrar pano na barriga, fazendo uma cinta...” (M)

Família 8

(Infância e adolescência de A e do marido) “Ih, meu pai num valia nada! ...A minha vida com mais a minha mãe e com o meu pai foi muito boa.” (A)

“(o marido de A) foi criado do jeito que os pais dele criaram ele (criado no álcool).” (A)

(Casamento de A) “Meu esposo era intragável. ...num dava sossego a ninguém. A vida toda. Bebia, brigava dentro de casa... Uma vez, duas vezes que ele foi lá pra casa da mãe dele, né? (quando se separaram algumas vezes) ...antes dele adoecer ele tinha uma amante. ...Eu num tinha coragem assim de, de trocar

ele por ninguém. Eu num tinha esse raciocínio. ...Ele num gostava, ele num gostava que vinha visita. A gente não podia ter amigo. Ele num gostava de ninguém. Ele não gostava de ninguém não. Ele gostava era dele mesmo. Eu acho que eu num perdoei direito, que eu ainda lembro. Quer dizer, quem perdoa, num lembra, né?” (A)

(Infância e adolescência dos filhos de A) “A mãe sempre foi mais seca assim.” (Fa3)

“O pai com tudo ele era mais aberto parece. Minha mãe é mais reservada, mais fechada.” (Fa1)

“A minha mãe costuma fazer umas divisão também... Ela tem os preferido, os filho, os neto.”(Fa3)

“A mãe acha que nós era mais “puxa” do pai” (Fa3)

“Eu acho que eu num sou muito preferida dela não, porque...eles falam que o meu pai colocou o meu nome de uma ex-namorada dele.” (Fa1)

“Ué, eu acho que eu também num sou não, porque eu sempre dei trabalho a ela.” (Fa3)

“Minha mãe não viveu. Ela passou a vida inteira cuidando de filho, de casa, de tudo e pelejando com o meu pai bêbado. E a vida dela ficou encostada ali num canto....Com a gente, quando...antes dele ficar doente ele era meio ignorante e tudo. Se ele passasse do portão dali pra dentro, a gente já sentia o coração da gente vim cá na boca, porque já sabia que ia começar...a gente entrava debaixo da cama.” (Fa3)

“Mas eu tomo o remédio tem muito tempo, desde criança, desde da adolescência que eu tomo, né mãe? Desde, acho que uns 13 ou 14 anos que eu tomo. Foi com essa idade que eu comecei a tomar os remédios pra, que eu catava todos e tomava (para se matar)...eu tomava tudo junto. Eu fazia...eu não sei como eu conseguia engolir. Igual uma vez quase 300 comprimidos. Eu consegui que aquilo tudo passou assim na garganta. É a razão de eu ter a minha saúde arreventada hoje em dia, né? ...Eu tentei, acho que foi umas 12 vezes que eu fiquei... de vez em quando eu tomava uns 5 ou 6 rivotril.” (Fa3)

(Casamento das filhas de A) “...meu marido, antes ele era uma ótima pessoa...depois que eu perdi ela, meu casamento praticamente acabou , que ele

falava que eu perdi a menina, porque eu, porque eu quis, porque eu fiquei sem tomar remédio e num era. Eu fiz controle de pressão a gravidez inteirinha, mas num teve jeito. Mudou o tratamento com os meninos, completamente.” (Fa3)

“Ah, graças a Deus eu me dou muito bem com meu esposo. O único problema assim lá em casa é que ele não dá assim muita sorte com serviço. A gente passa assim muita dificuldade nessa área assim. Mas o resto não. A gente combina bem, a gente conversa bem, ele, eu gosto das mesmas coisas que ele gosta também, sabe?” (Fa1)

“Aí, aí o moço que, que vive comigo é até uma pessoa até boa, né Fa3? Eu num me importo de vez em quando ele gosta de jogar no bicho e tudo. Uma pessoa bondosa, sabe? Se você pedir pra ele fazer qualquer coisa, ele faz.” (Fa4)

(Infância e adolescência dos netos) “A Fa1 só tem um defeito, sabe? Bate muito. Mete o coro. Bate. A mais velha é que apanha mais. Ela é toda complicada por causa disso. É chinelo, agarra pelos cabelos, iihhh!” (A)

“Não, mas depois que eu passei a tomar uns remedinhos aí eu to mais... Eu num tenho muita paciência não. Falo uma, duas, três vezes Na 3ª vez eu já tenho que bater, porque num obedece. É a mais velha, né, é irritante. Ela faz tudo pra me irritar, sabe?” (Fa1)

“Tudo que acontece assim comigo, eu venho aqui na minha vó. E ela tem sempre tempo, entendeu, pra me escutar, pra me dar um biscoito.” (Na2)

“Eu também já tentei me matar 4 vezes. Só uma que fui parar no médico. E a tia Fa3, coitada, que foi lá me ajudar ainda. ...É porque eu me sinto inútil entendeu? Eu tava me sentindo útil fazendo as coisas pra minha mãe. Minha mãe fala que eu to fazendo em troca...Eles só vê os meus defeitos. Pergunta a minha vó uma qualidade. Vê se ela vai falar?” (Na2)

“Meu filho, um dos gêmeos já fez isso (tentou se matar). Quando ele tava na 3ª série. Ele tomou uns rivotril meu, ficou molinho, não aguentou levantar pra ir pro colégio. Chegou na Santa Casa ele falou que tava cansado de viver, com 9 anos. ...eu acho que é porque eu me desentendia demais com o pai dele, meu ex-marido. ...o pai dele falava que um era dele e o outro não era.” (Fa3)

“Eu separei do pai dela, ela (Na2) deu problema. Ela tinha 5 anos. Ela teve que fazer acompanhamento com psiquiatra, com tudo. Que ela era muito agarrada com o pai” (Fa4)

“Elas morava comigo (Na3 e Na4). De repente, a mãe cismou, arrumou um companheiro, aí e foi morar com o companheiro. Mas elas num aceita morar com ele. A Na3 não tá querendo estudar mais... Ela ficou assim desde uma vez que diz que teve uma briga na casa dela. O padrasto bateu na mãe dela. Desde dessa vez, ela num foi em casa mais. Ela tomou pavor da casa do padrasto. Tanto faz o padrasto, como mãe, com tudo.” (A)

(Orientação sexual) “Não, eu nunca ensinei. Eu num ensinei porque elas num tinha essas intimidades comigo. Ensino tudo, tudo ensino nos colégios, as crianças já tão praticamente sabendo de tudo né?” (A)

“...eu conto, falo tudo pros meus filhos” (Fa2)

(Gestação) “Cheguei (amamentar), todos eles. Todos eles. Todos de parto normal, tudinho, 8 filhos.” (A)

“...eu tive o 2º pré-eclâmpse e morreu a criança e eu fiquei doente. Eu fiquei diabética, fica toda mais complicado do que eu já era.” (Fa3)

Família 9

(Infância e adolescência de A) “Eu fui criada com minha tia em L. Fui pra casa dela pra estudar. ...porque minha mãe ficou também perturbada, né e meu pai bebia demais, então, meu tios socorreram eu e o compadre meu. Ah, (O pai) ele era uma pessoa de muita fartura. Teve uma época que ele bebia muito...ele caia bêbado na estrada, ela (a mãe) ficava perto dele até ele acordar e tornar a montar na mula. ...Eu gostava da roça. Eu e meu irmão mais velho, a gente não tomava café de manhã não. Meu pai punha aquele açúcar mascavinho, a pedrinha. Meu pai fazia açúcar, melado, ...foi fazendeiro mesmo. ...que punha todo mundo pra trabalhar. Não ficava ninguém sem trabalhar. (Minha mãe) teve muitos filhos, meu pai bebia muito, ela começou a ficar doente também dos nervos, sabe. ” (A)

(Infância e adolescência de P) “Eu sempre pensava em trabalhar fora pra ajudar pai e mãe. Eu dei sorte, porque meu pai gostava muito de mim, fez tudo pra mim.” (P)

(Infância de Fo1) “Eu sempre morei aqui, né. Não é a mesma coisa! (em relação à infância da mãe e da avó na roça)

(Infância de M) “Na roça tem mais tranqüilidade, é mais calmo né. ...Fazia aqueles cartuchos, doces! E andava!

