JANAINA CONIARIC

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Cínica

Orientadora: Profª Dra. Kayoko Yamamoto

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Coniaric, Janaina.

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto / Janaina Coniaric; orientadora Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2011.

150 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada 2. Adaptação 3. Família 4. Prevenção 5. Psicodiagnóstico interventivo I. Título.

BF176

CONIARIC, Janaina.

Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª Dra. Kayoko Yamamoto — Instituição: Instituto de Psicologia USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: Instituto de Psicologia USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À

Deus

e às veneráveis

fraternidades do espaço.

Aos meus pais, meu irmão e minha avó,

Herbert, Izabel, Júnior e Benita

“Pelo amor que sempre tive e agora posso dar.”

Ao meu amado,

Daniel

Meu incansável companheiro e primeiro leitor

Sem o qual, minha vida não teria a mesma graça, a mesma cor e sabor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Kayoko Yamamoto, minha orientadora, pela perspicácia em conduzir-me ao pensar e fazer científico, por sua paciência em tolerar os meus tropeços de iniciante, pela delicadeza expressa em seus apontamentos sem deixar de exigir a profundidade necessária ao trabalho e, principalmente, por seu acolhimento em momentos significativos para além do mestrado.

Às famílias que participaram da pesquisas, pelas portas abertas de suas casas e de seus corações.

À equipe do Programa Saúde na Família (PSF) pela confiança que depositaram em meu trabalho e pela disposição genuína em apresentar-me às famílias desta pesquisa.

Às professoras Ângela Gebara e Ivonise Fernandes da Motta pela leitura atenta do trabalho apresentado na Qualificação e pelas valorosas sugestões.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para realização desta pesquisa.

Ao Instituto Familiae que colocou sua Clínica Psicológica à disposição para receber os encaminhamentos das famílias desta pesquisa.

À família USP representada por professores queridos, atenciosos funcionários e colegas inestimáveis os quais abrilhantaram minha passagem pela Universidade.

À minha amiga Nirã pela generosidade e companheirismo desde os primórdios desta jornada.

À Cristiane Alves Lopes, minha psicóloga, por seu acolhimento nos momentos mais árduos, por emprestar-me sua capacidade de pensar, quando a minha estava nublada por indisponibilidades emocionais e pelo amor que é possível desenvolver-se no encontro terapêutico.

As famílias felizes parecem-se todas; as famílias infelizes são infelizes cada uma à sua maneira.

Léon Tolstoi

Os estabelecimentos de ensino, propriamente do mundo, podem instruir, mas só o instituto da família pode educar. É por essa razão que a universidade poderá fazer o cidadão, mas somente o lar pode edificar o homem.

Emmanuel

RESUMO

CONIARIC, J. Diagnóstico adaptativo familiar: um estudo piloto. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, com o intuito de aprimorar modelos de intervenção clínica que possibilitem a promoção de saúde e a prevenção de problemas psíquicos na comunidade. O atendimento preventivo familiar é um meio de se alcançar a comunidade. Em projetos psicossociais com famílias, constatou-se a necessidade de um instrumento diagnóstico familiar que abrangesse a detecção precoce de sinais e sintomas, abreviando uma ação mais eficaz. Perante essa demanda, o presente trabalho teve por objetivo geral: o estudo piloto de um modelo diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), para utilização no campo da Prevenção em Psicologia Clínica; e por objetivos específicos: 1) avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos; 2) verificar as situações-problema intrafamiliares; e, 3) averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família. Para tanto, foram realizadas entrevistas preventivas domiciliares com cinco famílias inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF). Verificou-se que três a quatro entrevistas preventivas, com duração de uma hora e meia, foram suficientes para obter os dados dos setores adaptativos e definir as situações-problema intrafamiliares. Os principais fatores que influenciaram na duração das entrevistas foram: indicação de brevidade, motivação de cada família, interrupções, capacidade da família em abordar assuntos ansiógenos, a superação ou não de resistências e, a participação de vários membros familiares. Uma das famílias interrompeu sua participação, mas seus dados puderam ser considerados na análise de resultados. A avaliação da adequação setorial indicou que: nenhuma família apresentou respostas adequadas no setor Afetivo-relacional, somente, uma apresentou pouco adequada e, a maioria apresentou pouquíssimo adequadas; no setor Produtividade: duas famílias apresentaram respostas adequadas, duas apresentaram pouco adequadas e, uma pouquíssimo adequadas; no Orgânico duas famílias apresentaram respostas adequadas, uma pouco adequadas e duas pouquíssimo adequadas; já no Sociocultural todas as famílias apresentaram respostas adequadas. As situações-problemas foram passíveis de definição e, eram desencadeadas predominantemente por conflitos no setor Afetivo-relacional. Estes dados revelaram maior comprometimento no setor Afetivo-relacional com influência no setor Orgânico. Assim, o estudo mostrou que este modelo de diagnóstico é uma proposta possível no que tange ao trabalho preventivo com famílias. Entende-se que a importância deste estudo, recai na possibilidade de promover recursos teóricos e técnicos que inspirem trabalho clínico e preventivo com famílias.

Palavras-chave: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada EDAO. Adaptação. Família. Prevenção. Psicodiagnóstico Interventivo.

ABSTRACT

CONIARIC, J. Adaptive family diagnosis: a pilot study. 2011. 150 f. Master's Dissertation – Psychology Institute of the University of São Paulo, São Paulo, 2011

Preventive Clinical Psychology has been developing in the research and practical fields with a view to improving clinical intervention models to enable health promotion and psychic-problem prevention in the community. Preventive family assistance is understood as tool to reach the community. In psychosocial projects involving families, the author found the need for a family diagnosis tool to cover the early detection of signs and symptoms, therefore accelerating a more effective action. In view of such demand, the general purpose of this paper is: to develop a pilot study for a family diagnosis model, based on the concept of the Adaptation Theory and Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO, in Portuguese) to be used in the field of Clinical Psychology Prevention; its specific purposes were: 1) to evaluate the adequacy of family relations in the adaptive areas; 2) to check intra-family problem situations; and 3) to investigate how many preventive interviews are sufficient to cover the psychodynamic/adaptive understanding of the family. For this reason, preventive home interviews were be conducted with five families registered with the Family Health Program (PSF, in Portuguese). We observed that three to four one-hour-and-a-half preventive interviews were sufficient to obtain data from adaptive areas and define intra-family problem situations. The main factors affecting the duration of interviews were: indication of brevity, motivation of each family, interruptions, family ability to address anxiogenic matters, overcoming or not resistance, and participation of several family members. One of the families discontinued participation, but their data could be considered in the results analysis. The evaluation of area adequacy suggested that: none of the families presented proper responses in the affection-relational area, only one of them presented a poor response, most of them presented very poor response; in the productivity area: two families presented proper responses, two presented poor response and one of them presented very poor responses; in the organic area, two families presented proper responses, one of them presented poor responses and two of them presented very poor responses; however, in the social-cultural area, all families presented proper responses. Problem situations were possible to define and were triggered predominantly by conflicts in the affection-relational area. Those data revealed greater commitment in the affection-relational area with influence on the organic area. Therefore, the study showed that this diagnosis model is a viable proposal in regard to preventive work with families. The importance of this study is understood to be related to the possibility of promoting theoretical and technical courses to make feasible a clinical and preventive work with families.

Keywords: Operational Adaptive Diagnostic Scale (EDAO), Adaptive, Family, Prevention, Interventive Psychodiagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....11

1.1 Prevenção e adaptação.....14

1.1.1 Psicologia preventiva.....14

1.1.2 Teoria da adaptação e Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada.....15

1.2 Algumas considerações sobre a família.....19

1.2.1 A Família como paciente.....19

1.2.2 Família e prevenção.....22

1.3. Outros subsídios teóricos.....25

1.3.1 Transmissão psíquica transgeracional.....25

1.3.2 Contribuições de Dejours sobre o adoecer.....26

1.4 Considerações sobre a técnica.....28

1.4.1 Entrevista preventiva.....28

1.4.2 Atendimento em domicílio.....29

1.5 Justificativa.....31

1.6 Objetivos.....32

2 MÉTODO.....33

2.1 Participantes.....35

2.2 Ambiente.....36

2.3 Coleta de Dados.....36

2.4 Procedimento.....37

2.5 Tratamento dos resultados e análise dos aspectos éticos.....39

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 41

4.1 Duração das entrevistas.....41

a) Tempo de duração de cada entrevista.....43

4.2 Lidando com as interrupções.....45

4.3 “Entradas e “saídas” dos membros familiares.....48

4.4 Considerações sobre os setores adaptativo.....50

4.4.1 Setor Afetivo-relacional (A-R).....50

a)Transmissão transgeracional.....51
4.4.2 Setor Produtividade (Pr).....52
4.4.3 Setor Sócio-cultural (S-C).....53
4.4.4 Setor Orgânico (Or).....55
4.5 Sobre a situação-problema.....56
a)Queixa manifesta x situação-problema.....56
4.6 Postura do entrevistador diante das angústias e resistências das famílias.....58
4.7 Efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa das famílias.....60
5 CONCLUSÃO 64

REFERÊNCIAS.....70

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como proposta inicial o estudo de um modelo de diagnóstico familiar com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), a fim de oferecer contribuições instrumentais que possibilitem ações preventivas.

Em minha formação de psicóloga clínica, certas indagações e constatações promovidas pela prática em consultório e instituição, culminaram no interesse crescente pela Clínica Preventiva, então, em concordância com Bleger (1984), o qual descreve que o psicólogo não pode esperar que a pessoa adoeça para então interferir; pus-me a estudar e participar de projetos de prevenção em saúde mental. Foi dessa forma que tomei contato com o trabalho do Dr. Ryad Simon e da Dra. Kayoko Yamamoto, os quais tiveram significativa importância na inspiração deste trabalho.

O estudo que me proponho a realizar foi, justamente, suscitado a partir da atuação profissional em programas psicossociais com famílias, em que fui convocada a pensar em instrumentos diagnósticos que propiciassem a compreensão da família no âmbito biopsicossocial, a fim de se viabilizar intervenções preventivas mais adequadas.

A importância de trabalhos preventivos com famílias é ressaltada por diversos autores e pesquisadores que compreendem que a família, em situação de vulnerabilidade social, vê-se impossibilitada de responder às necessidades básicas de sobrevivência, proteção e afeto aos seus membros; sujeitadas, muitas vezes, ao rompimento dos vínculos familiares. (GOMES; PEREIRA, 2005; ZOLA, 2008).

No Brasil e em muitos outros países, discute-se a relevância em criar ou ampliar programas de suporte à família, bem como a necessidade de uma formação especializada que possa intervir nas crises e conflitos familiares. (SAMARATI; DRAGONE; GUARÁ, 2008)

Oliveira (2000), em palestra no III Congresso Internacional de Prevenção das Dependências Químicas, afirma que os recursos necessários à família no enfrentamento de seus conflitos, referem-se tanto ao âmbito psicológico como a união da família, a capacidade de criação dos filhos, a flexibilidade e capacidade de comunicação; quanto ao físico: moradia e renda familiar.

Em vista disto, o desafio a ser superado é o rompimento do paradigma do assistencialismo e do imediatismo, visando à implantação de políticas que possibilitem

articulação de serviços e a ação profissional junto a famílias (GUARÁ, 2008; ZOLA, 2008). Entretanto, Gomes e Pereira (2005) afirmam que não se podem propor políticas sem mencionar parcerias com a família, pois o Estado não pode substituí-la, mas assisti-la.

Nesse sentido, penso que o estudo de um modelo diagnóstico, que possibilite a compreensão da dinâmica familiar, pode promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem o trabalho do especialista, assim como fornecer subsídios para a promoção de políticas que contribuam com o desenvolvimento de programas psicossociais, atuando diretamente na reestruturação familiar.

Ao falar em diagnóstico, inicialmente, é valido mencionar que o termo diagnóstico é formado por duas palavras gregas: *dia*, que significa separar, discriminar e *gnosis*, que significa conhecer. Dessa forma, o diagnóstico pode ser compreendido como a possibilidade de se conhecer algo ou um fenômeno por meio de observações, avaliações e interpretações baseadas em recursos teóricos e científicos. (ANCONA-LOPOZ, 1984). Quanto ao diagnóstico psicológico, Ocampo (1985, p.17) pontua que: "[...] objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar".

Cunha (2000) define psicodiagnóstico como o processo científico voltado para a identificação de forças e fraquezas egóicas. A autora ressalta, ainda, a finalidade preventiva do diagnóstico, na identificação precoce de problemas.

Por meio da busca pelo modelo diagnóstico familiar, pude constatar a gama de métodos de avaliação, que foram desenvolvidos a partir de concepções distintas sobre a compreensão da dinâmica familiar, tais como: a Tarefa Familiar (MINUCHIN et al; 1964); Entrevista Estruturada de Watzlawick (1966); Primeira Entrevista de Satir (1967); Entrevista Familiar Via Vídeo-tape (FORD; HERRICK; 1971); Entrevista Diagnóstica Conjunta (WELLS; RABINER; 1973); Entrevista Familiar Estruturada (FÉRES-CARNEIRO, 1979); Entrevista Familiar Diagnóstica (SOIFER,1989; SOUZA, A.S.L; 1993); entre outras. Entretanto, a utilização de tais métodos implica determinadas condições, como por exemplo: uso de equipamentos de registro, ou sala com espelho unidirecional, ou que os participante sejam alfabetizados, ou ainda, aplicação em consultório conforme a demanda familiar. Tais condições podem, em alguns casos, restringir sua aplicação a famílias de programas de prevenção na comunidade. Todavia, a busca pelo instrumento diagnóstico levou-me ao encontro da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), fundamentada na Teoria da Adaptação (SIMON, 1983), que permite promover ações de proteção à comunidade contra formas de adaptação menos eficazes.

A EDAO (que será abordada juntamente a Teoria da Adaptação no item 1.2), pode ser compreendida por uma ligeira definição, como: entrevistas individuais semi-dirigidas que abrangem os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados, que após uma análise qualitativa são operacionalizadas, obtendo-se uma classificação. Já a Teoria da Adaptação é conceituada como uma condição inerente e essencial a todo ser vivo de se adaptar às constantes modificações do seu mundo externo e interno. E, a partir dos critérios de adequação, as respostas do indivíduo podem ser avaliadas num contexto biopsicossocial, inter-relacionando os setores afetivo, fisiológico, produtivo e moral.

Embora a EDAO tenha sido concebida para aplicação individual, é justamente a sua avaliação biopsicossocial que capturou minha atenção e levou-me a pensar se a Teoria da Adaptação poderia embasar um modelo diagnóstico familiar que respondesse à demanda por instrumentos que privilegiem a intervenção precoce com famílias.

Dessa forma, propus-me a desenvolver o estudo do modelo diagnóstico familiar com base na Teoria da Adaptação e na EDAO, por meio de uma pesquisa qualitativa com quatros famílias integrantes do Programa de Saúde na Família (PSF), em que realizarei entrevistas preventivas no domicílio das famílias, pelo método clínico. Para empreender este estudo e fornecer subsídios teóricos para a compreensão dos dados coletados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre prevenção, família e técnicas subjacentes a este estudo, conforme a seguinte apresentação:

Inicialmente, como este trabalho foi inspirado no âmbito da proposta preventiva, apresento algumas considerações sobre o desenvolvimento da psicologia preventiva e suas bases, assim como a Teoria da Adaptação, com a respectiva definição do termo situação-problema e, por fim, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), que são conceitos fundamentais ao modelo de diagnóstico que me proponho a estudar.

Posteriormente, abordo a relevância que grandes autores psicanalistas atribuem à família, como também um breve histórico sobre a psicanálise com famílias. Então, apresento as contribuições da psicologia preventiva na prática com famílias brasileiras e um panorama conciso dos trabalhos preventivos com família em países da América Latina, Itália e França.

Em sequência, apresento o conceito de Transmissão Transgeracional e um recorte teórico sobre algumas contribuições de Dejours (1991; 1998), à psicossomática; como aportes à análise dos setores adaptativos.

Por fim, apresento algumas considerações sobre a especificidade da técnica empregada neste estudo, abordando as Entrevistas Preventivas e o Atendimento em domicílio.

1.1 – Prevenção e adaptação

1.1.1 – Psicologia preventiva

Segundo Bleger (1984), o cliente para o preventivista é a comunidade. Toma-se, aqui, o conceito de que a comunidade tem duas características fundamentais: a geográfica (que se refere ao espaço em que transcorre a vida), e a funcional (que atribui uma certa coesão e organização sem objetivos explícitos). Bleger (1984, p.85) descreve ainda como definição mais ampla a de Prozas Arciniegas (1964):

> "[...] a comunidade é uma unidade social com certas características especiais que lhe dão uma organização dentro de uma área limitada, e que se caracteriza por uma convivência próxima e duradoura de determinado número de indivíduos em constante interação"

Caplan (1980) afirma que a psiquiatria preventiva utiliza todo o conhecimento de profissionais com o objetivo de reduzir: a incidência de distúrbios mentais na comunidade (prevenção primária); a duração dos distúrbios já efetivados (prevenção secundária); a deterioração promovida por esses distúrbios (prevenção terciária).

Para Bleger (1984), a higiene mental, desde suas origens, está relacionada à doença mental, contudo afirma que esta primeira transcende os problemas de doença mental, portanto o autor evoca o papel do psicólogo, em suas múltiplas tarefas e funções, em auxílio fundamental aos objetivos e níveis da higiene mental.

No clássico Medicina Preventiva para o Médico em sua Comunidade (1965, p.11), Leavel e Clark citam a definição de Winslow(1920)[1] para a medicina preventiva como: "a ciência é a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental"; afirmam que esses são os objetivos finais de toda atividade médica desenvolvida no consultório com pacientes e suas famílias; nos laboratórios; e na comunidade. Os autores ordenam as fases e níveis de prevenção a partir do esquema da História Natural das Doenças (HND). Essa História abarca todas as inter-relações do agente (da doença), do hospedeiro (humano) e do meio ambiente (fatores ambientais que produzem o estímulo da doença).

O esquema da HND compreende a saúde e a doença como um processo que pode ser decomposto em dois períodos: o Pré-patogênico e o Patogênico; os quais se alternam continuamente ao longo da vida. No período pré-patogênico estão presentes as condições da

[1] WINSLOW, C. E. A. The Untilled Fields of Public Health. **Scince Mod. Med**. n.2, p183-191, 1920

doença, entretanto não afetam o indivíduo (hospedeiro). Há um equilíbrio estável entre três elementos: hospedeiro, agente e meio ambiente. Havendo a alteração em um ou mais destes elementos, o equilíbrio se rompe e instaura-se a doença; inicia-se o período patogênico.

