

FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE / FAMÍLIA SAUDÁVEL E SUA
RELAÇÃO COM O CICLO VITAL FAMILIAR**

**Trabalho apresentado ao Instituto
Sistêmico Familiare para obtenção
do grau de especialista em Terapia
Relacional Sistêmica**

**Fernanda Furtado Nascimento
Orientadora: Professora Dra. Maria Aparecida Crepaldi**

FLORIANÓPOLIS, JULHO 2007.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA**

P A R E C E R

Trata o presente de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Sistêmico Familiar para obtenção do grau de especialista em Terapia Relacional Sistêmica, elaborado pela aluna Fernanda Furtado Nascimento, sob orientação da Prof.^a Maria Aparecida Crepaldi; intitulado **“Concepções de saúde/família saudável e sua relação com o ciclo vital familiar”**.

O trabalho em tela tem por objetivo “Investigar se o período do ciclo vital familiar interfere nas concepções de saúde e de família saudável dos responsáveis pelos cuidados com a saúde de seus membros”. Está estruturado em 8 capítulos – Introdução, Objetivo Fundamentação teórica, Metodologia, Análise dos Resultados, Considerações finais, Referências bibliográficas e Anexos.

Após leitura e análise do mesmo observa-se que o tema escolhido é relevante e sua importância está justificada nos capítulos de Introdução e Fundamentação teórica.

Trata-se de um estudo qualitativo, cuja metodologia está adequadamente relatada e consoante com os objetivos propostos. Ao investigar o tema a partir das vozes das famílias do bairro Médio Aririú, o estudo traz significantes contribuições ao processo de trabalho do terapeuta familiar no contexto da atenção básica à saúde.

Considerando o exposto acima, sou de parecer favorável a aprovação do referido Trabalho de Conclusão de Curso.

Seguem em anexo algumas contribuições para análise da aluna e sua orientadora.

Prof.^a Dra. Daniela Lemos Carcereri

Florianópolis, 07 de julho de 2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico esse trabalho a Deus, meus pais, irmãos, sobrinho, minha família estendida, aos pacientes e seus familiares, as professoras Cida e Denise, as amigas de curso, aos amigos de todas as horas e tantos outros companheiros de caminhada que me ajudaram a nascer, crescer e me desenvolver como pessoa e como profissional.

SUMÁRIO

I.	Introdução	05
II.	Objetivo	07
III.	Fundamentação Teórica	08
	III.1) O Sistema Único de Saúde – SUS	08
	III.2) O Programa de Saúde da Família	10
	III.3) A Saúde como Conceito	13
	III.4) O Sistema Familiar	15
	III.4.1) A Família ao Longo da História	15
	III.4.2) Concepções de Família	16
	III.4.3) A Família e seu Processo Evolutivo	21
	III.4.4) A Família e o Programa de Saúde da Família	28
IV.	Metodologia	30
	IV.1) Caracterizando a pesquisa	30
	IV. 2) Conhecendo os sujeitos e seus contextos	32
	IV. 3) A Coleta de Dados	33
V.	Análise dos Resultados	34
VI.	Considerações Finais	55
VII.	Referências Bibliográficas	57
VIII.	Anexos	61
	Roteiro Original das Entrevistas	61
	Definição das Fases segundo Berthoud	62
	Protocolo de Análise das Entrevistas	63

I. Introdução

Esse trabalho surgiu do interesse em refletir sobre uma pesquisa que investigou sobre o Programa de Saúde da Família e que resultou numa dissertação de mestrado intitulada “(Re)Pensando Saúde, SUS e PSF: com a Palavra as Famílias do Médio Aririú – Palhoça/SC”. Para discorrer sobre essa temática buscou-se identificar a saúde como direito de todos e dever do estado e, como um dos caminhos possíveis para a efetivação do direito à cidadania.

Para a pesquisa de mestrado foram realizadas entrevistas com os principais responsáveis pelos cuidados com sua e a saúde dos demais membros da família, os quais eram os principais mediadores entre os serviços de saúde públicos, privados ou conveniados.

A partir da re-leitura desses depoimentos coletados foram revistas as categorias de concepção de saúde e a concepção de família saudável e suas relações com o ciclo vital familiar das pessoas entrevistadas, que é o tema dessa monografia.

A Fundamentação Teórica desse trabalho consta de uma síntese histórica e dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado no Brasil com a promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988 (CF 88). O Programa de Saúde da Família (PSF) foi apresentado, bem como o conceito ampliado de saúde, que atualmente orienta as diretrizes básicas e determina as ações em saúde pública no país. Faz parte ainda desse primeiro capítulo um histórico sobre a instituição familiar; a concepção de família segundo autores dessa temática e aspectos do ciclo vital familiar. Esse capítulo encerra-se com algumas pontuações sobre o trabalho das equipes e a estratégia de saúde da família.

No capítulo IV são apresentadas a descrição dos métodos utilizados e a citação dos referenciais metodológicos utilizados, bem como uma contextualização sócio-geográfica do município, local de residência das pessoas entrevistadas.

Para elaboração dos dados coletados ou resultados da pesquisa foi estruturado um protocolo de análise (anexo), que contém, além do nome das famílias, trechos das entrevistas sobre a concepção de saúde / família saudável e as categorias que foram encontradas. Esse protocolo foi sistematizado a partir da classificação dos quatro ciclos de vida familiar descritos por Cervený e Berthoud (1997, 2000) e foi utilizado como

instrumento de análise dos dados coletados. Os resultados encontrados estão contemplados no capítulo V dessa monografia, juntamente com uma apresentação das famílias e do genograma das mesmas.

A reestruturação do modelo de atenção básica em saúde no Brasil, que iniciou na década de 90 do século XX, com a implantação e implementação da estratégia de Saúde da Família trouxe novos questionamentos em relação às práticas em saúde coletiva e colocaram como protagonista desse modelo a família e a comunidade onde está inserida.

Entender e respeitar a família como um sistema vivo, dinâmico e histórico, no qual se estabelecem os primeiros contatos sociais e que tem como funções primordiais a promoção do desenvolvimento (físico, mental e social), a nutrição alimentar, moral e afetiva, a proteção e a segurança de seus membros e que está em constante troca com outros sistemas familiares, comunitários e sociais, deve ser a premissa básica de um pesquisador ou de qualquer profissional que trabalhe com famílias.

A família como sistema vivo está sujeita a transformações e períodos de crise que podem abalar o equilíbrio e a organização familiar e, vir acompanhados de sintomas e adoecimento de um ou mais membros da família. Para um terapeuta familiar entender como as famílias vivenciam esse processo e como as concepções de saúde / família saudável interfere na busca de soluções para lidar com essa situação podem auxiliar em suas estratégias interventivas frente à família. Do mesmo modo, entender se existe uma relação entre a forma como a família concebe o processo de saúde / doença e o momento do ciclo vital pelo qual passa o principal cuidador da família, ajuda a criar melhores formas de orientar e intervir terapeuticamente junto a essa família.

Na atenção primária, o psicólogo ou terapeuta familiar pode auxiliar na compreensão relacional do processo de saúde / doenças dos indivíduos e de suas famílias, contribuindo no planejamento e nas ações educativas, preventivas e curativas das equipes de saúde da família.

As conclusões desse trabalho, bem como suas contribuições estão presentes no Capítulo V – Considerações Finais.

II. Objetivo

Investigar se o período do ciclo vital familiar interfere nas concepções de saúde e de família saudável dos responsáveis pelos cuidados com a saúde de seus membros.

III. Fundamentação Teórica

Este capítulo propõe-se a apresentar um breve histórico da constituição do SUS e suas prerrogativas básicas, bem como o estabelecimento e as diretrizes principais do Programa de Saúde da Família (PSF) e o conceito ampliado de saúde. O histórico da instituição familiar, bem como a concepção de família e a evolução de seu ciclo vital também foram contempladas neste.

III.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O processo de construção e institucionalização do SUS para autores como Mendes (1996) e Cunha & Cunha (2001) deve ser compreendido como resultado de um conjunto de embates político, ideológicos e tecnológicos travados entre os diversos autores sociais ao longo de várias décadas, principalmente a partir dos anos setenta.

Mendes (ibdem) referiu que o serviço de atendimento brasileiro em saúde do século XX, passou do modelo sanitarista/campanhista (da década de vinte até meados da década de sessenta), pelo modelo médico-assistencial privatista (de sessenta e cinco até os anos oitenta) até o modelo de assistência que começou a se delinear no final da década de oitenta até os dias atuais, que inclui o SUS.

Essa trajetória (...) *tem de um lado uma determinação econômica e, de outro, a concepção de saúde que vige, na sociedade, num determinado momento.* (p. 58). Para esse autor, enquanto a economia brasileira baseava-se num modelo agrário exportador, o sistema de saúde cumpria uma política de saneamento que controlava as áreas de circulação e exportação das mercadorias, bem como das doenças que pudessem prejudicar as áreas de plantio.

Nas décadas seguintes, com a expansão das atividades industriais e o acelerado crescimento urbano, surgiu uma massa de operários que deveriam ter acesso a serviços de saúde. Nesse período, segundo Mendes (1996, p.59): (...) *o importante já não era sanear os espaços de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando suas capacidades produtivas.* Para atender a essa demanda surgiu um modelo médico assistencial curativo e privativo, com políticas de saúde hospitalocêntricas e de baixa resolutividade.

Para Da Ros (1991), após o processo de reabertura política do final da década de setenta e início da de oitenta, existiam duas correntes ideológicas predominantes no setor saúde. A primeira formada por representantes do complexo médico-industrial, que defendia a privatização dos serviços de saúde. E a outra corrente representada pelo Movimento Sanitário que lutava pela reorganização, reestruturação e democratização da saúde coletiva no Brasil.

Nesse cenário, aconteceu em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação maciça das instituições e de profissionais que atuavam nesse setor. Os resultados dessa conferência influenciaram significativamente na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e na elaboração dos preceitos constitucionais relacionados ao setor saúde.

A Assembléia Nacional Constituinte resgatou as propostas da VIII CNS, criou o SUS e reconheceu nos artigos 196 e 197 da nova Constituição (CF 88) a saúde como direito de todos e dever do Estado e definiu as ações e serviços de saúde relevantes e de responsabilidade do poder público. O artigo 198 apresentou as diretrizes das ações e dos serviços públicos de saúde – rede regionalizada, hierarquizada e sistema único, de descentralização, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas (LOAS). A Lei nº 8080, de 19/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A Lei nº 8142, de 28/12/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.

O SUS apresenta como objetivo principal, segundo Vasconcelos e Pasche (s/d: 538), “formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde”. A atuação desse sistema abrange um conjunto de ações e serviços distribuídos e de competência nas três instâncias governamentais do SUS.

Recentemente foi lançado o Pacto pela Saúde, Portaria nº 648/2006, fruto dos debates travados pela necessidade de se superar os vícios burocratizantes do processo de descentralização “tutelada” e a defesa da radicalização do processo de descentralização, que objetiva ser uma proposta de um novo pacto de gestão. O pacto pela saúde desmembra-se em três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida, que deve traduzir-se no empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a um conjunto de prioridades (como a qualificação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde).

O Pacto em defesa do SUS propõe recolocar a saúde como um espaço de mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e a efetivação do SUS como política de Estado e com financiamento público suficiente para suprir as necessidades da população.

O Pacto de gestão propõe introduzir inovações nas relações intergovernamentais e apresenta como prioridades as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - fortalecer a participação e o controle social; promover o revigoramento do processo de planejamento e de programação com racionalização e integração dos instrumentos; adotar a regionalização como estratégia prioritária para a organização do sistema e das redes de atenção; precisar as responsabilidades sanitárias das esferas de governo e alterar a lógica de alocação de recursos e as modalidades de transferência, superando a intensa fragmentação existente.

A partir desse breve histórico, verifica-se que o SUS deve ser entendido como uma nova lógica de estruturação e organização das ações e dos serviços em saúde pública, conveniada ou privada.

III.2 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

O Ministério da Saúde (MS), em publicação do ano de 1997, apresentou o PSF como:

“(…) um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos o

conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.”(p. 09)

Dessa maneira, o PSF prevê o desenvolvimento de estratégias voltadas para as ações coletivas de promoção e proteção a saúde, além de colaborar na organização do SUS, através de políticas de descentralização e municipalização da saúde. A implantação do PSF depende da decisão da administração municipal com a anuência do Conselho Municipal de Saúde do projeto apresentado e, a discussão com as comunidades a serem atendidas.

A composição das equipes de saúde da família (ESF) previstas para esse novo modelo de Atenção Básica em Saúde, também foi apresentada na mesma publicação do MS, na qual constava que a equipe mínima¹ deveria ser formada por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde da família (ACS)², que atendessem uma área com até 4.500 pessoas.

As ações das ESF devem estar voltadas para a prevenção de doença e promoção de saúde da população atendida. Desse modo, os profissionais da equipe devem participar da discussão e organização do processo de trabalho da ULS e desta da comunidade em que está inserida. E, para melhor cumprir essas atribuições, estes devem estar preparados para conhecer a realidade das famílias que atendem, com ênfase em suas características sócio-econômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de riscos que a população estão expostas; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações que atuam na comunidade para enfrentamento conjunto dos problemas detectados; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e adequada à demanda na ULS, na

¹ A equipe mínima de saúde, de acordo com publicação do ano de 2001, continua sendo recomendada com essa mesma composição, sendo que “(...) profissionais como assistentes sociais, psicólogos e outros, poderão ser incorporados ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.” (BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, p. 193)

² De acordo com as recomendações do MS, o ACS deve ser uma pessoa da própria comunidade, que seja preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e zelarem pela saúde da comunidade. O ACS deve estar vinculado a Unidade Local de Saúde (ULS) mais próxima de sua área de atuação e de sua residência. O MS aponta os requisitos necessários para ser um ACS: ter no mínimo dezoito anos de idade, ser alfabetizado, residir na comunidade há pelo menos dois anos, passar por um processo seletivo, que inclui provas escritas e entrevista individual e coletiva. Para realizar o seu trabalho, o ACS deve ser treinado e orientado por um enfermeiro, denominado de intrutor-supervisor (Fonte: <http://www.saude.gov.br/programas/pacs/pacs.htm>)

comunidade, no domicílio e no acompanhamento aos atendimentos nos serviços de referência ambulatorial; valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, fundamental no processo de cuidar; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e incentivar a formação e participação ativa nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde. (BRASIL, 1997, 2000 e 2001)

“Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência do positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.” (Brasil, MS, 2000)

Para atingir tais propostas, as ESF devem realizar além dos atendimentos ambulatoriais, as internações e visitas domiciliares e os grupos comunitários, segundo as orientações do MS (BRASIL 1997, 2000 e 2001)

A visita sistemática do ACS ao domicílio das famílias atendidas garante, segundo o MS (2000), o estreitamento do vínculo, o monitoramento e o cuidado das famílias em situações de risco ambiental e social, o atendimento a pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, além de permitir um conhecimento maior das condições de vida das famílias atendidas. Por esse motivo, para Takahashi e Oliveira (2000, p.43), a visita domiciliar constitui um instrumento imprescindível no planejamento e na execução de ações que visem a promoção da saúde das famílias e da comunidade.

O trabalho com grupos, como estratégia do PSF, exige dos profissionais de saúde a aquisição de alguns conhecimentos básicos sobre as relações interpessoais, a escuta atenta e a garantia do respeito e do sigilo das informações compartilhadas nos encontros. Assim, esse trabalho *exige capacitação, no sentido de garantir efetivamente uma postura de*

respeito e troca de vivências, no intervalo das quais, as informações técnicas possam ser transmitidas e elaboradas. (BRASIL, 199, p.43)

Para Nascimento (2004, p. 62), o trabalho educativo e terapêutico realizado através de grupos – voltados à recuperação da auto-estima, a troca de experiências e saberes, apoio mútuo e melhoria do cuidado pessoal, ambiental, familiar e social – possibilita aos participantes, enquanto sujeitos sociais, reagirem conscientemente aos agravos que interferem no adequado desenvolvimento individual e coletivo.

III.3 A Saúde como Conceito

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Da Ros (2000) ao fazer uma crítica desse enunciado, defende que a saúde é um objeto de investigação altamente complexo, que perpassa pelas áreas biológica, psicológica e social.

O referido autor citou algumas modificações que o conceito de saúde foi apresentando ao longo da história humana, desde a teoria miasmática à Medicina Social, passando pela teoria bacteriana. A partir dos avanços tecnológicos e científicos no final do século XIX e início do XX, principalmente da microbiologia, estabeleceu-se uma concepção de doenças causada por agentes patogênicos. Como conseqüência, as ciências da saúde foram fragmentadas em especialidades, foi desenvolvido todo um arsenal para combater e eliminar os agentes causadores de doença e rompeu-se definitivamente com o modelo da medicina social, no qual os determinantes sociais fazem parte do processo de adoecimento individual e coletivo.

No Brasil, a perspectiva de saúde marcadamente biologista e individualista, direcionou as ações nesse setor voltadas para a vacinação em massa e higienização de casas e lugares públicos, como a única possibilidade de prevenir doenças. Nos anos sessenta, aconteceu a implantação do modelo positivista, hospitalar e fragmentado em diversas especialidades médicas, conhecido como modelo flexneriano. Ainda segundo Da Ros (2000), somente com o surgimento do Movimento Sanitário na década seguinte, que essa concepção de saúde começou a ser questionada.