(Casamento de A) “O meu marido era meu primo. Trabalhava com meu pai. Ele era irmão de minha mãe. Meu casamento foi proibido, nós, eu tinha só 16 anos. Meus tios proibiram, eu já não tinha meu pai, só a mãe.

(Casamento de M e P) “Ah, ele conheci no casamento da sobrinha dele, ...eu estava com 18 anos.” (M)

“Aí eu fui pra fora (do país), fiquei lá fora uns 6 meses...se a mulher confia no homem, o homem confia na mulher também.” (P)

“Ah, suportar a gente tinha que suportar, porque ele foi a trabalho, eu recebia o dinheiro aqui pra ele.” (M)

“Eu deixava o dinheiro tudo aqui pra ela...” (P)

“Eu pagava o que tinha de pagar e ele mandava, escrevia pra mim, todo dia ele escrevia uma carta (risos).” (M)

(Gravidez de M) “Eu tive um filho na rapa do tacho. É porque meus filhos, eles geraram nas trompas. ...abortava... 3 abortos. Aí depois com quarenta anos eu panhei gravidez novamente. Eu tive problema com 6 meses... aí ele nasceu com 3 k e 190g... a gestação dele (Fo1), o único problema é que assim, eu continuei tendo água até chegar...na maternidade; eu quase não tinha água pra perder... Deu um cisto inflamatório... no peito... Então eu não dei mamá meu filho, que eu fiz também cirurgia plástica, teve colagem.” (M)

Família 10

(Infância e adolescência de M) “Foi legal assim, foi infância, infância mesmo, sabe? A gente brincava, jogava bolinha de crica, soltar papagaio... Minha mãe era muito séria, ...num tocava em assunto nenhum, sabe? E eu peguei uma boa parte dessa seriedade dela... Ela não combinava com meu pai. Tudo era na conversa, falando (para o pai). Agora, já minha mãe, já era mais irritadinha, né? Tudo ela, ela batia. Qualquer coisinha ela batia. ...nossa... eles brigavam o tempo todo assim, de falar, né? ...E assim, adolescência foi boa, apesar de eu não ter tido muita... explicação, informação da minha mãe... ...porque o vício do cigarro, eu aprendi com os colegas na escola, né?” (M)

“É foi assim, eu comecei a...namorar! Assim cedo. ...eu sempre tive dificuldades de me relacionar e eu comecei a namorar, esse mesmo o meu marido e, graças a Deus, eu só tive ele na minha vida.”(M)

(Casamento de M) “Ele é tímido toda vida! ...capaz de nem aqui ele vir. Se beber algum golinho, ainda fala, sabe? ...a gente, nós fomos vizinhos desde criança. ...Um belo dia eu dirsi com minha prima pra ir na missa (tosse), ele tava na esquina e virou e falou assim: ‘me leva?’ E, e eu assim com a maior inocência falei: ‘vamo!’ E ele foi mesmo! Aí foi conversando, ...conversando todos os dias e... e...surgiu aquele interesse, mas da parte dele do que da minha. ...eu acabei parando de estudar pra casar. Tive uma época vontade de me separar... ele começou a beber... Eu entreguei a vida pra ele (pro filho com problemas neurológicos) Então foi me sobrecarregando, me sobrecarregando e ele começou a beber, ...eu peguei uma responsabilidade que eu tinha que dividir. ...Eu fiquei assim um pouco revoltada, aí já era tarde porque ele tinha acostumado deixar a responsabilidade tudo nas minhas costas, ‘tudo a mãe resolve! ...ele é muito bom marido, muito bom pai, sabe? Mas assim, a minha relação com ele, no meu íntimo, não é de marido e mulher mais. ...é como se fosse um irmão, como se fosse um amigo...eu perdi aquela...aquela coisa de casal, sabe, de carne. ...(tosse) ele é homem, ele exige, eu sou esposa. Eu tenho, eu tenho que cumprir o meu papel. ..chegou a ponto de eu sentir nojo (sexo)... que as vezes uma coisa que eu acho que é nojenta.” (M)

(Gravidez) “O meu primeiro filho foi tranquilo...parto normal (tosse). Tudo tranqüilo! Depois de Fo1...eu engravidei novamente e com 3 meses eu perdi. Depois foi uma gravidez tranqüila (de Fo2), tudo direitinho. Aí no parto dele...já ele demorou muito pra nascer, tiveram que furar a bolsa...ele inguliu muita água! ...E depois de 15 anos eu tive o Fo3... foi tudo tranqüilo também! (M)

(Orientação Sexual) “Não! Isso eu nunca tive! Sexo e menstruação eu nunca tive. As coisas foram acontecendo naturalmente na minha vida. ...aí quando eu casei, a gente aprende muita coisa na escola com os colega... então assim pega uma coisinha aqui, uma coisinha ali e fui aprendendo, e quando eu casei eu já sabia que, o que que tinha que ser feito, né?”

3.1 – Principais Conteúdos Representativos das subcategorias:

a) Violência

Família 2 – surras durante a infância e adolescência da mãe.

- surras durante a infância e a adolescência dos filhos.

Família 3 – convivência com o marido alcoolista e violento durante o casamento.

- surras e alcoolismo do pai durante a infância e a adolescência.

Família 4 – uma tentativa de suicídio na adolescência.

Família 5 – abuso sexual na infância.

- surras do pai violento na infância e na adolescência.

Família 6 – violência física do cônjuge no 1º casamento.

- suspeita de abuso sexual na infância.

Família 7 – discriminação parental na infância.

- violência física da mãe de criação na infância e na adolescência.

Família 8 – violência física do cônjuge alcoolista durante o casamento.

- uma tentativa de suicídio de uma criança aos nove anos.
- quatro tentativas sucessivas de suicídio por um membro desde a adolescência.

- três tentativas de suicídio por um membro na fase adulta.
- surras violentas durante a infância e a adolescência dos pais.
- surras violentas durante a infância e a adolescência dos filhos.

Família 10 – apanhava da mãe quando pequena.

b) Conflitos e falta de orientação

Família 1 – convivência difícil com o marido alcoolista.

- convivência com a mãe difícil na infância e na adolescência.
- falta de apoio e orientação sexual na adolescência.
- o sexo e a gravidez fora do casamento eram vistos como algo vergonhoso.

Família 2 – abandono e solidão na gravidez da mãe.

- conflitos intensos por causa da doença da filha desde a adolescência.

Família 3 – cuidados com o pai doente durante a adolescência.

- uma tentativa de aborto na adolescência e uma gravidez escondida na fase adulta.

Família 4 – separação conjugal.