Sem a intervenção adequada, o período patogênico desenvolve-se em três estágios: o da **patogenia precoce** (no qual os sinais das doenças são imperceptíveis e o organismo por si só poderá recuperar a saúde; caso isso não ocorra, a doença evolui ao próximo estágio.); o da **patologia precoce** (já estão presentes os sinais da doença, podendo ser diagnosticados e tratados; ou, evolui ao terceiro estágio); **doença avançada** (no qual os sinais e sintomas são evidentes; o processo poderá culminar na cura total, na cura com sequelas, na cronificação da doença, ou na morte).

Com base neste esquema, Leavel e Clark (1965) sugerem medidas específicas de prevenção a cada período e estágio da saúde e doença: a prevenção primária, com a finalidade de promover a saúde e dar proteção específica; a prevenção secundária, que compreende o diagnóstico precoce e tratamento imediato com o intuito de impedir o avanço da doença, prevenir sequelas e limitar a invalidez; por último, a prevenção terciária que tem como objetivo a reabilitação, a fim de evitar ou reduzir a invalidez parcial ou total decorrentes da doença.

Assim como na Psiquiatria Preventiva, defendida por Caplan (1980) e considerando a História Natural das Doenças (LEAVEL; CLARK,1965) a Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática, para que cada vez mais a população seja beneficiada, com o intuito de prevenir a instalação de conflitos emocionais e quando já existentes, limitar o seu agravamento e/ou evitar a incapacitação.

1.1.2 – Teoria da adaptação e Escala diagnóstica adaptativa operacionalizada

Baseado na concepção de Leavel e Clark (1965), Ryad Simon, precursor no campo da Psicologia Clínica Preventiva, traz contribuições, como a Teoria da Adaptação e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), que viabilizam a prática da prevenção.

No livro Psicologia Clínica Preventiva, Simon (1989) descreve que, em 1970, ao trabalhar no Setor de Serviço de alunos do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, desenvolveu um projeto preventivo com os alunos do primeiro ano de Medicina e Enfermagem; para tanto considerou necessário um instrumento de diagnóstico que

auxiliasse a triagem dos 98% daquela população, “que não eram ‘doentes’ no sentido nosológico” (SIMON, 2005, p. 12), mas que poderiam se beneficiar com a ajuda psicológica.

Mediante essa constatação, Simon (1989) ponderou que uma escala mais simples e operacionalizada que classificasse a adaptação de cada pessoa, contemplaria as necessidades diagnósticas, como também, nortearia os encaminhamentos, conforme as fases de prevenção. Assim, o autor estudou e conceituou a Teoria da Adaptação, que fundamentou a elaboração da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

Para Simon (1989), a adaptação é inerente a todo ser vivo, sendo assim, a Teoria da Adaptação considera que todas as pessoas vivas possuem algum grau de adaptação, por mínima que seja, caso contrário não há vida. O autor esclarece que o ser humano precisa recorrentemente encontrar novas respostas às diferentes e inéditas situações. Assim, todo o comportamento pode ser compreendido conforme o referencial adaptativo, em que há um esforço para adaptar-se da melhor forma que seja possível. Desse modo, a eficácia na adaptação varia conforme a pessoa e seu momento de vida de acordo com as circunstâncias internas e externas.

Conforme o autor citado, existem ***fatores*** internos e externos mediados pelo Ego (que podem ser positivos ou negativos), que interferem e influenciam a adaptação do ser humano. Os fatores internos são relativos a tudo que compreende o mundo interno do sujeito, sua estrutura e dinamismo; incluem-se as pressões internas, o conjunto de defesas, as relações internas objetais e o próprio organismo em sua integridade e funcionamento. Os fatores externos referem-se à totalidade de bens materiais, culturais e sociais, que tenham ligação emocional com o indivíduo.

Quando a mudança nesses fatores internos ou externos ocorre de forma abrupta, propiciando, momentaneamente, a falta de resposta-solução do indivíduo, pode eclodir uma crise, na qual há angustia diante do novo e desconhecido. Para Simon (1989), a crise classifica-se de acordo com sua origem: de perda ou ganho, que abala o equilíbrio adaptativo, causando uma redução ou aumento significativo do espaço no universo pessoal. Conforme a classificação da crise, verificam-se sentimentos predominantes, e, portanto, há procedimentos preventivos específicos a cada tipo de crise.

Para avaliar a adaptação do ser humano, Simon (1989) sugere o conceito de adequação, em que se analisam qualitativamente as soluções que o sujeito encontra aos problemas que é acometido, seguindo três critérios: 1º) se realmente resolve o problema; 2º) se a solução é gratificante ou não; 3º) se a solução gera ou não conflitos intrapsíquicos ou ambientais.

Com base nos critérios citados, são possíveis três tipos de adequação às situações-problema:

a) adequado: quando a solução encontrada atende os três critérios: resolve e gratifica sem conflitos;
b) pouco adequado: quando atende dois critérios: resolve sem conflitos, mas não satisfaz ou, resolve, satisfaz, mas causa conflito;
c) pouquíssimo adequado: quando resolve, mas não satisfaz e causa conflito.

No entanto, Simon (2005) aponta que uma pessoa pode apresentar respostas adequadas em uma área de sua vida e pouquíssimo adequadas em outras. Então, a partir de sua experiência clínica, o autor passa a aplicar os critérios de adequação a cada Setor de Funcionamento humano, concebidos da seguinte forma:

> - Setor Afetivo-relacional (A-R): compreende o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao semelhante (interpessoal);
> - Setor Produtividade (Pr): referente à totalidade de respostas frente a qualquer atividade produtiva como o estudo, o próprio trabalho, a religião entre outros;
> - Setor Sociocultural (S-C): abrange o conjunto de respostas do indivíduo relativos à organização social, recursos comunitários, valores e costumes da cultura em que vive;
> - Setor Orgânico (Or): indica o estado físico da pessoa, bem como seus sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo.
>
> (SIMON, 2005, p.25)

Com base nestes conceitos, Simon desenvolveu a EDAO, um instrumento diagnóstico capaz de operacionalizar e classificar a adequação de indivíduos, possibilitando a compreensão da “situação-problema” (SIMOM, 2005, p.28) e indicação de medidas preventivas, como a Psicoterapia Breve Operacionalizada.

A respeito da definição de “situação-problema”, Simon(2005) esclarece que, quando uma nova e significativa situação surge na vida de uma pessoa, esta é compelida a encontrar uma resposta, não a uma questão qualquer, mas a um desafio emocionalmente importante, imbricado por variáveis que coexistem e interagem, promovendo uma tensão crítica, que a pressionam a uma solução, mesmo que conflitiva, caso contrário eclodir-se-ia uma crise, com exceção aos casos patológicos graves. Conforme o autor, a situação-problema é o conceito central na Psicoterapia Breve Operacionalizada e pode ser definida por meio da EDAO.

Quanto à aplicação da EDAO, é realizada por meio de entrevistas psicológicas, semidirigidas e individuais, que investigarão a queixa, seu histórico e evolução; a história pregressa do paciente; e outras áreas com sintoma, a fim de detectar situações-problema com

relação aos quatro setores adaptativos (Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico), que interagem.

Com a redefinição da EDAO (1998), os setores Afetivo-relacional e Produtividade, considerados clinicamente mais importantes, foram mantidos com atribuições qualitativas e quantitativas e os setores Sociocultural e Orgânico somente qualitativas, resultando na pontuação quantitativa conforme a Tabela:

Pontuação Segundo Adequação

Setor	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
PR	2	1	0,5

De acordo com a operacionalização dos Setores, Simon (2005) estabeleceu a classificação das pessoas quanto à sua eficácia e adaptação, compreendendo cinco grupos:

> Grupo1 – Adaptação Eficaz: corresponde à personalidade 'normal', com raros sintomas neuróticos ou caracterológicos;
> Grupo2 – Adaptação ineficaz leve: corresponde a sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições;
> Grupo 3 – Ineficaz moderada: corresponde a alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos;
> Grupo 4 – Adaptação Ineficaz severa: corresponde a sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos;
> Grupo5 – Adaptação Ineficaz grave: corresponde a neuroses incapacitantes, borderlines, psicóticos não-agudos, extrema rigidez caracteriológica.(SIMON, 2005, p.28).

Após a aplicação e análise da EDAO, Simon (2005) aconselha medidas preventivas específicas, como a Psicoterapia Breve Operacionalizada. Ademais, o autor pontua que a EDAO foi inicialmente desenvolvida para servir aos propósitos de classificação e prevenção para grande número de pessoas, mas sua utilização poderia estender-se ao atendimento individual em consultório, como também para fins de pesquisa.

Atualmente, a EDAO é conhecida por profissionais clínicos, sendo utilizada em diversas pesquisas voltadas à saúde mental, como em: Souza (1995), Heleno (2000), Frasson e Souza (2002), Medeiros (2007), Altman (2008), Tamagnani (2009), Valentim (2010), entre tantas outras. Contudo, os pesquisadores utilizaram a EDAO como instrumento individual, tal como Simon (1983) a concebeu, não havendo o registro de um estudo sobre sua aplicação no grupo familiar, no entanto Simon (1989, p.137) recomenda que a Teoria da Adaptação seja "continuamente enriquecida pela experiência, de modo a permitir a elaboração de estratégias preventivas mais eficientes"; dizeres que embasam e motivam o presente estudo.

1.2 – Algumas considerações sobre a família

1.2.1 – A Família como paciente

A família é uma instituição tão antiga como a própria espécie humana, a qual intermedeia o indivíduo e a sociedade. É uma unidade básica de desenvolvimento e experiência, de realização e fracasso, enfim de saúde e doença. (ACKERMAN, 1974).

Desde o início da psicanálise, Freud considerou a importância da família na composição da sintomatologia do paciente. Em *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud (1905) recomenda que o analista deva dar a mesma atenção às condições sociais do paciente quanto aos sintomas patológicos. (FÉRES-CARNEIRO, 1996).

No *Caso do pequeno Hans*, Freud (1909) aponta as relações pais e filhos como núcleo do enfoque psicanalítico sobre o desenvolvimento humano. A análise da fobia desse menino de cinco anos mostra a sintomatologia como resultante da situação edípica de Hans sendo influenciada pelos conflitos edípicos não resolvidos de seus pais. Nessa perspectiva, pode-se considerar esse sintoma proveniente do grupo familiar.

Segundo Ackerman (1974), Freud concebia a família como o meio para disciplinar os instintos biológicos fixos da criança e a forçar à repressão de sua descarga espontânea.

Klein (1975;1991), em sua obra, descreve o desenvolvimento infantil reconhecendo a importância de um Ambiente Favorável para a promoção de experiências de gratificação. A autora enfatiza a dependência da criança em relação a sua mãe e, posteriormente, às figuras combinadas (em que, nos primórdios da separação: eu e outro, o pai estaria incluso na figura da mãe). Dessa forma, a criança relaciona-se com o meio ambiente por meio dos mecanismos de projeção e introjeção a partir de seu mundo interno. Embora, a autora tenha centralizado seus estudos no mundo interno, discutindo conceitos sobre inveja, gratidão, carga pulsional inata, entre outros, não desconsidera a relevância do funcionamento familiar.

Outro grande autor, Winnicott (2001), considera que a família é a única entidade capaz de dar continuidade às tarefas da mãe quanto ao atendimento das necessidades do indivíduo em relação à organização da realidade psíquica pessoal. O autor, é função da família viabilizar o crescimento pessoal, aqui concebido como maturidade emocional. Pois, compreende que a família deveria possibilitar o caminho de transição entre dependência e a independência; os cuidados parentais e a sociedade.

Conforme Winnicott (2001), a família protege a criança do mundo e, aos poucos, permite a introdução da sociedade, por meio da apresentação de parentes, outras crianças e a escola. Por outro lado, a criança utiliza-se da rebeldia para romper o círculo de segurança e inserir-se em outro círculo mais amplo. Contudo esse movimento à independência só terá êxito se a criança encontrar o apoio compreensivo da família, aceitando-a e permitindo que volte ao relacionamento primário com os pais. Já a desintegração da estrutura familiar pode promover o aparecimento de sintomas e distúrbios clínicos na criança, tais como: as manifestações psicossomáticas e o estabelecimento precoce da independência no sentido da responsabilidade e não da maturidade.

Muitos teóricos enfatizam a importância da família no desenvolvimento normal da criança. Mannoni (1977), por exemplo, afirma que a criança pode servir de depositório da doença familiar. Além disso, Dolto (1988) identifica em seus estudos que 50% dos casos de criança neurótica estão associados à neurose familiar.

Em concordância com Mannoni (1977) e Dolto (1988), Arzeno (1995) ressalta a importância da entrevista familiar no psicodiagnóstico de crianças. Souza (1993), em estudos mais recentes sobre a inibição intelectual da criança, confirma a relevância da entrevista familiar no atendimento infantil, pois considera que a problemática da criança é composta, também, por conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos advindos da relação familiar patológica.

Voltando a Winnicott (2000), o autor descreve o caso de Kathleen, uma menina psicótica de seis anos, cuja melhora se deu por meio das orientações à família, possibilitando que esta se autorizasse e se apropriasse dos cuidados e da recuperação de Kathleen. Outros autores, assim como Ackerman (1981), consideram que a participação da família é fundamental no tratamento das dificuldades emocionais de crianças e adolescentes.

Ackerman (1981), no entanto, enfatiza que a família foi tratada, por muito tempo, como prolongamento da criança, já o enfoque familiar foi tomando forma a partir de estudos sobre a expansão da análise da criança, de pacientes psicóticos e da terapia de grupo.

A terapia familiar desenvolveu-se a partir de significativas contribuições teóricas. Dentre as diversas postulações, podem-se ressaltar: a teoria do desenvolvimento da personalidade de Adler; o estudo das relações interpessoais, em que a patologia tem uma relação interacional, de Sullivan ; o conceito de mãe esquizofrenogênica, tendo a relação mãe-filho como possível fonte de patologia, de Frieda Fromm-Reichman; e o estudo da doença mental a partir da compreensão em que o indivíduo pode ser depositário da patologia que é da família, de Pichon-Riviére. (FÉRES-CARNEIRO, 2003; YAMAMOTO, 2006).

O campo da terapia familiar organiza-se entre duas grandes abordagens: a Sistêmica e a Psicanalítica. Para este estudo, tomar-se-á o enfoque das escolas psicanalíticas.

O atendimento de famílias foi introduzido no Brasil por volta dos anos 70. Contudo, é em meados da década de 40 que a Psicanálise de Família começa a tomar forma ao longo do mundo, a partir de uma ampliação da técnica psicanalítica individual, para realizar atendimentos à família de pacientes esquizofrênicos. (GOMES[2], 2008; PONCIANO; FÉRES-CARNEIRO, 2003).

Em 1962, Ackerman (1974), um dos pioneiros no trabalho com famílias pela abordagem psicanalítica, co-fundou a primeira revista específica da área – *Family Process*. Inicialmente, os trabalhos do autor foram criticados pelos psicanalistas individuais, por causa da similaridade entre o trabalho familiar e o individual. Entretanto, Ackerman (1974) considerava que o atendimento familiar poderia trazer à tona segredos e questões conflitivas, que por si só não seriam elucidadas. (BOX, 1994; GOMES, 2008).

Em Londres, a Tavistock Clinic foi pioneira em aplicar os conceitos da psicanálise clássica com base na Teoria das relações Objetais de Klein, para o estudo do atendimento da família, constituindo-se num espaço para a formação de analistas e pesquisadores de família, o qual foi, posteriormente, nomeado como: Tavistock Institute of Marital Studies (TIMS). Ao longo do tempo, esse Instituto foi construindo seu corpo teórico a partir das referências de Freud, Klein, Bion, Winnicott, Balint e Bowlby.

Influenciados pelos trabalhos do Tavistock Institute, Pincus e Dare (1981) formulam suas hipóteses a partir de estudos sobre mitos familiares e seus efeitos na dinâmica da família. Para os autores, os mitos são segredos ou crenças cultivados em família, que podem ser inconscientemente compartilhados e transmitidos entre gerações. Segundo os autores, os segredos mais cuidadosamente escondidos são provenientes de fantasias incestuosas.

Dentre os psicanalistas formados pela Tavistock, pode-se também destacar Meyer (1987), que analisa a família sob um prisma Kleiniano e Bioniano; cujas contribuições sobre as relações intrafamiliares e interfamiliares são de suma importância. O autor sugere especial atenção ao jogo de projeções e identificações projetivas que ocorrem no grupo familiar. Para ele, um membro da família só assume um papel idealizado porque outro está disposto a receber os aspectos maus em seu lugar.

> Os aspectos que compõem a parte da familidade permanecem latentes à observação enquanto a pessoa estiver numa situação de isolamento relativo; mas o contexto familiar faz com que estes aspectos venham à tona e como

[2] GOMES, I.C. **Psicanálise de casal e família:** alguns referenciais teóricos. Texto veiculado em aula em 8 de abril de 2008.

> que revelassem ao indivíduo a natureza intrínseca de sua personalidade enquanto membro da família. (MEYER, 1987, p.50).

Na França, por volta dos anos 70, psicanalistas como Eiguer (1985) e Kaës (1998; 2001), partem dos estudos Bionianos sobre os grupos e correlacionam à terapia familiar, desenvolvendo um referencial próprio denominado Psicanálise das Configurações Vinculares. Eiguer traz à psicanálise de família e casal, aportes sobre a influência do mandato geracional nos vínculos familiares. Por outro lado, Kaës realiza expressivas contribuições a respeito do conceito de Transmissão psíquica transgeracional (o qual será abordado no item 1.3.1).

Na América Latina, a Psicanálise Vincular desenvolve-se em extensa produção bibliográfica, tendo Berenstein (1988; 1997) e Puget (1997) como seus expoentes. Ambos os autores foram influenciados pelos pensamentos de Bleger e Pichón-Riviere. (GOMES, 2008). Para Bleger (1984), a função da família é servir de reservatório para as partes mais primitivas de cada um dos membros, possibilitando, conforme a dinâmica de cada família, uma simbiose normal e necessária que permitirá o desenvolvimento de partes mais adaptadas da personalidade, ou, no caso de simbiose psicopatológica, uma indiscriminação do mundo interno e externo, impossibilitando a individuação e personalização de seus membros. Dentre as contribuições de Pichón-Riviere, pode-se enfatizar o mecanismo de *depositação,* em que os afetos, as fantasias e a enfermidade de cada pessoa da família são depositados no outro (depositário), dando origem à noção de *porta voz* e *bode expiatório* da patologia da família. (RAMOS, 1992).

Retornando a Berenstein (1988; 1997) e Puget (1997) os autores introduzem a questão da intersubjetividade e transubjetividade nos processos inconscientes da estrutura familiar, em que os significantes atravessam as subjetividades, produzindo a passagem inconsciente de ideologias, convicções e mitos familiares. Os autores compreendem e estudam a noção de vínculo como uma instância psíquica, que deriva do contato e presença do outro, pois, para os autores, o sujeito só existe na ligação com o outro e no pertencimento ao grupo.