Entretanto, foi somente com a realização da VIII CNS que se conseguiu assegurar nos documentos oficiais brasileiros, uma concepção de saúde como *resultante das*

condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em: Comissão Nacional da Reforma Sanitária: Documento 1, 1986)

A ampliação da concepção de saúde vinculada aos aspectos sociais e a garantia de acesso à educação, à moradia, à segurança, ao trabalho, ao lazer, a participação permite um redimensionamento das políticas públicas em saúde, voltadas prioritariamente à promoção em saúde e a qualidade de vida da população.

Nas pesquisas realizadas por Bosi e Affonso (1998, p.358 – 360) na cidade do Rio de Janeiro³ e Mascarenhas et ali (2003, p. 32) no município catarinense de Biguaçu, foi possível identificar uma pluridimensionalidade do conceito de saúde que apareceram nas respostas das pessoas entrevistadas.

Fundamentadas em Minayo (1988), Bosi e Affonso (1998, p.358) citaram algumas dimensões que apareceram nas explicações formuladas pelos usuários entrevistados, que foram de ordem natural, relacionando a saúde aos fenômenos da natureza; de ordem psicossocial, incluindo os sentimentos e emoções; de ordem sócio-econômica, relacionando com as condições materiais e financeiras e de ordem sobrenatural ou espiritual.

Na pesquisa realizada por Mascarenhas et ali⁴ (2003, p.33) sobre concepção de saúde, foram encontradas as seguintes subcategorias: Hábitos e Estilo de Vida Saudável, que concentra as citações referentes a uma alimentação rica e variável, dormir bem, ter cuidados com a higiene pessoal, praticar exercícios físicos e não ter vícios ou estresse; Capacidade Funcional e Utilitária do Corpo; Ausência de Doença; Acesso a Assistência Médica ou aos Serviços de Saúde; Bem-Estar; Fator Primordial ou o Aspecto mais Importante da Vida e Graça Divina, que indica um entendimento sobre saúde coexistente com uma enfermidade.

³ O estudo desenvolveu-se junto aos usuários que freqüentavam as Unidades de Saúde pertencentes à Área Programática 3.1 (AP-3.1) do Município do Rio de Janeiro, sendo que a referida área abrangia a região da Ilha do Governador e Leopoldina (38 bairros e 84 favelas), com uma população estimada de 14,5% da população total do Município do Rio de Janeiro. (Carvalho, 1991 em Bosi e Affonso, 1998, p.356)

⁴ Essa pesquisa foi realizada nos bairros Rio Caveiras e Praia João Rosa, local de residência de famílias de média e baixa rendas, algumas migrantes de outras regiões do estado catarinense e de outros estados brasileiros.

Para os pesquisadores supracitados, as concepções de saúde / família saudável apresentadas pelos entrevistados estavam impregnadas por *representações, frutos da realidade social que vivenciam*. (MASCARENHAS et ali, p.31) Concepções estas similares com as apresentadas pelas pessoas entrevistadas neste trabalho de pesquisa.

III.4 O SISTEMA FAMILIAR

III.4.1 A família ao longo da História⁵

Osório (1996, p.24) destaca que a origem da organização familiar encontra-se na própria trajetória filogenética e que não é exclusividade da espécie humana, tendo em vista que se encontra em outras espécies animais, sob distintas formas e configurações. Enfatiza a universalidade dos agrupamentos humanos ao longo da evolução da espécie.

Etimologicamente a palavra família deriva do vocábulo latino *famulus*, que significa servo ou escravo e pode estar relacionada à natureza possessiva das relações familiares mais antigas, nas quais as mulheres e os filhos submetiam-se integralmente as vontades dos esposos e pais.

Ainda de acordo com Osório (1996), surgiram diversas teorias sobre a origem da instituição familiar. Algumas se fundamentaram nas funções biológicas, outras nas funções psicossociais da famílias e, outras teorias apontaram as questões referentes a parentalidade, isto é , as funções paternas e maternas para explicar o nascimento do grupo familiar.

Estudos antropológicos, citados pelo autor, identificaram que nas famílias primitivas predominava a forma de organização matriarcal, existindo duas explicações para esse fenômeno: uma delas aponta para o fato do desconhecimento da participação do macho no processo de reprodução e a outra relaciona o matriarcado com o estilo de vida itinerante dos povos antigos e a forma como estavam organizadas as atividades cotidianas, com os homens afastando-se dos acampamentos para caçadas e as mulheres permanecendo para cuidar dos rebentos. Seguindo essa linha de pensamento, o desenvolvimento da agricultura e a instalação em moradias fixas seriam os principais responsáveis pela progressiva instalação do patriarcado.

A família monogâmica, modelo da sociedade ocidental, tem sua origem vinculada a constituição da propriedade privada e na garantia da transmissão desta para herdeiros

⁵ Esse item foi integralmente fundamentado no livro “Família Hoje”, de Luiz Carlos Osório

legítimos, o que exigiu a fidelidade conjugal e a demarcação do território da parentalidade. Ao citar Engels, Osório (1996, p.27) explica que a família monogâmica foi a primeira fundamentada sobre condições sociais e econômicas e não mais naturais.

Para Osório, as transformações nas estruturas familiares não aconteceram linearmente, tendo em vista que cada cultura que predominou num determinado momento apresentou uma constituição familiar singular. Assim, ao comentar sobre os diversos núcleos familiares que existiram desde as civilizações antigas, passando pela família aristocrática, camponesa, burguesa, operária até a família da “aldeia global” desse século, o autor observou que a estrutura e a função da família humana estiveram e estão intimamente relacionadas às transformações sócio-econômica e cultural ao longo do processo histórico.

A família, de acordo com Osório (p. 47), pode ser considerada como um *laboratório de relações humanas*, no qual se experimentam e aprimoram-se os modelos de convivência interpessoal, que repercutem na construção de uma sociedade mais ou menos solidária.

III.4.2 Concepções de Família

O sistema familiar é o primeiro e o mais importante na vida dos indivíduos. Ao considerar-se o aspecto da intergeracionalidade pode-se afirmar que esse sistema tem uma continuidade e um nível de complexidade que, para estudá-lo, é necessário compreendê-lo no seu contexto mais amplo, que inclui o social, o cultural, o econômico e o cronológico, entre outros.

Dessen e Braz (2005, p.121) mencionam que as abordagens contemporâneas no estudo da família vêm constituindo seu objeto fundamental em duas premissas principais. A primeira aponta que a definição de família deve levar em consideração a opinião de seus membros, considerando a afetividade e a proximidade com os entes queridos como critérios para a composição de família. A segunda premissa estabelece que são diversas as possibilidades de estruturação familiar no contexto atual, não se restringindo a uma única forma. Para essas autoras (2005, p.119)

“De acordo com a concepção ecopsicológica, familiares são aqueles com os quais mantemos um vínculo baseado na intimidade e nas relações intergeracionais. Essa visão incorpora variáveis externas e características das relações entre os cônjuges, entre genitores e filhos e entre estes e outras pessoas que podem fazer parte da família. Essa visão incorpora também aspectos próprios dos cinco sistemas

ecológicos: o macro, o exo, o meso, o micro e o cronossistema. Em cada um desses existem variáveis que influenciam a formação e a caracterização da família.”

O estudo da família e as relações que os seus membros mantêm entre si deve estar integrado ao contexto sócio-histórico-cultural. Afirmam que as inúmeras mudanças sociais e culturais que aconteceram ao longo das últimas décadas promoveram verdadeiras revoluções na própria concepção de família e, contribuíram para a sua construção teórica enquanto um sistema complexo, que promove a sobrevivência, o desenvolvimento e a socialização das crianças, além de ser um espaço de transmissão de cultura, significado social e conhecimento comum agregado ao longo das gerações. (DESSEN E BRAZ, 2005)

Como afirma Osório (1996, p.14) família não é um conceito unívoco. Por isso, pode-se descrever as várias estruturas familiares ao longo do tempo, mas não é possível defini-la ou encontrar algum elemento comum a todas as formas com que se apresenta esse agrupamento humano. Apesar dessas dificuldades, o autor arrisca uma definição de caráter operativo para os propósitos de seu texto, definindo família como:

“(…) uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos) – e que a partir dos objetivos genéricos de ser preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”. (OSÓRIO, 1996, p.16)

O autor considera que a família pode se apresentar, grosso modo, em três formatos básicos: a nuclear (constituída pelo casal e sua prole); a extensa (composta por outros membros que tenham laços de consangüinidade) e a abrangente (inclui as relações de parentesco, que não são biológicas).

Osório (1996) divide as funções da família em biológicas, psicológicas e sociais, as quais estão intimamente relacionadas e confundem-se umas com as outras. Do ponto de vista biológico, não é a função reprodutiva a tarefa primordial da família, mas sim o *assegurar a sobrevivência dos novos seres através dos cuidados requeridos pela condição*

*neotênica*⁶ da espécie humana. (1996, p.16) Ou seja, a função biológica da família é a de garantir a sobrevivência da espécie através dos cuidados dispensados aos recém-nascidos.

Para esse autor, *uma primeira e fundamental função psíquica da família é prover o alimento afetivo indispensável à sobrevivência emocional do recém-nascido.* (ibidem) Outra importante função psíquica da família é a contenção das angústias existenciais dos seres humanos durante seu processo evolutivo. Entre as funções sociais da família, descritas pelo referido autor (1996, p.21) está a transmissão dos conhecimentos historicamente acumulados pela humanidade, bem como o exercício da cidadania e o reconhecimento do arcabouço cultural da sociedade em que se vive.

Osório (1996, p. 22) menciona que, de acordo com o enfoque circular, essas funções da família devem considerar os mecanismos de *feedback* ou retroalimentação, significando que *o exercício das funções familiares não é uma via de mão única e sim um constante processo de trocas, mutualidades e interações afetivas.* Vale ressaltar que é na interação e na relação entre os diversos membros da família que acontece uma troca constante e mútua, a qual permite a construção e reconstrução dos papéis familiares.

Cervený em Cervený e Berthoud (2002, p.17) concorda com Andolfi que afirma que:

“A família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes. Esse processo dual de continuidade e crescimento assegura a diferenciação de seus membros. A necessidade de diferenciação entendida como a auto-expressão de cada indivíduo funde-se com a necessidade de coesão e manutenção da unidade no grupo com o passar do tempo. Teoricamente o indivíduo é membro garantido em um grupo familiar que seja suficientemente coeso e do qual ele possa se diferenciar progressivamente e individualmente, tornando-se cada vez menos dependente em seu funcionamento do sistema familiar original, até poder separar-se e instituir, por si mesmo, com funções diferentes, um novo sistema”.

⁶ Condição neotênica da espécie humana é definida por Osório como a *impossibilidade de sua descendência sobreviver sem cuidados ao longo dos primeiros anos de vida, foi, sem dúvida, responsável pelo surgimento do núcleo familiar como agente de perpetuação da vida humana, (...) cuja prole também necessita a provisão de alimentose proteção por parte de indivíduos adultos enquanto não pode fazê-la por seus próprios meios.*” (1996: 16)

Segundo a referida autora, numa perspectiva sistêmica, o ser humano é compreendido como um ser inserido em sistemas, sendo que o primeiro e o principal é a família. Por isso o ciclo de vida de cada pessoa acontece dentro e ao mesmo tempo em que o seu ciclo de vida familiar. Então, cada participante do sistema influencia e é influenciado pelo contexto familiar, sendo *essas influências mútuas que formam o cotidiano da vida familiar*. (Cervený em Cervený, Berthoud e colaboradores 1997, p.26)

Neder (2000) pontua que o modelo de família-padrão, proveniente da família patriarcal burguesa de origem européia, introduzido no país a partir do processo de urbanização/industrialização brasileira no início do século XX, torna-se inviável para representar as multiplicidades étnico-culturais que constituem a composição demográfica brasileira. Por esse motivo, para essa autora, torna-se mais adequado trabalhar com a idéia de “famílias brasileiras” provenientes de várias origens sociais, como as indígenas, semitas e africanas, com estruturas matriarcais, poligâmicas, entre outras.

Corroborando com esse entendimento Cervený em Cervený, Berthoud e colaboradores (1997, p.33-34) escreveu que *a diversidade de modelos, a amplitude do território, as diferentes colonizações, a miscigenação, as imigrações, as monstruosas diferenças socioeconômicas existentes em nosso país tornam difícil à generalização de uma família brasileira*. De acordo com essa autora, não é possível refletir e teorizar a partir de um único modelo familiar brasileiro, pois várias foram e são as influências que construíram e que continuam construindo as famílias nesse país.

Para clarear ainda mais esse entendimento sobre a família brasileira, apresenta-se aqui uma citação de Da Matta (198, p.25) utilizada por Cervený (ibdem):

“(…) uma reflexão mais crítica sobre a família permite descobrir que, entre nós, ela não é apenas uma instituição social capaz de ser individualizada, mas constitui também principalmente um valor. Há uma escolha por parte da sociedade brasileira, que valoriza e institucionaliza a família como uma instituição fundamental à própria vida social. Assim, a família é um grupo social, bem como uma rede de relações. Funda-se na genealogia e nos elos jurídicos, mas também se faz na convivência social intensa e longa. É um dado de fato da existência social e também constitui um valor, um ponto do sistema para o qual tudo deve tender”.

Chauí (1994, p.144-5) escreve que é no âmbito familiar que vai se construindo um conhecimento informal sobre o espaço, o tempo e as relações sociais. É nesse espaço que

acontece a transmissão oral de experiências, de informações e de outros aprendizados importantes para a vida de seus membros. De acordo com essa autora:

“(...) é na família que se elabora um conhecimento crítico da sociedade, uma avaliação das classes sociais, as dimensões do espaço social e do tempo histórico, da condição presente e das possibilidades de modificá-la. Possui uma ‘estratégia de sobrevivência’ para o presente e constrói um ‘projeto para o futuro’, além de avaliar o que foi seu passado”.

De maneira similar a Osório, Cerveny e Chauí, Vasconcelos (2001, p.151) também considera que o âmbito familiar além de ser um lugar de cuidados básicos necessários a sobrevivência dos indivíduos e de transmissões culturais e morais fundamentais ao convívio social é, acima de tudo, (...) *um lugar privilegiado de vivência do afeto, da intimidade e propiciando um papel fundamental na formação da identidade do indivíduo e na construção da noção de cidadania na sociedade.*

De acordo com esse autor, no contexto urbano, onde as relações com as outras instituições sociais são bastante frágeis e instáveis, é na família em que as relações pessoais tornam-se mais duradouras e com maior vínculo afetivo, tendo em vista que (...) *ali o fato de alguém estar desempregado não significa que deixe de ser filho de fulano, irmão de sicrano e amigo de beltrano.* (VASCONCELOS, 2001, p.104).

Vasconcelos (2001), identifica que uma das peculiaridades encontradas nas classes populares brasileiras é o fato de estarem se constituindo com uma função de previdência social, devido, em parte a precariedade de recursos e o abandono assistencial dos órgãos governamentais. Outro ponto marcante no que diz respeito às classes populares é a dependência da rede de apoio da vizinhança e das relações de parentesco. Essa rede de apoio material e afetivo possibilitaria, segundo o autor, a sobrevivência financeira e emocional do grupo.

A família como primeiro e mais importante grupo social, não pode ser mais considerada como um sistema simples, estável, objetivo e seguindo uma construção linear ao longo do tempo. A família constitui-se como um sistema vivo, ativo, complexo e em constante movimento, que promove a sobrevivência e a socialização de seus membros. É, portanto, responsável pela nutrição alimentar, proteção, desenvolvimento e apoio emocional e pela transmissão de valores éticos, estéticos, culturais e espirituais, além de

ser o espaço primeiro para o exercício da cidadania, assumindo desse modo, funções biológicas, psicológicas, pedagógicas e sociais.

Como sistema ativo em constante transformação é um organismo complexo que se modifica e que se mantém para permitir sua continuidade e evolução, além de assegurar a diferenciação, o pertencimento e a construção da identidade de seus membros.

A família é um sistema que faz parte e que interage com outros, modificando-se e modificando-os ao longo do tempo. Por ser um sistema cambiante, ela (a família) é marcada por contradições, pois ao mesmo tempo em que precisa se manter com padrões culturais e relacionais próprios deve permitir o crescimento psicossocial de seus membros e garantir a comunicação e as trocas com o mundo externo.

Vale ressaltar que cada família, em seu tempo e ao seu modo, constrói e ajuda a construir novas formas de convivência e de interação entre seus membros, seus ancestrais e as gerações vindouras, bem como destes com a sociedade em geral. Por esse motivo é um espaço rico de informações e conhecimento que deve ser cada vez mais investigado e respeitado.

III.4. 3 A família e seu processo evolutivo

De acordo com Cerveny em Cerveny e Berthoud (2002, p.20) existem muitos prismas sobre os quais se pode descrever uma família: suas origens étnica e racial, sua inserção cultural / social e assim por diante. Essa autora propôs-se a olhar a família dentro da perspectiva do seu ciclo vital.