- dificuldade com a educação do filho.
- muita disciplina na infância.
- perda da mãe na adolescência.

- passou orientação sexual aos filhos, mas não recebeu dos pais.

Família 5 – separações conjugais.

- solidão na gravidez.
- convivência com a mãe alcoolista durante a infância e a adolescência.
- opção pela vida de solteiro desde a adolescência.
- medo de filhos para evitar problemas.

Família 6 – alcoolismo durante o casamento de ambos os cônjuges.

- criou o filho no alcoolismo.
- casamento conflituoso do filho, que faz uso de álcool.
- trabalho árduo na roça durante a infância e a adolescência.
- dificuldade de aprendizagem na infância, depois da morte da mãe.
- não receberam orientação sexual dos pais e aprenderam, olhando os animais.

Família 7 – infância com responsabilidades de adultos.

- criação em orfanato durante a infância e a adolescência.
- início do uso de álcool na adolescência.
- sem diálogo entre gerações sobre sexo.
- maior abertura sobre orientação sexual na 3ª geração.

Família 8 – gestação complicada por causa de doença.

- convivência com medo do pai.
- brigas dos pais durante a infância e a adolescência.
- cuidados com o pai doente durante a adolescência.
- separação conjugal não superada.

Família 9 – casamento proibido com um primo.

- gestações seguidas de abortos espontâneos.
- gestação complicada e nascimento do filho prematuro.

- criação por parentes, pois a mãe tinha problemas neurológicos e pai era alcoolista.

Família 10 – casamento sem escolha amorosa.

- problemas sexuais no casamento.
- dúvidas sobre separação.
- sobrecarga de responsabilidade na educação dos filhos.
- sentimento de solidão e abandono pelo marido alcoolista.
- convivência um pouco conflituosa com a mãe durante a infância e a adolescência.
- aprendeu a fumar na adolescência com as colegas.
- não teve orientação sexual em casa, mas aprendeu na escola.

c) **Boa convivência**

Família 6 – boa convivência no segundo casamento.

Família 8 – casamentos bem sucedidos em duas gerações.

Família 9 – vida na roça mais tranquila durante a infância e a adolescência.

- relação de confiança no casamento.
- boas lembranças dos cuidados do pai durante a infância.

Família 10 – viveu a infância como infância.

5.7

História Geracional de Violência e Somatização: compreendendo suas relações na família

Com base na descrição dos dados socioculturais e dos depoimentos coletados das entrevistas transcritas, podemos dizer que o **perfil** das dez famílias é

de uma população predominantemente adulta, de classe média baixa e em atividade profissional. A escolaridade dos grupos aponta para uma maioria que não concluiu o ensino fundamental. A maior parte de seus membros tem origem em Juiz de Fora, embora alguns sejam oriundos de cidades vizinhas, como observamos nas Famílias 1, 5, 6, 7 e 9 (p. 123 a 126), que vieram de zonas rurais próximas da cidade.

A principal **doença** mapeada é a hipertensão que aparece em pelo menos um membro em cada família, principalmente nas mulheres, e se repete entre gerações, como na família 8. A história de pessoas, a dos homens especialmente, que foram usuários de álcool em um determinado tempo aparece em segundo lugar. Segundo nossas observações, percebemos que algumas doenças nas famílias 1, 2, 5, 6, 7, 8 foram desenvolvidas durante convivência com um membro usuário de álcool que lhes causavam grandes problemas de relacionamento e promoviam uma distância afetiva. Além disso, o usuário de álcool desenvolvia doenças como as cardíacas e, em alguns casos, doenças de crise como as gastrointestinais. Esta última relação foi observada no pai da Família 2 e no marido da Família 6, que pararam de beber quando desenvolveram problemas intestinais e alergias na época (p. 127).

Consideramos a predisposição genética como fator determinante de doenças, mas verificamos que os fatores psicológicos e culturais compreendem importantes precipitadores de doença. Justificamos esta consideração por observar, no conjunto dos conteúdos representativos da categoria saúde e doença, também a relação de aborrecimentos e sentimentos mal resolvidos ocorridos durante a vida familiar (p.146). No aspecto cultural, o conjunto de relatos sobre alimentação (p. 146) mostra uma preocupação crescente do grupo em melhorar a qualidade do alimento e seus hábitos alimentares.

Diversas doenças aparecem em vários membros que estão ligados aos outros com problemas de hipertensão e aqueles que foram usuários de álcool, como nas famílias 1, 2, 5 e 8 (p. 127) As mortes por doenças cardíacas aparecem em consequência do uso crônico de álcool nas Famílias 1, 8, 9 e 10. O câncer aparece em um membro em meio às circunstâncias de violência e conflitos gerados pelo usuário de álcool no decorrer dos anos de convivência. Fal da Família 1 diz que o câncer no estômago foi o extravasamento do estresse e da convivência com “pessoas ignorantes” como o pai alcoolista e uma colega de

trabalho (p.129 e 147) . As doenças consideradas de crise, como a gastrite e a dermatite atópica, aparecem conforme a tensão do ambiente familiar, como observamos no conjunto de relatos das famílias 2, 7 e 8. Nas famílias 5 e 6, as doenças crônicas como o vitiligo, o diabetes e a hipertensão são potencializadas pelo desgaste também provocado pelos cuidados com pessoas doentes. Já em algumas situações de conflito com o usuário de álcool, a hipertensão, por exemplo, demora a estabilizar não respondendo às medicações prescritas, como observamos na Família 5.

Em um de nossos encontros, Tam1 da Família 5 havia revelado o abuso sexual sofrido na infância pelo irmão mais velho, que morava ainda na casa. Esta convivência gerava extremo desconforto e restringia seus movimentos no domicílio. A grande mágoa de Tam1 estava no silêncio de sua mãe diante dessa situação (p. 162). À medida que Tam1 expunha seus sentimentos, se queixava também de dores de cabeça e enjoos.

Já na Família 4, observamos que os sintomas somáticos de Sg, como dores no estômago, apareceram inicialmente e foram amenizando com o relato de sua história. A história de Sg tinha a morte do filho de 15 anos como um embargo à expressão de seus sentimentos. De maneira muito racional, ela relatava minuciosamente todos os momentos que antecederam o acidente de moto e durante o coma do filho no hospital. Observamos uma grande dificuldade de Sg de reconhecer a sua dor. Ela procurava no trabalho e na dedicação religiosa uma maneira de conviver com a perda. A cada final de encontro, Sg mostrava-se de bom humor e livre de tensões corporais iniciais como dores nas costas e na cabeça. Estas mudanças do estado de humor e das queixas somáticas foram observadas também nas Famílias 1, 6 e 7 em meio aos discursos sobre momentos delicados como mortes, abuso sexual e violência física. No entanto, apesar de situações diferentes, destacamos que a reação somática mais grave ocorreu na Família 2. Na segunda entrevista, Fa teve uma crise pseudoepiléptica, com fortes enjoos, enquanto sua mãe relatava fatos que se aproximavam da verdade velada sobre o abuso sexual contra a filha, cometido pelo pai desde a adolescência. O discurso da mãe desvelava aos poucos uma relação conjugal conflituosa desde o início, que se agravou com a gravidez de Fa. Paralelamente ao fato, observamos um discurso encobridor de uma possível relação incestuosa entre pai e filha. Em um momento particular, depois da entrevista e fora da gravação, M dispôs a falar

de sua suspeita da relação incestuosa e supunha que esta teve início quando Fa tinha 12 anos, durante a sua ausência por causa de uma viagem de peregrinação. Segundo relatos da mãe, mais ou menos nesta época, Fa começou com sintomas de pânico e desmaios na rua. Percebemos que esta suspeita poderia ter algum sentido, pois suspeitamos da cumplicidade silenciosa da mãe e da cobrança de Fa sobre a mesma, acusando-a de abandono. Esta situação ecoava na subjetividade de Fa de forma avassaladora e a pseudo-epilepsia acontecia nos momentos que revelavam a ruptura da relação parental.