O atendimento psicanalítico de famílias no Brasil vem se desenvolvendo a partir das influências da Escola de Tavistock e da Psicanálise Vincular, no entanto não se pode deixar de destacar as contribuições da Psicoterapia Preventiva advindas do campo da pesquisa e prática, que tem aprimorado os modelos de intervenção clínica, a fim de possibilitar as medidas preventivas relacionadas aos problemas psíquicos na família.

1.2.2 – Família e prevenção

Yamamoto (1990, p.41) desenvolveu um importante estudo sobre *A psicoterapia Preventiva da Família*, desbravando novos caminhos quanto à técnica e à práxis no atendimento com famílias. Nesse estudo, a autora define a família "como um grupo de duas ou mais pessoas que, habitando sob um mesmo teto, estão ligadas por vínculos matrimoniais (legalizados ou não), paterno ou materno-filiais, fraternais ou outro parentesco e compartilham de uma intimidade afetiva comum." Neste sentido, também faz parte da família um membro que já se afastou ou faleceu, mas que tem função de bode expiatório, provedor ou objeto idealizado que foi perdido.

Nesse trabalho, Yamamoto (1990) realiza Psicoterapia Breve Operacionaliza com as famílias, compreendendo-a como provedora de suprimento para os Quatro Setores adaptativos aos seus membros. Para tanto, propõe a adaptação dos *Quatro Setores*, conceituados por Simon (1989), tomando a seguinte configuração:

> a)Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
> b)Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de autossuficiência;
> c)Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
> d)Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental. (YAMAMOTO, 1990, p.40-41)

Podem-se ressaltar algumas considerações desse estudo que norteiam o atendimento preventivo com famílias, tais como: a família (e não um membro isolado desta), é o paciente para o psicólogo preventivo. Mesmo quando a queixa dirige-se a um membro, o psicólogo não contesta a família, mas direciona seus esforços para uma compreensão mais ampla, relacionando o específico membro às interdependências e reações dos demais componentes. Dessa forma, o foco do atendimento recai na trama das relações familiares. Assim, ainda que alguns de seus membros não estejam efetivamente participando, o atendimento pode ser realizado com os componentes presentes.

A partir deste estudo, Yamamoto (2006) publicou o livro intitulado: *Psicoterapia Preventiva da Família: Método e Ilustrações Clínicas*. Nessa obra, a autora apresenta com proficiência sua práxis no desenvolvimento da Psicoterapia Preventiva da Família, o respectivo embasamento teórico, os objetivos e utilidades vinculadas à demanda da população brasileira. Didaticamente descreve a técnica e os resultados; e ainda, ilustra com casos clínicos as discussões e seus "achados" (constatações e descobertas).

Nesse livro, Yamamoto (2006), também, revela que uma de suas intenções era a validação da Escalas Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) das relações

familiares. Mas, tendo em vista a primazia pela psicoterapia, devido à demanda, a autora se empreende na magnitude em desbravar a Psicoterapia Preventiva da Família.

Simon (1995; p.12), também, traz significativas contribuições à Psicoterapia Preventiva da Família, elucidando que o diagnóstico das relações familiares deverá considerar "[...] dois cortes no processo evolutivo temporal". O primeiro transversal: relativo aos fatos presentes, contemplando a queixa e todo o conjunto de respostas às perguntas que auxiliam compor a Situação-problema, tais como: o quê?; quem?; como? - O que está acontecendo agora? Quem está envolvido? Como é o envolvimento? E, o corte longitudinal: refere-se ao passado, cabendo responder: onde? quando? e por quê? – Onde ocorreu o problema? Quando começou o envolvimento? Por que aconteceu? Para este último *corte*, o conceito de transmissão transgeracional (que será abordado no item 1.2.3) poderá auxiliar a análise, pois considera que a herança psíquica do ser humano é constituída pela transmissão psíquica de pais aos filhos (intergeracional) e de avós aos netos (transgeracional), que podem carregar conflitos inconscientes. (LEBOVICI, 2004).

No Brasil, estudos apontam que a maioria dos trabalhos preventivos com famílias está direcionada às ações e programas parentais, que visam à prevenção de problemas comportamentais em crianças, cujo embasamento teórico segue o modelo cognitivo-comportamental. (RIOS; WILLIAMS, 2008).

Na França, Rabault (2008) descreve trabalhos preventivos com famílias, mantidos pelo governo, que buscam melhorar as relações conflituais entre pais e filhos. Tais programas contam com a intervenção especializada no âmbito educativo e psicológico; proporcionam subsídios financeiros às famílias e disponibilizam uma operária familiar que tem um papel pedagógico quanto às atividades domésticas. Há ainda, o programa de Assistência Maternal, que presta atendimento quanto aos afazeres domésticos, enquanto os pais se adaptam à nova realidade promovida pela vinda do bebê.

Samarati e Dragone (2008) esclarecem que na Itália há diversos programas de suporte à família, que favorecem os cuidados maternos e o gerenciamento familiar, no entanto as autoras enfatizam a necessidade de ampliar esses trabalhos e expandir o conceito sobre a importância da família, propondo programas que auxiliem não a estruturação das residências, mas a estruturação da própria família.

Quanto à América Latina, Meirelles (2008) ressalta a importância de pensar as políticas públicas de forma integrada, a fim de promover a inserção social pautada no princípio de convivência familiar e comunitária.

Para o Brasil, Guará (2008, p.46) afirma: “Precisamos descobrir formas de atuar junto às famílias, contemplando demandas de educação, saúde, higiene, orientação econômica, entre outras”. A autora enfatiza a necessidade de formação especializada para trabalhar, discutir crises e conflitos familiares junto às comunidades carentes e, também, ao Programa de Saúde da Família - PSF.

O PSF desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da família, tendo como unidade de atendimento a família em seu habitat/domicílio. (CARDOSO, 2002; GOMES; PEREIRA, 2005; FRANCA; VIANA, 2006). Contudo, pesquisas apontam uma escassez bibliográfica direcionada à práxis do psicólogo quanto à sua inserção no PSF. (FRANCA; VIANA, 2006).

1.3. – Outros subsídios teóricos

1.3.1 – Transmissão psíquica transgeracional

Segundo Gomes e Paiva (2008), a noção de transmissão psíquica está presente desde o livro da Gênese, perpassando por Freud – em Totem e Tabu (1912-1913) e Teoria da repetição (1914) – até ser aprofundada e atualmente muito discutida pelos psicanalistas de grupo e família.

Para as autoras, a transmissão psíquica faz-se presente em todos os processos humanos: na cultura, na religião, entre outros; dessa forma, o transgeracional é um dos modelos de transmissão, no qual há a passagem de material sem elaboração, em que as histórias passadas se repetem no presente sem a possibilidade de uma integração psíquica.

A constituição do sujeito, segundo Kaës (2001), dá-se no espaço do intrapsíquico e o intersubjetivo, sendo que este último se deve à subordinação do sujeito a um grupo que o precede, como a família, as instituições e o social. O autor enfatiza que é a partir desses grupos que são transmitidas as referências identificatórias, os sistemas de relação de objetos e os mecanismos de defesas.

Corroborando com as idéias de Kaës (2001), Granjon (2000) afirma que: “Os processos da transmissão implicam ligações com e entre diferentes níveis intrapsíquicos e intersubjetivos intermediadas pelo grupo”. (p.24). A autora define duas modalidades de

transmissão psíquica: a intergeracional e a transgeracional. A primeira caracteriza-se pela modificação daquilo que é transmitido de uma geração a outra. Já, na transgeracional, o que é transmitido pelas gerações não favorece modificações, as quais possibilitariam a integração psíquica.

Para Lebovici (2004), a transmissão, inter e transgeracional, constitui a herança psíquica do ser humano. Quando o que é transmitido é o conflituoso demais, a pessoa não pode integrar aquilo que é transmitido, de forma que a transmissão da cultura é bloqueada. A transmissão transgeracional pode ser um mito que tende a definir o eixo do mandato de vida imposto ao descendente. O autor considera que a transmissão de conflitos inconscientes pode ser feita por meio de um "mandato transgeracional", o qual dificulta ou impede o desenvolvimento da criança.

Kaës (1998) afirma que a transmissão se organiza a partir do negativo. Para o autor, aquilo que se transmite seria, preferencialmente, o que não se lembra ou não se contem, como a doença, a falta, a vergonha entre outros. Contudo, o autor também reconhece a transmissão daquilo que "ampara e assegura as continuidades narcísicas".(p.9).

Retornando a Granjon (2000), a autora assinala que tudo é transmitido, a cultura, a história e o mito da família, todavia dependerá do receptor (de seu aparato psíquico) a possibilidade de elaborar as heranças psíquicas apropriando-se ou modificando-as. Dessa forma, a autora aponta uma diferenciação evolutiva entre o que é transmitido e o que é herdado, podendo ser adquirido.

A importância clínica de considerar-se a transmissão transgeracional para auxiliar a análise do *corte longitudinal* deve-se ao reconhecimento da passagem: daquilo que não se lembra ou não se contem; das "faltas" e "bloqueios"; da ordem da vergonha ou do traumático; repercutindo nas repetições de histórias passadas.

1.3.2 – Contribuições de Dejours sobre o adoecer.

Desde as iniciais contribuições de Dejours (1991; 1998) à psicossomática, até suas últimas discussões, observa-se a transformação e o desenvolvimento de suas idéias. (CASETTO, 2006). Contudo, para fins deste estudo, é importante realizar um recorte teórico, esboçando somente, algumas das últimas contribuições do autor, que poderão auxiliar na análise adaptativa do setor Orgânico.

Dejours (1998) atribui à relação afetiva, a posição central dos fenômenos psicossomático.

> "O sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoeço por alguém. A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro" (Dejours, 1998, p. 41).

Portanto, o autor afirma a primazia da intersubjetividade sobre a intrasubjetividade no processo de adoecer. De forma que, a ocorrência somática é considerada um sintoma que ocorre na trama intersubjetiva, e não mais, como inerente as más mentalizações. Para exemplificar, Dejour (1998) recorre à doença de Freud (câncer), para enfatizar que esta não surgiu por causa de más mentalizações, do grande pensador. Assim, Dejour (1998) afirma que esse não seria o critério para classificar os pacientes psicossomáticos.

Ademais, o sintoma somático dirigido a um outro, expressa uma intencionalidade, ele ocorreria exatamente porque a captura libidinal não pode ser feita e transformada em um "agir expressivo" dirigido francamente a um outro "Afinal, convoca-se sempre o corpo para produzir significações, e sobretudo para produzir efeitos – sedução, medo, sono etc – no outro". (CASETTO, 2006, p135)

O sentido (a significação) da doença somática estaria no interior do próprio processo de adoecimento, mas não em sua origem. E, este sentido só poderá ser criado e elaborado por meio da relação com o outro (o analista). (CASETTO, 2006). "o sentido do sintoma somático, se é que ele existe, não está no sintoma, mas no trabalho de interpretação eventualmente desencadeado por ele" (Dejour, 1998, p. 40)

1.4 – Considerações sobre a técnica

1.4.1 – Entrevista preventiva

"A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico" (BLEGER, 1980, p.9). Segundo o autor, a entrevista psicológica é um instrumento técnico de investigação científica pautada na teoria composta por conhecimentos advindos da psicanálise, da Gestalt, da topologia e do Behaviorismo, cujos objetivos são: a investigação, o diagnóstico e a terapia.

Para a realização da investigação, o autor aponta três etapas: a observação, a hipótese e a verificação, as quais se intercalam e atualizam durante toda a entrevista.

O autor atribui, como especificidade desse instrumento psicológico, a participação e influência do entrevistador, pois compreende a entrevista como uma relação humana, em que o entrevistador procura saber sobre o entrevistado, utilizando-se tanto de seu conhecimento prévio como de suas impressões (contratransferência, identificação etc.). O autor enfatiza a necessidade de uma sistematização que considera como sendo o enquadre, a constituição do campo, a análise das transferências e contratransferências entre outros, a fim de viabilizar um estudo mais detalhado.

Simon (1989) destaca como essencial diferença entre Entrevista Diagnóstica Clínica e Entrevista Preventiva, o fato de o entrevistado ser procurado e não ter procurado o *psico-higienista*/entrevistador, ou seja, comumente nas entrevistas diagnósticas clínicas os entrevistados buscam o auxílio do especialista com uma queixa, frequentemente manifesta, em outras, são trazidos pela família, como representantes da queixa, ou ainda, encaminhados, também por algum motivo.

Ocampo (1985) ressalta como questionamento fundamental, para o auxílio nas Entrevistas Iniciais, a investigação do motivo que desencadeou a procura do paciente, ou seja, o porquê de ter vindo e, sequencialmente, as possíveis discrepâncias entre o motivo manifesto e o latente. Já nas Entrevistas Preventivas, é o *psico-higienista*/entrevistador que vai ao encontro do entrevistado/paciente, com o intuito de intervenção primária ou secundária, podendo deparar-se com a patogenia precoce, a patologia precoce, a doença avançada, ou a invalidez. (conforme terminologia de Leavel e Clark, 1965). Essa diferença repercute diretamente na condução e na técnica a ser seguida pelo entrevistador.

Conforme Simon (1989), o fato de ser procurado ou convocado à entrevista por um especialista pode ser em si desencadeador de persecutoriedade exacerbada. Para tanto, o autor propõe técnicas suportiva e interpretativa, a fim de lidar com a provável angústia persecutória do paciente. Dessa forma, sugere que, logo no início da entrevista, seja elucidado ao paciente o porquê desta, assim como seja assegurado a ele total sigilo. Outra medida técnica colocada por Simon (1989, p.49) é a introdução com o questionamento ao paciente: *Você sabe por que está aqui?* Para que, a partir da resposta do paciente, o entrevistador possa adquirir certos esclarecimentos expostos a seguir:

> a)intuito do entrevistador conhecer o paciente para verificar o que está bem com ele e ver se é possível melhorar mais;
> b)verificar o que não está bem e ver o que pode ser feito para ajudar a melhorar, ou encaminhar a quem poderia dar esta ajuda;

> c)esclarecer alguma dúvida ou fornecer alguma informação especializada que o sujeito queira a respeito de sua pessoa ou alguém de suas relações;
> d) tentar eliminar preconceitos sobre quem precisa ou que vem a ser ajuda psicológica.(SIMON, 1989, p.49)

Simon (1998) também chama a atenção às resistências, que podem dificultar e até impossibilitar a realização das entrevistas; de maneira que descreve algumas medidas facilitadoras. Primeiramente, o autor alerta sobre o provável medo que o paciente sente em ser diagnosticado como louco, devido frequentemente à noção leiga sobre a loucura. Esse medo pode ser dissipado por explicações. Outras resistências, desencadeadas por angústias mais intensas, requerem medidas interpretativas e, ainda, há aquelas em que a oposição ferrenha realmente impossibilita a entrada do entrevistador. Neste caso, o autor recomenda encerrar as entrevistas, oferecer a possibilidade do atendimento por outro entrevistador e, na recusa deste procedimento, colocar-se à disposição frente a uma solicitação ulterior.

Em relação aos *Quatro Setores* a serem investigados, Simon (1989) orienta que a entrevista seja conduzida a partir dos âmbitos menos ansiógenos (setor Sociocultural e produtividade), até os mais ansiógenos (setor orgânico ao afetivo-relacional). Além disso, ressalta que as entrevistas deverão ser realizadas em poucos encontros (de um a três), e que em seu término é fundamental fornecer um feedback ao paciente e colocar-se à disposição para ajudá-lo ou encaminhá-lo a outro especialista.

1.4.2 – Atendimento em domicílio

Yamamoto (1990) desenvolveu um importante estudo sobre *A psicoterapia Preventiva da Família* realizada no domicílio, em que apresenta as seguintes constatações: a família sentia-se mais amparada em sua casa frente ao desconhecido, o qual era representado pelo entrevistador; todos os elementos da casa eram utilizados pela família como recurso de comunicação; a organização espacial da casa exprimia a dinâmica familiar; verificou-se o uso que a família fez da presença do psicólogo, como por exemplo, colocando-o no lugar de terceiro excluído; e pôde-se observar a dramatização da família em sua casa; entre outras constatações.

Berenstein (1988) considera o espaço habitacional como expressão da estrutura familiar inconsciente, em que a distribuição e a distância do espaço diagramado na residência; a intercomunicação entre os cômodos (presença e ausência de portas e paredes); e a nomeação

atribuída aos ambientes da casa, são elementos de análise na compreensão da organização inconsciente dos grupos familiares.

Simon (1995) reforça a importância dos atendimentos no domicílio, ressaltando as fartas informações transferenciais (de cada familiar para o psicólogo), extratransferenciais (relações dos familiares entre si), contratransferenciais (reações do psicólogo ante o ambiente e os membros da família) que podem estar ao alcance do psicólogo.

Em recente estudo sobre intervenção psicanalítica com pais-bebê no âmbito da amamentação, Feliciano (2009, p.124) realizou “encontros-consulta” na residência dos participantes, por considerar os elementos observados no ambiente como recurso adicional à análise.

A realização da entrevista na residência familiar poderá facilitar a interação com o psicólogo, como apontado por Sachs (1986 apud YAMAMOTO, 1990, p.41). Em seus estudos, o autor propõe visitas domiciliares para amenizar a resistência do pai, quando causada por sua condição socioeconômica. O autor verifica que as visitas residenciais diminuem as distâncias hierárquicas entre o terapeuta e os familiares.

Rios e Williams (2008) efetuaram uma revisão na literatura sobre trabalhos de intervenção familiar, cujo foco era a prevenção de problemas de comportamento infantil e verificaram que um dos motivos para o baixo engajamento de famílias carentes em programas preventivos se refere à realização destes em locais distantes das casas das famílias. As autoras apontam, ainda, que a eficácia de programas parentais (avaliados pelas autoras) está também relacionada com a realização destes programas nas residências das famílias, inseridos na cultura de suas comunidades.

Em minha experiência profissional (embora não tenha caráter científico), tive a oportunidade de acompanhar educadores (integrantes das equipes de Programas idôneos e respeitáveis que realizam trabalhos com famílias carentes), nas visitas domiciliares, obtendo uma vivência ímpar que me fez repensar sobre as intervenções mais adequadas à população com condição socioeconômica baixa.

Nesta ocasião, compreendi que, ser recebida de forma tão primorosa (dentro das possibilidades), por algumas famílias, devia-se ao vínculo destas com os educadores. No entanto, tive a grata surpresa de perceber que, ao identificar-me como psicóloga, algumas famílias expuseram dificuldades mais íntimas, que até então não haviam mencionado a ninguém, inclusive aos educadores (segundo o próprio depoimento). Deparei-me com pessoas que, por falta de informação a respeito do trabalho do psicólogo, tinham receio de procurar auxílio do especialista, mas que, indubitavelmente, necessitavam do benefício da intervenção.