Cerveny (2002, p. 20) define Ciclo Vital Familiar como *um conjunto de etapas ou fases definidas sob alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal, entre outros) pelos quais as famílias passam, desde o início da sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram.*

Para Duque (1996, p.78), o desenvolvimento adequado do ciclo de vida familiar inclui *períodos de transição, de passagem, durante os quais o equilíbrio e a organização familiar são abalados.* Estes períodos transitórios de crise acontecem em todos os sistemas familiares e são caracterizados por certa dose *de conflitos e ansiedade provocados por rupturas nas regras e padrões de funcionamento até então estabelecidos, podendo vir com*

manifestações sintomáticas ou queixas somáticas, as quais podem estar expressando o modo como a família está lidando com as mudanças de seu ciclo de vida.

Ainda segundo Duque (1996, p. 78), para que a família amadureça deve aprender a *suportar este abalo no seu sistema de crenças, de forma a poder criar novas condições de convivência, discutindo e renegociando regras e funções anteriormente determinadas a cada um, incluindo necessidades e reivindicações afetivas anteriormente inexistentes*.

Nesse trabalho, fundamentando-se em Cerveny e colaboradores, considerar-se-á o ciclo vital familiar como as diversas etapas de crises naturais evolutivas que a família, enquanto sistema vivo, passa ao longo de sua história.

Autores diversos que estudaram o tema dividiram o ciclo de vida familiar em diferentes números de estágios e a partir de diferentes marcos, apresentados no quadro a seguir:

Duvall (1957)	Hill e Rodgers (1964)	Minuchin e Fishman (1990)	Carter e McGoldrick (1989)	Cerveny e Berthoud (1997)
Casais sem filhos	Jovem casal sem filhos	Formação do Casal	Saindo de casa: jovens solteiros	Fase da Aquisição
Família com filhos até 30 meses	Estágio expansivo (nascimento dos filhos)	Família com crianças pequenas	O novo casal	Fase Adolescente
Família com crianças pré-escolar (2 a 6 anos)	Estágio estável (educação dos filhos até lançamento do 1º filho)	Família com crianças em idade escolar / adolescentes	Família com filhos pequenos	Fase Madura
Família com crianças em idade escolar (6 a 13 anos)	Estágio de Contração (até saída do último filho)	Famílias com filhos adultos	Famílias com Adolescente	Fase Última
Família com filhos adolescentes (até 20 anos)	Pós parental – Casal sem filhos.		Lançando os filhos e seguindo em frente	

Família com jovens adultos			Famílias no estágio tardio da vida	
Casal na meia idade				
Envelhecimento				

Dos autores apresentados, Cerveny em Cerveny e Berthoud (200, p.23) chama a atenção para o fato de que ao contrário dos três primeiros, Carter e McGoldrick introduziram em sua classificação a noção de intergeracionalidade.

Essas autoras propuseram estágios do ciclo de vida das famílias, com base nos estudos realizados com as famílias americanas de classe média na década de 80 do século XX, os quais ajudam a entender melhor a dinâmica e o desenvolvimento das famílias ao longo do tempo, mas não podem ser generalizados para todos os tipos de famílias e culturas.

Carter e McGoldrick (2001) dividiram em seis os estágios de ciclo vital da família, os quais serão brevemente apresentados.

Estágio 1 – O Lançamento do Jovem Adulto Solteiro: É o momento em que o jovem adulto separa-se física e/ou emocionalmente da família de origem, sem rompimento ou fuga. Nesse estágio, o indivíduo depara-se com responsabilidades relativas ao cuidado com a residência independente, com as questões financeiras e emocionais. É o momento de estabelecer objetivos de vida pessoais, fazer escolhas do que levar da família de origem e do que deixar para trás e tornar-se um “eu” independente, diferenciado dos demais.

Estágio 2 – A União das Famílias no Casamento: O Casal: Tornar-se um casal é uma das tarefas mais complexas e difíceis do ciclo de vida familiar, segundo as autoras, pois requer que duas pessoas renegociem juntas um rol de decisões, as quais eram tomadas individualmente com ou sem a participação das famílias de origem, como os hábitos de comer, dormir, fazer sexo, trabalhar, relaxar, entre outras. Também existem as decisões a respeito das tradições e rituais familiares que serão mantidos, reformulados ou excluídos da vida a dois. Outra questão a ser negociada é os relacionamentos com os pais, os irmãos, amigos, família ampliada e colegas.

Compreendido dessa maneira, o casamento representa mais do que a união de duas pessoas, pois é a modificação de dois sistemas inteiros e uma sobreposição que envolve um terceiro subsistema. O novo casal coloca para a família o desafio de abrir-se para um estranho que se torna um membro oficial de seu círculo íntimo e, simboliza uma transformação no status de todos os membros da família e das gerações.

Estágio 3 – Tornando-se Pais: Famílias com Filhos Pequenos: Tornar-se um progenitor é evento bio-psicossocial que marca um estágio e tem um significado diferenciado para homens e mulheres. A mudança para esse estágio requer que os adultos avancem uma geração e se tornem cuidadores da geração mais nova. Para os avós, a mudança nessa transição é a de passar para uma posição secundária, em que podem permitir aos filhos serem as autoridades paternas principais e estabelecerem um vínculo afetivo diferente com os netos, que tenha intimidade, sem responsabilidade. Com o nascimento de uma criança, todos os membros da família avançam um grau no sistema de relacionamentos: de sobrinho ou sobrinha para primo ou prima, de irmão ou irmã para tio ou tia, de pai e mãe para avô e avó, de marido e mulher para pai e mãe, construindo um rol de relacionamentos distintos entre iguais e não iguais.

Estágio 4 – A transformação do Sistema Familiar na Adolescência: O período da adolescência dos filhos introduz uma nova definição destes dentro da família e dos papéis dos pais em relação aos mesmos. Esse é o período em que os adolescentes começam a estabelecer seus próprios relacionamentos independentes com a família ampliada.

Na maioria das famílias com adolescentes, um ou ambos pais estão se aproximando da meia idade, a qual, em geral, é um período para se reavaliar a relação conjugal e profissional. Nesse mesmo período, os avós enfrentam as mudanças decorrentes da aposentadoria e do envelhecimento físico, doença e morte. Nesse contexto, os pais podem se tornar cuidadores dos próprios pais ou ajudá-los a integrar as perdas da velhice.

O período da adolescência caracteriza-se, então, por uma exigência nas mudanças estruturais e pela necessidade de renegociação de papéis nas famílias envolvendo pelo menos três gerações de parentes.

Estágio 5 – Famílias no Meio da Vida: Lançando os Filhos e Seguindo em Frente:

Para as autoras é a mais nova, a mais longa e a mais problemática de todas as fases até aqui descritas. O aspecto mais significativo desse estágio é o fato de ocorrer o maior número de saídas e entradas de membros no seio familiar. Ele inicia com o lançamento dos filhos adultos e prossegue com a entrada de seus cônjuges e filhos. Nesse momento, os pais dos pais ou a primeira geração estão envelhecendo, adoecendo ou morrendo.

Na relação conjugal da segunda geração surge, muitas vezes, a necessidade de se estabelecer um novo arranjo matrimonial, tendo em vista que o foco da relação não está mais no cuidado com os filhos, mas na auto-avaliação do casal. Esse estágio de pós-criação dos filhos coincide frequentemente com um período de maturidade emocional e estabilidade financeira.

As dificuldades desse momento relacionam-se a reelaboração dos laços conjugais, dos laços entre pais e filhos, a inclusão de novos parentes e de novos papéis. A maioria dos indivíduos da geração do meio perde um ou ambos os pais e passam eles próprios a ser a geração mais velha.

Estágio 6 - A Família no Estágio Tardio da Vida: Tanto o sistema familiar, quanto seus membros mais idosos enfrentam importantes desafios nesse estágio. As mudanças ocasionadas pela condição de avós, pela aposentadoria, pelas doenças, pela viuvez, entre outras, requerem o apoio familiar das gerações mais novas, o ajustamento às perdas, a reorientação e a reorganização das relações familiares. Um dos maiores desafios desse estágio é lidar com a delicada relação entre a vida e a morte. *Nesse sentido, as transições e tarefas do estágio de vida tardio apresentam um potencial de perda e disfunção, mas também de transformação e crescimento.* (Carter e McGoldrick, 200, p.270)

É importante ressaltar que, para as autoras, a classe social, educação, raça, etnicidade, sexo e local de residência influenciam fortemente o ciclo de vida das famílias, por isso não se deve considerá-lo como um modelo único, padrão, mas como uma possibilidade de consulta e de entendimento no processo de desenvolvimento das famílias.

Cerveney e Berthoud (1997, 2002), ancoradas numa pesquisa realizada no estado de São Paulo, em famílias de classe média, propôs uma caracterização de ciclo vital diferente da disponível pela literatura estrangeira e composta por quatro etapas: Família na Fase de

Aquisição; Família na Fase Adolescente; Família na fase Madura e Família na Fase Última.

A Fase de Aquisição é considerada como a primeira fase do Ciclo Vital da Família e inclui a escolha do parceiro, a união formal ou informal com o parceiro, o nascimento dos filhos e a vida com os filhos pequenos.

Essa fase corresponde a aquisição em todos os sentidos: patrimonial, novas formas de relacionamento e pela (re)organização do sistema em função da definição e adoção de novos papéis de cada um de seus membros.

Incluem-se nessa fase o jovem casal que acaba de se formar e deixar as casas paternas; o casal em segunda ou terceira união; casais de adolescentes grávidos que permanecem morando com os pais; famílias monoparentais, homossexuais e outras que têm em comum o fato de estarem iniciando uma nova configuração familiar.

Nessa fase, podem ser observados três processos, conceituados como: unindo-se, construindo a vida a dois e vivendo a parentalidade.

A família em Fase Adolescente caracteriza-se, segundo a autora, pela profunda transformação de todos os membros da família. De um lado, tem-se os filhos adolescentes experimentando um período de transição e mudanças não somente físicas e hormonais, mas emocionais. De outro, tem-se os pais em transformação.

Portanto, faz-se necessário diferenciar família adolescente de família com filhos adolescentes. Para Berthoud em Cervený e Berthoud (2002:61) é o sistema que adolece, pois tanto os filhos estão na transição da infância para a adolescência, como os pais também estão passando da fase de adulto jovem para adulto maduro. Nessa perspectiva, tanto as crianças tornam-se adolescentes, quanto os adultos tornam-se “adultescentes”.

A característica principal dessa fase é a busca de novos significados existenciais e de novos papéis a serem assumidos no contexto familiar e social. Desse modo, a família adolescente vivencia dois processos fundamentais, que são a reconfiguração da relação entre pais e filhos e a vivência de um novo ritmo de vida em família.

A terceira fase descrita pelas autoras é a Família em Fase Madura, na qual os filhos estão na fase adulta, assim como os pais. Nesse momento, a família apresenta características que envolvem mudanças como: a saída do primeiro filho de casa, a inclusão da terceira geração e parentes por afinidade, cuidados com a geração mais velha e

transformações nos relacionamentos entre cuidadores e cuidados, além do significado e função do casamento.

Essa fase do ciclo vital caracteriza-se por uma situação de transição, o que implica que a família nuclear perca membros para que a nova família possa nascer.

Na fase da maturidade, adultos, pais e filhos desenvolvem suas interações, organizam e desorganizam, integram e desintegram, constroem e desconstróem padrões, normas, regras, valores e crenças familiares. Preenchem as lacunas de seu desenvolvimento com fatos que se perpetuam intergeracionalmente, transmitidos pelas lealdades de vínculos, afetos e sangue. (Cervený, Berthoud e colaboradores 1997, p.118)

A Fase Última constitui o ciclo final descrito por Cervený, Berthoud e colaboradores (1997). A transição para a Fase Última é, na verdade, um momento de mudanças fundamentais que podem ser analisadas sob dois aspectos pontuais: ruptura e continuidade.

Nessa fase, em geral, rompe-se os laços com o trabalho formal após 30 anos de serviço, bem como a perda da autonomia, tão comum na velhice. Há possibilidade do reencontro como casal e de vislumbrar nas futuras gerações a garantia da continuidade familiar.

Essa fase é um momento de reflexão sobre a família que se formou, um momento de balanço para todos os membros. Quando a primeira geração precisa de cuidados, ocorre um movimento na dinâmica familiar, no qual a segunda geração precisa se empenhar para olhar para frente e cuidar de seus filhos e netos, ao mesmo tempo precisa olhar para trás e cuidar de seus pais.

Coelho em Cervený e Berthoud (2002, p.129) cita os três fenômenos encontrados na família em Fase Última: realizar a retrospectiva, viver o presente e fechar o ciclo. A análise da família nessa etapa é bastante ampla, pois apresenta-se verticalmente estendida, inclusive com a memória dos ausentes. *É também complexa porque torna visível os movimentos e mudanças ao longo do tempo, mas nem sempre oferece a clareza de processo para que se compreenda como os fatos interatuam.*

A análise do ciclo vital familiar permite mostrar um movimento da família ao longo do tempo, focando o olhar no passado e no futuro e compreendendo os laços, crenças e tradições que permeiam as diversas gerações e que compõem o sistema familiar.

III.4.4 A família e o Programa de Saúde da Família

Angelo e Bousso (2001) mencionaram a necessidade de se levar em consideração às crenças e opiniões que as próprias famílias têm sobre o significado da expressão “família”, mesmo que o Ministério da Saúde oriente que se cadastre somente os membros familiares que residam na sua área de abrangência.

“(...) Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização”. (200, p.14)

Essas autoras enfatizaram a necessidade da equipe de saúde conhecer o modo como as famílias estruturam-se e organizam-se na divisão da responsabilidade pelo cuidado de seus membros, no intuito de, em conjunto com a mesmas, implantar a melhor forma de assistência possível.

Para tal, sugerem que os profissionais de saúde percebam a família de maneira integral e articulada com diversas redes (de apoio - vizinhos, parentes, amigos; institucionais - igrejas, clubes, escolas, unidade local de saúde, entre outros), sem perder de vista o processo (saúde/doença) de cada um de seus membros.

Com um viés similar, Wagner et ali (s/d, p.01) escrevem que:

“O trabalho em saúde da família, como modelo de atenção primária, deve considerar a família como locus básico de atuação. As técnicas utilizadas para executar o trabalho devem basear-se na realidade local, construindo um fazer consistente que implique a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e obtendo a satisfação não só da população atendida como também da equipe que executa a proposta.”

Os autores defendem que as técnicas para trabalhar com famílias constituem um leque de ações que permite compreendê-las e auxiliá-las a viver melhor o seu potencial, além de fornecerem às equipes instrumentos de trabalho práticos e lógicos que constituiriam a base para a promoção do autocuidado, para a eficiência e resolutividade em saúde. Desse modo, apresentam a Associação, a Avaliação, a Educação em Saúde, a

Facilitação e a Referência como as cinco etapas de trabalho para as equipes de saúde da família.

Wagner et ali (s/d) escrevem que fase da associação é um requisito fundamental para a construção do processo terapêutico. Os autores, referenciados em Paulo Freire, pontuam que é necessário ao profissional de saúde respeitar a realidade e as crenças de seus pacientes, familiares e da comunidade onde atua e estabelecer um espaço de comunicação efetiva.

Depois da associação, o outro passo é a avaliação das famílias através de instrumentos de análise que permitam perceber o modo de funcionar desse grupo. Através dessa análise pode-se explicitar *linhas de poder e decisão da família, seu modo de perceber o processo de saúde e doença, seus recursos naturais, seus apoios internos e comunitários.*(s/d: 02) Essa análise também propicia o planejamento de uma proposta de intervenção, fundamentada na identificação das crenças familiares que interferem no processo de adoecimento - saúde.

Na opinião dos autores, a compreensão da maneira como a doença é percebida e combatida pelos diversos membros da família, o papel que os componentes enfermos ou sadios desempenham no sistema familiar e a identificação das crenças, dos gostos e das estruturas familiares permite que o profissional de saúde amplie seu olhar sobre esse sistema e, juntamente com a família, construa estratégias de enfrentamento a doenças e de promoção à saúde. Os autores citam o Genograma⁷, o Ciclo de Vida e a Rede Social como importantes instrumentos de avaliação.

Ainda segundo Wagner et alli (s/d), o passo seguinte do trabalho com as famílias é o processo de educação em saúde, que, através de uma comunicação adequada, deve priorizar o desenvolvimento do autocuidado e de hábitos mais saudáveis de vida. Para esses autores, a antecipação de situações que permita à família e ao paciente compreender o processo de adoecer e com isto, impor alterações e restrições a suas vidas; bem como os

⁷ Genograma, genetograma ou familiograma - instrumento gráfico que auxilia na identificação de padrões de repetição e de doenças e comportamentos, que permite visualizar as ações a serem desenvolvidas pela família. A análise do Ciclo de Vida das Famílias permite auxiliá-las na compreensão das tarefas a serem cumpridas para passar esses períodos. A Rede Social - Permite visualizar os apoios e as crenças das famílias e, identificar as pessoas chaves para a busca de apoio e amparo e da base cultural da qual está inserida a família atendida.

momentos de informação e de formação podem ser considerados como umas das principais metas e ações do profissional de cuidados primários em saúde.

