

Considerações Finais

Por mais de uma década e meia, desenvolvemos trabalhos com famílias, seja atuando na clínica, seja trabalhando em pesquisas e projetos de extensão. Toda experiência e vivência nos conduziram a esta densa pesquisa de doutorado que permite ao leitor inúmeras análises e constatações. As famílias que passaram pela nossa vida profissional fazem parte de cada postulação teórica lançada, pois nada poderia ser pensado se as mesmas não nos tivessem autorizado o conhecimento de suas histórias de vida.

Na época em que trabalhamos com famílias carentes numa cidade do interior do Pará, o desejo de dar atenção ao grupo em seu *locus* de convivência era despertado. Mais tarde, demos continuidade a esta caminhada com os estudos do mestrado, que se estenderam nas questões desenvolvidas nesta tese. Primeiramente, defendemos a sugestão de um retorno à escuta em domicílios que proporciona mais informações da realidade familiar do que se estivéssemos em outro contexto. Como sugestão de trabalhos futuros na saúde coletiva, a presença de um psicólogo na casa destas pessoas pode representar um avanço e um diferencial nos cuidados com a saúde primária, ainda que ele seja considerado um especialista.

A montagem do espaçograma pela equipe de pesquisa permitiu uma visualização da movimentação do lar, mas que terá maior riqueza se for construído pelos sujeitos em outras ocasiões. A montagem da casa revelou ser uma técnica mediadora importante a ser explorada numa investigação de pesquisa, seja em uma intervenção ou em uma pesquisa clínico-qualitativa. A representação simbólica projetada nos lugares e objetos serve de base para a compreensão da dimensão da história geracional, permitindo destacar duas maneiras de produções de saúde do grupo. A primeira através da realidade psíquica produzida pelo grupo em seu ambiente natural, e a outra pela realidade externa vivenciada pelos sujeitos. Isso nos leva a crer que, em casa de famílias, podemos visualizar a extensão do ambiente psicológico muitas vezes velado nas consultas ambulatoriais

e em consultórios particulares e hospitais. Os objetos, móveis, espaço, decoração funcionam como projeções da realidade psíquica familiar e a funcionalidade da casa revela as palavras e os movimentos dos membros na dimensão do real.

Várias reflexões foram propostas acerca dos temas investigados, a partir de ampla revisão teórica dos conceitos e ideias já estudados na literatura, mas que foram acrescidos de novas questões. Em primeiro lugar, revisamos o conceito de somatização, respeitando as diferenças teóricas e propondo uma articulação com os aspectos subjetivos e culturais da família. Por isso, compreendemos a somatização como um processo que pode ser explicado também por duas áreas do conhecimento: a Psicossomática e a Psicossociossomática.

Consideramos que a Psicossociossomática promove interlocuções trans-conceituais sobre o binômio saúde-doença e sobre a concepção biopsicossocial de saúde da Organização Mundial da Saúde. É deste lugar que podemos escutar, sentir e dizer da palavra e do sintoma do outro dentro de um contexto interdisciplinar. Temos em mente que adoecer faz parte da natureza humana, da vicissitude da própria saúde e das diversas formas de expressão da dinâmica familiar. De um modo paradoxal, a doença indica como a família deve administrar a própria saúde relacional. Sendo assim, entendemos a somatização como o que há de melhor e de pior na relação familiar, pois abre caminho para uma introspecção de todos os acontecimentos mais significativos das ligações intersubjetivas, revelando o lado desconhecido de uma trajetória de vida. As marcas no corpo revelam o tempo, o destino e a herança impostos também à composição da subjetividade.