Posteriormente, pude perceber que, mesmo as pessoas que visivelmente aproveitavam as intervenções dos educadores, e ainda, solicitavam ajuda especializada, não chegavam ao Posto destes Programas. Estranhamento que me levou a refletir sobre o atendimento domiciliar.

É inegável o quão rica é a visita domiciliar, para a análise e compreensão da pessoa na família e a família propriamente dita, a começar pelo recebimento ou não dos especialistas, dos significados contidos na hospitalidade, na presença e ausência de determinados membros da família, na conservação e limpeza da moradia, entre outros tantos.

Corroborando com essas constatações, Avoglia (2006) realiza um estudo sobre avaliação psicológica, em que propõe a visita familiar e a visita escolar como estratégias complementares ao psicodiagnóstico de crianças com queixa escolar. A autora conclui que essas estratégias possibilitam ampliar a compreensão diagnóstica fornecendo dados para uma leitura mais contextualizada da realidade da criança.

A partir dessas considerações, compreende-se que a residência das famílias, como local para as entrevistas, atende os propósitos preventivos deste estudo.

1.5 – Justificativa:

Por meio da minha atuação profissional em Projetos Psicossociais com famílias em situação de vulnerabilidade social, e noutros que tive acesso, pude observar o cuidado no levantamento das necessidades da comunidade (o qual deve anteceder a elaboração dos programas de ação). No entanto, os procedimentos propostos não incluíam a avaliação diagnóstica para cada família, resultando em intervenções, algumas vezes morosas ou ineficazes.

Partindo dessa constatação, ponderei como primordial a diferenciação das famílias, em sua singularidade, considerando a dinâmica familiar e a capacidade de adaptação num contexto biopsicossocial, para então se pensar e propor uma intervenção mais adequada. Assim, a solução proposta foi estudar um modelo diagnóstico, que atendesse as especificidades dessa população, que apesar de precisar de auxílio especializado, não o busca por falta de informação ou receio. Por isso que, no trabalho preventivo, é o especialista que vai ao encontro das famílias.

Dessa forma, penso que a compreensão da dinâmica familiar pode promover recursos teóricos e técnicos que viabilizem o trabalho do especialista, assim como fornecer subsídios para a promoção de políticas que contribuam com o desenvolvimento de programas psicossociais que atuem diretamente na reestruturação familiar.

A proficuidade desse modelo diagnóstico adaptativo familiar será abranger a detecção precoce de sinais e sintomas (os quais poderiam passar despercebidos), abreviando uma ação mais eficaz e configurando-se como um recurso ao trabalho clínico e preventivo com famílias e ao trabalho do psicólogo inserido no Programa de Saúde da Família (PSF). Sua utilidade poderá ainda, estender-se (considerada as devidas adaptações), a outras pesquisas e projetos. Pois, como afirmado por Bleger (1984, p.20) "[...] a função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública".

1.6 – Objetivos:

Objetivo Geral:

Estudo piloto de um modelo de diagnóstico familiar, com base na concepção da Teoria da Adaptação e da Escala Diagnóstica Adaptativa, para utilização no campo da Prevenção em psicologia clínica.

Objetivos Específicos:

1- Avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos;
2- Verificar as situações-problema intrafamiliares;
3- Averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família.

2 - MÉTODO

Trata-se de um estudo pelo método clínico-qualitativo, compreendido como uma particularização e um refinamento dos clássicos métodos qualitativos. E, concebido como: “um meio científico de conhecer e interpretar as significações – de naturezas psicológicas e psicossociais – que os indivíduos [...] dão aos fenômenos da saúde-doença” (TURATO, 2008, p.240).

Inerente ao método clínico-qualitativo, o que primeiro se coloca no campo de pesquisa é o fato envolver o outro ser humano, além do próprio pesquisador. A partir de então, inúmeras situações éticas e técnicas se enredam norteando, desde o levantamento das primeiras hipóteses; a construção e desconstrução de objetivos; a forma que se abordará o objeto de estudo; a análise contínua dos dados; a escrita (na primeira pessoa do singular, conforme recomendada por Turato (2008)); até a publicação propriamente dita.

Tendo como premissa que o pesquisador é um ser humano constituído por uma subjetividade perpassada por determinado construto histórico, entende-se que este terá uma forma específica de observar e interpretar o mundo, que independentemente de ser verdade ou não, configurar-se-á como parcialmente autovalidadora, conforme citam Denzin e Lincoln (2006).

Corroborando com essas idéias, Rockwell (1987) descreve que o pesquisador realiza distinções e refere-se ao outro segundo categorias analíticas (perspectiva teórica com conceitos implícitos e explícitos), e suas próprias categorias sociais, as quais são definidas por: *“aquellas que se presentan de manera recurrente en el discurso o em la actuación de los habitantes locales, y que establecen distinciones entre cosas Del mundo em que viven. Desde luego, éstas categorias puden ser diferentes de grupo a grupo.”* (ROCKWELL, 1987, p. 30).

Para Denzin e Lincoln (2006) toda pesquisa é interpretativa, pois é norteada por um conjunto de crenças e de sentimentos que determina a forma que o mundo é apreendido e, consequentemente, a forma que deveria ser estudado. O que nos leva a pensar que independentemente de a pesquisa ser qualitativa ou quantitativa, esta será imbricada por escolhas manifestas e latentes (conscientes e inconscientes).

Geertz (1989), ao referir-se aos textos antropológicos, pontua que uma história anotada é uma fictio tanto quanto uma inventada, no sentido de ser construída e modelada; pois, segundo o autor, o nativo é o único a realizar a interpretação de sua cultura em “primeira

mão”. Portanto, o que os pesquisadores denominam de seus dados são a própria construção das construções dos participantes da pesquisa.

Rubin e Rubin (1995 apud TURATO, 2008, p.310) compreendem que “o pesquisador não é neutro, distante ou emocionalmente isento, sendo que a empatia deste, a sensibilidade, o humor e a sinceridade são ferramentas importantes para a pesquisa”.

Considerando as implicações citadas, o pesquisador, em nenhum momento da pesquisa, será sujeito de uma neutralidade científica. Tal constatação também se faz presente no momento do trabalho de campo, ao interagir com os participantes da pesquisa. Desde os contatos iniciais (seja por telefone, entre outros), o pesquisador causará uma impressão no participante e, concomitantemente, interpretará as reações deste.

Delamont (2005) enfatiza que também o pesquisador é observado e analisado pela comunidade, ou seja, pelos participantes da pesquisa. Conforme a autora, o pesquisado já poderá ter sua representação em relação ao pesquisador e à instituição da qual este é proveniente, assim como uma compreensão própria do que é fazer pesquisa; antes mesmo de participar de uma. Há ainda, a possibilidade do pesquisado ter participado, anteriormente, de pesquisas, das quais traz consigo experiências e sentimentos específicos. Tais situações influenciarão nas relações iniciais entre pesquisador e participante.

A partir do que a autora coloca, pode-se pensar numa troca de papéis, em que o pesquisador pode experimentar sentimentos derivados da posição de pesquisado, desde insegurança, medo em ser julgado, até sentimentos de satisfação por estar em evidência, entre outros.

No momento de encontro ‘pesquisador e participante’, muitas variáveis contribuirão ou mesmo impossibilitarão a pesquisa. São elas: a inserção do pesquisador, quem o apresenta (porta de entrada); como consegue a permissão para ter acesso às pessoas; a cooperação dos participantes; a abertura aos assuntos considerados confidenciais; enfim, inúmeros fatores irão permear as negociações entre pesquisador e participantes.

Após as negociações, o pesquisador precisará considerar que muitas informações sobre a vida dos participantes não poderão ser contempladas, pois como esclarecido por Denzin e Lincoln (2006), não existem janelas de acesso à intimidade dos indivíduos e, mesmo estes, por vezes, não terão acesso ou facilidade em dar explicações completas de suas ações ou intenções; limitando-se a relatos, ou histórias, sobre o que fazem. Outra questão a ser considerada é que o participante poderá dizer aquilo que acha que o pesquisador quer escutar, ou mesmo pode negligenciar informações, procurando resguardar-se.

Para Rockwell (1987) a interação entre pesquisador e participantes é colorida pelos processos inconscientes, pelos sentimentos suscitados e mecanismos de defesa; os quais precisarão ser manejados pelo pesquisador. Nesse sentido, pode-se elucubrar que tanto o pesquisador como participantes são (de certa forma e em algum nível) afetados; e as consequências desse encontro não poderão ser premeditadas.

O pesquisador até pode ser transformado pelo objeto de estudo, assim como poderá modificar seus próprios objetivos, construindo novas hipóteses. Assim, a riqueza desta modalidade de pesquisa permite um processo constante de produção de ideias e transformação. É justamente essa maleabilidade que, permitiu a tessitura deste trabalho em pesquisa clínico-qualitativa.

2.1 – Participantes

A amostra foi composta por quatro famílias, integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF), da regional Sul do município de São Paulo. Entretanto, uma família interrompeu o processo de entrevistas, de forma que mais uma família foi entrevistada. Contudo, para fins de análise de resultados, foram consideradas cinco famílias.

Para a realização deste estudo, adotou-se a definição da família conforme a Psicoterapia Preventiva da Família, em Yamamoto (1990, p.41):

> [...] como um grupo de duas ou mais pessoas que, habitando sob um mesmo teto, estão ligadas por vínculos matrimoniais (legalizados ou não), paterno ou materno-filiais, fraternais ou outro parentesco e compartilham de uma intimidade afetiva comum.

Esta pesquisa teve a amostra caracterizada como proposital ou intencional, cuja definição em Turato (2008) refere-se à escolha deliberada de participantes ou ambiente pelo pesquisador, segundo seus pressupostos de estudo, a fim de trazer informações substanciosas apropriadas às questões da pesquisa em pauta.

A escolha por participantes cadastrados no Programa de Saúde da Família (PSF) diz respeito às ações desenvolvidas por esse Programa (de promoção, proteção e recuperação da saúde da família), que vêm ao encontro dos objetivos deste estudo piloto. Frequentemente, o PSF está interligado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em bairros periféricos do município. Assim, optou-se pela Regional Sul, por apresentar mais facilidade de acesso e locomoção viabilizando a pesquisa de campo.

Por compreender que as famílias inscritas no PSF da Regional Sul atendiam aos objetivos do estudo, procurou-se efetuar um sorteio de quatro famílias, excetuando as famílias dos funcionários da UBS (pois as famílias das Agentes Comunitárias comumente estão inscritas), no intuito de se evitar qualquer tipo de exposição dos membros da equipe, gerar expectativas, ou suscitar ansiedades persecutórias.

Não foram considerados como fator de inclusão/exclusão os critérios quanto à faixa etária dos membros da família, ao grau de escolaridade, à etnia, estado de saúde, à profissão ou religiosidade. Contudo, quaisquer desses dados poderiam ser objetos de análise, caso demonstrem alguma relevância.

Em relação ao tamanho da amostra, procurou-se limitar a quantidade de famílias, tendo em vista a preocupação com o aprofundamento da análise para o estudo em questão. (TURATO, 2008).

2.2 – Ambiente

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes, em horário pré-agendado, conforme a disponibilidade de cada família.

Turato (2008) cita a residência dos entrevistados como um modelo de Campo, sendo este, um ambiente natural em que se pode ouvir, inter-relacionar e observar os entrevistados. Para este *setting*, o autor sugere cuidados específicos, recomendando que o próprio pesquisador responsável realize todas as etapas da pesquisa de campo.

2.3 – Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas preventivas com as famílias, buscando abranger os Quatro Setores Adaptativos inter-relacionados (Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico). Para tanto, foram utilizados:

a) Como instrumento a Entrevista Preventiva: é utilizada quando o entrevistador/preventivista vai ao encontro do entrevistado/paciente, sem que este o tenha procurado, com a finalidade de intervenção primária, secundária ou mesmo terciária. Nesse

contexto, o entrevistado/paciente poderá apresentar ou não uma queixa manifesta. (SIMON, 1989).

b) Conceitos norteadores: a Teoria da Adaptação e Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO): que permitem verificar a adequação dos indivíduos num contexto biopsicossocial, inter-relacionando os setores afetivo, fisiológico, produtivo e moral.

c) Adaptação para o grupo familiar, dos Quatros Setores Adaptativos apresentados por Yamamoto (1990, p.40-41):

> a) Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
> b) Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de autossuficiência;
> c) Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
> d) Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental.

2.4 – Procedimento

Após a apreciação e autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; sua Regional Sul, de forma prestativa, indicou uma Unidade Básica de Saúde-UBS, que desenvolve o Programa de Saúde da Família – PSF, na Subprefeitura do Campo Limpo.

Com a resolução da Regional Sul, a interlocutora de Desenvolvimento da Secretaria Municipal da Saúde na Subprefeitura de Campo Limpo solicitou a autorização da Coordenadora da UBS indicada, para a realização deste estudo e meu encaminhamento como pesquisadora.

Dada a autorização, apresentei-me a coordenadora e suas equipes de PSF, para a exposição do estudo e esclarecimentos necessários, prontamente, a equipe do PSF acolheu o projeto e atribuiu-lhe relevante valor perante a comunidade da saúde. Posteriormente, a enfermeira coordenadora da equipe, utilizou o banco de dados do PSF- da UBS, que contém o cadastro das famílias, para sortear aleatoriamente quatro famílias procedentes dos bairros circunscritos à UBS. Consecutivamente, agendou-se uma data entre mim, a enfermeira chefe e a agente comunitária da família sorteada, para a visita domiciliar, com o intuito de apresentar-me à família como pesquisadora/psicóloga.

A partir de então, o estudo acompanhou o seguinte formato:

- Em datas pré-agendadas, a pesquisadora deste estudo companhou as agentes comunitárias à visita domiciliar da família sorteada, para realizar apresentação e identificação como pesquisadora/psicóloga e efetuar o convite à pesquisa. Por conseguinte, todos os esclarecimentos pertinentes à pesquisa, foram prestados, assim como assegurou-se o direito da família à recusa ou à desistência em qualquer momento da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entregue a cada membro da família e responsáveis pelo voluntário menor.
- Nas situações em que algum membro adulto da família não aceitou o convite da pesquisa, ou, em qualquer momento da mesma, solicitou sua interrupção e desistência, o procedimento encerrou-se e outra família foi sorteada.
- Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, pois a experiência emocional do encontro participantes e pesquisadora foi considerada para fins de análise.
- Após a autorização da família, realizou-se de três a quatro entrevistas semidirigidas, seguindo o modelo preventivo, com duração de aproximadamente uma hora e meia cada.
- As entrevistas foram efetuadas no domicílio da família em horários pré-agendados conforme sua disponibilidade, contudo primando pela participação de maior número de seus componentes.
- Seguindo os preceitos da Entrevista Preventiva, iniciou-se a primeira entrevista de cada família elucidando o propósito da pesquisa e a garantia do sigilo. Efetuaram-se esclarecimentos que abarcaram: a)intuito do entrevistador em conhecer a família para verificar o que está bem e ver se é possível melhorar mais; b)verificar o que não está bem e ver o que pode ser feito para ajudar a melhorar, ou encaminhar a quem poderia dar esta ajuda; c)esclarecer alguma dúvida ou fornecer alguma informação especializada que a família queira a respeito de suas relações; d) tentar eliminar preconceitos sobre quem precisa ou sobre o que vem a ser ajuda psicológica.
- Sempre que possível, acompanhou-se o relato da família, observando os aspectos da comunicação não-verbal assim como a dinâmica familiar, só interferindo quando foi necessário um esclarecimento para melhor compreensão dos dados relativos aos quatro setores. Por conseguinte, a condução quanto à investigação foi realizada abordando os conteúdos menos ansiógenos (setor sociocultural e produtividade), em direção aos mais ansiógenos de cada família (setor orgânico ao afetivo-relacional).

- Para a aplicação das concepções da Teoria da Adaptação ao diagnóstico familiar, tomou-se como referência a adaptação dos Quatro Setores, apresentados na Tese de Doutorado de Yamamoto (1990, p.40-41) sobre a Psicoterapia Preventiva da Família:

> a)Setor Afetivo-relacional (A-R) – condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar;
> b)Setor Produtividade (Pr) – condições para a aquisição de conhecimentos preparatórios para uma vida produtiva e de auto-suficiência;
> c)Setor Sociocultural (S-C) – noções de valores éticos, morais, sociais e culturais para existência integrada à sociedade e cultura;
> d)Setor Orgânico (Or) – garantias e cuidados para proteção e a sobrevivência física e mental.

- Ao final das entrevistas, foi fornecido um feedback e quando necessário, foram efetuados os devidos encaminhamentos.
- Somente ao término de cada entrevista é que se procurou transcrevê-las o mais fielmente possível, descrevendo à parte as impressões transferênciais e contratransferênciais.
- Foram analisadas entrevista por entrevista (conforme o método clínico), à luz dos referencias teóricos psicanalítico e adaptativo, com supervisão da orientadora deste projeto.
- Finalizando este processo com a primeira família, o mesmo repetiu-se com a segunda e assim consecutivamente até a última família.

2.5 – Tratamento dos resultados e análise dos aspectos éticos

Para a análise dos resultados, este estudo utilizou o método clínico (BLEGER, 1989), baseado na observação, tendo o observador como participante no estudo da relação interpessoal e nas reações e fatores que intervêm na pesquisa.

Os referenciais teóricos utilizados para a análise foram o psicanalítico e o adaptativo (SIMON, 1989).

Quanto às questões Éticas, deontológicicas, atenderam-se as exigências dos artigos III ao V (sobre pesquisas envolvendo seres humanos), do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Respeitar-se-ão os aspectos centrais referentes à eticidade em pesquisa, tais como consentimento livre e esclarecido dos participantes, preferencialmente com autonomia plena, respeitando-se sua dignidade e autonomia.

Houve a devida preocupação com a ponderação entre riscos e benefícios (princípio da beneficência), em que danos previsíveis foram evitados (não maleficência); preocupação com o bem-estar do sujeito, a confidencialidade e a privacidade, garantindo a proteção da imagem e não estigmatização do participante.