Outro item que compõe o trabalho das equipes é a facilitação da comunicação entre os membros da família. Segundo os autores (s/d, p.04), os bloqueios ou dificuldades na comunicação entre as pessoas compõem a base de situações estressantes que podem desencadear o processo de adoecimento.

A última etapa de trabalho com as famílias, citada por Wagner et ali (s/d) é a referência para os níveis de maior complexidade, que exige dos profissionais uma exposição de motivos e de resultados a serem alcançados com o encaminhamento, bem como o acompanhamento do paciente e de sua família durante o tratamento.

Em síntese, Nascimento (2004) aponta que os autores citados propuseram que os profissionais de saúde devem reconhecer as múltiplas estruturas e funcionamentos dos diversos sistemas familiares, além de estabelecer uma relação de respeito com as crenças, valores, culturas e contradições que permeiam cada um destes. Portanto, esses são os principais desafios para o profissional que está comprometido em estabelecer parcerias no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção em saúde, que contemplem a participação e a educação popular como metas essenciais de seu trabalho.

IV. METODOLOGIA

VI. 1. CARACTERIZANDO A PESQUISA

Pesquisar é um processo contínuo, gradual e dialético, que envolve posicionamentos teóricos e políticos. Oliveira (2001, p.18) ao citar Wright Mills⁸ (1982), remete a um aspecto essencial do processo de pesquisa, que está relacionado com o tema eleito e a vida do pesquisador. *Os pensadores mais admiráveis - ensina o autor - não separam seu trabalho de suas vidas. Encaram ambos demasiado a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para o enriquecimento da outra.* Oliveira (ibidem: 19) defende que a harmonia entre pesquisa e biografia pode ser muito estimulante, pois

⁸ WRIGHT MILLS, Charles. A imaginação sociológica. Tradução de W. Dutra. 6ª ed. RJ: Zahar, 1982, p. 135

atribui vida ao estudo, retirando da produção intelectual, poeiras de artificialismo que recobrem parte da pesquisa acadêmica.

Para Maduro (1994, p.27), as experiências pessoais e coletivas também influenciam significativamente na maneira de ler a realidade. Sugere que a vida, a experiência pessoal ou interpessoal vai moldando a forma de perceber a realidade e vai configurando o que é ou não conhecimento ou verdade e *influi em que coisas e pessoas vemos como importantes, sérias, centrais, belas, boas, justas, normais, apropriadas ... ou justamente o contrário.*

Frigotto (1994) propõe que o condutor da investigação é o pesquisador, não os dados, sejam eles primários ou secundários. Desde o início, o investigador vai à realidade com uma postura teórica e que a partir do levantamento do material da realidade que se está investigando, é que ele define o método de organização para a análise e apresentação dos resultados.

O método de análise consiste em discutir os conceitos, as categorias que permitem organizar os tópicos e as questões prioritárias e orientar a interpretação e a análise do material. A análise dos dados representa o esforço do investigador para estabelecer conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a realidade pesquisada. É na análise que se estabelecem as relações entre a parte e a totalidade.

Para Minayo (1993), a pesquisa qualitativa procura responder questões bastante específicas, preocupando-se com um nível de realidade que não consegue ser quantificado. A autora explica que a diferença entre quantitativo e qualitativo é de natureza, pois enquanto os cientistas sociais que trabalhavam com estatística apreendiam os fenômenos apenas numa perspectiva mensurável, observável e objetiva, numa abordagem qualitativa aprofundava-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, não possíveis de ser representadas estatisticamente. Portanto, para essa autora, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, mas se complementam para melhor explicar os fenômenos investigados.

Wainer (2000, p.18) de maneira similar refere que atualmente, a tendência da pesquisa em Psicologia está tentando romper com a dicotomia qualitativo x quantitativo, integrando cada vez mais ambas as abordagens na exploração mais aprofundada dos fenômenos estudados, respeitando os limites e vantagens de cada uma delas.

Berthoud em Cerveny, Berthoud e colaboradores (1997, p.137) aponta que existem muitas formas de se pensar e se fazer pesquisa e considera fundamental que na tentativa de alcançar o conhecimento, o pesquisador possa dispor de uma boa dose de flexibilidade e humildade para conseguir adequar as possibilidades reais frente ao desejo de apreender a realidade humana. Para essa autora, *fazer pesquisa é essencialmente um ato de criatividade*, através do qual se consegue adaptar os recursos disponíveis aos objetivos que se pretende atingir.

Considerando-se que tanto os indivíduos e as famílias são sistemas que se desenvolvem no contexto social e influenciam e são influenciados mutuamente pelo mesmo, esse trabalho de pesquisa se propõe a responder a seguinte indagação: A concepção de saúde / família dos cuidadores em saúde relaciona-se ou não com o ciclo de vida familiar atual dos entrevistados?

De acordo com a introdução, foram feitos recortes nas entrevistas realizadas com os principais cuidadores de saúde de suas famílias, residentes no bairro Médio Aririú, situado no município de Palhoça/SC, a fim de levantar quais as principais categorias que se relacionam com o momento atual das famílias.

VI. 2. CONHECENDO OS SUJEITOS E SEUS CONTEXTOS

Para melhor conhecer a população pesquisada, o município de Palhoça e a sua rede de atendimento em saúde serão brevemente apresentados.

Segundo Siqueira e colaboradores (2000), Palhoça foi fundada no dia 31 de julho de 1793 e emancipada do município de São José da Terra Firme em 1894. De acordo com o último censo de 2001, essa cidade possui 325,5 Km² e tem uma população aproximada de 103.000 habitantes. A configuração étnica inclui descendentes de europeus (alemães, italianos, portugueses e açorianos), com uma minoria de negros, libaneses e indígenas (guaranis), entre outros.

De acordo com Silveira (2000), no período de duas décadas, o perfil sócio-econômico do município passou por uma grande transformação, com a redução nas atividades de produção primária, acelerada expansão do setor secundário e a conseqüente urbanização, com invasão e ocupação das áreas de preservação ambiental.

No ano de 2001, de acordo com Schmitt (2001), a rede pública de atendimento em saúde de Palhoça era coordenada pela Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social e tinha como órgão consultivo e deliberativo o Conselho Municipal de Saúde. O município dispunha, ainda segundo a referida autora, de programas básicos de atenção à saúde.

A Lei Municipal nº 1044/2000⁹ criou vinte equipes de Saúde da Família e determinou os profissionais que formariam as equipes de cada unidade, bem como as atribuições de cada profissional e das equipes em geral, entre outras providências. No ano de 2002, através de processo seletivo, foram contratadas as primeiras equipes e o PSF começou a ser implantado no município, incluindo a ULS do Médio Aririú, localidade onde as pessoas entrevistadas residiam.

Conhecer o contexto geográfico, histórico, econômico e social ajuda a entender e situar-se frente aos diversos padrões culturais e familiares locais, dos quais fazem parte as pessoas entrevistadas. O foco da pesquisa não é o indivíduo isolado e sim este em suas diversas relações e contextos que permeiam e constituem os sistemas familiares, comunitários, da unidade de saúde, entre outros.

VI. 3. A COLETA DE DADOS

Os instrumentos dessa pesquisa foram às entrevistas semi-estruturadas com questões abertas sobre os membros da família (idade, situação profissional, escolaridade, estado civil) e a concepção de saúde e de família saudável. A fase posterior foi encontrar os trechos referentes a essas temáticas nas entrevistas transcritas.

A partir dessas informações foi construído um protocolo de análise das entrevistas (em anexo), que foi o ponto de partida para o levantamento dos dados e construção dos resultados apresentados no próximo capítulo.

⁹ Essa lei foi alterada pela Lei nº 1363/2001, a qual dispõe, por exemplo, sobre a atribuição do odontólogo nas unidades de saúde da família e pela Lei nº 1557/2002, que estipula em 267 o número de vagas para o cargo de ACS.

V. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Encontrou-se, a partir de um estudo minucioso das concepções de saúde / família saudável presentes nos depoimentos das entrevistadas, duas categorias principais que foram os aspectos físicos/orgânicos e os aspectos psicológico/emocional e relacional. Outras categorias encontradas (aspecto social, financeiro e concepção abstrata) não foram representativas e por esse motivo não fizeram parte da discussão dos resultados.

Para caracterizar o período do ciclo vital das famílias, utilizou-se a definição das fases assinaladas por Berthoud em Cervený, Berthoud e colaboradores (1997, p.146), apresentadas nos Anexos.

Os trechos dos depoimentos das entrevistadas referentes às concepções de saúde /família saudável e as respectivas categorias foram compilados e, a partir destes, construiu-se um protocolo de análise das entrevistas (Anexos), o qual fundamentou a análise e a discussão dos resultados.

Os resultados obtidos com essa pesquisa serão discutidos após uma apresentação das famílias das entrevistadas - que receberam nomenclaturas de flores - e de um genograma de cada uma delas, classificadas de acordo com o momento do ciclo de vida que estavam vivenciando.

Famílias em Fase de Aquisição

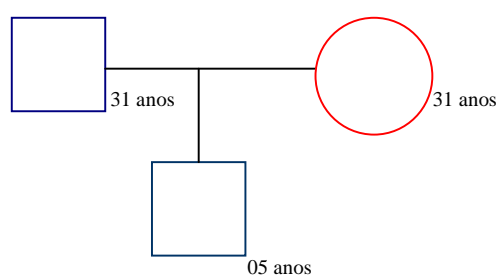
Encontraram-se duas famílias nessa fase, que serão apresentadas a seguir. A categoria predominante em ambas, no que se relaciona a concepção de saúde, diz respeito aos aspectos Físicos ou Biológicos, ou seja, ter saúde é “(...) *estar bem disposta para tudo*” (sic). Nesse item, o que se evidencia é o fato das entrevistadas serem mães de crianças pequenas, que precisam de cuidados constantes. Então, ao que parece, ter saúde para essas mulheres é sinônimo de estarem disponíveis para atenderem as necessidades dos filhos.

Família Azaléia – A informante (I) estava com 31 anos, veio de São Bonifácio e residia com o filho (05 anos) e o marido (31 anos) no mesmo terreno da família de origem do marido. Ela e o esposo trabalhavam como operários numa fábrica de bordados e concluíram o ensino médio. No período da entrevista, I estava de férias e queixava-se de uma dor

constante no braço, a qual não tinha conseguido tratar durante as mesmas. A I também mencionou que passou por uma depressão pós-parto e que ainda estava tomando medicamento: *"Desde que meu filho nasceu, vivo à base de medicamentos. Se eu paro o medicamento, desabo. Eu parei um ano e pouco, daí mesmo que eu me afundei de vez..."*.

Para a entrevistada, a pessoa com saúde é alguém que *"(...) está disposta para tudo. Quando tem uma gripe, encara aquilo ali numa boa, peso bom. Não reclama com facilidade. Uma pessoa que, não vou dizer que não sente, encara melhor"*.

Genograma da Família Azaléia¹⁰

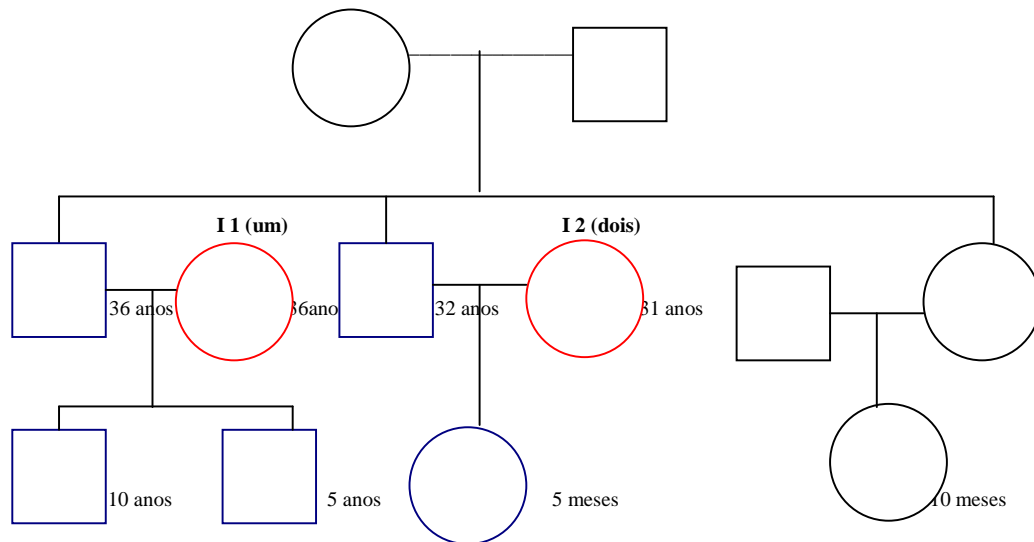


Família Begônia - Participaram da entrevistas duas mulheres, que serão chamadas de I1 e I2, cujos maridos eram irmãos. A I1 e o seu esposo, estavam com 36 anos, ambos eram provenientes do município de Palhoça e residiam no bairro há 14 anos. Ele trabalhava como funcionário público municipal, ela havia concluído o ensino fundamental. No momento, não estava exercendo atividade remunerada fora de casa, apenas cuidava de uma sobrinha (10 meses) para que a mãe da criança (irmã do marido dela) pudesse trabalhar. O casal tinha dois filhos com 10 e 5 anos.

A I2 (31 anos) era natural de Urubici/SC, estava residindo no bairro há um ano e meio, com o marido (32 anos) e a filha de 06 meses. Ele, natural de Palhoça, trabalhava como construtor autônomo e havia concluído o ensino médio. Ela não estava desempenhando atividade profissional remunerada, seu grau de escolaridade era o ensino médio, havia freqüentado o curso de auxiliar de enfermagem, mas não chegou a terminá-lo: *"Não gostei de enfermagem. A gente só vê no estágio. Não, é que a gente fica muito deprimida com as pessoas. Eu ficava muito triste assim com os doentes"*.

¹⁰ A cor vermelha representa a/o informante (I). A cor azul representa o membro da família que reside com a I. Os integrantes familiares que não residiam com a I estão em preto.

Genograma da Família Begônia



Discussão: Na fase de aquisição, de acordo com Berthoud em Cerveny e Berthoud (2002, p.55), acontece a vivência da parentalidade ou o momento em que pai e mãe estão iniciando-se e se construindo nesse papel. Segundo a autora, conviver com filhos pequenos é uma experiência desafiadora para pais e mães, sendo um período em que a família deve se organizar a cada nova fase de desenvolvimento das crianças e atender as suas demandas. Nesse período, são três as preocupações básicas: 1) suprir as necessidades da família que aumenta, 2) investir em suas carreiras profissionais e 3) o dilema da educação dos filhos.

É nessa etapa que o casal deverá aprender a dividir seu tempo, sua atenção, seu sentimento e terá que lidar com demandas por vezes contraditórias. Afinal, é muito difícil ter que se dividir entre as necessidades domésticas, dos filhos, dos cônjuges e os interesses pessoais e profissionais. Caso esse dilema não seja suficientemente resolvido, corre-se o risco de causar uma tensão no sistema familiar, podendo surgir padrões disfuncionais de interação no sistema e ocasionar o aparecimento de sintomas, através de manifestações somáticas, principalmente nas crianças pequenas, que ainda não dominam a expressão verbal.

Em nossa sociedade, as mães continuam sendo as principais responsáveis pelos cuidados com os filhos, além dos cuidados com os afazeres domésticos e com as atividades

profissionais. Percebeu-se que tanto no depoimento da F Azaléia “(...) *uma pessoa que está bem disposta para tudo (...) Uma pessoa que não vou dizer que não sente, mas que encara melhor*”; como no da F Begônia “*Uma pessoa com saúde é uma pessoa disposta para tudo*”, aparece a concepção de saúde relacionada com a disposição para tudo, apesar de doente ou sentindo dor, sobressaindo o papel materno dessas mulheres, segundo o qual uma das maiores preocupações é o bem-estar de seus filhos e o suprimento de suas necessidades, confirmando as preocupações básicas descritas por Berthoud em Cerveny e Berthoud (2002).

O enfoque predominantemente biologicista também aparece na concepção de família saudável das entrevistadas. Para a F Azaléia, família com saúde é a “*que não esteja toda hora no médico, com vários problemas de saúde, com doença. Pratique uma atividade física*”. Enquanto que para F Begônia se não tem ninguém doente, a família está saudável. Na fala das entrevistadas, família saudável associa-se a ausência de doenças físicas. É importante lembrar que crianças pequenas estão suscetíveis a enfermidades próprias dessa faixa etária, motivo de preocupação constante de mães e pais que estão iniciando nesse papel, ao mesmo tempo em que precisam organizar sua vida profissional.

Pode-se inferir que o predomínio dos aspectos biológico ou físico nas concepções de saúde / família saudável nesse momento do ciclo vital pode estar vinculado a dois fatores principais. O primeiro deles é a disposição física dos pais para trabalharem, conseguir os recursos financeiros para sustentarem suas famílias, além de cuidarem das crianças. O segundo fator associa-se ao bem-estar dos filhos pequenos e a ausência de enfermidades comuns na primeira infância, as quais geralmente são fontes de grande preocupação para os pais.