Podemos dizer que histórias de abuso sexual e incesto nas famílias configuram uma interrupção da continuidade estrutural e cultural do grupo, pois a capacidade de se organizar e de servir de apoio psíquico ao outro fica dilacerada. O vínculo e o sentimento de pertença se rompem juntamente com uma confusa ligação afetiva. As doenças de Tam1 da Família 5 e Fa da Família 2 reinteram os segredos, as transgressões e a culpa da dimensão transgeracional da família (Ruiz Correa, 2007). Elas carregam consigo o traço de uma perversão narcísica geracional do outro que se transforma em ferida no corpo e serve de intervenção à contra-ordem da cultura. Diferentemente de conflitos relacionais, a violência não permite que a família mantenha sua estrutura parental e apoio dos laços consanguíneos e afetivos.

Ainda na Família 2, à medida que a mãe denunciava suas suposições de fatos comprometedores, ela sentia dor de cabeça. O pai e Fo passaram a gaguejar e a sentir dores de estômago, respectivamente. Por outro lado, naquele momento, entendemos que a mãe tomava consciência de sua cumplicidade na triangulação entre marido, mulher e amante, pois sentimentos de raiva eram direcionados à filha. Mais assustador ainda foi o episódio final da crise de Fa. Vimos que somente o pai conseguira tirá-la dos “ataques”, após um cochicho ao pé do ouvido em seu quarto. Ninguém mais, nem mesmo o namorado conseguiu tal façanha. Diante do segredo velado, e da quebra desta dinâmica, facilitada pela nossa presença, Fa conseguiu mobilizar e desarticular todos do grupo com suas crises histérico-epilépticas.

Em relação à **rotina** das famílias, sucedem atividades domésticas, de trabalho fora de casa e de estudo, sem que os membros incluam o lazer como uma opção para o entretenimento da família. Esta situação acontece em quase todas as famílias, salvo os casos 2, 4 e 8. A Família 4 e alguns membros da 2 e 8 procuram

incluir passeios e atividades com outros grupos sociais. Porém, outra parte destas famílias e mais a 5 e 9 associam a atividade de lazer com dedicação religiosa. Embora cada família tenha suas limitações financeiras para sucessivos entretenimentos, as Famílias 1, 7 e 9 procuram criar alternativas criativas, incluindo reuniões de famílias, visitas aos amigos, caminhadas, etc. Dentre todas as famílias, as 3, 6 e 10 não apresentam opções de lazer satisfatórias. Percebemos que boa parte da rotina está comprometida com cuidados constantes de membros doentes e afazeres domésticos intermináveis.

Com base nestas observações, podemos supor que a falta de criatividade no lazer está relacionada a uma limitação representativa do grupo sobre as possibilidades de convivência, e não a uma limitação econômica. A rotina é sobrecarregada de excessos de preocupações com compromissos de trabalho, responsabilidade financeira, cuidados domésticos e com os filhos. Notamos que há uma falta de afetividade nos momentos intermitentes de trabalho, em que um possa escutar o outro, conhecendo suas ideias e anseios. Também verificamos que são muito poucos aqueles que expressam os seus sentimentos, endereçando-os diretamente ao membro destinatário.

Do ponto de vista social e cultural, salientamos que algumas famílias acreditam que a vida na cidade, diferentemente a da roça, contribuiu para algumas doenças na família e estados psicológicos como o estresse. Vimos este fato ocorrer nas Famílias 5 e 8, atingindo diretamente a vida produtiva e os hábitos alimentares de seus membros. Muitos se queixavam do estresse, da falta de qualidade de vida e da sobrecarga dos afazeres domésticos e do trabalho externo. Eles passaram a ter uma vida mais automática, sem tempo de vivenciar os prazeres que a vida da roça proporcionava. Podemos associar essa mudança com parte dos adoecimentos na família e início da ingestão de álcool, principalmente na adolescência. Os sujeitos adultos adquirem doenças ao longo do tempo e se aposentam mais doentes ainda, quando os problemas de relacionamento com a família se acentuam.

As visitas regulares ao posto de saúde fazem parte da rotina das Famílias 2, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. Esta rotina acontece por causa dos cuidados com a doença de certos membros, exigindo dos familiares a marcação de consultas e o acompanhamento em atendimentos e tratamentos médicos. Esta situação mascara uma parte significativa de membros doentes e não doentes que não procuram o

posto de saúde. Alguns membros doentes procuram se automedicar e, quando vão ao médico, questionam os seus diagnósticos e não seguem os tratamentos. Boa parte dos membros procuram o posto de saúde apresentando vários sintomas que, muitas vezes, não respondem a medicação prescrita, como em certos casos das Famílias 2, 4, 5 e 8.

Identificamos duas populações de somatizantes nas famílias: a 1ª se refere àquelas que possuem doenças crônicas, desenvolvidas por herança genética. A 2ª, àquelas que apresentam múltiplas queixas e sintomas sem uma patologia comprovada, procurando o posto para orientação de seus estados de saúde. Em ambos os casos não observamos uma relação significativa de doença e transtorno psiquiátrico. Verificamos que a grande maioria não apresenta diagnóstico de transtorno mental como a depressão. Esta segunda população de sujeitos somatizantes apresenta sintomas somáticos regulares, sem que haja comprovação clínica de alguma doença. Isso tem significado um aumento do uso de medicação, ora prescrita, ora tomada por conta própria. Estes usuários provocam um congestionamento nos atendimentos médicos e um desencontro na busca de um tratamento adequado, confirmando uma realidade apontada por Amarante (2007) e Lipowski (1998). E as consequências para a equipe de saúde confirmam as considerações de Chazan (2004) acerca a necessidade de atenção à família nos cuidados primários. Notamos que as famílias 1, 2, 5, 6, 7 e 8 (p. 127), encaminhadas pela equipe, não expunham totalmente as suas dificuldades e os fatos da história de vida. Uma grande surpresa para a equipe de saúde do posto foi o relato de membros que fizeram uso de álcool durante um determinado tempo em suas vidas e da extrema dificuldade de relação entre os membros em consequência deste comportamento.

Entendemos que, diferentemente dos conceitos de somatização citado por Lipowski (1998) e de Üstein et al (1998), os sintomas podem advir de uma evolução progressiva de um relacionamento intersubjetivo em sofrimento, incidindo sobre “feridas” no corpo de maneira a funcionar como interrupções necessárias do processo de sofrimento. Do ponto de vista da psicodinâmica familiar, a somatização representaria um contorno à relação intersubjetiva conflituosa, ao mesmo tempo que compreenderia a uma capacidade de retomada pelo grupo dos conflitos velados que necessitam de representação. Como o conceito de somatização destes autores exige a comprovação de uma patologia

física da origem dos sintomas, isso nos leva a crer que ainda não há o reconhecimento da realidade psíquica e do contexto cultural como partes integrantes do estado de saúde do sujeito. Desse modo, o que é compreendido como doença pela comunidade médica pode não ser para um grupo familiar, pois a questão dos sentimentos foi muito citada em todos os discursos familiares. Em consequência disso, esta situação se reflete nos maiores problemas de medicalização dos sentimentos de tristeza e de mágoa que são classificados como “depressão”. As doenças repentinas e a resistência à medicação podem ser dois grandes efeitos desse reflexo.