Com base nestes preceitos, as famílias que aceitaram participar da pesquisa, receberam um termo de consentimento Livre e Esclarecido (entregue a cada membro da família inclusive aos responsáveis pelo voluntário menor), que garantiu a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa e a proteção do sigilo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; como também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS de São Paulo.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 1 – Características gerais das famílias:

Família		Idade	Escolaridade	Ocupação	Part*
Oliveira	Avó (Nair)	67	4º série	Cozinheira aposentada	3
	Mãe (Márcia)	36	1º ens médio	Trabalho informal	1
	Filha (Naiara)	11	5º série	Estudante	2
	Filho (Thiago)	8	2º série	Estudante	2
	Tio (Márcio)	40	7° série	Auxílio doença	1
Arrais	Pai (Roger)	33	6° série	Motorista de fretado	3,5
	Mãe (Gisele)	26	1º ens médio	Prendas domésticas	4
	Filho (Lucas)	6	Pré	Estudante	4
	Filha (Juliani)	2,5	Maternal	-	1
	Filho de Roger (Luiz)	13	6° série	Estudante	3
Carvalho	Avó (Thereza)	64	8 ° série	Tec. de Enfermagem aposentada	3
	Neta (Patrícia)	14	8° série	Estudante	3
	Neto (Rafael)	12	6° série	Estudante	2
	Filho / Tio (José)	40	3° ens médio	Desempregado	0
Gouveia	Pai (Renato)	25	1° Ens. Médio	Téc. de máquinas	3
	Mãe (Melissa)	20	2° Ens. Médio	Manicure	4
	Bebê (David)	0,1			4
Batista	Mãe (Rosa)	54	4° série	Diarista	2
	Filha (Cássia)	16	4° série	Estudante	0
	Filha (Marisa)	33	Magistério	Telemarketing	2
	Neto (Pedro)	15	8° série	Estudante	2

* Quantidade de entrevistas em que esteve presente.

4.1 – Duração das entrevistas:

A brevidade nas entrevistas preventivas é recomendada, tendo como premissa razões práticas: que o preventivista possa empreender uma investigação que encaminhe a um diagnóstico global, sem despender tempo demasiado, a fim de abranger maior número de pessoas atendidas. (SIMON,1989).

Além disso, o prolongamento do número de entrevistas diagnósticas pode propiciar o estabelecimento de um forte vínculo com entrevistador, suscitando, após o término do processo diagnóstico, sentimentos de abandono e frustração. (OCAMPO; ARZENO,1985)

Considerando tais recomendações, neste estudo houve a preocupação em verificar o número suficiente de entrevistas que pudessem avaliar as famílias num contexto biopsicossocial, abarcando os setores adaptativos, com o intuito de favorecer a definir a situação-problema.

Para facilitar a discussão dos resultados obtidos, o quadro abaixo resume a quantidade de entrevistas realizadas com cada família, assim como as “faltas” (quando a família não me atendeu, embora eu tivesse comparecido); as entrevistas desmarcadas previamente por telefone; as entrevistas de feedback; e quantidade de “faltas” à entrevista de feedback.

Quadro 2 – Resumo das quantidades de entrevistas

FAMÍLIA	**QUANTIDADE DE ENTREVISTAS**			**ENTREVISTAS DE FEEDBACK**	
	Realizadas	**Faltas**	**Desmarcadas**	**Realizadas**	**Faltas**
Oliveira	3	1	1	1	2
Arrais	4	-	-	1	1
Carvalho	3	1	-	1	-
Gouveia	4	-	1	1	-
Batista	2	2	2	-	-

Conforme as informações demonstradas no Quadro 2, para essas famílias, a quantidade de entrevistas necessária para obter os dados dos setores adaptativos e definir a situação-problema foi de três a quatro entrevistas.

Na família Oliveira, as hipóteses para a compreensão da situação-problema foram contempladas já na segunda entrevista, contudo a terceira entrevista foi necessária para a apreensão dos setores adaptativos: Produtividade, Sociocultural e Orgânico, permitindo a avaliação da família num contexto global.

As entrevistas com a família Arrais foram combinadas primando pela participação de todos os membros. No entanto, a percepção de Roger sobre a influência dos problemas conjugais no sintoma de seu filho Lucas (que fora apontado como membro-problema) e a resistência em enfrentar tais problemas, promoveu o desinteresse em participar das entrevistas, expresso pelos horários desencontrados, o que provocou ausências, ou uma participação fragmentada dos demais membros; com exceção da mãe/madrasta que esteve presente em todas as entrevistas (conforme demonstra o Quadro 1). Como havia informações das quais ela não tinha conhecimento, foram necessárias quatro entrevistas para que eu pudesse verificar a adaptação da família nos quatro setores, o que possibilitou, ainda, observar a dinâmica familiar com todos os presentes. Já com a família Carvalho, pôde-se atingir os objetivos das entrevistas diagnósticas com três entrevistas, mesmo sem a participação de todos os membros (como apresentado no Quadro1).

Para a família Gouveia, também foi importante a realização de quatro entrevistas, visto que, na primeira, o pai, que estaria presente, foi requisitado pelo chefe para retornar ao serviço. Em sua ausência, a mãe contou a história da família omitindo fatos que julgava ser um segredo do pai, tais como: o uso de drogas ilícitas e a rejeição da suposta deficiência do filho recém-nascido. Todavia, logo na segunda entrevista, o casal, mais confiante e seguro de minha postura profissional, pôde comunicar os fatos mais ansiogênicos. Assim, a quarta entrevista foi necessária para a compreensão do diagnóstico biopsicossocial.

Embora a família Batista tenha impossibilitado a realização das demais entrevistas (cuja desistência será abordada no item 4.6), conjecturas sobre a situação-problema puderam ser contempladas.

A disponibilidade de cada família em buscar e aceitar ajuda, o aparecimento de resistência quando percebiam a própria implicação na queixa familiar, e a rememoração de assuntos ansiógenos foram fatores que influenciaram a quantidade necessária de entrevistas diagnósticas. Entretanto, neste estudo, o diagnóstico adaptativo familiar pôde ser realizado em, no máximo, quatro entrevistas.

a) Tempo de duração de cada entrevista

Outra questão considerada foi o tempo de duração de cada entrevista, pois o fato de a entrevista ocorrer no domicílio das famílias com o grupo familiar, já aponta uma diferenciação da entrevista individual em consultório.

Inicialmente, quando do convite às famílias, informei que as entrevistas teriam duração aproximada de uma hora e meia cada; tempo que havia considerado adequado,

inferindo prováveis interrupções, como: visitas inesperadas, toques de telefones, campainhas, entre outras. Mesmo a própria acomodação da família para iniciar as entrevistas poderia demandar certo tempo.

Verifiquei que, em todas as famílias participantes, a duração da entrevista foi de oitenta a noventa minutos, adequada tanto para colher os dados para análise, quanto para lidar (quando necessário) com as angústias suscitadas, por meio das técnicas, ora suportivas, ora interpretativas (como sugeridas por Simon (1989)). Esse tempo permitiu, ainda, encerrar cada entrevista tentando fornecer intervenção integrativa, ou seja, relatava à família o que esta havia informado naquela entrevista, de uma forma linear, buscando a integração das histórias.

A duração de noventa minutos também foi importante, pois possibilitou a participação de muitos membros familiares. Diferente do atendimento individual em consultório, nas entrevistas com essas famílias, as informações provinham não só das falas, mas também das interpelações (em que um membro interrompia ou complementava a fala do outro). Das entradas e saídas dos participantes; das reações comportamentais; da observação da interação pais-criança e pais-bebê, entre outras. Possivelmente, com o tempo reduzido das entrevistas, eu teria dificuldade em empreender o diagnóstico adaptativo, devido às fartas informações transferencias, contratransferenciais, além das interações dos membros familiares entre si.

Para a família Oliveira, o início das entrevistas ocorria após a criação do *setting*, ou seja, depois que Da. Nair me oferecia café, água ou suco, pedia que me acomodasse em seu quarto e solicitava que os netos desligassem a televisão. Na família Carvalho, a avó, também hospitaleira, procurava me acomodar e, enquanto aguardava a chegada dos netos, aproveitava para conversar sobre situações cotidianas antes de iniciar as entrevistas. Com a família Arrais, Gisele me chamava para a sala e aguardava pelo marido (quando ele estava presente), para iniciarmos a entrevista. Já na família Gouveia, a mãe utilizava minha chegada para desabafar sobre seu enfrentamento quanto às idas e vindas aos pediatras, sobre a saúde e acontecimentos com seu filho etc. Essa mãe parecia beneficiar-se do início da entrevista para recobrar a calma. Na primeira entrevista com a família Batista, logo de início houve a interrupção pelo caminhão de entregas, causando certa desordem. Na segunda, Rosa tentava organizar a casa (aparentemente se organizar), antes de sentar-se e mandar o neto chamar por sua filha Marisa.

O tempo das entrevistas também foi utilizado de forma inusitada. A família Oliveira e a Família Carvalho, aproveitaram para mostrar-me fotografias que marcavam momentos históricos ou pessoas importantes, sobre as quais estávamos conversando. As fotos enriqueciam as informações, despertavam a memória e suscitavam sentimentos. Essas ações

espontâneas compunham um elemento a mais, auxiliando a compreensão do setor Afetivo-relacional.

Dada por encerrada a entrevista, algumas famílias protelavam minha saída, como por exemplo: a família Carvalho, em que a avó, na primeira entrevista, acompanhou-me até o carro com a intenção de complementar as informações abordadas no dia, às quais diziam respeito da queixa manifesta. A mãe, na família Arrais, procurava reter-me servindo trufas de chocolate que ela e a sogra faziam. Parecia buscar minha aprovação quanto sua produtividade. No encerramento da terceira entrevista com a família Oliveira, Thiago esquece onde colocou a chave do portão e a família fica por dez minutos procurando. Naiara, ao achá-la, acompanha-me até o portão e pergunta se eu iria entrevistar outra família do bairro. Quando questionada, conta que gostaria de encontrar-me passando pela rua.

Quanto às interrupções previstas (visitas inesperadas, toques de telefones, campainhas, entre outras), estas realmente ocorreram, tomando não somente o tempo de entrevista, mas, ainda, influenciando minha postura, ora suspendendo a entrevista, ora agregando as informações às análises (conforme abordado no ítem 4.2).

4.2 – Lidando com as interrupções

Ainda que a realização das entrevistas em domicílio forneça relevantes benefícios para a viabilização deste estudo, as entrevistas poderiam e foram sujeitas às interrupções de diferentes ordens, diferentes daquelas que ocorrem nos consultório, por exemplo.

Desde o convite à pesquisa, as famílias tomaram ciência de que participariam das entrevistas as pessoas que residissem na mesma casa, ligadas por vínculos matrimoniais, ou paterno-filiais, ou mesmo por outro parentesco, mas que compartilhassem de uma intimidade afetiva comum. Entretanto, já na primeira família entrevistada (a família Oliveira), Márcio, um integrante inesperado, impõe sua participação na pesquisa, afirmando ser filho de Da. Nair, membro da família Oliveira. Impactada pela situação, eu não soube seguramente o que fazer, pois Márcio não residia sob o mesmo teto (como eu havia-lhe explicado). Mas não só ele reafirmava ser integrante daquela família, como também os demais membros não se opuseram em deixá-lo participar. Sem eu ter muita clareza sobre a dinâmica que se apresentava, permiti sua participação, com a intenção de compreendê-la. Ao longo das entrevistas com a família Oliveira, foi possível verificar a dependência de Márcio Da. Nair.

Ele realizava todas as refeições (mesmo que fosse um copo d'água) e recebia a visita dos filhos e da ex-mulher na casa da mãe. A casa dele parecia ter a função de dormitório adjacente à casa de Da. Nair, pois era desprovida de fogão e geladeira, que há tempos tinham sido doados à mãe. Sobre isso, é interessante comentar que na equipe do PSF (Programa Saúde na Família), diferenciam-se as famílias que compartilham o quintal pela posse do fogão, ou seja, se cada um tem um fogão: são famílias diferentes, caso contrário, pertencem ao mesmo núcleo familiar. Voltando ao Márcio, pôde-se verificar, também, uma dependência afetiva e imaturidade. Outra questão observada, foi a confusão de Márcio em solicitar cuidados indiferenciados entre mãe e esposa. Por sua vez, Da. Nair apresentou dificuldade em posicionar-se distinguindo, tanto ao filho, como para si, sua função de mãe.

Ainda na primeira entrevista com a família Oliveira, outras duas interrupções foram feitas por visitas. A primeira tratava-se de parentes importantes para a família (pois contribuíam com o sustento desta), que lá estavam quando cheguei e, foram encaminhados para a casa da outra filha de Da. Nair. No entanto, retornaram para se despedirem e, aparentemente, averiguar se tudo estava bem. Essa interrupção interferiu da entrevista, pois Da. Nair fez menção de expressar-se, mas com a presença dos visitantes, não só Da. Nair deixou de falar sobre a intimidade da família, como também eu silencio-me até a saída das visitas, diferentemente da chegada de Márcio. Para as visitas, a família tomou providências para proteger o espaço da entrevista, inicialmente deslocando-os para outra casa e, posteriormente, silenciando-se e abreviando a permanência deles. Contudo, esta interferência teve efeitos na condução da entrevista, contribuindo para aprofundar a percepção sobre o medo de adoecer e morrer, (após a saída das visitas, Da. Nair comentou que uma das moças era sua sobrinha, cuja mãe morrera por câncer pulmonar). A segunda interrupção foi promovida por Marcela, outra filha de Da. Nair. Esta igualmente se retirou após saciar a curiosidade e expressar sua admiração pelo trabalho do psicólogo.

Nas famílias Carvalho e Gouveia, praticamente, não houve interrupções. Por vezes, o telefone tocava, mas a família ou não atendia, ou quando o fazia, a chamada era encerrada quase que imediatamente, informando que estavam ocupados, ou ainda, que estavam com a psicóloga. Essas ações contribuíram como indicadores da motivação da família e do cuidado em preservar a intimidade. Em outros, indicaram resistência, em que a interrupção tornou-se um subterfúgio para não abordar assuntos problemáticos, fonte de ansiedade da família, ou mesmo, falta de motivação para iniciar as entrevistas. Como seguem:

Com a família Batista, antes de iniciar-se a primeira entrevista, uma interrupção inusitada: entregadores de casa de móveis trouxeram um conjunto de sofá pertencente a uma

filha não integrante da moradia. Da. Rosa, sem ter onde acomodar os móveis despendeu boa parte da entrevista para resolver a situação. Noutra entrevista, uma vizinha de quintal apareceu à porta (que ficava sempre aberta), para chamar Da. Rosa. Esta logo a despachou informando estar ocupada. Contudo, próximo ao encerramento, uma nova interrupção foi decisiva para a desistência da família, a agente comunitária do PSF foi procurar-me na casa da família, para levar-me a outra família sorteada, a fim de possibilitar o convite. Na ocasião, fiquei muito incomodada com o aparecimento inesperado da agente. Sabia que ela nutria muita expectativa quanto à minha atuação com a família Batista, por isso eu deduzi que, talvez, ela estivesse se certificando de minha presença na casa. Infelizmente, tomada por estes sentimentos, não percebi, nem interpretei na relação com a família os sentimentos persecutórios (invasão, raiva, cobrança por um superego rígido projetado na agente).

Após este evento, a família Batista "faltou" em duas entrevistas subsequentes e não disponibilizou outro horário para dar continuidade à pesquisa. Outro fator indicativo, foi a fala de Da. Rosa, por telefone: "Não estava, porque levei a Cássia ao médico, pode perguntar para a agente X, ela me viu saindo". Tentei aproveitar essa oportunidade, para resgatar a interpretação, mas não obtive sucesso e a pesquisa com esta família deu-se por encerrada.

É importante ressaltar as diferentes posturas da família Arrais. Nas primeiras entrevistas em que o casal esteve presente, muitos parentes entraram na casa, sem aviso prévio. Sabiam, de antemão, que uma psicóloga estava com a família e pareciam interessados na minha presença, comentando que seus filhos precisavam de psicólogo, ou seria muito bom para o cônjuge ou um irmão etc. Nessas ocasiões, o pai dispensava as visitas, falando: "pronto já conheceram a psicóloga, agora deixa a gente trabalhar". Nas entrevistas em que, o pai não participou ou se ausentou ainda no início, para trabalhar, era comum a sogra (que morava no mesmo quintal) verificar se eu ainda estava com a mãe e seu filho caçula. Por sua vez, Gisele só informava que a entrevista não tinha terminado e a sogra imediatamente saía.

Na última entrevista, em que o pai Arrais já tinha percebido que os problemas conjugais, derivados de sua infidelidade, eram o cerne do conflito familiar; a postura quanto às visitas transformou-se. Ele não dispensava as visitas (as quais entravam, mexiam nas panelas, passavam pela sala para ir ao quarto, cumprimentavam-me e saíam), ele continuava falando, como se desse a entender que nada tinha a esconder ou envergonhar-se; ao mesmo, tempo evitava um aprofundamento sobre questões do casal, visto que minha atitude era cessar as perguntas na presença de não participantes. Quando eu comentei sobre a diferença na postura, ele se justificou: "São meus irmão, são de casa", "eles conhecem minha história". Resolvi então, perguntar se ele preferia encerrar a entrevista, devido às visitas. Para minha

surpresa, ele quis continuar a entrevista e passou a comunicar aos que ainda entravam: “Depois eu desço para conversar. Agora, a gente está com a psicóloga”.

4.3 – “Entradas e “saídas” dos membros familiares

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade da família. Procurou-se escolher horários em que todos, ou a maioria dos membros pudessem participar. Todavia, por questão de segurança, houve uma ressalva quanto aos horários noturnos.

Apesar dos esforços, não foi possível conciliar as agendas de todos os participantes de uma mesma família em horários diurnos, ainda que fosse aos sábados, pois, nas famílias Arrais e Gouveia, os pais trabalhavam. Na família Carvalho, as crianças frequentavam cursos; e, na família Oliveira, as crianças (que eram irmãs somente por parte de mãe), visitavam seu respectivo pai, pois estes pais tinham se separada da mãe.

Em vista disso, optei por horários em que a maioria dos membros familiares envolvidos, com queixa manifesta, estivessem presentes, como o casal parental, no caso da família Arrais e da família Gouveia. Para a família Carvalho, a escolha favorecia a presença da neta e sua avó Thereza. Na família Oliveira, o horário favorecia a presença de todos. Já a família Batista disponibilizou-me um único horário durante a semana.

Contudo, no decorrer dos noventa minutos, aconteciam *entradas* e *saídas* de membros familiares por conta de seus compromissos, como: saída ou retorno da escola (incluindo o tempo de preparo como higienização etc.); saída para o trabalho; ou membros que habitualmente acordavam em horários diferentes. Um bom exemplo é a família Arrais, em que o horário foi agendado após o período de descanso do pai (o qual saía de madrugada para trabalhar, depois voltava para o almoço, tirava uma “pestana” e, então retornava ao serviço). Neste ínterim, o filho mais velho acordava, participava de parte da entrevista e depois se arrumava para a escola; Lucas, o filho do meio, frequentemente chegava da escola, logo após a saída do irmão e do pai; e Juliani passava a maior parte do dia na creche. Dessa forma, somente a mãe esteve presente em tempo integral durante todas as entrevistas.

As saídas, no entanto, não se prestavam tão somente aos compromissos de cada membro, mas também indicavam resistência.