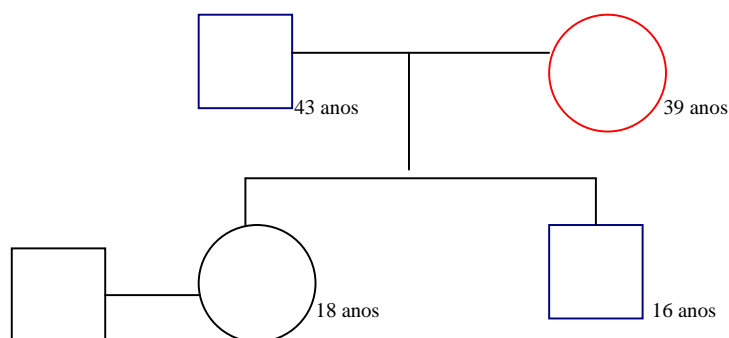
Família em Fase Adolescente

O ponto em comum das três famílias dessa fase diz respeito aos aspectos psicológicos/emocionais e relacionais tanto para a concepção de saúde, como para a de família saudável. Como aparece nos depoimentos da F Copo-de-leite: “*Uma pessoa com saúde é uma pessoa feliz*” e “*Uma família saudável, ninguém reclamava, era feliz*”. Para a F Dália: “*É uma pessoa feliz, quem tem saúde hoje e (...) se tem alguém doente dentro de*

casa, todo mundo fica triste” e F Equinácia: “Quando eu tinha saúde eu tava mais feliz, mais alegre, mais contente”.

Família Copo-de-leite - Esta família residia no bairro há dezenove anos, sendo proveniente do município de Angelina/SC. A I morava com o esposo de 43 anos e o filho (16 anos). No período da entrevista, a filha de 18 anos estava morando com o companheiro numa casa localizada no mesmo terreno dos pais. A I não era alfabetizada e trabalhava nos afazeres domésticos, ao passo que o esposo trabalhava com marcenaria. Ele queixava-se de dores no joelho e do aparecimento de algumas manchas no rosto. Ela informou que estava com uma infecção no útero, um caroço no lado direito do seio e "problemas no sangue" (sic), também se queixava de dores no braço. Para a I: *“Uma pessoa com saúde é uma pessoa feliz. Não reclama de dor, tudo isso aí”*. E, *“uma família saudável, ah, bom, ninguém reclamava. Era feliz”*.

Genograma da Família Copo-de-Leite

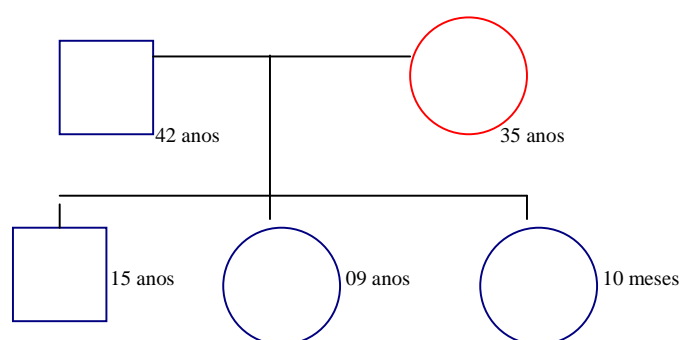


Família Dália - Composta pela I (35 anos), seu esposo, o filho adolescente (15 anos) e as duas filhas (09 anos e 10 meses); todos os três nasceram prematuramente (os dois mais velhos com oito meses e a mais nova com seis meses e três semanas; esta última ficou 27 dias na incubadora e recebeu acompanhamento semanal da equipe de saúde da família). A I informou ser natural do município catarinense de Águas Mornas, onde a família vivia de comércio dos legumes e hortaliças que plantavam. Seu esposo veio do Rio Grande do Norte para conhecê-la, já que a irmã dele era amiga dela.

A I é dona de casa e estudou até a 8ª série do ensino fundamental e veio de Angelina/SC, junto com a família, após o falecimento da mãe, há vinte e um anos atrás. Ela

estava casada há dezessete anos. A I acreditava que a pessoa que tem saúde *é uma pessoa feliz, quem tem saúde hoje em dia (...)* *Que é difícil uma pessoa dizer, eu tenho a minha saúde toda (...)* *Eu acho que é uma pessoa que não tem problemas. Porque não existe, acho, aquela pessoa (com a saúde toda boa).* E, para uma criança ser saudável ela precisa de muito carinho, cuidados, porque senão (...) *ela fica doente. Porque acho que sente falta do pai, da mãe, de atenção.* E, numa família *se alguém estiver doente, acho que todos eles ficam abatidos, porque tem alguém doente dentro de casa.*

Genograma da Família Dália:



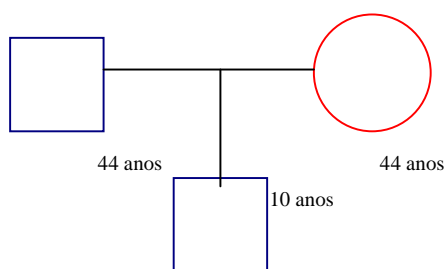
Família Equinácia – A I (44 anos) é casada com um homem também de 44 anos e tem um filho adotivo de 10 anos. Ela veio de Angelina e morou na Ponte de Imaruim (município de Palhoça), onde trabalhava. Num baile conheceu o marido com quem está casada há 24 anos. Há cerca de 12 anos vieram morar na casa onde residiam.

Ele teve problemas com bebida, deixou o vício há três anos, por conta de uma promessa que ela fez para Nossa Senhora de Aparecida. Quando o marido deixou de beber, ela passou por uma crise de depressão e iniciou tratamento medicamentoso. O filho tem bronquite e é acometido por fortes infecções de garganta, motivos que fazem a I levá-lo com frequência para o Hospital Regional.

A família estava passando por dificuldades financeiras; ela estava sem trabalhar, pois, além da depressão, queixava-se de problemas na coluna (bico de papagaio) e hérnia de disco e ele (motorista) estava desempregado e fazendo alguns "bicos" como servente de pedreiro. *“E quando ele fica sem serviço, a gente fica mais doente, mais nervosa. A gente pensa: não, vai ficar atrasado aquela coisa, aquilo, tá faltando comida que, graças a Deus, até agora não faltou. A gente pensa que um dia pode faltar. Então quem tem depressão, fica pior. Que não pode se preocupar assim nas coisas, tem que se distrair. Pra ficar com*

saúde, como eles dizem tem que sair, conversar. (...) Quando eu tinha saúde eu tava mais feliz, mais alegre, mais contente”.

Genograma da Família Equinácia:



Discussão: Na fase adolescente, segundo Berthoud em Cervany e Berthoud (2002, p. 61), ocorrem profundas transformações nos membros da família, pois ao mesmo tempo em que os filhos estão vivenciando a transição da infância para a adolescência e desta para a fase adulta, os pais vivem a transição para a meia idade e os avós entram na velhice. Configurando-se o que a autora chama de “alinhamento de crises evolutivas”, que aciona em todo o sistema familiar o fenômeno da adolescência. Essa fase caracteriza-se pela *busca de novos significados existenciais e novos papéis a serem assumidos na vida e na dinâmica familiar*. (ibidem)

Nesse período acontecem dois processos fundamentais: a reconfiguração da relação pai/filho e a adaptação a uma nova dinâmica familiar. Tanto a reconfiguração quanto a adaptação pressupõe o aparecimento dos conflitos intergeracionais e a sensação de estranhamento frente às relações anteriormente estabelecidas. Nos depoimentos das entrevistadas das famílias estavam nessa fase, encontra-se as concepções de saúde e família saudável vinculadas a aspectos emocionais/psicológicos e relacionais, que podem estar associados ao fato de que nesse momento, pais e filhos apresentam demandas individuais diferenciadas, tendo em vista que (...) *todos estão vivendo um período de transição, demarcado por demandas novas e, muitas vezes, impactantes e, todos esses fatores, alteram fortemente a vivência da vida em família*. (BERTHOUD EM CERVANY E BERTHOUD, 2002, p.81)

Para as entrevistadas das três famílias nesse período do ciclo vital aparece a importância do bem-estar emocional – estar/ser feliz como entendimento de não doença e sinônimo de saúde. Pode-se especular que os conflitos característicos desse período interferem significativamente no entendimento de saúde das entrevistadas, tendo em vista, que pais e filhos estão experimentando e assumindo novos papéis familiares.

Uma questão que chama a atenção no depoimento da F Dália diz respeito aos aspectos relacionais presentes no entendimento de família saudável, tendo em vista que a mesma menciona que se um membro estiver doente, todos se entristecem e ficam abatidos também.

Nesse sentido, o predomínio das questões emocionais/psicológicas e relacionais nos depoimentos das entrevistadas, parece estar coerente com as transformações e os conflitos característicos desse período.

Família em Fase Madura

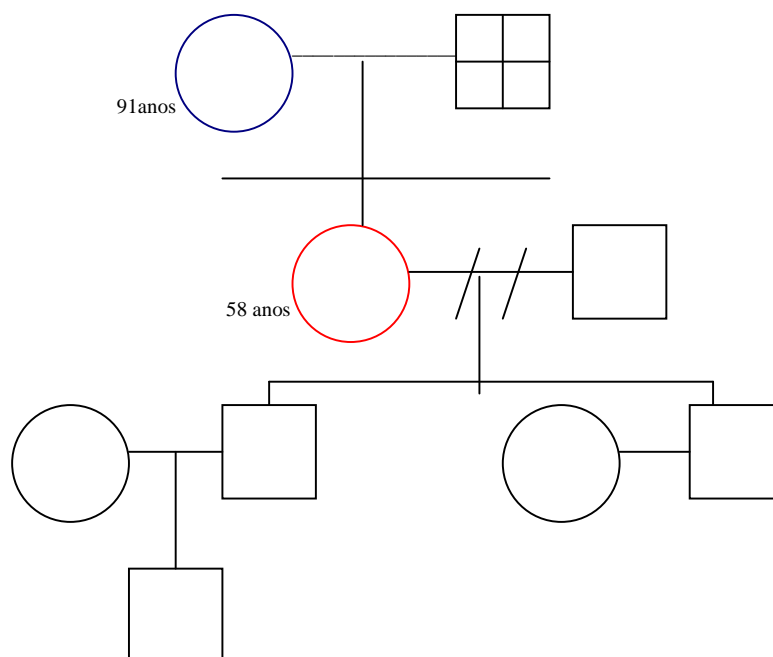
Nessa fase foi encontrada a maior variabilidade de respostas. Em seis das oito famílias entrevistadas aparece a concepção de saúde vinculada as questões biológicas/físicas, isto é, relacionadas ao fato de não sentir dor, não estar doente e ter cuidado com o corpo. Em três delas aparece questões relacionadas a aspectos psicológicos, emocionais e relacionais na concepção de saúde, que sobe para cinco quando se fala sobre o conceito de família saudável.

Família Flor-de-Lis - Composta pela mãe (91anos) e filha (58 anos), que vieram do município de Alfredo Wagner/SC e residiam no bairro há vinte anos. A I referiu que quando morava em Alfredo Wagner trabalhava com costureira e o marido trabalhava na lavoura de cebola. Ao mudarem-se para o município de Palhoça, residiram com os dois filhos no Bairro chamado Passa Vinte. Nesse período o marido começou a trabalhar com transporte e ela trabalhou numa malharia, localizada no município vizinho de São José. Depois, mudaram-se com os filhos para o bairro do Aririú onde residiram por dezesseis anos.

Há quatro anos, a I separou-se do marido e a sua mãe passou a residir com ela. A I estudou até o terceiro ano do ensino fundamental e tem dois filhos casados, que não residiam com elas. A mãe da I também estudou até o terceiro ano, tocava violino, foi

parteira na sua região. Como sofresse da visão, foi submetida a uma cirurgia para remoção da catarata. Ambas freqüentavam a Igreja Adventista do Sétimo Dia, fato que marcadamente influencia a sua concepção sobre família saudável: “*Em primeiro lugar, a gente tem que ter alta confiança em Deus e daí a gente saber se organizar, até no horário de alimentação. A alimentação que come e as pessoas não sentir dor, é uma família com saúde*”.

Genograma da Família Flor-de-Lis

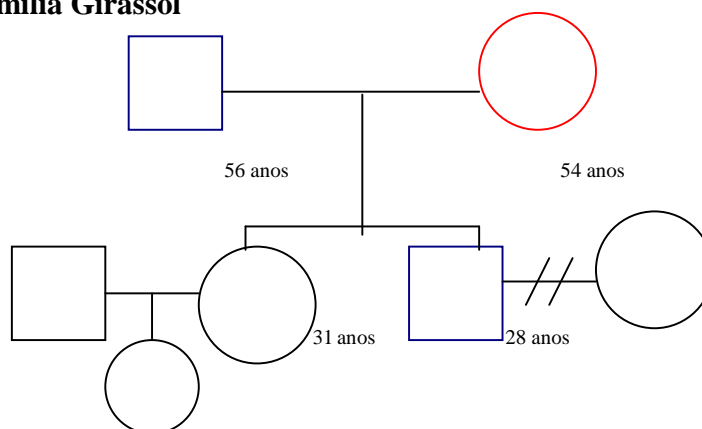


Família Girassol – A I é natural do município de Águas Mornas/SC. Aposentada, estudou até o 3º ano do ensino fundamental. O esposo é natural do município de Santo Amaro da Imperatriz/SC autônomo (negocia hortaliças) e estudou até o 4º ano do ensino fundamental. O casal residia no bairro há três anos e tinha dois filhos. A mais velha estava casada e residia com a filha e o esposo em outra moradia. O filho mais novo estava morando com os pais após a separação. A I relatou que se sentiu discriminada na região em que residia, após ser acometida por um câncer de mama com metástase nos glânglios axilares e contou da mágoa que sentiu dos seus antigos vizinhos. A I também contou que se sentiu bem acolhida pela nova vizinhança e que conseguiu superar um quadro depressivo que a acometeu após a

intervenção cirúrgica e tratamento quimioterápico no CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas). Na época da entrevista, a I ainda participava de reuniões com mulheres mastectomizadas nessa instituição.

Para a I, para a família ter saúde: *“em primeira coisa, acho que é viver bem em casa, em paz, pelo menos tudo unido. Acho isso, primeiro lugar é isso. E se alimentar, todo mundo contente. Já é difícil pra ter uma doença ...”*

Genograma da Família Girassol

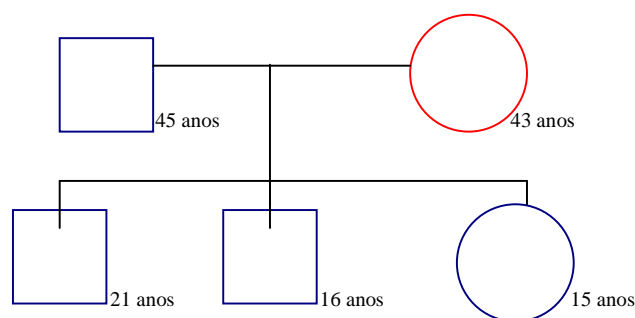


Família Hortência - Constituída pela I (43 anos), o esposo (45 anos), os filhos (21 e 16 anos) e a filha de 15 anos. A I estudou até o 4^a ano do ensino fundamental, o marido fez até a 2^a série também do ensino fundamental, o filho mais velho concluiu o ensino médio, a filha estava prestes a concluir o ensino fundamental (aluna da 8^a série) e o filho do meio cursava a 6^a série. Sobre o marido, a I refere: *Ele trabalha, mas está se judiando muito. Muito serviço pesado, pedreiro. Ele não pode. O médico disse pra fazer pouca força. A pessoa tem que trabalhar, tem que sobreviver, né? Não é fácil não”*.

A I relatou que tinha um histórico não muito agradável em relação a consultas médicas, pois há cerca de oito anos foi acometida por fortes cólicas e procurou várias especialidades em instituições públicas e particulares. Fez vários exames e *“ninguém falava o que eu tinha”* (sic). Foi aí que relaxou e aprendeu a conviver com a dor, tomando comprimidos que a aliviavam. *Daí eu tomo de manhã. Algumas vezes eu estou trabalhando com dor forte. Algumas vezes, eu tomo remédio e vou pra cama. Daí adianta um pouco. E quando me dá aquela dor muito forte, eu fico com raiva, aí descarrego nos meus filhos e no meu marido.*

Essa família apresentou uma característica bem marcante em relação às outras entrevistadas, pois todos os seus cinco membros tinham algum problema de saúde. O filho mais velho apresentou uma espécie de alergia a produtos químicos nas mãos, que fazia com que as mesmas rachassem e o obrigou a mudar de setor no supermercado que trabalhava há dois anos. O filho do meio (com 16 anos) recebeu um diagnóstico de sopro no coração e problema de visão e, a filha mais nova tinha crises de enxaqueca e de cólicas menstruais.