Assim, para adoecer é preciso que o sujeito esteja exposto a fatores de risco ambientais de ordens psicológicos e culturais. Acreditamos que tal exposição compreende os fatores precipitadores que antecedem as condições de estresse do sujeito. O tempo de exposição aos fatores e sua intensidade são importantes balizadores de saúde. O sujeito responde com o corpo aquilo que ele mesmo se vê impedido ou com dificuldades de expressar por outras vias. Compreendemos que a somatização com lesões ou não no corpo é a condição última de expressão da angústia, da vulnerabilidade física e das imposições psíquicas do outro. A somatização compreenderia um desencontro entre os aspectos biológicos e culturais, permeados pelo psicológico. Se em um determinado momento esses aspectos caminham desarticuladamente, certamente o sujeito padecerá em algum momento. Por isso, acreditamos que as teorias psicossomáticas não são excludentes entre si, pois mostram condicionantes diferenciados que contribuem para o processo de adoecimento. E diante destes condicionantes, incluímos a família como parte da realidade psíquica e concreta dos sujeitos, representando lugar de fomento para as diferentes maneiras de significar a saúde e a doença. Sob uma lógica e tempo próprios, a somatização é difícil de prevenir e de tratar. Quer sejam os pressupostos de Marty (1980), Helman (2003) e Alexander (1989), quer seja uma comprovação patológica física da origem da somatização, o fato é que podemos circunscrevê-la no universo familiar como lugar de fomento dos fatores condicionantes.

A respeito dos **ambientes familiares**, os espaçogramas montados pela equipe permitiram uma visualização das movimentações dos membros, das disposições e das representações dos objetos na casa. O ambiente das Famílias 3 (p. 130) e 5 (p. 132) nos chamou mais atenção pelo fato de apresentar um

empobrecimento de cor, objetos, móveis em comunhão com uma fragilidade também relacional entre os membros. Cada um ficava em algum canto da casa, isolado, quando entrevistávamos outros membros. Os dois membros da família 3, Fadot e Na permaneciam em seus quartos durante o dia todo, sem contato regular com outros membros do grupo. Diante de muita sujeira e desorganização, a circulação dos membros ainda era impedida pelo trancamento das portas de outros cômodos por A. A. alegava que Fadto mexia em tudo e não colaborava com a arrumação da casa. Porém, era A quem se mostrava agitada, caminhando de um lado ao outro, sem completar boa parte das repostas. Suas filhas assumiram as sequências dos encontros e associaram bem a relação da casa com o mal-estar dos membros.

Na mesma direção, percebemos uma situação mais constrangedora na Família 5, como citamos anteriormente. Alguns membros dessas famílias disseram a mesma coisa sobre a casa. Tam1 da Família 5 relatou que a casa pareceria um martírio e Fa1 da Família 3 mostrou que a casa parecia uma prisão de tanta chave e portas trancadas. Entendemos que a casa dessas famílias não representa um ambiente de apoio psíquico e material satisfatório, por ser uma projeção de um esvaziamento afetivo e simbólico das relações familiares (Berenstein, 1988; Eiguer, 2004). O ambiente das Famílias 1, 2, 4, 6, 9 e 10 (p. 129 a 135) aparentava certa harmonia entre objetos e membros, embora na Família 2 a movimentação fosse completamente agitada. Na família 1, a caixa de brinquedos no canto da sala contrastava com a pouca decoração do ambiente. Ao contrário da Família 2, a agitação dos membros durante as entrevistas era para assegurar a circulação de Ne que ao 1 ano e meio de idade mostrava-se muito ativa.

As Famílias 7 e 8 demonstram uma convivência muito simbiótica entre os membros que moravam no mesmo terreno. Há uma mistura do espaço íntimo e físico representada por um movimento de vai-e-vem a qualquer hora e circunstância, principalmente na Família 8. Porém, observamos certa diferença entre as famílias durante essa movimentação. Na família 7, a convivência era pacífica entre a casa da mãe e da filha com o marido e o neto. As entrevistas ocorriam sem grandes movimentos angustiados. Em um dado momento, a família mostrou o seu álbum contanto as conquistas e os percalços. Já na Família 8 tal movimentação acontecia de maneira ansiosa, tensa e conflituosa. A casa da avó da

Família 8 serve de palco central dos encontros e dos conflitos e para o controle dos desejos e da vida dos familiares. A casa da avó mostra-se, ao mesmo tempo, acolhedora e “sufocadora”, e nela os objetos religiosos aparecem como retratos da trajetória de vida dela e como normas de comportamento a serem seguidos pelos membros. A partir de trechos bíblicos, ela comanda a família sem usar quase palavras próprias. Quando ela as usa, fala dos membros, denegrindo as suas imagens. A Na1 é vista pela avó como uma pessoa que “não vale nada”, referindo-se às doenças e aos problemas de relacionamento da neta. Observamos que certos membros, principalmente aqueles que tentaram suicídio na Família 8, como Na1 e Fa 3, perdem suas identidades ou “forças” diante de A., que se apresentava aparentemente frágil e tranquila.

A categoria temática **concepção de saúde e de adoecimento** apontou duas importantes subcategorias: as subjetivas e as culturais. A 1ª apareceu em maior número de expressões em todas as famílias, tendo a questão do relacionamento familiar como tema norteador. As Famílias 2 (p.140) , 4 (p.141), 5 (p.142), 7(p.143) e 8 (p.144) principalmente associaram diretamente o adoecimento com problemas familiares através de situações de desunião, cuidados com doentes, brigas e herança conflituosa. As Famílias 1 (p.139), 6 (p.143) e 10 (p.145) de forma indireta comentavam sobre aborrecimentos e preocupações sem associá-los aos problemas familiares. De maneira oposta, a Família 9 (p.145) demonstra que a saúde depende da amizade e da confiança, como alicerces para a manutenção do grupo. A Família 3 (p.141) limita os problemas do corpo aos psicológicos, manifestando um pouco de indiferença sobre os sintomas físicos concretos, como foi o caso da negligência do tratamento da hipertensão de A. Há dificuldade de Fa1 e A de entenderem a própria doença, pois dizem que é “...coisa que a gente não pode cismar...”. A Família 3 encara o fato de estar doente como uma questão predominantemente psicológica, e por isso apresenta certa dificuldade de aceitar tratamento médico e seguir com a prescrição medicamentosa.