A doença é transmitida entre gerações, não só pelo determinismo genético, mas pelos fantasmas e mitos criados pela cultura e pelas identificações, dando continuidade às representações e às tradições do grupo. Nos casos estudados, podemos pensar em modos diferenciados de transmissão da saúde e da doença sem que nos preocupemos com a relação entre o tipo de doença e transtorno mental. Por outro lado, essas tradições são colocadas em xeque pela doença, ao apontar uma grande dificuldade da família de sustentar as condições psíquicas internas, principalmente os vínculos estabelecidos a partir de identificações com a problemática transgeracional. A representação da família apresenta-se presa a um passado, desarticulando a movimentação entre palavras, pensamentos e comportamentos para o atendimento de suas necessidades psíquicas. Assim,

observa-se que uma das grandes dificuldades da família está no enfrentamento dessa movimentação, muitas vezes provocado pelo embate cultural e psicológico intergeracional, que conduz a diferentes formas de intersubjetivação da promoção de saúde e da doença. Ainda podemos dizer que há necessidade de estudar as maneiras de algumas famílias ao resistirem e enfrentarem as complexas e violentas formas de relacionamento e acontecimentos que invadem suas histórias.

Outro ponto a considerar está no risco de adoecimento na família. O risco psíquico para o adoecimento consiste em um conjunto de situações da história de um sujeito que a interpreta como conflituosas, violentas e não superadas. Assim, mais uma vez indicamos que há estreita ligação entre doença e história familiar, quando esta está associada às situações de violência e conflitos intensos e persistentes, que aparecem nas atitudes ressentidas de culpa e cobrança entre os membros. Ao analisarmos o contexto das doenças dessas dez famílias, verificamos a associação entre ideia de saúde e de doença com os acontecimentos significativos que antecederam e mobilizaram todo o grupo, favorecendo uma baixa e um empobrecimento das atividades psíquicas de defesa no decorrer das fases do ciclo vital. Desse modo, sustentamos a questão de que o sujeito não adoecer sozinho e, na maioria dos casos, há a corresponsabilidade do outro nesta trajetória.

Apontamos que a existência do alcoolismo na história familiar como fator coadjuvante de somatização no grupo, principalmente nos casos de hipertensão. A convivência de certos membros com o usuário potencializa as doenças existentes e contribui para o desenvolvimento de outras graves. Entre gerações, em alguns casos, a repetição do alcoolismo reforça o fato de que não só há uma predisposição genética determinante ao uso, como também há transmissão de padrões de comportamentos e hábitos que prejudicam a promoção da saúde dos membros. As famílias que não possuem história de repetição do alcoolismo apresentam também algumas doenças de crise em alguns membros relacionadas à convivência com o usuário.

Ainda nas histórias familiares e em suas fases, destacamos a violência como grande fator desestruturante apresentando-se como uma das expressões da somatização. As travessias familiares, sob um cenário de violência, principalmente a psicológica, revelam uma desconstituição gradativa e progressiva das relações afetivas e narcísicas do grupo.

Somatização e violência caminham, portanto, lado a lado com a condição de saúde do grupo familiar. Elas representam aquilo que a família não consegue organizar e perceber para que haja uma mudança necessária. Uma das consequências da violência familiar é a somatização, em que se registra o flagelo das alianças inconscientes e pré-conscientes, levando a família ao não cumprimento de sua função estruturante. A doença se releva mais em adultos que sofreram com situações de extremo conflito ao longo do tempo. Eles se mostram sem perspectivas de futuro e, tampouco, procuram e acreditam numa melhora.

O silêncio de histórias de abusos sexuais, incesto, negligência parental, violência conjugal, rejeição parental e falta de afeto e atenção indicam que os membros têm enorme dificuldade de se enxergarem como sujeitos do grupo. Suas atitudes levam à anulação do lugar do outro na trama familiar. A subjetividade e a necessidade aparecem de maneira transparente e invisível aos olhos do outro, transformando-se em uma ameaça em cada etapa de vida. Algumas somatizações são repetitivas, mas a repetição da violência supera em maior número as condições relacionais entre as gerações. As situações de violência sutil dão novos sentidos aos adoecimentos repentinos e às tentativas de suicídio. Por tudo isso, os sujeitos somatizantes na família aparecem como porta-voz de segredos que não puderam ser revelados, ao mesmo tempo em que a doença representa a concretização de um desinvestimento afetivo gradativo.