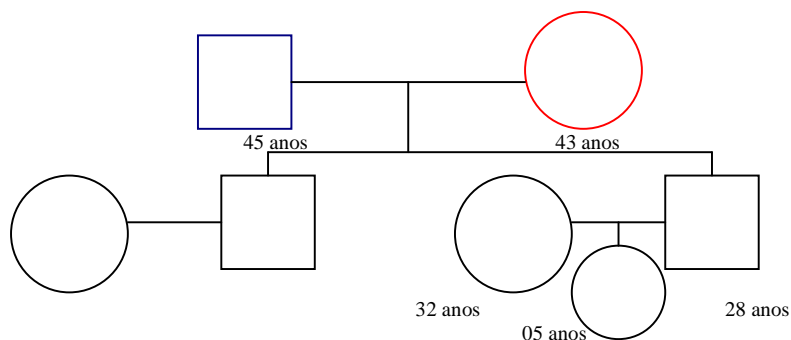
Genograma da Família Hortência:



Família Jasmim – A I (52 anos) residia com o esposo (53 anos) e tinha dois filhos (32 e 30 anos), casados; o mais novo residia com a esposa e a filha de quatro anos numa casa no mesmo terreno dos pais. Tanto a I como seu esposo eram naturais de Palhoça e tinham a mesma escolaridade (4ª série do ensino fundamental). Ela ocupava-se com os serviços domésticos, ele trabalhava como pedreiro e os filhos eram comerciários.

No período da entrevista, a I estava com colesterol e pressão altos e tinha sido orientada pelo médico a fazer dieta e exercício físico regularmente e o filho mais novo estava se recuperando de um quadro depressivo. Para essa senhora uma pessoa saudável é aquela que “*não toma remédio, que tem saúde, que não tem doença*”. E, família com saúde é a que não tem doença e não tem briga em casa”.

Genograma da Família Jasmim

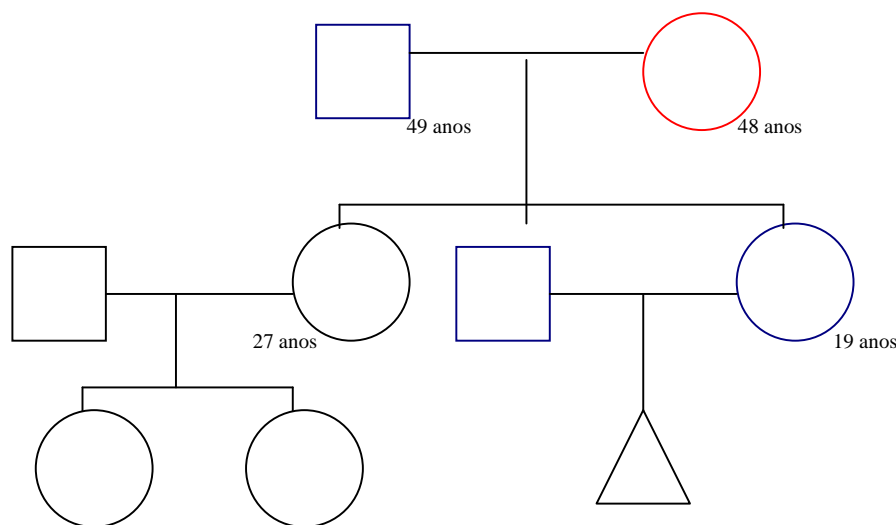


Família Lírio - Residem na casa com a I de 48 anos, o esposo (49 anos), um cunhado dela (irmão do esposo), a filha (19 anos), que estava grávida, e o genro; a filha mais velha (27 anos) é casada e mora em outro endereço. O casal e a filha mais velha cultivavam uma plantação de tomates e a filha mais nova cuidava dos afazeres domésticos. A família residia no bairro há 12 anos, a I era natural de Angelina/SC e o esposo de Águas Mornas.

No período da entrevista, ela estava fazendo tratamento para hipertensão arterial e a filha estava fazendo acompanhamento pré-natal com a ginecologista da unidade de saúde. O esposo da I tinha problemas respiratórios (asma e bronquite), mas apesar da enfermidade trabalhava na lavoura, plantando, aplicando veneno, colhendo, ensacando o produto. Quando não estava se sentindo muito bem, fazia nebulização em casa.

Para a I, “(...) *tem a riqueza se a gente tá com a saúde boa. (...) Eu acho que tô com a saúde boa. O único problema que apareceu pra mim é a pressão. O resto tô com saúde boa. Não tenho dor de cabeça*”.

Genograma da Família Lírio



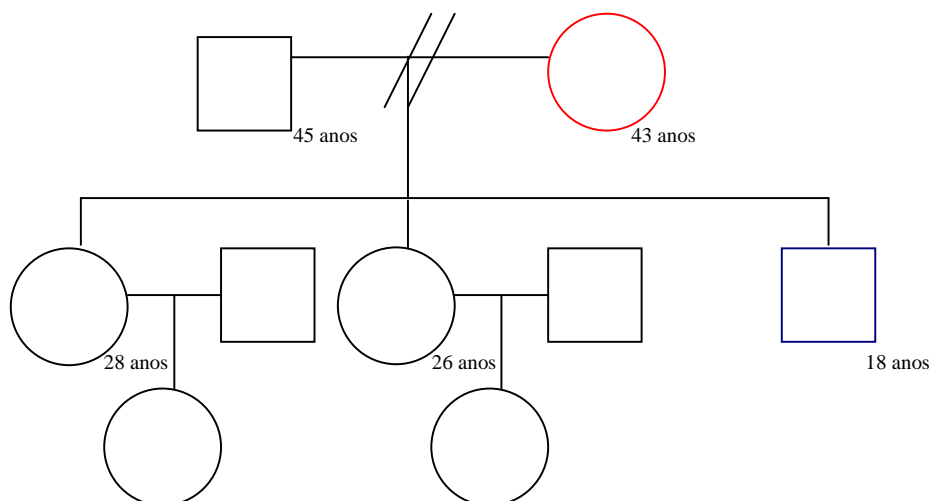
Família Margarida – A I era natural de Palhoça e, na época da entrevista, estava com 46 anos e morava com o filho caçula de 18 anos. A I atuava como professora de artes numa das escolas estaduais da região, possuía duas formações universitárias (Pedagogia e Artes

Plásticas) e cursava uma pós-graduação. Estava separada e tinha mais um filho de 28 e uma filha de 25 anos, casados, que residiam em outro município catarinense.

A I tinha um histórico de envolvimento com atividades voluntárias e sociais, sendo que um dos seus projetos, no período da entrevista, era conseguir uma ambulância 24 horas para o posto de saúde, pois para ela: (...) *Não importa que você esteja numa comunidade, não importa se você plante milho ou se você seja um advogado, mas você tem que batalhar por ela. A partir do momento que você começa a olhar pro lugar onde você vive, como se não fosse teu, então, não vale nem a pena você estar ali.*

A I define que uma família com saúde “é aquela família que conversa, que pode ter pouca comida na mesa, mas tem diálogo, tem acerto. Essa é uma família com saúde, eu acredito que seja”.

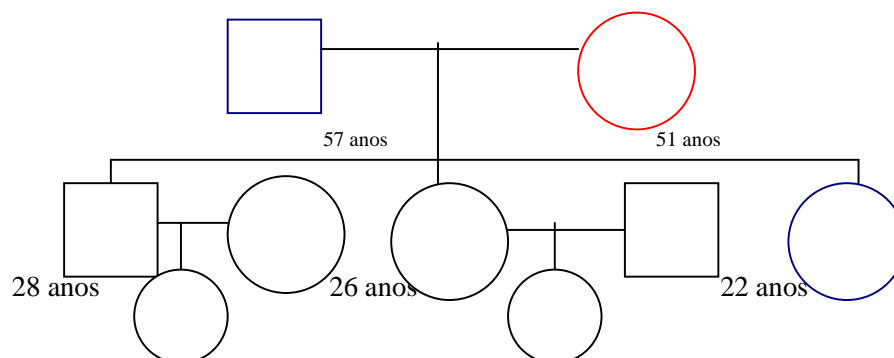
Genograma da Família Margarida:



Família Orquídea - O esposo da I estava com 57 anos, era natural de Evaíporã/PR e trabalhava como pedreiro. A I com 51 anos era natural de Campos Novo/SC e identificou-se como dona de casa. Estavam casados há 30 anos e, quando o primeiro filho (há 28 anos) nasceu, mudaram-se para o Mato Grosso, onde tiveram mais duas filhas (26 e 22 anos), ambas sofriam de distúrbios mentais e humor, tinham acompanhamento médico e tomavam medicação. Dos três filhos, apenas a caçula residia com o casal.

A I entende que para a saúde estar boa é preciso que o ambiente em que você vive esteja. Para ela: *“Você tem que ter um ambiente saudável, que a gente adoecer por causa da preocupação, não viver bem, o teu ambiente também não tá bom ou é preocupação demais. (...) E tem muitas vezes, você é doente, mas está num ambiente saudável e não sente que você pode vir a estar doente”*.

Genograma da Família Orquídea

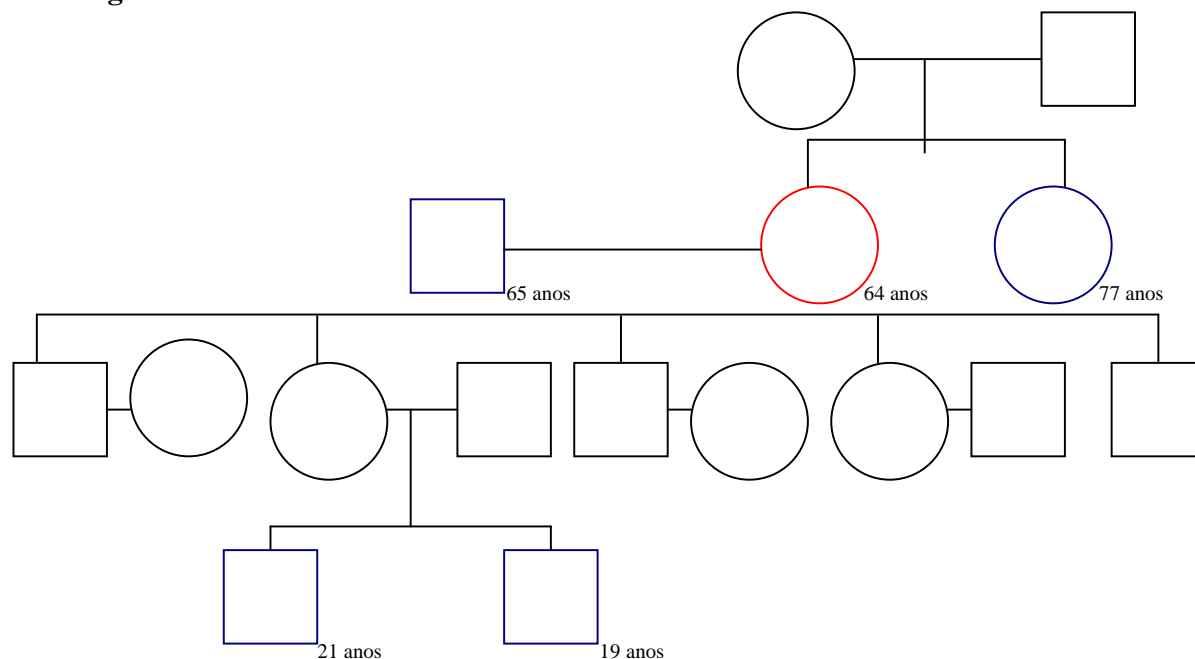


Família Patchuli - A I de 64 anos, professora aposentada, residia com o esposo (65 anos), lavrador aposentado, a irmã dela - solteira, portadora de doença mental (77 anos), com histórico de internações - e, dois netos, solteiros, de 21 e 19 anos. Dos cinco filhos vivos do casal (um faleceu após o nascimento), só o mais velho (40 anos) morava no município vizinho de Santo Amaro da Imperatriz, os demais (dois homens e duas mulheres, inclusive a mãe dos filhos que moram com a I) residiam no Aririú. Tanto a I como seu esposo eram naturais do município de Palhoça e há 28 anos residiam no mesmo endereço, onde tinham plantação de cana e criação de gado e frango.

O esposo da I já tinha passado por uma internação por problemas cardíacos e faz acompanhamento com médico especialista, também faz tratamento e toma medicação para a tireóide. A I submeteu-se a uma cirurgia de varizes no primeiro semestre de 2003.

A informante acha que para a pessoa ter saúde precisa *“ter uma alimentação adequada, roupa adequada, cuidados de higiene, isso tudo é importante pra uma boa saúde. Exercícios são fatores que são bem importantes pra saúde das pessoas. Sempre evitar os vícios, que os vícios prejudicam a saúde. O ambiente também, a paz e o sossego isso também ajuda muito na saúde de uma pessoa. Que uma casa sempre em conflito, briga, não tem como ser saudável”*.

Genograma da Família Patchuli



Discussão: A fase madura para Oliveira e Cervený em Cervený e Berthoud (2002, p.87) é a mais longa e talvez a mais difícil do ciclo vital, tendo em vista que envolve mudanças na estrutura e dinâmica familiar e, por conseguinte, ajustes de seus membros. É o período em que, normalmente, os filhos saem de casa para constituir novas famílias, em que entram novos parentes por afinidade ou por consangüinidade e que adoecem ou falecem os membros mais idosos. De acordo com as autoras são quatro os fenômenos psicológicos observados nas famílias em fase madura, que são: remodelando as relações, adaptando-se às mudanças, acomodando a estrutura e funcionamento da família, enfrentando desafios e olhando para o futuro.

Por ser uma fase longa e marcada por diversas reestruturações e adaptações dos membros da família, o foco principal quando se pensa saúde para seis das oito entrevistadas é a questão biológica/física. Deve-se ressaltar que nesse período invariavelmente ocorre o envelhecimento físico das informantes e seus cônjuges e o conseqüente aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, fato que pode influenciar significativamente o entendimento de saúde dessas mulheres. Outro acontecimento comum desse período é o falecimento e a dependência de seus genitores, o que também pode estar colaborando para a importância aos aspectos físicos/biológicos encontrados nos depoimentos das entrevistadas.

Das oito famílias enquadradas nesse período, duas chamam a atenção pelo fato de terem enfatizado a questão psicológica/emocional e relacional em suas definições de saúde.

A F Margarida possui um diferencial bem marcante, que é o fato do único membro que reside com a entrevistada ser adolescente e a informante ser portadora de uma doença degenerativa. A I da F Orquídea também enfatizou os aspectos emocionais e relacionais em seu entendimento de saúde, o que pode estar associado ao fato das duas filhas serem portadoras de distúrbios mentais. Pode-se supor, então, que as entrevistadas dessas famílias diferenciam-se das demais, justamente por esses aspectos particulares acima relatados.

O que chama mais atenção nessa fase é que quando se questiona sobre a concepção de família saudável os fatores psicológico/emocional e relacional aparecem com destaque nos depoimentos das entrevistadas: *Viver bem, em paz, tudo unido* (F Girassol); *Não ter briga em casa* (F Jasmim); (...) *tem diálogo, tem acerto* (F Margarida); (...) *tem que ter harmonia na família* (F Orquídea); (...) *o aconchego da família, uma conversa (...) a pessoa precisa de um apoio.* (F Patchuli)

A explicação para esse fenômeno mais uma vez pode ser encontrada na especificidade de cada família. A I da F Girassol sofreu discriminação no local de sua antiga residência pelo fato de ter descoberto um câncer no seio e ter realizado tratamento cirúrgico e quimioterápico. A F Jasmim tinha vivenciado uma situação de muitas brigas conjugais envolvendo o filho caçula, que passou por um episódio depressivo e estava tomando medicação. Já a F Patchuli apresentava uma situação similar a F Orquídea, com um histórico de doença mental de um de seus membros.

As famílias Flor-de-lis, Hortência e Lírio que priorizaram os aspectos biológicos/físicos apresentavam questões vinculadas ao adoecimento e envelhecimento de seus membros. A F Lírio, além desses aspectos, tinha o fato de ter uma gestante em seu seio, o que geralmente inspira cuidados em relação à integridade física da mesma.

A família em fase madura, caracteristicamente, compreende um período de intensas, complexas e profundas reestruturações familiares que incluem a saída e entrada de membros, a transformação nos papéis e os planos para o futuro. Observou-se que nesse período do ciclo vital, as variações dos entendimentos de saúde / família saudável estiveram intimamente relacionadas com as especificidades de cada sistema familiar e sua

historicidade, diferentemente do que se constatou nas famílias em fase de aquisição e adolescentes.

Família em Fase Última

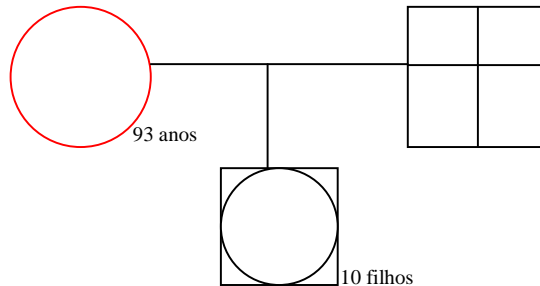
Das três famílias vivenciando essa fase, duas apresentaram as concepções de saúde e família saudável vinculadas a fatores biológicos/físicos. Para a F Rosa: *“a pessoa doente é que está bem fraquinha, que não tem saúde”* (...) e agradece a Deus pelos filhos serem perfeitos e a família ser abençoada, pois menciona que *“quantos que estão entrevados numa cama com câncer”*.