De acordo com os dados coletados para a montagem do genograma, algumas particularidades da época do adoecimento foram reveladas e identificadas com circunstâncias que abalaram a família ou algum membro. Esses dados reforçam os trabalhos de Helman (2003) sobre a leitura a ser feita entre somatização e contexto social e cultural do sujeito, não enfatizando somente o referencial psicológico. Dessa forma, podemos afirmar que a incidência do uso de

álcool durante um determinado tempo apresenta-se como um fator circunscrito na história familiar, funcionando como condicionante de adoecimento somático, principalmente nas mulheres hipertensas que conviveram como esposas ou filhas com o usuário. Além disso, acreditamos que o uso de álcool pode compreender também um elemento de expressão cultural de aprendizagem entre gerações, e não só uma predisposição genética. O início da ingestão de álcool faz parte de um cenário de abandono, solidão e de comportamentos violentos repetidos, embora tenha sido compreendido como um hábito familiar. Nestes casos, a repetição do alcoolismo configura fator de risco de adoecimentos múltiplos para os membros de todas as famílias, exceto a família 4. Notamos que o uso de álcool, a médio e a longo prazos, tem efeito devastador na saúde vincular da família, visto que a dinâmica familiar se encontra gradativamente esvaziada de afeto, organização e apoio. As famílias, geralmente, mantêm uma relação desgastada e confusa entre os membros. Isso se reflete no ambiente físico e psicológico, apontando o lar como lugar sem segurança, representatividade e sentido. Há pouco investimento afetivo e simbólico entre os membros em contraponto a um excesso de reverência a objetos e rituais religiosos.

Com uma particularidade própria de administrar estas situações, podemos entender que no meio familiar “não falamos desses problemas, mas rezamos”. O empobrecimento afetivo também acontece na movimentação dos membros dentro de casa, culminando em cuidados precários com a própria higiene e a do ambiente. Boa parte dos domicílios, principalmente na história das famílias 1, 2, 5, 6, 7 e 8, compromete o sentimento de *habitat* interior dos membros (Eiguer, 2004), pois representa um lugar sem apoio, identificação e criatividade.

A partir destas observações, podemos reafirmar que a falta de investimento no mobiliário e nos objetos de decoração reflete uma distância afetiva entre os membros, aumentando o obstáculo para o provimento emocional e psicológico. Os ambientes físico e psicológico destas famílias não se revelam como lugar saudável, onde a comunicação e o investimento afetivo sejam providos de saúde acatando as diferentes necessidades psicológicas de cada um (Berenstein, 1998; Winnicott [1967]1999).

Os conteúdos representativos sobre as **concepções culturais de adoecimento** revelam uma preocupação com a qualidade e o hábito alimentar, mesmo que não corresponda à realidade da família, como vimos nas Famílias 3, 5

e 8. Os hábitos de alimentação denotam um das principais concepções acerca das perturbações da saúde do corpo para as Famílias 3 (p.141), 4 (p.141), 5 (p. 142), 7 (p. 143) e 9 (p.145). Além disso, as famílias apontam a diferença de qualidade entre o alimento natural, produzido no interior, e o industrializado elaborado na cidade, como um dos maiores problemas para a saúde.

As Famílias 1 (p.139), 5 (p.142), 7 (p.143) e 10 (p.145) acrescentam que a privação material, o trabalho e as obrigações excessivos revelam outra face da moeda da doença. Porém, um fato nos chamou a atenção e vem confirmar uma expressão cultural das famílias. A Família 7 manifesta a auto-medicação como um hábito cultural comum, contribuindo para a problemática da saúde. Podemos confirmar a mesma situação nas Famílias 1, 6 e 8. Isso nos leva a crer que alguns sintomas somáticos também estão associados ao uso de medicação por conta própria e que podem evoluir para doenças mais graves com o uso excessivo de remédios, como nos casos de tentativas de suicídio nas Famílias 2, 4 e 8.

As representações sobre saúde e adoecimento são direcionadas às questões familiares, reunindo um número significativo de aspectos subjetivos dessas relações. Além das ideias de Sontag (1984) e de Almeida Filho (2000), podemos afirmar que o aspecto psicológico é balizador dos aspetos biológicos e culturais de saúde e, em determinados momentos, eles preponderam sobre estes aspectos. Geralmente, as pessoas não reconhecem como devem enfrentar a doença e suas facetas, pois acreditamos que ora não aprenderam sobre si mesmas por intermédio do outro, ora passaram por momentos tão críticos na família que não houve “tempo” para se reconhecerem como sujeitos. O sofrimento, em alguns casos, advém de circunstâncias e de condições psicológicas surreais desde a tenra fase de seus desenvolvimentos. A diferença está no potencial psíquico de cada família e de cada sujeito para o enfrentamento destas situações críticas antecessoras de doença.

As concepções subjetivas de adoecimento também apontam o investimento afetivo e a qualidade da convivência como grandes balizadores da saúde do grupo. A falta de investimento no convívio compromete o vínculo e reforça ações comprometedoras de uma geração a outra. Esses dados indicam que a relação familiar aparece como coadjuvante da representação da saúde (Fortes & Baptista, 2004). Em alguns casos ainda, a condição de saúde e de adoecimento reflete um desconhecimento sobre as histórias culturais da família, como observamos nas

Famílias 3 e 7. Assim, ponderamos que as emoções e o sofrimento não expressados se tornam excitações psíquicas soltas, que circulam em toda a atividade pré-consciente dos membros e reaparecem principalmente nos momentos de transição das fases do ciclo familiar. As excitações psíquicas estão presentes na realidade psíquica da família e compreendem uma condição do grupo com história geracional de violência. Podemos dizer ainda que esta situação geracional está amalgamada a todas as representações produzidas pelo grupo no enfrentamento de doenças e na compreensão da saúde, independentemente da época, do lugar, da classe social e de valores sociais, como havia dito Scliar (2007). Estes sintomas somáticos podem ser a verdadeira revelação de conteúdos vitais da família e, dessa forma, demonstram que uma compreensão psicossociossomática do adoecimento permitiria incluir a sua trajetória geracional e cultural.

A segunda categoria temática **acontecimento significativos da história familiar** revela subcategorias que reafirmam as questões levantadas pela subcategoria concepção subjetiva do adoecimento. Verificamos que os conteúdos representativos aparecem em maior número nas subcategorias violência, conflito e doença. A relação entre cuidadores e somatização e história de perdas e somatização compreende uma questão consagrada por estudos, como os de Marty (1988).

A convivência com pessoas doentes e o enfrentamento da própria doença aparecem como segundo dado representativo dos acontecimentos da história, marcando grandes mudanças no cotidiano da família e atingindo diretamente o estado de saúde dos cuidadores. A somatização, portanto, acontece também por outro viés, através do desgaste da relação entre o doente crônico e membros cuidadores, conforme observamos nas Famílias 1 (p.147), 2 (p.148), 4 (p.149), 5 (p.149), 7 (p.150) e 10 (p.152). Percebemos ainda que os casos de câncer vêm acompanhados por um contexto de violência contínua e persistente, desde a fase da infância. Isso nos leva a pensar que o sentimento de perda e a depressão podem surgir em consequência do contexto da violência e não somente após a morte de entes queridos, conforme encontramos nos estudos de Marty (1988, 1998).

Diferenciamos violência de conflito por elencarmos situações que ultrapassaram as condições humanas mínimas de convivência em grupo. As Famílias 3 (p.149), 5 (p.149) e 8 (p.151) apontam particularidades da convivência

com um membro alcoolista que provocava intensas brigas e discussões, culminando em agressões físicas e psicológicas. A convivência direta com o membro levava a uma privação material e psicológica e, em algumas ocasiões, aconteciam, ao mesmo tempo, as somatizações em alguns membros das Famílias 1 (p.147), 5 (p.149), 7 (p.150) e 8 (p.151). Salientamos que o membro usuário de álcool da Família 1 não era violento, mas que gerava situações de tensão durante alguns acontecimentos como festas e reuniões familiares. A rejeição parental presente nas Famílias 2 (p.148) e 9 (p.152) aparece como uma forma de violência contra a constituição do sujeito, revelando um grande elemento desagregador do vínculo entre pais e filhos desde o início, se repetindo entre gerações. Outras situações, como sequestro e prisão nas Famílias 1 (p. 147) e 10 (p.152), respectivamente, podem ser interpretadas como circunstâncias independentes da convivência familiar.