Na família Arrais, por meio do relato sobre a história do casal, emergiram angústias suscitadas pelos desajustes conjugais marcados pela constante infidelidade do pai, desajustes

que influíam diretamente na dificuldade da mãe em assumir seu lugar de esposa e mãe. Dessa forma, a família foi tomando ciência da implicação dos problemas do casal nos sintomas do filho Lucas. A resistência do pai (e mesmo da mãe) em enfrentar tais problemas promoveu o desinteresse em participar das entrevistas, expresso pelos horários desencontrados e a participação fragmentada dos demais membros.

Na primeira entrevista com a família Oliveira ficam muito claras as saídas de Márcio e Márcia todas as vezes que se abordavam assuntos mais ansiógenos. Situação que se confirmou com a falta deles nas demais entrevistas que se sucederam.

Diferentemente das demais famílias, na Batista,a filha Cássia não teve a opção de escolha de *entrar* ou *sair* das entrevistas, meramente não fora inclusa pela família nas entrevistas. Sua ausência, mais que uma resistência, deflagrava a dificuldade da família em aceitar e conviver com a doença mental.

Voltando à família Arrais, observei que Lucas (identificado pela família como membro-problema) permaneceu nas entrevistas enquanto estas tratavam de sua história pregressa etc. À medida que as entrevistas foram se aprofundamento em problemas conjugais e seus desdobramentos quanto ao prejuízo no papel de autoridade de esposa e mãe Lucas foi desinteressando-se das entrevistas. Aparentemente, uma tentativa em diferenciar-se dos sintomas parentais.

As crianças da família Carvalho pareciam aproveitar as entrevistas, interagindo e contribuindo com informações que permitiram a compreensão da dinâmica inconsciente da família. Porém, pouco antes do encerramento, houve um desinvestimento de minha pessoa enquanto entrevistadora. Foi interessante observar o comportamento de Patrícia nas entrevistas: inicialmente sentava-se encolhida, séria e escondida por detrás da touca do agasalho (dificultando a visão de seu rosto). No decorrer das entrevistas, despia-se do agasalho, tornava-se participativa e expressava suas emoções. Minutos antes do encerramento, parecia dar-se por satisfeita, pois ia se desinteressando até se despedir de mim e de sua avó, mesmo antes do término das entrevistas. Fez-me pensar em um desinvestimento saudável do uso do entrevistador (WINNICOTT, 1994).

Quanto às *entradas*, na maioria das vezes, demonstraram ser indicadoras de interesse e motivação do membro pela entrevista familiar, porém a entrada de Márcio, na primeira entrevista, levou-me a inferir um possível medo reeditado no presente em sentir-se como membro excluído ou abandonado. Contudo, nas demais famílias, as entradas dos membros participantes, como o neto da família Carvalho, o neto na família Oliveira, o filho Luiz na

família Arrais, auxiliaram a minha compreensão da dinâmica familiar, favorecendo o diagnóstico adaptativo.

4.4 – Considerações sobre os setores adaptativos

Embora os setores sejam apresentados separadamente, é importante ressaltar que há interações intersetoriais, apresentando influências centrífugas: do setor Afetivo-relacional a um ou mais setores; influências centrípetas: de um ou mais setores afetando o Afetivo-relacional; e ainda, interações colaterais: entre os setores Produtividade, Orgânico e Sóciocultural. (SIMON, 2005).

4.4.1 – Setor Afetivo-relacional (A-R)

A análise do setor A-R, para este estudo, demonstrou ser mais desafiadora que a dos demais setores, em razão da diversidade e complexidade das inter-relações afetivas entre os membros da família. A fim de se possibilitar a observação da adequação quanto às condições para a satisfação das necessidades afetivas e sexuais dentro e fora do grupo familiar (YAMAMOTO, 1990), é que segui as recomendações de Simon (1995), com relação ao corte transversal: relativo ao conjunto de resposta que contempla a situação presente; e o longitudinal: relativo ao passado. Para a análise longitudinal, uma contribuição importante é o conceito de transmissão transgeracional. Lebovici (2004) considera que a herança psíquica, quando passada de forma conflituosa, impede que a pessoa integre aquilo que é transmitido, transformando-se em mandato transgeracional.

Ainda que proposto os dois cortes no processo evolutivo temporal, não se impossibilitou a análise dinâmica em que ambos os cortes se articularam, conversaram e se completaram na narração avaliativa para este setor.

Além da transmissão transgeracional, outras questões apresentaram-se influenciando nas respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, como a qualidade das relações conjugais interferindo na parentalidade, conflitos emocionais afetando a relação mãe-bebê, conturbando

a dinâmica familiar, entre outras, revelando que a análise para este setor permite verificar a singularidade da dinâmica familiar.

a)Transmissão transgeracional

A reedição de conflitos intrapsíquicos nas famílias Oliveira, Arrais e Batista pôde ser observada pela repetição do empobrecimento do papel materno, que ora negligencia, ora chega a abandonar; promovendo a descontinuidade, ou a ruptura da maternagem (compreendida aqui, como função que pode ser exercida tanto pela figura materna como paterna). Essa transmissão proporciona o aprisionamento nas repetições de histórias passadas, não metabolizadas e reproduzidas de forma peculiar por cada membro da família. (FREUD, 1914; KAËS, 2001).

Na família Oliveira, a desintegração da família de origem e Da. Nair e, posteriormente, o acometimento de doenças quase incapacitantes, poderiam ter influenciado o empobrecimento de sua maternagem, afetando singularmente seus filhos. A transmissão transgeracional de referências identificatórias e do sistema de relação de objeto promoveram a repetição em Márcia do papel materno empobrecido, incontinente, com falta de cuidados e, até mesmo, negligência na relação com os filhos.

Ainda na família Oliveira, observou-se outro agravante, a transmissão transgeracional da doença, que não pode ser nomeada ou contida, representando uma ameaça de morte. Nesse caso, pode-se inferir o contágio de Márcia por HIV, como reedição de conflitos não elaborados em relação à doença de sua mãe. (GRANJON, 2000; KAËS, 2001).

Na família Batista, Rosa foi entregue pela mãe biológica à madrinha. Aprisionada a padrões repetitivos, igualmente entrega sua filha Marisa aos cuidados da mesma madrinha. Por sua vez, também, Marisa deixa seus filhos sob os cuidados da mesma mulher. Verificaram-se as relações conflituosas com as mães biológicas, recorrendo-se à única figura substituta, talvez, representada como capaz de proporcionar a maternagem. Ainda essa “madrinha” não tinha filhos biológicos, reforçando a transmissão de que as mães biológicas são incapazes de criar seus filhos.

A falta de cuidados necessários ao desenvolvimento ficou evidenciada, sobretudo, na relação de Rosa com sua filha Cássia, desamparando-a afetivamente. Ademais, Rosa negava qualquer agressividade ou negligência infligida à Cássia, sem consciência da inadequação de sua postura materna.

Com a família Carvalho, os conflitos intrapsíquicos não elaborados foram atualizados pela escolha repetitiva por relacionamentos conflituosos com parceiros. Da. Thereza relata

que seu marido, por vezes, excedia-se no álcool e, devido ao ciúme, agredia-a fisicamente. Em consequência da transmissão transgeracional, as duas filhas de Thereza vincularam-se a parceiros alcoólatras ou drogaditos, vivenciando relações instáveis e conflituosas. No entanto, essas filhas defendiam o marido, idealizado em detrimento dos próprios filhos.

Gisele, da família Arrais, relatou que provinha de uma família em que a mãe não conseguiu protegê-la das investidas do padrasto. Para evitar um possível abuso, ela fugiu da casa da mãe para morar com a família de Roger. Durante as entrevistas, Gisele apresentou dificuldade em se apropriar do papel de dona de casa e mãe, sendo ora permissiva (não impunha limites, nem estabelecia regras), ora agressiva (irritada com a desobediência dos filhos).

Por outro lado, a família Gouveia, após abordar assuntos conflituosos que causavam angústia e vergonha, concluiu, por conta própria, que seria importante contar a David sua história e as dificuldades envolvidas, como também o envolvimento e a superação do pai quanto ao vício. A possibilidade de os pais elaborarem esses assuntos, permite uma diferenciação evolutiva, deixando de ser transgeracional para ser uma herança psíquica que pode ser apropriada e modificada. (GRANJON, 2000).

4.4.2 – Setor Produtividade (Pr)

Neste setor, busquei observar a adaptação em relação às condições que a família possuía para suprir-se e desenvolver-se, considerando: a) os aspectos de sobrevivência física, tais como: moradia, alimentação, vestimenta; b) as atividades desenvolvidas que possibilitem renda; c) atividades para limpeza e manutenção da casa e cuidados com o infante; d) atividades escolares e/ou preparatórias para a vida produtiva. Não obstante, a descrição destes subitens.

Apesar de nenhuma família ter revelado privação das necessidades básicas, o setor da produtividade encontrava-se pouquíssimo adequado na família Oliveira e pouco adequado nas famílias Carvalho e Batista. Já as famílias Arrais e Gouveia apresentavam soluções adequadas.

A família Oliveira apresentava dependência e imaturidade. Dizia-se empobrecida e buscava a função provedora em parentes fora da família: “o cunhadão”, possivelmente, figura substitutiva do pai. A família era pouco produtiva e as atividades que possibilitavam renda

eram escassas e insuficientes. Há negligência quanto às necessidades das crianças e desorganização em relação às atividades de limpeza e manutenção da casa.

Na família Batista, todos os adultos trabalhavam, no entanto, a casa, parte da alimentação e as contas de água e luz ficavam a cargo do namorado de Rosa (que não residia com ela). A família esperava do outro a satisfação de suas necessidades. Fala de Rosa: “É função do homem”.

As famílias Oliveira e Batista apresentaram um funcionamento mais infantilizado, atribuindo o sustento à função paternalista extrafamiliar.

Na família Arrais a função provedora ficava, quase que exclusivamente, a cargo do pai. A princípio, a mãe que se apresentava improdutiva (talvez, por não sentir-se valorizada pelo marido e pouco confiante de sua capacidade); ao longo das entrevistas, começou a fazer, junto com sua sogra, trufas de chocolate e passou a apresentar novas ideias para expandir o negócio. As atividades de limpeza eram executadas somente pela mãe. Ela dizia sentir-se mais uma empregada do que esposa (dona da casa), assim sendo, apresentava-se desmotivada para realizar as tarefas de higienização. Em relação ao cuidado com o infante, a família apresentou preocupação e interesse em relação às atividades escolares e desenvolvimento dos filhos mais velhos (Luiz e José).

Na família Carvalho, Da. Thereza era responsável pela administração da renda (provinda de sua pensão, aposentadoria da prefeitura e licença saúde da empresa privada) e por todo o sustento da família. Ela mostrava-se continente às necessidades do filho e netos e capaz de provê-los. Contudo, a família apresentava preocupação, sem encontrar soluções, quanto ao desemprego de José e, ainda, quanto à indefinição sobre a licença saúde de Da. Thereza. Ela preferia ser aposentada a trabalhar parcialmente, sentindo-se incapacitada para cumprir suas antigas funções.

A família Gouveia, após o nascimento de David, apresentou soluções adequadas neste setor. Passou a haver transparência quanto à renda familiar. Priorizando o filho, o casal combinava os gastos mensais e compartilhavam as despesas. Mostravam preocupação e tentativa de planejamento para investir o dinheiro. O casal estava de acordo quanto ao período em que Melissa ficaria em casa com David, usufruindo do auxílio-desemprego. A solução satisfazia e não promovia conflitos à família. Portanto, há adequação na produtividade.

4.4.3 – Setor Sociocultural (S-C)

Para este setor, procurei verificar a adaptação da família quanto às noções de valores éticos e morais, à utilização de recursos comunitários e à integração na sociedade.

Todas as famílias participantes mostraram uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Não compactuam com atos desonestos ou ilícitos.

Todas as famílias passaram por experiências difíceis em decorrência do uso de drogas ilícitas como maconha e cocaína. Com exceção da família Batista, em que não foi possível verificar esse dado por conta da interrupção e desistência da pesquisa.

Márcia, Roger e Renato foram usuários de drogas, entretanto nunca traficaram, pois consideravam este comportamento inaceitável.

Tanto Roger quanto Renato tiveram experiências ameaçadoras por conta de irmãos transgressores que, no passado, se envolveram com a marginalidade.

Márcia atribuiu sua separação às atividades ilícitas e às atitudes delinquentes de seu primeiro companheiro, visto que, apesar de nutrir sentimentos por ele, ela não aceitava sua conduta.

Na família Carvalho, Da. Thereza não só recriminava comportamentos ilícitos do pai de Patrícia e Rafael, como temia que seus netos fossem criados por ele.

Quanto à utilização de recursos comunitários, de modo geral era pouco aproveitada pelas famílias. Somente as crianças das famílias Oliveira e Carvalho usufruíam de atividades ofertadas em Centros Comunitários. Os adultos, nessas famílias, pouco as utilizavam, ou não faziam o bom uso dos programas acessíveis à comunidade. Como Márcia que, talvez, por estar paralisada pela angústia promovida por sua doença, não procurou por redes de apoio aos portadores de HIV, para auxiliá-la na integração social.

Na família Arrais, a mãe não tinha disposição interna para procurar benfeitorias para si e aos filhos. Inicialmente, ela não se lembrava da existência do Centro Comunitário e desconhecia as atividades lá ofertadas. Nesses casos, talvez, faltasse recursos internos para buscar por recursos externos. Aparentemente, Gisele, como também Da. Nair apresentavam-se passivas ante a possibilidade de reconhecer, ou aproveitar as oportunidades em que se implicava algum tipo de investimento pessoal.

A família Gouveia, mesmo após a revelação de Renato sobre seu sofrimento quanto ao vício por cocaína, não buscou por ajuda de uma instituição de saúde, social ou cultural. Entretanto, outrora, Renato se dispôs a percorrer longas distâncias para buscar e proporcionar ao irmão melhorias que não selasse sua vida, a fim de descolá-lo do estereótipo da deficiência como incapacitante. Não obstante, a família mostrou capacidade para fazer um bom uso das

entrevistas, na tentativa de uma superação (como abordado no setor A-R), favorecendo a aquisição de adaptação eficaz.

Em relação às atividades integradas à sociedade, a maioria das famílias estava adequadas, somente a família Oliveira divergiu desse resultado, porque Márcia e Da. Nair, após a enfermidade (fatores internos negativos: Enfisema pulmonar de Da. Nair, e HIV de Márcia), reduziram consideravelmente suas atividade sociais, cujo efeitos repercutiram no grupo familiar. No entanto, a família Oliveira estava integrada à realidade social (atenta aos acontecimentos e atualidades informados pela televisão e rádio).

De modo geral, as famílias mostraram-se adequadas quanto às noções de valores éticos e morais, assim como à integração na sociedade.

4.4.4 – Setor Orgânico (Or)

No setor orgânico, procurei observar a adequação quanto às garantias e cuidados que a família despendia com a saúde de seus membros, como também se a dinâmica Familiar influía, ou era influenciada pela doença de um de seus membros.

As soluções neste setor mostraram-se pouquíssimo adequadas nas famílias Oliveira e Batista; pouco adequadas na família Carvalho; e adequadas nas famílias Arrais e Gouveia.

Nas famílias Oliveira e Carvalho, verificou-se a influência do setor afetivo-relacional sobre o Orgânico, de modo que o fenômeno psicossomático pôde ser compreendido por meio da relação afetiva, como uma trama intersubjetiva. Dessa forma, o corpo é convocado para produzir efeitos, porque não pode se transformar em agir expressivo dirigido francamente ao outro. (DEJOURS, 1998).

Essas famílias apresentaram respostas pouquíssimo adequadas, causando severo prejuízo adaptativo em Márcia e Patrícia. Percebeu-se que a dinâmica familiar influía e era influenciada pela doença delas, assim como aponta Dejours (1998), quanto à crise somática, em que esta ocorre no âmbito da relação com o outro.

Não obstante, diferentemente da família Oliveira: a família Carvalho apresentou recursos para cuidar e buscar por ajuda para Patrícia, procurando não só pelo tratamento físico, como psicológico e, ainda, convocando a mãe de Patrícia à busca de soluções mais adequadas.

Já na família Batista, observou-se que os membros não toleravam conviver com a doença de Cássia, assim, tentavam isolá-la, mantendo-a dormindo durante o dia, ou ignorá-la acarretando o aumento de sua agressividade, retroalimentando a intolerância da família. Os cuidados dependidos pela família não pareciam ser promovidos pela vontade de cuidar, mas pelo cumprimento de exigências por parte da equipe médica e do conselho tutelar.

A família Gouveia, apesar de não ter recorrido a nenhum tratamento, por ocasião da revelação do vício de Renato, buscou a ajuda de amigos e da igreja (por meio da fé). E, conforme a família, já havia se passado quatro meses sem que ele voltasse a utilizar drogas. A família também apresentou respostas adequadas quanto aos cuidados de David, levando-o periodicamente ao Posto de Saúde e recorrendo ao convênio médico, quando se sentiam inseguros a respeito da alimentação e da provável alergia do filho.

A família Arrais não relatou ser acometida por doenças e fazia bom uso do posto de saúde como medida preventiva.

4.5 – Sobre a situação-problema

a) Queixa manifesta x situação-problema

Queixa manifesta é o relato consciente de um problema que causa perturbação à família. E, a situação-problema (termo proveniente do referencial adaptativo), se constitui no conjunto de fatores individuais e/ou familiares que favorecem o desentendimento e ineficácia da adaptação familiar. (YAMAMOTO, 2006)

Na entrevista preventiva, geralmente não há queixa manifesta, porque o indivíduo é convidado a participar das entrevistas sem ter procurado espontaneamente pela entrevista psicológica. Nesses casos, tenta-se levantar uma queixa hipotética ao questionar se tudo está bem, ou se poderia melhorar mais. (SIMON, 1989).

No entanto, neste estudo, as famílias Oliveira, Arrais e Carvalho expressaram a queixa, ainda no convite à pesquisa, logo após eu me identificar como pesquisadora/psicóloga. A família Batista formulou a queixa, somente após ser questionada na entrevista sobre o que não estava bem e o que poderia melhorar. Já a família Gouveia não nomeou uma queixa, mas pôde, logo de inicio, verbalizar que seria interessante ter uma pessoa que ajudasse a esclarecer dúvidas quanto ao bebê recém-chegado.

A análise dessas situações faz pensar que, apesar de precisarem de auxílio psicológico, muitas famílias não o buscam, ou por falta de recursos internos, ou por não fazerem uso de uma agressividade construtiva, ou pela resistência em lidar com o problema, intuindo a implicação de certa frustração na solução do mesmo; ou ainda, por terem pouco contato com seu mundo interno.

Observei ainda que quatro das cinco famílias entrevistadas apresentaram transferência positiva, quando eu me identificava como psicóloga (além de pesquisadora), o que me fez pensar na disseminação do papel do psicólogo como alguém que "cuida" e não mais alguém que trata de loucos.