A F Violeta considera-se com saúde, apesar da diabete e defende que *“diabete é uma doença que todo mundo tem. Também não mata se a gente se cuidar”*. Nesse caso, apesar da doença se tem saúde, então o que parece é que apesar do corpo estar doente, se a mente e o emocional não estão abalados, é possível estar saudável. Da mesma forma, encontra-se no depoimento da F Violeta a concepção de família saudável vinculada a aspectos psicológico/ emocional e relacional: *“Viver em paz e tudo tranqüilo”*.

Família Rosa - A I é uma senhora de 93 anos, natural do município de Biguaçu, residente há 88 anos na localidade do Aririú, viúva e mãe de dez filhos (todos casados). Ela mora sozinha, acompanhada por uma secretária que lhe faz o serviço de casa e pernoita com ela. Tem como vizinho dois de seus filhos, mas prefere morar em casas separadas: *“Moro sozinha. Tenho uma empregada que trabalha a tarde e a noite, dorme comigo. Eu não quis morar com filho, não por orgulho, mas 'cada macaco no seu galho'. Aqui eu mando, eu não peço. (...) Gosto muito de visita, quando aparece na minha casa. Gosto de conversar, bater papo, contar histórias antiga pros outros. E assim vai a vida”*.

A informante aprendeu a ler, mas não a escrever, trabalhou muito tempo na roça e em casa. Hoje, por ordens médicas (apresenta pressão alta e reumatismo) não pode fazer serviços forçados. Para ela, uma família saudável *“é a riqueza do mundo, é a riqueza para uma família ter. (...) Graças a Deus, na minha família são abençoados. Então mais vale tu não ter coisas boas pra comer, mas ter saúde”*.

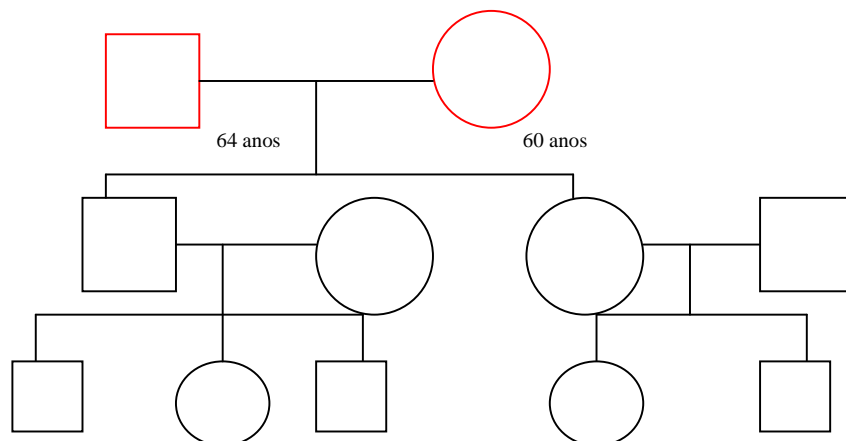
Genograma da Família Rosa



Família Tulipa - Esta família tinha vindo de Santa Isabel, distrito de Águas Mornas/SC e residia no bairro há 20 anos. A esposa estava com 60 anos, tinha estudado até a 2ª série do ensino fundamental e era agricultora aposentada. O esposo estava com 64 anos, também era agricultor aposentado e estudou até a 3ª série do ensino fundamental. O casal tinha dois filhos, um com 39 anos e outra com 37 anos, ambos casados; que não residiam com os pais. A senhora foi submetida a sete cirurgias (cinco de hérnia) e estava fazendo tratamento para controle da pressão alta, triglicérides, colesterol e diabetes.

Eles estavam casados há quarenta anos, casaram-se num dia quente de março de 1962, na Igreja Luterana e mencionaram que as coisas naquela época eram mais fáceis, como demonstra o depoimento: “*Pra nós lá o colono, ele vivia bem. Hoje em dia, o colono não dá mais pra plantar lá na serra. É muita despesa. O adubo, tudo tão caro. A maioria lá. Daí eles nem plantam mais.(...) Naquela época, essas coisa que a gente comia, era mais saudável. Hoje em dia, tudo o que a gente compra tem muito agrotóxico, acho eu ...*”

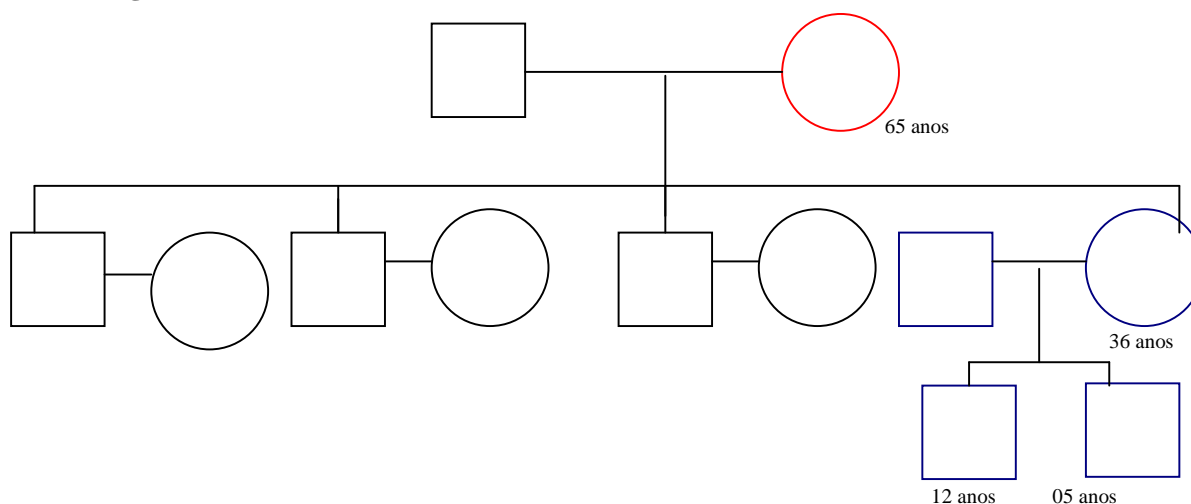
Genograma da Família Tulipa



Família Violeta - A família é proveniente de São Bonifácio/SC e estava á residindo há 21 anos no Aririú. No período da entrevista, a I e matriarca da família estava com 65 anos, era viúva e ainda trabalhava na lavoura, mesmo recebendo aposentadoria. Ela estudou até a 4ª série do ensino fundamental. A I teve sete filhos: três mulheres (duas falecidas) e quatro homens (um falecido). Seus quatro filhos estavam casados e residiam em outros bairros do município de Palhoça e em outro município catarinense. A filha única da informante estava com 36 anos e residia juntamente com o esposo e os dois filhos na casa da mãe.

Quanto à sua saúde a I diz: *O pior que a gente tem muito é diabete. É assim eu não posso reclamar. Tenho diabete, tenho pressão alta. (...) Mas por causa da minha doença eu nunca deixei de trabalhar (...) Olha, me acho assim de saúde, porque diabete é uma doença que todo mundo tem. Também não mata ninguém se a gente se cuidar. (...) Se a gente cuida um pouquinho que ela não domina a gente, se a gente cuidar um pouco, não deixar assim. Acho eu. Não sei se eu tô achando certo”. A I declara para uma família ter saúde é preciso “viver em paz e tudo tranqüilo. Tudo que é de bom. Eu acho que os meus filhos é tudo um só. Aquele é filho, aquele é genro, aquela é nora são tudo uma família muito unida”..*

Genograma da Família Violeta



Discussão: Esse período, segundo Coelho em Cerveny e Berthoud (2002: 129) caracteristicamente é determinado pelo fechamento de ciclo. É o momento em que os filhos

estão adultos, fora de casa, constituindo as suas próprias famílias e, os pais estão finalizando suas carreiras profissionais, retomando a relação de casal e envelhecendo. Também se configura como um período de perdas com a aposentadoria, o falecimento de parentes e amigos e o adoecimento proveniente do envelhecimento corporal.

As três famílias que se adequaram nessa fase estão integralmente de acordo com essas situações listadas pelas autoras, com os filhos construindo suas famílias, os informantes aposentados e portadores de doenças crônicas. As informantes das famílias Rosa e Violeta estavam viúvas no momento da entrevista e tinham vivenciado o falecimento de alguns de seus filhos. Nesse momento do ciclo de vida individual e familiar, invariavelmente, as pessoas deparam-se com o próprio envelhecimento, com perdas pessoais e profissionais e com o adoecimento e morte de entes queridos. Pode-se inferir que esses são os motivos pelos quais os aspectos biológicos/físicos foram os mais preponderantes nos depoimentos das entrevistadas.

A entrevistada da F Violeta apresenta um diferencial em relação ao entendimento de saúde vinculado a aspectos psicológicos / emocionais, ao mencionar a possibilidade de estar bem (saudável) apesar de ser portadora de uma doença crônica como a diabetes. Ao definir família saudável, ela novamente destoa das outras entrevistadas, pois considera que para ter saúde é preciso *“viver em paz e tudo tranqüilo...”*, considerando o aspecto relacional como necessário para a família estar bem.

Para Coelho em Cerveny e Berthoud (2002) a fase última não é um período apenas de perdas, mas também de possibilidades e de esperanças, dependendo quase integralmente de como foram vividas as outras fases do ciclo vital familiar. Nesse momento do ciclo vital, que se pode fazer um “balanço”, que se for positivo continua sendo um período de realização e sensação de “dever cumprido”, como se percebe nos depoimentos da F Violeta (...) *são tudo uma família unida*” e da F Rosa *“(...) Graças a Deus, na minha família são abençoados”*.

Através da análise dos depoimentos das entrevistadas relacionando-os ao momento de seu ciclo vital familiar, chegou-se ao seguinte resultado. As famílias em fase de aquisição, adolescente e fase última apresentaram poucas variações de respostas, como maior consonância entre os aspectos motivacionais dos depoimentos. Aparentemente, as necessidades dessas famílias são aproximadas e entre as entrevistadas as expectativas e

histórias de vida forma assemelhadas. Em relação à família madura, momento em que apareceu maior variação das respostas e a maior especificidade das histórias familiares, que vai ao encontro das estruturações pelas quais as famílias devem se adaptar.

Ao finalizar esse capítulo, foi possível encontrar elementos que associam o momento do ciclo vital com o entendimento que as cuidadoras/informantes têm sobre saúde e família saudável.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família - como modelo e referência para as políticas públicas em saúde coletiva no Brasil, evidenciou alguns conceitos e sujeitos que até o final do século passado eram pouco explorados. Nesse sentido, despontou-se o conceito ampliado de saúde, não somente como oposição a doença ou ausência de dor, mas, principalmente, como resultante das condições sociais, políticas, históricas e materiais da sociedade. O protagonismo das famílias como sujeitos co-participantes no processo de saúde/adoecimento também é uma marca desse paradigma transformador.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (1999) citada por Chazan (2004, p. 112), a atenção primária em saúde (...) *representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham*. Seguindo esses princípios, o Ministério da Saúde preconiza a família e seu contexto imediato como núcleo básico de abordagem do atendimento em saúde.

Desse modo, as famílias começaram a ser uma fonte preciosa de investigação e parceria, pois entender como a família pensa, percebe e vivencia o seu cotidiano frente às questões de saúde contribui no planejamento e nas práticas dos profissionais de saúde.

Compreender a instituição familiar como um sistema vivo e intercambiante entre si e com os outros sistemas torna-se uma contribuição importante e significativa em relação as orientações e atuações das equipes de saúde da família. De maneira similar entender como a família vem se (re)estruturando ao longo do tempo, desde o momento que se inicia até o momento que se finda é um recurso a mais para quem desenvolve um trabalho de prevenção e promoção em saúde.

Em relação à concepção de saúde, a maioria das entrevistadas nas quais as famílias estavam na fase de aquisição e na fase última relacionaram-na com a ausência de doenças ou dor, enfocando o aspecto físico / biológico. Uma explicação possível para esse fenômeno é o fato das entrevistadas serem mulheres, mães e, no caso da fase de aquisição, precisarem de disposição para dar conta da dupla jornada diária de trabalho e de zelar pela saúde dos filhos menores. A saúde corporal debilitada pelo excesso de trabalho e pelo

envelhecimento ajuda a explicar o aparecimento dessa categoria nas famílias em fase última.

Nas famílias em fase adolescente, quando em geral surgem os conflitos intergeracionais mais intensos, a categoria psicológica/ emocional e relacional foi a que mais se destacou. Nas famílias em fase madura essa categoria também foi destaque, principalmente na concepção de família saudável. Considerando-se que no grupo pesquisado foi constante a referência das palavras harmonia, paz, sossego, união como fatores essenciais para uma boa convivência e saúde familiar, é possível conjecturar que por serem essas etapas do ciclo familiar marcadas por oposições, desarmonia e discussões entre os membros mais jovens e os mais experientes, esse seja um dos principais motivos do destaque da categoria citada.

A partir dessas constatações, é possível presumir que o profissional de saúde e/ou o terapeuta familiar devem estar atentos para esses componentes constitutivos da vida familiar, tendo em vista que ao que tudo indica, o momento do ciclo vital das famílias parece influenciar significativamente sobre a forma como estas concebem e promovem a saúde e, por conseguinte, como se organizam para prevenir e tratar as suas patologias.

Por esse motivo, o estabelecimento de um vínculo de confiança e respeito com as famílias atendidas, bem como uma compreensão de como pensam e se relacionam nesse espaço único de convivência social são ingredientes essenciais no trabalho das equipes de saúde da família e no trabalho clínico com famílias.

Nesse sentido, o psicólogo e/ou terapeuta familiar tem muito a contribuir no trabalho com famílias na atenção básica, através da instrumentalização dos demais profissionais de saúde, ajudando-os a realizar uma leitura relacional dos processos de saúde e doença, visando a criação e a manutenção de um ambiente facilitador para o desenvolvimento adequado de seus membros.

Entretanto, para transformar as relações sociais, seja no âmbito da educação ou da saúde, é necessária a co-participação de todos os envolvidos: profissionais, famílias e comunidades.

VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGELO, Margareth e BOUSSO, Regina Szykit. Fundamentos da Assistência à Família em Saúde. Em: BRASIL. Manual de Enfermagem/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001(p. 14-17)
- BOSI, M.L.M. e AFONSO, K.C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: Com a Palavra os Usuários da Rede Pública de Serviços (Medline). Cadernos de Saúde Pública. v. 14, n. 2, 1998 (p. 355-361)
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 5ª ed., São Paulo: Atlas, 1995
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001. (Lei nº 8080, Lei nº 8142)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial , 1997
- BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade da Família. Em: Cadernos de Atenção Básica, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, 2000
- BRASIL. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ano II, edição especial, nº 5, maio de 2002
- CARTER, Betty, McGoldrick, Monica & Colaboradores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, 2ª ed.
- CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira, BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper e Colaboradores. Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997
- CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira, BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper e Colaboradores. Visitando a Família ao longo do Ciclo Vital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

- CHAZAN, Luiz Fernando. Trabalhando com as Famílias na Atenção Básica. Em: Mello Filho, Júlio e Burd, Miriam (org.). Doença e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999 (p. 111-122)
- CHAUI, Marilena. Conformismo e Resistência. Aspectos da Cultura Popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 6ª ed., 1994
- CUNHA, João Paulo P. da e CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde: Princípios. Em: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001, (p.193-200)
- DA ROS, Marco Aurélio. Breve História do Movimento Sanitário em Santa Catarina. Em: DA ROS, M.A. Um Drama Estratégico: O Movimento Sanitário e sua Expressão num Município de Santa Catarina. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, 1991
- _____. Estilos de Pensamento em Saúde Pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Flek, 2000. Tese (Doutorado em Educação) - Centro de Educação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DESSEN, Maria Auxiliadora, Braz, Marcela Pereira e colaboradores. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. Em: A Ciência do Desenvolvimento Humano: Tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005 (p.113-131)
- FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. Em: FAZENDA, Ivani (org.). Metodologia da Pesquisa Educacional. 3ª ed., São Paulo: Cortez, 1994 (p.71-90)
- MADURO, Otto. Mapas para a festa: Reflexões latinoamericanas sobre as crises e o conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1994
- MASCARENHAS, Carine Vendrusculo et alli. A representação social do Programa Saúde da Família, enquanto um novo modelo de assistência à saúde, para uma comunidade de Biguaçu/SC. Trabalho de Conclusão do Iº Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.
- MENDES, Eugênio Villaça. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

- MINAYO, Maria C. de S. (org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994
- _____ . O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª ed. SP/RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1993
- NASCIMENTO, Fernanda Furtado. (Re) pensando a Saúde, o SUS e o Programa de Saúde da Família: Com a palavra as famílias do Médio Aririú – Palhoça/SC. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação). Centro de Ciências da Educação – Universidade Federal de Santa Catarina.
- NÉDER, Gislene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. Em: KALOUSTIAN, S.M. (org.). Família Brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2000
- OLIVEIRA, Paulo de Salles. Caminhos de construção da Pesquisa em Ciências Humanas. Em: OLIVEIRA, Paulo de S. Metodologia das Ciências Humanas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001(p. 17 - 28)
- OSÓRIO, Luiz Carlos. Família Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PALHOÇA. Leis Municipais nº 1044/2000, nº 1363/2001 e nº1557/2002.
- Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986.
- ROCHA, Ruth. Minidicionário Ruth Rocha. 8ª ed. São Paulo: Scipione, 1996.
- SANTOS, Luciane Medeiros. Grupos de Promoção à Saúde no Programa Docente Assistencial em Florianópolis: A Ação do Coordenadores e o Setting Grupal. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
- SCHMITT, Hellen B.B. Os Cenários para a Saúde de Palhoça. Monografia apresentada na Disciplina de Administração Estratégica do Curso de Gestão Estratégica do Serviço Público para Obtenção do Título de Especialista em Gestão Estratégica. Santo Amaro da Imperatriz, 2001
- SILVEIRA, Claudir. Município de Palhoça – Santa Catarina, 1ª ed. Florianópolis, 1999
- SIQUEIRA, Dalvina de Jesus e outros. Um Passeio pela Grande Florianópolis: Homenagem aos 500 anos do Brasil. Florianópolis: Papa-Livros, 2000

- TAKAHASHI, Renata F. & OLIVEIRA, Maria A. de C. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família Em: BRASIL. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2000
- VASCONCELOS, Cipriano Maia de e PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. Em: CAMPOS et ali (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. S/D (p. 531-562)
- VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 2001
- WAGNER, Hamilton Lima et alli. Trabalhando com famílias em Saúde da Família. Em: www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/Publicacoes/PSF/psf.htm
- WAINER, Ricardo. A Pesquisa Quantitativa em Psicologia: Delineamentos Possíveis e a Questão da Amostragem. Em: SCARPARO, Helena (org.) Psicologia e Pesquisa: Perspectivas Metodológicas. Porto Alegre: Sulinas, 2000 (p.17-34)

VIII ANEXOS

Roteiro Original das Entrevistas

A - Informações sobre a família - Procedência, membros (idade, sexo, escolaridade, ocupação)

B - Sobre relação com o posto de saúde - Costuma ir ao Posto de Saúde? Quem da família costuma ir mais ao Posto? Quando? Pra quê?