A maternidade e o nascimento compreendem circunstâncias diferenciadas das situações de violência e de conflitos, aparecendo como episódio satisfatório na vida das Famílias 1 (p. 147), 5 (p.149), 6 (p. 150) e 7 (p.150). Podemos entender que o nascimento se confirma como um dos maiores veículos de mudança na família, pois o momento evoca maior comoção que a demonstrada nos relatos de casamento.

Um aspecto cultural das Famílias 4 (p.149) e 5 (p.149), ligado aos acontecimentos marcantes, está na mudança de cidade e da rotina dos membros da casa. Alguns membros da Família 5 encararam a mudança de cidade como uma ameaça à boa convivência familiar e uma ruptura da fase da infância e da adolescência. Já para a Família 4, a mudança se dá pela entrada de mais membros na residência. O filho de Sg trouxe a esposa e os filhos para morarem com ela e o marido, até que seu filho e nora possam comprar a casa própria. O período de adaptação à nova rotina tem provocado algumas tensões na educação de Naf.

De acordo com os pressupostos dissertados até o momento, a **história geracional** dessas famílias acontece com base na transmissão de heranças pré-conscientes, cujos padrões de comportamento são aceitos por alguns membros até certo tempo. À medida que crescem e se casam e têm filhos, os membros repetem alguns padrões como a violência entre mãe e filhos, segundo observamos nas Famílias 2 e 8. E outros sinalizam os problemas, delatando os conflitos e tentando transformar os impasses como nas Famílias 2, 5, 7 e 8.

A identificação aparece como norteador e base da constituição afetiva das famílias. Há casos, porém, em que os sujeitos não repetem as modalidades identificatórias dos conflitos familiares, por apresentarem maior capacidade de diferenciar-se na elaboração de suas identidades. Kaës (1997) aponta o processo de identificação como a base da transmissão entre gerações, assim, julgamos que boa parte da herança de conteúdos conflituosos na família será interrompida pela doença, pois, de maneira paradoxal, o sujeito se identificará com um traço que possibilitará o reconhecimento de si mesmo em meio aos impasses do grupo. Podemos pensar que a somatização compreenderia uma forma de identificação diferenciada do sujeito com a malhagem genealógica familiar, dando impulso à transformação na trama vincular. A somatização na família compreenderia um modo de enxergar as causas etiológicas do grupo a fim de que ele possa perceber o “si familiar” em meio às pluralidades identificatórias transmitidas. A doença do corpo dá contorno ao corpo das relações intergeracionais e promove um retorno das excitações psíquicas abreagidas e não representadas em um determinado momento da história. A família terá a oportunidade de retomar simbolicamente as representações não elaboradas das excitações conflituosas e violentas. Acreditamos que o grupo passa a ter mais condições de recuperar a sua capacidade de expressão e de elaboração pela via do adoecimento do corpo. O conceito de representação simbolizante de Déjours (1989) nos permite pensar também como uma atividade psíquica necessária à intersubjetividade familiar para que haja retornos constantes aos pontos nodais da convivência e, conseqüentemente, possíveis representações.

A última categoria **história do ciclo de vida ou fases de vida familiar** representa outra maneira de enxergarmos a trajetória da família, confirmando os episódios vivenciados como significativos. As passagens pelas fases de vida na família são lembradas, também, como conflituosa e, predominantemente sem orientação entre pais e filhos. De acordo com as lembranças acerca dos casamentos, nascimentos, infância e adolescência, verificamos que as transições são vivenciadas como impasse, pois os membros encontram dificuldades de se sustentarem como provedores psíquicos, principalmente diante das necessidades demandadas pelos filhos.

De um modo geral, as famílias demonstram maior impasse no período da adolescência, quando há sucessivas exigências de transformações e elaborações.

Percebemos que grande parte das famílias, menos a 1 (p.156), 9 (p.169) e 10 (p.171), está com seus desenvolvimentos afetivos comprometidos desde a infância e a adolescência por persistentes situações violentas. Na grande maioria, elas são praticadas pelos pais e ocorrem na forma de surras e abuso sexual por genitores usuários crônicos de álcool. O ambiente violento e de desamparo na infância e na adolescência deixa vulnerável a saúde dos sujeitos e colabora para que as tentativas de suicídio aconteçam em alguns casos, conforme observamos nas Famílias 4 (p.159) e 8 (p. 166). As situações de conflito revelam a limitação da família diante dos momentos de aquisição e de transição, gerando impasses entre a tradição e o desconhecido.

Podemos supor que a falta de orientação sexual aparece nas Famílias 1 (p.156), 2 (p.157), 6 (p.163), 7 (p.164) e 10 (p.171) como uma maneira de proteção contra as próprias limitações e desconhecimento sobre o assunto. Além disso, podemos compreender essa situação como uma leitura cultural com base em um tabu geracional, regida pela cultura religiosa. Temas como sexo e menstruação reacendem a sexualidade do grupo e o deixam expostos ao próprio despreparo diante das intempéries subjetivas do corpo.

A família retorna a sua própria adolescência (Cervený; Berthoud, 2010) para que possa crescer, porém pensamos que é nela que verificamos maior barreira contra as possibilidades de mudança. Assim, os descompassos existentes entre a demanda do sujeito e o atendimento às suas necessidades pelos pais compreendem um fator de risco para o adoecimento somático, por serem reforçados mais ainda pelos conflitos repetitivos vivenciados anteriormente. A falta de conhecimento de alguns membros sobre sexo, menstruação e gestação é evidente, e assim é transmitido aos outros. Por outro lado, entretanto, em determinado momento da vida, aqueles que não receberam orientação da família procuram obter com outras pessoas as informações necessárias. A falta de orientação e informação em geral na família impulsiona alguns membros a buscarem uma rede de apoio fora de casa.

Postulamos que os acontecimentos e as fases de vida aparecem como fatores de condicionamento de adoecimento somático, por compreenderem momentos de intensa exigência de investimento libidinal e de representação na família. As relações familiares com conflitos intensos e com histórias de violência persistentes ou episódicas comprometem a saúde do grupo ao longo do tempo.

Verificamos que tais situações culminam em alguns adoecimentos na fase adulta. Observamos que há predominância de situações conflituosas nas famílias durante as suas fases do ciclo vital e maior número de somatizantes. Houve poucos relatos de momentos satisfatórios, conforme identificamos nas Famílias 6 (p.163), 8 (p.166), 9 (p.169) e 10 (p.171), que também culminam em adoecimentos repentinos e agudos, conforme vimos nas Famílias 1 (p.156), 5 (p. 161), 7 (p. 164) e 8 (p. 166), em consequência de situações violentas episódicas ou cumulativas.

Também observamos que as situações de violência e de conflito começam na união conjugal e se estendem na relação com os filhos, como nas Famílias 1 (p.156), 2 (p.157), 3 (p.158), 4 (p.159), 6 (p.163), 8 (p.166) e 10 (p.171). Identificamos que os principais fatores desestruturantes da família partem da violência conjugal em consequência do uso de álcool por um dos cônjuges desde o início do namoro. Ainda verificamos que a falta de apoio psicológico mútuo, a dificuldade de expressão de sentimentos e a falta de conhecimento das vicissitudes da própria demanda interna do casal diante das fases do ciclo compõem esses fatores.