Desse modo, damos ênfase à questão da somatização na família proveniente do baixo investimento afetivo e de uma destituição do ambiente familiar como continente de apoio psicológico. A violência na família é um fator desestruturante da saúde, que promove um acúmulo de excitação e invasão libidinal de um sujeito ao outro, de maneira descompensada, dificultando a operação do pré-consciente e fragilizando a capacidade de representação e de elaboração dos sujeitos. Por conseguinte, o grupo familiar compromete a capacidade de sustentar-se como ancoradouro psíquico e de servir aos membros como forma de constituição da saúde.

Outra referência está no resgate das histórias familiares pela escuta clínica. As lembranças marcantes de episódios comoveram os membros e engessam o potencial do grupo para novas perspectivas e projetos. Os sujeitos se vêem mobilizados pelas suas dificuldades e limitações, reatualizando os mesmos comportamentos de seus parentes diante de outros membros. Ao contrário do que

esperávamos, as famílias não negam ou desmentem os membros delatores de seus segredos. Percebemos que o silêncio deles é conivente, pois os sujeitos em silêncio não tiveram a oportunidade ainda de pensar sobre eles mesmos e de formular uma representação construtiva.

Atribuímos à capacidade de transformação de todas as famílias devido à grande adesão nas entrevistas. Ao permitirem que “um estranho” entrasse em suas casas e “escutasse” a sua privacidade, estavam prontos a relatar sobre suas histórias de sofrimento. Mesmo assim, há grande dificuldade de expressão, de transmissão e de comunicação entre os membros sobre o que pensam e o que são. Este descompasso colabora para o impasse existente em cada etapa de aquisição e de mudança na família. A falta de identificações saudáveis dificulta as representações criativas.

A oportunidade de um confronto dos problemas é possível e viável na atenção básica, para que se possa estabelecer outro nível de diálogo e intervenção na saúde. As técnicas mediadoras podem ser ministradas pela equipe de saúde com o objetivo dos fatos serem narrados e pensados, interagindo com a realidade psíquica da família. As intervenções psicológicas ajudam o grupo a recuperar a sua identidade, integrando o corpo, a alma, o espaço físico e a cultura na promoção da saúde.

Atentamos ainda que, durante as fases do ciclo de vida, as histórias de violência e somatização se reatualizam. É diante da união conjugal, do nascimento, da primeira infância, da infância e da adolescência que os provedores se perdem na capacidade de gerenciar as demandas psíquicas do grupo. Eles se apresentam fragilizados e sem condições de sustentarem diversas situações mais subjetivas. Vimos que isso ocorre mais precisamente no início da formação da família, com a união do casal, quando há o encontro de duas histórias conflituosas perpetuadas com a gestação e o nascimento dos filhos. Verificamos que muitos filhos não conhecem, verdadeiramente, os sentimentos e os pensamentos de seus pais. Esse fato se figura num desencontro familiar, que se propaga por todas as tentativas de negociação e de acordos. A obrigação dos pais se restringe aos cuidados com o provimento material, e poucos reconhecem e aceitam cuidar do aspecto psicológico. Muitos membros alegam que sexo e menstruação não foram assuntos aprendidos e que, portanto, não sabem informar seus filhos. Assim, alguns filhos ainda repetem este padrão e outros buscam apoio em redes sociais.

Em relação ao afeto, podemos observar modos diferentes de expressão com base na cultura passada entre gerações. Porém, mesmo diante das demandas dos filhos, poucos pais endossam o pedido de carinho e de atenção solicitado pelos mesmos diante dos períodos de maior transformação. Os sentimentos de vergonha e de culpa aparecem como censuras das relações afetivas que, por sua vez, colocam em questão o sentimento de pertença e de filiação, expressados através de comportamentos dependentes, como no uso de álcool, e das sensações de solidão e de abandono.

Acreditamos que a escuta do pré-consciente da família é um caminho de investigação das formas de reconstrução da malhagem genealógica e da vinculação afetiva. As representações fragmentadas compreendem uma combinação de projeções, introjeções, fantasias e mitos construídos para defesa do grupo contra situações de violência e de conflitos. As situações de violência na história familiar atuam como uma herança sem lei e organização, que ataca e interrompe a continuidade do vínculo consangüíneo, afetivo e cultural sobre as diversas formas de representação da saúde.