Que tipo de atendimento dão no Posto?

Como é o atendimento do Posto? O atendimento foi sempre assim? Mudou alguma coisa na forma de atendimento no Posto no último ano (serviço, pessoal, etc)

O que gostaria que mudasse no Posto?

C - Sobre o PSF : Já ouviu falar do PSF? Quando? Onde? Por quem? O que entendeu?

D - Sobre Saúde / Família Saudável - O que é uma pessoa saudável? O que é uma família com saúde?

E - Como vocês participam do serviço de saúde aqui em Palhoça?

F - Participou de alguma atividade do posto? Qual?

Definição das Fases segundo Berthoud¹¹**AQUISIÇÃO**

Tempo de união: 0 – 10 anos

Idade do 1º filho: 0 – 10 anos

Idade do último filho: 0 – 10 anos

TRANSIÇÃO 1 (TRANSIÇÃO EM FASE DE AQUISIÇÃO)

Tempo de união: 0 – 10 anos

Idade do 1º filho: acima de 11 anos

ADOLESCENTE

Tempo de união: 11 – 20 anos

Idade do 1º filho: 11 – 20 anos

Idade do último filho: 0 – 20 anos

TRANSIÇÃO 2 (TRANSIÇÃO EM FASE ADOLESCENTE)

Tempo de união: 11 – 20 anos

Idade do 1º filho: 0 – 10 anos ou acima de 20 anos

MADURA

Tempo de união: 21 – 30 anos

Idade do 1º filho: 21 – 30 anos

Idade do último filho: 0 – 30 anos

TRANSIÇÃO 3 (TRANSIÇÃO EM FASE MADURA)

Tempo de união: 21 – 30 anos

Idade do 1º filho: até 20 ou acima de 35 anos

ÚLTIMA

Tempo de união: acima de 31anos

Idade do 1º filho: acima de 26 anos

Idade do último filho: qualquer

TRANSIÇÃO 4 (TRANSIÇÃO EM FASE ÚLTIMA)

Tempo de união: acima de 31anos

Idade do 1º filho: até 25 anos

¹¹ Em Cervený, Berthoud e colaboradores, p. 146

PROTOCOLO DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

1) Famílias em Fase de Aquisição

Famílias	Concepção de Saúde	Categoria	Concepção de Família Saudável
Azaléia	Uma pessoa que <u>está bem disposta para tudo</u> . Quando tem uma gripe, encara aquilo ali numa boa, peso bom. <u>Não reclama com facilidade</u> . Uma pessoa que, não vou dizer que não sente, <u>encara melhor</u> .	Física / Biológica ⇔	<u>Que não seja toda hora no médico, com vários problemas de saúde, com doença. Pratique alguma atividade física.</u> (...) Acho que está assim, meio por meio. Enquanto a <u>do meu marido está boa, a minha já não está. A do meu filho também, graças a Deus, agora está bem saudável.</u> Tem uma época bem doente, mas agora está saudável.
Begônia	I1 – Uma pessoa com saúde é <u>uma pessoa disposta para tudo</u> . I2 – <u>Livre de doenças</u> . I1 - Acho que não tem nada a ver com a saúde, <u>mas uma alimentação boa. A maioria das doenças é por causa da alimentação.</u> (...) Às vezes, fora a alimentação, a <u>habitação também precisa</u> . I2 - E mais <u>conhecimento</u> . (...) I1 - É tipo assim, às vezes você até tem como fazer assim, como aquela senhora que faz aquelas sopas bem nutritiva, quer dizer, as vezes a gente joga aquelas coisas que ela usa fora. Não sabe que aquilo ali é rico em alguma coisa(...). <u>Essas coisas, se a gente tivesse o conhecimento, a gente saberia fazer.</u>	Física / Biológica ⇔	O que seria uma família com saúde? I1 - <u>Habitação, alimentação ...</u> A <u>higiene, acesso aos medicamentos também. Acesso a saúde também</u> . Ir no postinho, conseguir ser atendida. I2 - <u>Acho que é um conjunto. De tudo um pouco</u> , acho que uma coisa só também não vai.

2- Famílias em Fase Adolescente

Famílias	Concepção de Saúde	Categoria	Concepção de Família Saudável
Copo-de-leite	Uma pessoa com saúde é uma <u>pessoa feliz</u> . <u>Não reclama de dor</u> , tudo isso aí.	<p>↔</p> <p>Física / Biológica</p> <p>↔</p> <p>Psicológica/ Emocional</p>	Uma família saudável ah, bom, <u>ninguém reclamava</u> . <u>Era feliz</u> . Porque assim a gente pensa às vezes coisa ruim, não é pra gente pensar, muitas noites eu não durmo, que eu penso na filha, que ela está emagrecendo demais e eu me preocupo com isso.
Dália	<p>Ah, <u>é uma pessoa feliz</u>, quem tem saúde hoje em dia... Que é difícil uma pessoa dizer, eu tenho a minha saúde toda.</p> <p>Ter uma saúde boa, eu acho que <u>é uma pessoa que não tem problemas</u>. (...) Problemas de saúde, que eu acho assim, muitos alimentos, muitos remédios, hoje em dia tu é muito doente.</p>	<p>↔</p> <p>Psicológico/ Emocional e Relacional</p> <p>↔</p> <p>Física / Biológica</p> <p>↔</p> <p>Psicológica/ Emocional</p>	<p><u>Se tiver alguém doente, acho que todos eles ficam abatidos, porque se tem alguém doente dentro de casa, todo mundo fica triste.</u></p> <p>Para uma criança ser saudável, ela precisa de bastante <u>carinho, cuidados</u>, porque senão fica doente.</p>
Equinácia	Tem que ter remédio pra recuperar aquela doença, pra ficar com saúde, eu acho, né? (...) <u>E quando ele fica sem serviço, a gente fica mais doente, mais nervosa</u> . A gente pensa vai ficar atrasado aquela coisa, aquilo. Tá faltando comida, que graças a Deus até agora não faltou. A gente pensa que um dia pode faltar. Então quem tem depressão, fica pior. Que não pode se preocupar assim com as coisas, tem que se distrair, pra ficar com saúde(...)	<p>↔</p> <p>Física/ Biológica</p> <p>↔</p> <p>Financeiro</p> <p>↔</p> <p>Psicológica/ Emocional</p>	Tem, só aquelas bronquite, coisa assim e o meu problema assim. <u>Quando eu tinha saúde eu tava mais feliz, mais alegre, mais contente</u> . Assim não, a gente fica pensando nos problemas que a gente tem. Se a gente tem saúde vai trabalhar, volta pra casa, tem o seu dinheirinho.

3- Famílias em Fase Madura

Famílias	Concepção de Saúde	Categoria	Concepção de Família Saudável
Flor-de-lis	Pra mim a pessoa que tem saúde, <u>ela não sentir dor</u> , já é tudo. Mas pra <u>ter saúde a pessoa deve saber se cuidar</u> , não depender só do posto. <u>Se cuidar na alimentação, em banho, em caminhada</u> , essas coisas dependem muito da saúde. E a pessoa <u>deve ter o exercício físico e tomar bastante água também</u> .	↔ Física/ Biológica	Em primeiro lugar a gente <u>tem que ter alta confiança em Deus</u> e daí a gente <u>saber se organizar</u> , até no horário da alimentação. A alimentação que come e as pessoas não sentir dor, é uma família com saúde.(...) Olha, graças a Deus. <u>Isso vem de Deus mesmo, porque eu tenho dois filhos eu criei e nunca foram internados (...)</u>
Girassol	Eu acho que <u>acompanhamento médico</u> precisa. Se tem saúde ou não é bom fazer. Pelo menos uma vez por ano ou ano e meio. <u>Se alimentar bem, cuidar do corpo mesmo</u> . Eu acho assim pra mim, né? <u>Alimentação ajuda muito</u> , não muita gordura(...).	← Física / Biológica ⇒ Psicológica/ Emocional e Relacional	Em primeira coisa, acho que <u>é viver bem em casa, em paz, pelo menos tudo unido</u> . Acho isso, primeiro lugar <u>é isso</u> . <u>E se alimentar, todo mundo contente</u> . Já é difícil pra ter uma doença já, pra mim é isso.
Hortência	A saúde é tudo! <u>Em primeiro lugar é a saúde</u> . Eu acho, eu sempre digo pra Deus, eu não quero riqueza, eu só queria ter o meu marido, os meus 3 filhos e a minha saúde.(...) Mas eu não sei o que é saúde. É só dor, sofrimento, então eu algumas vezes eu tenho alegria, mas eu sou uma pessoa triste. <u>Eu não sou alegre, assim forte. Então eu não sei o que é alegria, saúde. Só tenho tristeza, uma atrás da outra</u>	← Física/ Biológica	Não respondeu

Jasmim	É uma pessoa <u>que não toma remédio</u> , que tem saúde, <u>que não tem doença</u> .	<p style="text-align: center;">↔</p> <p style="text-align: center;">Física / Biológica Relacional</p> <p style="text-align: center;">⇒</p>	Uma maravilha, porque a <u>primeira coisa é a saúde</u> . <u>Tendo saúde, tem tudo</u> . Para uma família ser saudável é preciso: <u>Não ter doença, não ter briga em casa</u> .
Lírio	<p><u>Saúde boa, não precisa remédio, já é boa</u>. Isso é tudo que vale, eu acho. (...) Aí a gente tem tudo, <u>tem a riqueza se a gente tá com a saúde boa</u>. (...) Eu acho que tô com a saúde boa. <u>O único problema que apareceu pra mim é a pressão</u>. O resto tô com <u>saúde boa</u>. Não tenho dor <u>de cabeça</u>, tem gente que Ah! Tô com dor de cabeça todo dia.</p>	<p style="text-align: center;">↔</p> <p style="text-align: center;">Física / Biológica</p>	<p>O que precisa para uma família ter saúde? Pois é, <u>precisa comer, se alimentar, tomar banhos</u> é isso não? A senhora acha que a sua família tem saúde? <u>Tem saúde, graças a Deus, até agora</u>.</p>
Margarida	Pra mim uma pessoa saudável é <u>uma pessoa feliz!!</u> Não importa o que ela tenha. Se ela tem câncer, se ela tem AIDS, se ela tem uma perna amputada ou se ela vai fazer cirurgia do coração, <u>ela tem que estar bem com ela!</u> É ela primeiro. É ter uma boa noite de sono, é <u>comer o que se quer, é beber o que se quer, com quem quer</u> , sabe, é ser feliz! É estar bem, o resto é consequência.	<p style="text-align: center;">↔</p> <p style="text-align: center;">Psicológica / Emocional e Relacional</p>	Uma família com saúde é <u>uma família que se senta na mesa do almoço, conversa. Que deita na cama e conversa. É uma mãe que espera o filho e conversa</u> . E quando precisa, pegar uma cinta e dar umas boas cintadas também. (...) Família saudável é aquela família que conversa, que pode ter pouca comida na mesa, mas tem <u>diálogo, tem acerto</u> . Essa é uma família com saúde, eu acredito que seja.
Orquídea	Ah, eu acho assim que uma pessoa saudável é uma pessoa que, <u>acho que não envolve só a saúde, acho que envolve, acho que tudo envolve você</u> . Pra tua saúde tá boa, o ambiente que você vive tem que tá. <u>Você tem que ter uma ambiente para estar saudável, que a gente adoece por causa da</u>	<p style="text-align: center;">↔</p> <p style="text-align: center;">Psicológico / Emocional e Relacional</p> <p style="text-align: center;">⇒</p> <p style="text-align: center;">Financeiro</p>	Uma família saudável, eu acho assim que é um <u>conjunto pra poder ser saudável</u> (...) <u>tem que ter harmonia na família, tem que ter uma crença e eu acho que a partir dali tendo direito à saúde, a pessoa cuidar da saúde</u> , eu considera agora não tanto mais. (...) Eu acho que ter uma crença, acreditar em alguma coisa, <u>acreditar em Deus</u> . Eu digo pro meu marido: - A gente não

	<p><u>preocupação, não viver bem, o teu ambiente também não tá bom, ou preocupação demais. Acho que vai indo e você fica doente. E tem muitas vezes, <u>você é doente, mas está num ambiente saudável e não sente que você pode vir a estar doente.</u></u></p>		<p>precisa ganhar muito, desde que tu <u>ganha der pra viver dignamente.</u> E o conforto que você acha que pra ti tá bom(...)</p>
<p>Patchuli</p>	<p>Eu acho que uma pessoa com saúde é tudo. <u>É a maior riqueza que a pessoa tem é a saúde.</u> Para ser saudável, precisa: <u>de uma alimentação adequada, roupa adequada, cuidados de higiene.</u> Isso tudo é importante pra uma boa saúde. <u>Exercícios são fatores que são bem importantes pra saúde da pessoa. Sempre evitar os vícios, que os vícios prejudicam a saúde. O ambiente também, a paz e o sossego, isso também ajuda muito na saúde de uma pessoa.</u> Que uma casa sempre em conflito, briga, não tem como ser saudável.</p>	<p>Financeira ⇒ ⇔ Física / Biológica ⇔ Psicológica / Emocional e Relacional</p>	<p>Precisa também <u>ter um trabalho, pra uma pessoa ter as suas coisas necessárias,</u> ela precisa ter um trabalho, um ganho, porque nada cai do céu. E também <u>alimentação, higiene, isso tudo é importante pra uma família ter saúde. O aconchego da família, uma conversa, psicologicamente, a pessoa precisa de um apoio.</u> Eu acho que é isso é muito importante pra saúde da pessoa, <u>ter uma conversa sadia</u> é importante.</p>

4- Famílias em Fase Última

Famílias	Concepção de Saúde	Categoria	Concepção de Família Saudável
Rosa	(...) Então <u>a pessoa doente é que está bem fraquinha, que não tem saúde e está com muita dor, dor de cabeça.</u> A senhora está com saúde então? Pois é, é o que eu estou te dizendo, não tenho saúde do joelho, senão eu fazia tudo, andava bem e até dançava. (...) Eu gosto de trabalhar, de cozinhar, mas assim me custa. A única doença que eu tenho é isso, né? Mas tu vê eu converso bem, o <u>meu juízo é bom.</u> Eu até digo que sou doente, mas é pecado. Outra doença é que é triste.	⇔ Física / Biológica ⇐ Mental	<u>É a riqueza do mundo, é a riqueza pra uma família ter. Graças a Deus todos os meus filhos são perfeitos.</u> Graças a Deus! Quantos que estão aí entrevados numa cama com câncer. <u>Graças a Deus na minha família são abençoados.</u> Então a riqueza, mais vale tu não ter coisas boas pra comer, mas ter saúde.
Tulipa	<u>O principal é ter saúde. O único problema que eu tenho é a pressão.</u>	⇐ Física / Biológica	Não responderam.
Violeta	Olha, <u>eu me acho assim com saúde, porque diabete é uma doença que todo mundo tem.</u> Também não mata ninguém se a gente se cuidar (...) que não domina a gente, se a gente cuidar um pouco, não deixar assim. Acho eu, não sei se tô achando certo.	⇐ Física / Biológica ⇒ Psicológica. /Emocional e Relacional	Ah, tudo. <u>Viver em paz e tudo tranquilo. Tudo que é de bom.</u> Eu acho que os meus filhos é tudo um só. Aquilo é filho, aquele é genro, aquele é nora são tudo uma família muito unida.