No quadro abaixo apresento a queixa manifestada pelas famílias deste estudo, ao lado da situação-problema diagnóstica por meio das entrevistas:

Quadro 3 – Resumo das queixas x situação-problema

FAMÍLIA	QUEIXA MANIFESTA	SITUAÇÃO-PROBLEMA
Oliveira	1) A mãe tem HIV e acha que a doença está afetando a filha; 2) A avó foi recém-diagnosticada com Enfisema Pulmonar e não pode saber.	A transmissão do empobrecimento da função materna, favorecendo a falta de continência, cuidados e proteção a todos os membros.
Arrais	O filho Lucas é agitado, desobediente e agressivo com outras crianças.	1) Desajustamento conjugal; 2) A mãe não se apropria do lugar de esposa e mãe.
Carvalho	A neta Patrícia está com alopecia de ordem emocional	1)Ocorrência de alopecia coincidindo com ameaça de separação entre neta e avó; 2)medo de Patrícia em se ver excluída da intimidade do casal parental; 3)mãe idealiza o parceiro em detrimento dos filhos.
Gouveia	Não apresenta, mas considera bom ter alguém que tire as dúvidas quanto ao bebê deles	Comprometida a qualidade do vínculo mãe-bebê
Batista	Filha Cássia é desobediente e agressiva.	Dificuldade de aceitar e conviver com a doença mental da filha Cássia

Por meio do quadro 3, observa-se que, para todas as famílias, as entrevistas diagnósticas adaptativas permitiram a definição da situação-problema. Inclusive para a família Batista, em que houve desistência após a segunda entrevista.

Verifica-se também que nas Famílias Arrais, Carvalho e Batista, as queixas manifestas envolviam um único membro, criança ou adolescente. No entanto, ao se examinar a situação-problema, fica fácil observar que, esses membros foram escolhidos como porta-voz ou receptáculo da patologia da família. (RAMOS, 1992).

4.6 – Postura do entrevistador diante das angústias e resistências das famílias

Nas entrevistas preventivas é recomendável utilizar técnicas suportivas, quando as resistências não são intensas. Se intensas, deve-se utilizar a interpretação para lidar com as angústias persecutórias do entrevistado. São medidas necessárias para evitar que as resistências impossibilitem a realização, ou a continuidade das entrevistas. (SIMON, 1989).

Em relação ao aprofundamento das entrevistas, Simon (1989) orienta que a investigação seja conduzida a partir de assuntos menos ansiógenos, geralmente relativos aos setores Sociocultural (S-C) e Produtividade (Pr); até os mais ansiógenos, que dizem respeito ao âmbito Afetivo-relacional (A-R) e Orgânico (Or). Contudo, observei neste estudo que as famílias, ao manifestarem uma queixa por conta própria, já enveredavam por assuntos oriundos aos setores: Orgânico ou Afetivo-relacional. Portanto, neste estudo, o questionamento sobre a utilização de recursos comunitários e a integração na sociedade foi realizado nas últimas entrevistas. Essa constatação ficou mais evidente nas famílias Carvalho, Arrais e Oliveira.

Nas famílias entrevistadas, pude inferir que minha postura era percebida como acolhedora, pois as famílias pareciam sentir-se à vontade para abordar os mais difíceis assuntos, como: traição, envolvimento com drogas ilícitas, transgressões à lei etc. Todavia tais assuntos, frequentemente suscitavam angústias e podiam gerar resistência. Nesses casos, procurei utilizar medidas suportivas, clarificando e integrando o que estava sendo abordado para a família. Tais ações foram suficientes para dar prosseguimento à maioria das entrevistas. Em outras, quando se fez necessário, utilizei medidas interpretativas a partir de sentimentos transferenciais e contratransferenciais, o que possibilitou a realização das entrevistas, por exemplo, na primeira entrevista com família Gouveia, Melissa apresentava-se reticente,

omitia algumas informações e por fim, reclamou em tom agressivo, das enfermeiras, agentes que invadem sua casa achando saber mais que ela (quanto ao filho). Falo-lhe algo como: ela sentia que eu estava invadindo a intimidade dela e, sem o respeito por ela e sua família, poderia julgá-la. A partir de então, ela pareceu mais "aliviada" e, em seguida, pôde estabelecer um vínculo de confiança.

Entretanto com a família Batista, em específico momento, fui tomada por sentimentos contratransferencias e não identifiquei a ansiedade persecutória da família a tempo de nomeá-la, resultando na desistência dessa família em participar da pesquisa.

Embora iniciasse as entrevistas reassegurando a conduta ética e sigilo, garantindo que as informações fornecidas não seriam passadas à equipe do PSF, essa medida, provavelmente, ficou desacreditada após a interrupção de uma agente comunitária, talvez, por conta de frágil vínculo de confiança. Como segue:

A queixa manifesta pela família referia-se à desobediência e agressividade da filha Cássia, a qual possui algum tipo de deficiência mental (não pude averiguar). Por conta da deficiência, a família já havia procurado a ajuda de neurologistas, psiquiatras e psicólogos (ou fora encaminhadas, não pude saber). Dessas experiências, a família nutria desagrado, pois sentia-se tolhida pelos médicos que recomendavam indulgência e compreensão para com o comportamento imprevisto e imaturo de Cássia.

Conforme descreveram, sentiam-se estorvados pela presença "irritante" de Cássia. Então, passaram a ignorá-la, deduzindo ser esta a paciência recomendada pelos médicos. No entanto, ignorada e excluída, Cássia ficava mais agressiva e importunava a família até receber atenção por meio de broncas e palmadas. Segundo a mãe, Cássia reclamou "sem razão" à psicóloga do CEU – Centro Educacional Unificado - (que frequenta), que apanhava do irmão. Essa situação terminou no Conselho Tutelar. Na ocasião, aparentemente, a família ficou mais temerosa em receber repreendas, do que pela ameaça de perder a guarda de Cássia. Após essa ocorrência, a forma encontrada pela família para lidar com a situação foi permanecer conivente ao excessivo sono diurno dela, ou seja, Cássia dormia durante todo o dia e vagava pela casa à noite.

Devido às experiências da família com os profissionais da saúde, procurei averiguar se haveria transferência negativa comigo; se a família achava que eu também a recriminaria ou condenaria. Nada percebi, visto que a família parecia à vontade e confiante em relatar assuntos conflituosos. Ademais, a mãe parecia associar-me à sua médica de confiança. " Você tem o mesmo jeitinho dela, até a aparência". "Separei uma jaca pra minha médica e outra para você".

Embora eu soubesse dos sentimentos da família frente às recomendações médicas, fui incapaz de associá-los à interrupção da agente comunitária, ou de prever seus efeitos. Infelizmente, fiquei tomada por sentimentos contratrasnferenciais (raiva, invasão, cobrança por um superego rígido projetado na agente), sem poder interpretá-los na relação com a família.

Logo após a interrupção, a entrevista foi encerrada e eu não pude verificar os possíveis sentimentos persecutórios que ulteriormente promoveram a desistência da família.

Talvez a família tenha considerado que a agente e eu estávamos pactuadas: "(...) pode perguntar para a agente X, ela me viu saindo". Dessa forma, o sigilo não seria respeitado e eu seria mais uma, a lançar um olhar inquisidor, acusador e condenatório.

Após esse evento, fui por duas vezes à casa da família, nos horário agendados, não havia ninguém. Nas tentativas que se seguiram para agendar um dia favorável, também não obtive sucesso. Ainda por telefone, tentei nomear o ocorrido e reassegurar o sigilo, porém a família, apesar de não formalizar a desistência, não disponibilizou outro horário, impossibilitando a continuidade da pesquisa.

Com a família Gouveia, ao contrário da Batista, o vínculo de confiança foi se fortificando ao longo das entrevistas. Na primeira entrevista, em que o pai não pôde estar, a mãe omitiu de seu relato diversas situações que julgava ser segredo ou difíceis de admitir e aceitar. No entanto, já na segunda entrevista, o casal sentiu-se acolhido e sustentado para expressar sentimentos que evitava comentar entre si.

Para essa família, as entrevistas proporcionaram um espaço seguro para abordar segredos, desconfianças, confusões oriundas de fantasias edipianas, entre outros. A possibilidade em integrar essas histórias, não só para o casal, mas também para o bebê (podendo ser contada ao bebê), favorecer a qualidade do vínculo mãe-bebê.

4.7 – Efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa das famílias

Ocampo e Arzeno (1985) sugerem ao entrevistador uma conduta mais ativa, objetiva e direcionada para coleta de dados que favoreçam a avaliação diagnóstica. Simon (1989) ressalta, ainda, o valor do diagnóstico global, com fins preventivos. Contudo, o autor não descarta o valor do encontro humano e da empatia.

A disposição empática e a valorização do contato humano significativo podem possibilitar ao entrevistador uma postura de sustentação e acolhimento, permitindo ao entrevistado abordar assuntos dolorosos, expressar sentimentos e, quiçá, integrar suas histórias.

Há, ainda, momentos específicos em que a entrevista assume propositadamente efeito psicoterápico. Isso ocorre quando, por meio de medidas suportivas, o entrevistado sente-se seguro para revelar algo que o afligia, mas tinha receio de contar para alguém. (SIMON, 1989).

Durante a realização das entrevistas, pude perceber certas mudanças no comportamento dos membros familiares, levando-me a conjecturar sobre os prováveis efeitos na eficácia adaptativa das famílias, como, por exemplo, na primeira entrevista com a família Carvalho, tanto a avó quanto a neta aparentavam desânimo. Logo de início, Da. Thereza justificou-se, dizendo que estava alquebrada devido a um resfriado. Já no final dessa entrevista, Da. Thereza verbalizou: “Este remédio é ótimo [apontou para uma caixa de remédio] olha como eu melhorei”. Também, o comportamento de Patrícia modificou-se, parecia ter desabrochado.

Ainda na família Carvalho, as crianças puderam falar sobre as atividades ilícitas do pai. Assunto que era evitado pela avó, porque não queria indispor-se com a filha (mãe das crianças), a qual, além de proibir tais comentários sobre as ações do pai, negava tudo que as crianças perguntavam. “Na rua estão dizendo que meu pai está preso” ; “Eu vi meu pai usando droga na rua” ; “Eu contei pra mãe, mas ela não acreditou em mim” ; “ A gente nem fala mais”.

Provavelmente, a possibilidade de falar sobre assuntos que incomodam e que eram intencionalmente evitados, poderia estar agregando valor terapêutico ao valor diagnóstico. Tal como, na família Oliveira, em que não se podia nomear à Da. Nair sua doença; porque os filhos consideravam ser a melhor opção para protegê-la do medo da morte. Entretanto, ela parecia aliviar-se quando podia explicitar seus receios em relação à doença e à morte. Pude perceber que na terceira entrevista, Da. Nair apresentava mais entusiasmo, almejando novas perspectivas: ela esperava pelo oxigênio móvel para poder realizar cursos de crochê ofertados próximos a sua casa etc.

Como mencionado anteriormente, na família Gouveia, após o estabelecimento da confiança, pôde-se abordar não só assuntos difíceis, como ainda expressar sentimentos que até então não eram compartilhados pelo casal: “eu quero me mostrar forte para ele, mas quando eu falei para ele abraçar o David, no fundo, no fundo, eu que queria ser abraçada”.

Já com a família Arrais, as perguntas, frequentemente utilizadas para a compreensão dos setores adaptativos, pareciam mobilizar a família, possibilitando o pensar: “depois que você me perguntou, lembrei que aqui perto tem um Centro Comunitário, talvez tenha um curso legal pro Lucas”; “Eu te falei que queria procurar emprego em loja, mas depois fiquei pensando... Vou tirar mais dinheiro trabalhando com as trufas por conta própria se eu(...)”.

Também percebi este efeito com a família Oliveira, por exemplo: sobre as constantes faltas de Thiago na escola, devido à dificuldade da mãe em levá-lo (porque ela sentia-se deprimida e indisposta pela manhã); a família não encontrava alternativa ou outra pessoa para fazê-lo. Quando questionei se a família tinha preferência em manter Thiago em horário diferente de Naiara; todos os membros me olharam, aparentemente surpresos. Alguns instantes se seguiram até Da. Nair comentar: “ Olha, é uma boa!... podemos trocar o horário dele no semestre que vem, aí ele pode ir com a turma da irmã”.

Outro ponto interessante foi observar a mudança no comportamento de alguns membros, o que me levou a questionar se as entrevistas geraram condições favoráveis para o processo de transformação, omo, ilustram as famílias Oliveira e Gouveia:

Thiago, neto na família Oliveira, que parecia ter passado de bebê (em posição fetal), para menino com capacidade de brincar. Na Gouveia, a mudança observada foi na qualidade do vínculo mãe-bebê, em que Melissa passou a conseguir acolher David em seu colo. Por sua vez, David, que antes chorava no colo da mãe, passou a se aconchegar calmamente e, sobretudo, a significativa troca de olhares: antes David, no colo de sua mãe desviava, o olhar para o pai ou, para mim; depois, a mãe lançava a David um olhar investido de ternura e David correspondia com sorrisos.

Foi interessante notar que, quando o pai apresentava-se mais motivado que a mãe a participar das entrevistas, tão logo ela sentia-se mais segura para se colocar e talvez esperançosa quanto à solução de problemas familiares. Falas de Melissa: “Ontem eu comentei com o meu marido que é tão bom quando você vem.” Ao ser questionada, responde-me: “Não sei, as coisas aqui em casa, ficam melhor”. Quando somente a mãe sentia-se motivada a participar, não havia alteração na motivação do pai. Talvez, este dado pudesse ser indício de bom prognóstico ao tratamento, contudo, as informações foram insuficientes (apenas duas famílias com o casal parental), para se a uma conclusão. Pois, isso poderia não ocorrer se, por exemplo, a figura do pai não fosse valorizada o suficiente pela mãe.

Quanto ao encerramento de cada entrevista, procurei, simplesmente relatar os assuntos abordados. Ao fazê-lo, algumas famílias pareciam integrar suas histórias. O que me levou a

pensar sobre o efeito de intervenção integrativa, a qual amenizava a frustração de ‘só dar sem receber’.

Na família Gouveia, cada um dos pais me contou como percebia o relacionamento antes da separação; como processaram esta separação e a reconciliação; e como foi à descoberta da gravidez etc. No final das entrevistas, eu relatava o que havia ouvido, mas contanto uma única história, integrando as três partes (pois, David também contribuía). Diante disto, o casal parecia se deparar com algo que não tinha percebido e, aparentemente, se beneficiava apropriando-se de sua história. O ‘efeito’, possivelmente, repercutiu na alteração da qualidade do vínculo mãe-bebê, como mencionado anteriormente.

No tocante ao feedback, combinou-se com cada família que após as entrevistas, eu daria um retorno sobre o que foi observado e, caso necessário ou solicitado, a família receberia orientações, esclarecimentos e/ou encaminhamentos especializados. Essa medida foi tomada com a preocupação para tentar amenizar as frustrações das famílias em não receber ajuda esperada; pois, ainda no convite, era esclarecido que não se tratava de um tratamento, que eu não iria atendê-los (mas poderia encaminhá-los). Mesmo assim, após o feedback, algumas famílias, indiretamente pediam por mais entrevistas: “Quando eu te vejo novamente” (família Oliveira). “Vou sentir falta” (família Arrais). “Onde fica seu consultório” (família Carvalho). “Venha nos visitar, agora nós somos uma família” (família Gouveia).

Apesar do exposto, durante a elaboração deste estudo, não tive como verificar se as entrevistas promoveram efeitos na eficácia adaptativa das famílias, pois não tive como saber se as mudanças citadas foram duradouras, ou se mantiveram, apenas, durante o processo diagnóstico.

5 - CONCLUSÃO

A necessidade e relevância de trabalhos preventivos com famílias são reconhecidas por diversos autores no Brasil e em muitos outros países. Tais autores ressaltam a importância de se criar ou de se ampliar programas de suporte à família que possam contar com a intervenção especializada de psicólogos que auxiliem na "estruturação" familiar.

Dessa forma, estudar o modelo diagnóstico adaptativo familiar foi um meio de possibilitar o entendimento da psicodinâmica/adaptativa da família, com o intuito de fornecer subsídios aos trabalhos terapêuticos preventivos.

Para tanto, foram levantados três objetivos específicos: avaliar a adequação das relações familiares nos setores adaptativos; verificar as situações-problema intrafamiliares; e, averiguar quantas entrevistas preventivas são suficientes para abarcar a compreensão psicodinâmica/adaptativa da família.

Este estudo indicou que o diagnóstico adaptativo familiar é um modelo possível para a compreensão da psicodinâmica/adaptativa da família, favorecendo a definição da situação-problema. Os conceitos que embasaram este modelo: a Teoria da Adaptação e a EDAO, foram norteadores tanto no empreendimento das entrevistas preventivas, como na análise dos resultados.

Já no convite à pesquisa, observou-se que a maioria das famílias apresentou transferência positiva quando a pesquisadora se identificava como psicóloga (além de pesquisadora), possibilitando reflexão sobre a disseminação do papel do psicólogo como alguém que "cuida" e, não mais, com a representação de alguém que trata de loucos.

As entrevistas preventivas realizadas nos domicílios permitiram alcançar famílias que, apesar de precisarem de auxílio especializado, não o buscam por falta de informação, ou por falta de recursos internos que viabilizem a busca por recursos externos, ou por não fazer uso de uma agressividade construtiva, ou, ainda, por terem pouco contato com seu mundo interno.

Não se quer com isso, afirmar que outras famílias nestas condições se beneficiariam de tratamentos terapêuticos, uma vez que o resultado do tratamento está relacionado à motivação da família e à capacidade em tolerar angústias e frustrações. (YAMAMOTO, 2006).

Com as famílias deste estudo, três a quatro entrevistas foram suficientes para abarcar a compreensão da família num um contexto biopsicossocial, favorecendo a definição da situação-problema, de modo que os fatores que influenciaram a duração das entrevistas foram:

indicação de brevidade, motivação de cada família, capacidade da família em abordar assuntos ansiógenos e a superação, ou não, das resistências.

Para superar as resistências que foram suscitadas, tomaram-se medidas ora suportivas, ora interpretativas, entretanto, para uma das famílias, a pesquisadora ficou tomada por sentimentos contratransferencias (os quais não foram utilizados para verificar se o mesmo ocorrera com a família), desencadeados por uma interrupção. A pesquisadora sem ter conhecimento dos desdobramentos das relações transferenciais, não tomou nenhuma medida em relação às prováveis resistências, culminando na desistência desta família.

O tempo utilizado para realização de cada entrevista foi de uma hora e meia, pois foi preciso considerar os seguintes fatores: o tempo de formação do *setting* (acomodação da família); interrupções (vizinhos, visita de parentes, toques de telefone e "entregas em domicílio"); fartas informações provenientes da participação de vários membros (falas, comportamentos, interpelações, interação pais-criança, entre outros); e, as "saídas" e "entradas" dos membros participantes na entrevista.