Nas Famílias 2, 3 e 8, a violência praticada não só pelos pais, mas também pelos filhos corresponde a padrões de comportamentos herdados ao longo das gerações (Ruiz Correa, 2000a; Benghozi, 2000). A repetição da violência impede o fortalecimento do vínculo familiar, comprometendo as fases de aquisição e impedindo as opções de transformação. (Cervený; Berthoud, 1997). Percebemos que, em boa parte, os pais garantem os cuidados físicos, mas não os psicológicos e emocionais, comprometendo a negociação, os acordos e as comunhões entre os membros. Esta situação implicaria um impasse entre a bagagem herdada da geração anterior e do potencial psíquico do grupo, colaborando para a limitação e para a capacidade de reconhecimento e de elaboração dos problemas pelos membros.

As necessidades das crianças e dos adolescentes são vistas como ameaças para um padrão repetitivo de fatos desconhecidos e até negados pelo grupo. O casal parental se vê como filho de seus pais, como nos disseram Cervený & Berthoud (1997), e as necessidades de seus filhos o coloca à prova de sua capacidade de *holding*. Vimos um grande duelo estabelecido entre a condição de casal e de casal parental com relação aos filhos, em que as fantasias, mitos e censura criados para proteção contra os sentimentos dolorosos, acabam por

prejudicar as organizações relacionais. Os conflitos dos pais com os seus pais reaparecem na relação com os filhos, conforme nos apontam Pincus e Dare (1987), contudo além do aparecimento da angústia e da ansiedade, o sentimento de solidão e a dúvida sobre o sentimento de pertença abalam o vínculo e até promovem ações autodestrutivas que levam a somatizações mais graves. Também devemos considerar que o uso de álcool e tabaco muito cedo, no início da adolescência, contribui para o agravamento desse quadro.

Percebemos que o início da relação conjugal, tanto quanto o período da gestação e do nascimento de um filho, estão impregnados de fatos não resolvidos e muito menos elaborados sobre suas famílias anteriores. Nas Famílias 2, 5, 7, observamos o abandono e o sentimento de solidão da mulher durante o período da gravidez, pois alguns cônjuges passaram a beber e a retomar a “vida de adolescente”, saindo com os amigos e se mostrando indiferentes à condição das esposas. A sobrecarga das responsabilidades com a casa, a educação do filho e até a financeira se acentuam com o período da gravidez.

Nessa direção, podemos indicar que os fatos marcantes do passado nas famílias se projetam de maneira intensa nas primeiras fases de aquisição - a união do casal e o nascimento do primeiro filho - pois há uma extrema dificuldade de diferenciar as bagagens trazidas de suas famílias anteriores, daquelas a serem construídas com a nova família. Sentimentos e ressentimentos servem como chancelas aos pensamentos elaborativos, provocando um desgaste intergeracional e perda da capacidade dos membros de se manterem como apoio psíquico ao outro.

Embora não tenha representado um dado expressivo, a convivência satisfatória na família aponta um modo de viver que agrega recursos psicológicos para o enfrentamento de doenças como expressam as Famílias 1 e 5. Existe ainda uma repetição de comportamentos conflituosos, que se acirram com a doença de alguns membros, estendendo a situação para as gerações futuras, como demonstram as histórias das Famílias 2 e 8.

Diferentemente da concepção de Carter et al (1995), a família não passa pelas fases de vida, conforme esperadas, somente por causa de sua intensa movimentação social e cultural. Investigamos que as fases de vida da família são atravessadas sem que os membros possam vivenciá-las como deveriam, de acordo com as suas defesas, escolhas e necessidades psicológicas. O comprometimento

do grupo como continente de apoio psíquico reforça o desencontro das atenções e dos investimentos afetivos entre os membros. Grande parte desta condição se inicia com a escolha conjugal não realizada de acordo com a escolha amorosa, e sim com base numa compreensão cultural do sujeito e da família. M. da Família 2 disse que queria casar para ter “liberdade”, que significava sair da casa, onde vivenciava muitos problemas de violência com a mãe e o padrasto.

Nesse enfoque, acreditamos que a história de violência na família partiria de uma escolha conjugal conturbada. A imposição ou invasão do outro na escolha conjugal compreende uma continuidade de violências contra a constituição subjetiva. Verificamos uma clara relação entre falta de investimento afetivo na relação conjugal com somatizações de crise, acompanhadas pelo sentimento de abandono, como observadas nas Famílias 1, 2, 7, 8 e 10.

Conforme os pressupostos de Aulagnier (1979), Déjours (1989), Benghozi & Féres-Carneiro (2003) e Ruiz Correa (2007), a violência deteriora o grupo como continente psíquico e espaço físico, se entregando às pulsões mais vis ao invés de direcionar as excitações naturais e excedentes, oriundas de etapas naturais do desenvolvimento. O grande acúmulo de “invasões” e de situações sem sentido impulsiona os membros de um lado para o outro, numa movimentação sem coordenadas e aviltantes às promoções de saúde.

A comunicação de alguns membros das Famílias 1, 2, 3, 5 e 8 se mostra confusa, atropelada e reticente, principalmente em momentos de extrema excitação e emoção, não dando espaço ao choro, ao riso e à palavra propriamente dita. O silêncio e a indiferença são os principais aparatos do funcionamento simbólico do grupo e reforçam a sua dificuldade de sustentação simbólica. A falta de reconhecimento do lugar do outro na trama familiar é denunciada pelos membros de forma intensa e agressiva nas Famílias 2, 5 e 8. As doenças estão amalgamadas a uma ligação, na qual há um crescimento progressivo da desubjetivação, da relativização da lei interna, da desestabilização afetiva, das confusões hierárquicas de papéis e funções e das lembranças insuportáveis.

Além de compreender um modo de identificação diferenciada na família, interpretamos que a somatização representa, antes de tudo, uma invasão aniquiladora do outro no corpo do sujeito adoecido, devido a um excesso de excitação libidinal produzido pelo discurso geracional familiar sem direcionamento representativo e sem apoio psíquico do ambiente sobre as cargas

traumáticas e conflituosas. A dificuldade de escoamento representativo do grupo impõe uma sucessão de atitudes invasivas ao outro de maneira intensa e persistente. A família caminha num compasso paradoxal entre acolhimento e invasão da subjetividade, cujo reconhecimento da alteridade pode representar uma condição limítrofe da saúde do grupo. Isso quer dizer que a repetição dos conflitos tanto pode ser quebrada como reforçada a cada nova formação familiar. Essa condição nos leva a crer que a maioria dos adoecimentos tem como base os problemas familiares. Por isso vimos que, mesmo sem ter consciência disso, a grande maioria associou sua doença aos problemas da vida em família.

Existe uma grande limitação na promoção de saúde, pois o grupo possui grandes dificuldades de pensar sobre seus problemas e de reconhecer o espaço de cada um na constituição familiar. Na verdade, acontecem projeções intensas sobre o outro, traduzidas por acusações mútuas infundáveis sem deixar espaço para que as figuras provedoras possam renascer e desempenhar a sua função mediadora. Devido ao fato de que, muito cedo, alguns sujeitos estão expostos à violência, há uma grande dificuldade de pedir ajuda e de aceitar o outro numa função acolhedora. Assim, podemos considerar que as famílias são vítimas de sua própria ignorância, mas ao mesmo tempo responsáveis pelas mudanças adiadas.