Este trabalho, portanto, abre possibilidades de intervenção, pois apresenta uma clínica de família na atenção básica capaz de acolher e desenvolver ações promocionais para novas representações e novos sentidos de saúde. Esta pesquisa aponta a escuta do psicólogo como alternativa de atenção primária para a prevenção e tratamento de doença. O trabalho interdisciplinar do psicólogo com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e agentes de saúde permite ampliar diálogos e visualizar caminhos de intervenção, circunscrevendo as leituras cultural, social e familiar que incidem sobre a intersubjetivação de elementos de risco à saúde do sujeito.

Ainda o trabalho permite que os relatos de episódios censurados, como os de abuso sexual e violência, nunca antes revelados, possam colaborar para a ação mais efetiva da equipe de saúde. O desconforto gerado entre usuário e equipe produzia um grande problema de relacionamento, abrindo espaço para projeções dos conflitos familiares.

Mesmo sem caracterizar uma pesquisa-intervenção e não constar de nosso objetivo geral, este trabalho permitiu visualizar mudanças no comportamento dos sujeitos durante as nossas entrevistas. Devido à boa aceitação das famílias e à troca de informações com os profissionais de saúde, algumas mudanças foram

percebidas em 25% delas. Dentre tais mudanças, destacamos a redução do uso de medicação inadequada ou excessiva. Ocorreu também o redirecionamento de tratamentos junto aos médicos e assistente social, sem que houvesse a interrupção destes em consequências dos conflitos familiares. Outro ponto relevante foi o fato de que alguns pacientes mudaram a sua aparência, apresentando-se com maior asseio e preocupação com uma atividade de trabalho, visando a uma melhor qualidade de vida.

Estas informações podem servir de base para novas estratégias de ação dos profissionais de saúde. Conhecer a dinâmica familiar ajuda a equipe a redefinir alguns tratamentos específicos e, no caso dos agentes de saúde, estas informações podem contribuir para a construção dos limites de trabalho a serem respeitados em suas intervenções, uma vez que estes profissionais pertencem à comunidade e são vizinhos de muitas famílias assistidas. Em relação aos médicos e enfermeiros, estas informações podem colaborar na desconstrução de diagnósticos falseados pela depressão latente, pela histeria grave, pela história geracional de conflitos, pela transmissão da cultura da saúde e da doença e pelo desconhecimento de segredos como a história de uso crônico de álcool de alguns membros.

É importante pensar em intervenções mais efetivas, que consigam “escutar” realmente as famílias. Diante deste enfoque, a nossa preocupação não foi somente a de coletar informações para uma pesquisa, mas acompanhar continuamente os grupos que necessitavam de maior atenção e que estavam em situação de extremo conflito e risco. Este fato não foi registrado em nossa discussão, mas conferiu dois atendimentos familiares por mais de dois meses, quando então alguns membros tentavam suicídio, e outros apresentavam quadro de depressão. A partir deste trabalho, pudemos registrar que é possível atuar na saúde primária da família e em uma pesquisa-intervenção futura, abrindo espaço para novos modos de atuação do psicólogo.

Reconhecemos que este trabalho não se esgota com as observações realizadas. A amplitude da relação entre saúde e família caminha de acordo com os vínculos e a cultura estabelecidos, transcendendo muitas vezes a época, o local e as condições socioeconômicas.

Enfim, a clínica de família permite a escuta em diferentes contextos e, em algumas ocasiões, com mais detalhes no domicílio. O trabalho de mediação e de interpretação proporciona um reencontro de fatos dolorosos deixados como

marcas na história do grupo familiar, impedindo-o de avançar e assumir plenamente o que diz e o que pensa. A somatização serve de escudo de proteção contra as situações de violência, mas que paralisa e enterra a verdade dos ressentimentos que gerenciam a trama relacional. Os membros persistem em estar juntos para manter o calor do seio da família, mesmo que lhes custe a própria saúde. Percebemos, assim, uma nova situação paradoxal da família na contemporaneidade.