A análise das entrevistas permitiu verificar a psicodinâmica das famílias nos setores: Afetivo-relacional, Produtividade, Sociocultural e Orgânico. Ademais, os dados obtidos favoreceram o entendimento das situações-problema para cada família participante.

A compreensão de cada setor apresentou desafios de diferentes ordens, contudo, o setor Afetivo-relacional (A-R) demonstrou ser mais desafiador que os demais, devido à diversidade e complexidade das inter-relações familiares. Além disso, neste estudo, as famílias apresentaram, predominantemente, respostas pouquíssimo adequadas; somente uma apresentou respostas pouco adequadas e, nenhuma apresentou respostas adequadas no setor A-R, diferentemente dos demais setores em que as respostas foram mais variadas.

Dentre as situações que motivaram as respostas "pouco" ou "pouquíssimo" adequadas, pode-se ressaltar a transmissão transgeracional, pois esta possui um aspecto traumático e sintomático que impossibilita à "geração seguinte" metabolizar este legado, no intuito de transformá-lo.

Na maioria das famílias participantes, foi possível verificar a transmissão transgeracional como desencadeadora de conflitos, devido ao aprisionamento em padrões repetitivos não elaborados e, portanto, não integrados à vida psíquica.

Em duas famílias, o estabelecimento da maternagem estava comprometido, aquelas mães (e avós maternas) projetavam, na relação com os filhos, repetições de difícil elaboração do vínculo afetivo (no caso, pouco afetivo) com suas mães.

Dessa forma, o legado da função materna empobrecida promovia vínculos incontinentes e pouco afetivos, gerava, também, na história de algumas famílias, a negligência e o abandono. Por conseguinte, as crianças apresentavam-se regredidas emocionalmente. Interessante ressaltar que, na relação transferencial, estas famílias evocavam na entrevistadora o papel de mãe.

Todavia, a transmissão transgeracional também pôde ser percebida em mais duas situações com famílias distintas: Na família Oliveira (a vivência da meningite tuberculosa de difícil diagnóstico), a transmissão da doença como algo ameaçador que não pode ser nomeado, contido e transformado. E na família Carvalho, pôde-se observar a repetição na escolha por relacionamentos conflituosos com parceiros (as filhas de Da. Thereza pareciam escolher parceiros que remetiam a algumas dificuldades do pai delas).

No entanto, outras questões apresentaram-se influenciando nas respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, como a qualidade das relações conjugais interferindo na parentalidade, conflitos emocionais afetando a relação mãe-bebê, conturbando a dinâmica familiar, entre outras. Revelando que a análise para este setor permite verificar a singularidade da dinâmica familiar.

Quanto ao setor Produtividade (Pr), observou-se que, embora nenhuma família passasse por privações básicas, somente duas famílias apresentavam adequação quanto à capacidade de suprir-se e desenvolver-se. Outras duas apresentaram pouco adequadas e, uma família apresentou respostas pouquíssimo adequadas.

Em algumas famílias, observou-se influência do setor Afetivo-relacional sobre a Produtividade, como ilustra a família Oliveira, que era uma das poucas que possuíam casa própria, tinham a renda fixa proveniente de aposentadoria, do auxílio doença e pensão alimentícia. No entanto, dizia-se empobrecida, apresentando um comportamento regredido, buscando a função provedora em parentes fora da família.

Já a família Arrais, que não possuía casa própria, cujo sustento dependia (inicialmente) somente do pai; apresentava melhores condições de desenvolver-se.

Pode-se inferir, a partir destas análises, que a situação econômica (verificada por meio do patrimônio familiar) não é condição *sine qua non* para determinar a qualidade da adequação familiar no setor Produtividade.

Sobre o setor Sociocultural (S-C), observou-se que todas as famílias participantes apresentaram respostas adequadas; mostraram uma conduta ética de acordo com as leis, adotando padrões de comportamento da cultura. Nenhuma compactuava com atos desonestos ou ilícitos. A maioria mostrou-se integrada à sociedade, porém poucas usufruíam dos recursos

comunitários. Sobre isso, novamente, pôde-se perceber que a falta de recursos internos prevalece sobre os recursos externos.

Em relação ao setor Orgânico (Or), duas famílias apresentaram respostas adequadas, uma pouco adequadas e duas pouquíssimo adequadas. Verificou-se que em três famílias, a dinâmica influía e era influenciada pela doença de um de seus membros. Em duas famílias, observou-se a influência do setor Afetivo-relacional sobre o Orgânico. De acordo como, aponta Dejours (1998), doença somática ocorre no âmbito da relação com o outro.

A partir da compreensão da adequação setorial, as situações-problema foram passíveis de definição em quatros famílias, contudo na família Batista (desistente), pôde-se conjecturá-la. Observou-se que as situações-problema eram desencadeadas, predominantemente, por conflitos no setor Afetivo-relacional.

Durante a realização do processo diagnóstico, perceberam-se certas mudanças no comportamento dos membros familiares, que levaram a conjecturar sobre os efeitos das entrevistas na eficácia adaptativa da família, tais como:

- mudança no comportamento, de uma postura regredida à postura que implica desenvolvimento emocional (como a capacidade de brincar de Thiago, na família Oliveira);
- alívio de sintomas físicos (dores e cansaço de Da. Thereza, na família Carvalho);
- possibilidade de pensar (com Gisele, na família Arrais);
- entusiasmo crescente por novas perspectivas (com Da. Nair, na família Oliveira)
- possível integração da história familiar (família Gouveia);
- alteração na qualidade do vínculo mãe-bebê (família Gouveia).

Todavia, neste estudo, não se teve como saber se essas mudanças foram duradouras, favorecendo a eficácia adaptativa familiar, ou mantiveram-se somente durante o processo diagnóstico.

Outra limitação do estudo foi não poder verificar se este modelo diagnóstico é possível também em diferentes classes sociais, uma vez que o acesso às famílias se deu por meio do Programa Saúde na Família (PSF), o qual presta atendimento, exclusivamente, às periferias e regiões de vulnerabilidade social. Dessa forma, não se pôde verificar se as questões que apareceram com as famílias deste estudo seriam semelhantes às da classe AA, por exemplo.

Entretanto, este estudo permitiu pensar na importância do diagnóstico adaptativo realizado no domicílio das famílias como possibilidade de integrar os processos psíquicos ao contexto sociocultural e econômico, e, a partir desse diagnóstico, mobilizar mais indagações, investigações e pesquisas quanto ao frutífero campo da ação preventivista.

No mais, foi possível verificar junto às famílias, demandas por trabalhos preventivos de diferentes ordens: primária, secundária e terciária, pois, neste estudo, o diagnóstico permitiu observar algumas questões, tais como:

Muitas das entrevistas apresentadas exemplificam o aprisionamento nas repetições de histórias passadas, não metabolizadas e reproduzidas de forma peculiar entre as gerações. A transmissão direta de pactos, dos 'não ditos', da ordem da doença ou do traumático possui uma função alienante e dissociativa, afetando cada um dos membros e a intersubjetividade do grupo familiar. A falta de possibilidade de transformá-la, sela a continuidade da transmissão transgeracional, como no caso o legado da violência, do abandono, da negligência etc.

Assim, a importância da intervenção preventiva com famílias está em reconhecer o espaço terapêutico como um lugar privilegiado para promover a interrupção da transmissão transgeracional, por meio da elaboração e transformação daquilo que foi transmitido, podendo, então, ser herdado, ou seja, integrado à vida psíquica.

Em outras famílias, pôde-se verificar que a qualidade das relações conjugais influenciava diretamente a parentalidade, podendo promover efeitos no comportamento dos filhos. Dessa forma, intervenções preventivas com o casal poderiam auxiliar não só o casal, quanto às suas questões, como também auxiliá-los a excluir as crianças de suas dificuldades, propiciando, assim, um clima familiar adequado ao desenvolvimento emocional dos filhos.

Outra importante questão, suscitada a partir das entrevistas, refere-se à intervenção no vínculo mãe-bebê, a qual permita acolher, nomear e transformar os processos envolvidos, quando estes apresentam algum tipo de transtorno, que promova entraves e ressonâncias em cada membro da família.

Portanto, após este estudo, uma das questões que se coloca refere-se aos possíveis *modelos* de intervenção terapêutica familiar que possam ir ao encontro dessas demandas, ou melhor, da demanda brasileira.

Há tempos, a psicanálise vem sendo convocada a pensar em práticas que alcancem as instituições e a comunidade. Nessa busca, excelentes trabalhos vêm se apresentando e se aperfeiçoando. Dessa forma, algumas propostas se levantam para responder a pergunta: o que vem após o diagnóstico adaptativo familiar?

Uma das respostas possíveis é apresentada no corpo deste trabalho: a *Psicoterapia Preventiva da Família*. (YAMAMOTO, 2006). Outras possibilidades são as Consultas terapêuticas familiares, que vêm sendo desenvolvidas e apresentadas em pesquisas e congressos. (LEONCIO; TARDIVO, 2006; LEONCIO, 2009). E, Consultas terapêuticas como uma proposta de intervenção comunitária. (OLIVEIRA, 2008). Ademais, aspiro a que

este estudo tenha promovido recursos que inspirem novos trabalhos clínicos e preventivos com famílias.

“Com frequencia avança-se não por novos descobrimentos, mas sim colocando cada prática em seu limite com outras práticas, lançando, assim, nova luz sobre cada uma delas [...]” (CYPEL, 2009, p.2).

REFERÊNCIAS[3]

ACKERMAN, N. W. **Diagnostico y Tratamento de las Relaciones Familiares.** Psicodinamismo de la vida familiar. Buenos Aires: Ed. Paidos, 1974.

ACKERMAN, N. W. Los problemas adolescentes: Sintonia de um transtorno familiar. In: _____. **Grupoterapia de La Família**. Buenos Aires: Horme, 1981.

ANACONA-LOPEZ, M. Contexto Geral do Diagnóstico Psicológico. In: **Diagnóstico Psicológico. A prática clínica.** São Paulo: EPU, 1984.

ALTMAN, M. **Psicoterapia breve operacionalizada com idosos:** uma investigação teórico-clínica. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

ARZENO, M. E. G. A entrevista Familiar Diagnóstica – Importância da sua Inclusão no Psicodiagnóstico de Crianças. In: _____. **Psicodiagnóstico Clínico:** novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AVOGLIA, H. R. C. **Avaliação Psicológica:** A perspectiva sócio-familiar nas estratégias complementares à prática clínica infantil. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

BECKER, H. Metodologia. In: _____. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BERENSTEIN, I.; PUGET, J. **Lo Vincular. Clínica y técnica psicoanalítica**. Buenos Aires: Ed.Paidós, 1997.

BLEGER, J. A entrevista Psicológica: Seu emprego no diagnóstico e na pesquisa. In: _____. **Temas de Psicologia:** Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

_____. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

[3] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BLEGER, J. O problema metodológico em psicologia. In: _____. **Psicologia da Conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOX, S. (Col). **Psicoterapia com famílias: Uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.22, n.1, p.2-9, 2002.

CASETTO, S. J. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psychê**, São Paulo, v.10, n.17, p.121- 142, 2006.

CUNHA, J. A. et. al. **Psicodiagóstico – V**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.

CYPEL, L. R. C. Algumas reflexões sobre os fundamentos do trabalho psicanalítico com família e casal. **IDE- Família**, n. 36, p. 2-17, 2002.

DEJOURS, C. **Repressão e subversão em psicossomática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. A. - **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DELAMONT, E. Ethnography and participant observation. In: SEALE, C.; GOBO, G. GUBRIUN, J. F. ; SILVERMAN, D. (Orgs), **Qualitative Research Practice**. Reprint, UK, Sage, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. G. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In:_____. **Planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e Abordagens**. P.A. Artmed, 2006.

DOLTO, F. Apresentação de um método In: _____. **Psicanálise e Pediatria.** 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

DRAGONE, M.; SAMARATI, C. Experiências das cidades da Europa – Milão - Itália. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e**

adolecentes: o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

EIGUER, A. **Um divã para a família.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

FRANCA, A. C. P.; VIANA, B. A. Interface psicologia e programa saúde da família – PSF: reflexões teóricas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.26,n.2,p. 246-257, 2006.

FÉRES-CARNEIRO, T. Psicoterapia de casal: a relação conjugal e suas repercussões no comportamento dos filhos. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v.32, p51-61, 1980

_____.**Família: Diagnóstico e Terapia**. 2°ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

FORD, E.; HERRICK, J. **Family assessment via videotape interveew**. Apresentado no 142º Encontro anual da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, Washington. 1971.

FRASSON, L. M. M.; SOUZA, M. A. Estudo Qualitativo da Personalidade do Motorista Infrator através do Rorschach e EDAO. **Boletim de Psicologia**, v.2, n.117, p. 141-157, 2002.

FREUD, S. (1912-1913) Totem e Tabu. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.13. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1980.

FREUD, S. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.10. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

FREUD, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v.18. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A Interpretação das Culturas**. Rio de janeiro: LTC, 1989.

GOMES, I. C.; PIVA, M. L. S. C. A Transmissão da Vida Psíquica. In: GOMES, I.C. (Org), **Família: Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas** (pp 17-21). Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

GOMES, I. C. Transmissão psíquica transgeracional e violência conjugal: um relato de caso. **Boletim de Psicologia**; v.55, n.123, p. 177-188, 2005.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.2, p. 357-363, 2005.

GRANJON, E. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. In: CORREA, O.B.R. (Org). **Os Avatares da Transmissão Psíquica Geracional**, p. 17-43. São Paulo: Escuta, 2000.

GUARÁ, I. Considerações sobre as experiências da europa. In: ZOLA, M.B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolecentes:** o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

HELEMO, M. G. V. **Organizações patológicas em pacientes com diabetes tipo II**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2000.

KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. (Org), **A Transmissão do Psiquismo entre Gerações**, p. 5-19. São Paulo: Unimarco, 1998.

_____.Introdução ao conceito de transmissão psíquica no pensamento de Freud. In: KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M. ; BARANES, J. J. (Orgs), **Transmissão da vida psíquica entre gerações**, p. 27-67. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. O sujeito da herança. In: KAËS, R., FAIMBERG, H., ENRIQUEZ, M. ; BARANES, J.J. (Orgs), **Transmissão da vida psíquica entre gerações**, p. 9-24. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KLEIN, M. **Psicanálise da Criança**. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1975.

_____.**Inveja e Gratidão e outros trabalhos (1946 – 1963) – As obras completas de Melanie Klein**, Rio de Janeiro: Imago Ed., v.3, 1991.

LEAVEL, H. R. ; CLARK E. G. **Preventive Medicine for the doctor in his Community**. New York: Mc Graw-Hill.

LEBOVICI, S.; BARRIGUETE, J. A.; SOLIS-PONTON, L. A árvore da vida ou a empatia metaforizante, o enactment. In: SOLIS-PONTON, L. (Dir.) - **Ser pai, ser mãe:**

parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici. cap. 3, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LEONCIO, W. A. H. ;;TARDIVO, L. S. L. P. C. Consulta terapêutica com uma Familia Acogida. In: XIII Congresso Latino Americano de Rorschach y Metodos Proyevtivos – Conecer el mundo Interno: comprendermos mejor. Del 2 al 5 de agosto de 206, Lima/Peru. **Resuens y Trabajos...** Lima/Peru: Pontífice Universidad Cátolica del Peru, 2006.

LEONCIO, W. A. H. **Consultas terapêuticas de crianças abrigadas e seus pais: uma investigação dos vínculos familiares**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

MANNONI, M. **A criança, sua doença e outros**. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

MEDEIROS, G. A. **Gestação em mulheres em tratamento hemodialítico:** repercussões do adoecimento sobre o desejo pela maternidade. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2007.

MEIRELLES, M. C. Considerações sobre as experiências da America latina. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolecentes:** o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

MINUCHIN, S.; et al. A method for the clinical study of family interaction. **Journal of American Orthopsychiatric,** n.10. p 30-56,1964.

MEYER, L. **Família: dinâmica e terapia – uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

MOSMANN,C.; WAGNER, A. A promoção da qualidade conjugal como uma estratégia de proteção dos filhos.A entrevista inicial In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Casal e família: Permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

OCAMPO, M. L. S. A entrevista inicial In: OCAMPO, M. L. S. ; ARZENO, M. E. G. **O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. **O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas.** São Paulo: Martins Fonte, 1985

OLIVEIRA, L. A. A Família na prevenção do uso de drogas. In: Congresso internacional de prevenção das dependências químicas, 3., 2000, São Paulo. **Anais**...São Paulo: UNIFESP, 2000.

OLIVEIRA, T. M. **Atenção materna primária e consulta terapêutica: uma proposta de prevenção comunitária**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2008.

PINCUS, L.; DARE, C. **Psicodinâmica da Família.** Porto alegre: Artes Médicas, 1981.

PONCIANO, E. L. T.; FERES-CARNEIRO, T. Modelos de família e intervenção terapêutica. **Interações**, v.8, n.16, p. 57-80, 2003.

RABAULT, B. Expériences des Villes de I'Europe. In: ZOLA, M. B.(Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolecentes:** o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.

RAMOS, M. (Org). **Terapia de casal e família**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

_____.**Casal e Família como Paciente**. São Paulo: Editora Escuta, 1999.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. A. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.4, p.799-806, 2008.

ROCKWELL, E. **Reflexiones sobre el processo etnográfico**, IPN/CINVEST, Mimeo, 1986.

SATIR, A. **Conjoint family therapy**. Palo Alto: Science and Behavior Books. 1967.

SIMON, R. Modelo de prevenção plicado a setor de saúde mental**. Boletim de Psicologia S.P.S.P**., v.29, p. 72-73, 1977.

_____.Formação do Psicoterapeuta para a Realidade Brasileira. **Boletim de Psicologia S.P.S.P.** v.33, n.81, p. 63-73, 1981.

_____. **Psicologia Clínica Preventiva. Novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

_____. Psicoterapia Preventiva da Família. **Revista de Psicologia Hospitalar**. v.5, n.2, p. 11-14, 1995.

_____. Redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO. **Mudanças, psicoterapia e estudos sociais**. v.10, p. 13-26, 1997.

_____. **Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e Técnica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOIFER, R. **Psicodinamismo da família com crianças:** terapia familiar com a técnica de jogo. Petrópolis: Ed. Vozes, 1989.

SOLIS-PONTON, L. Diálogo Letícia Solis-Ponton e Sege Lebovici. In: SOLIS-PONTON, L. (Dir). **Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Uma homenagem internacional a Serge Lebovici**. cap. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, A. S. L. **A entrevista familiar diagnóstica como instrumento auxiliar no estudo da influência dos psicodinamismos da família em crianças com inibição intelectual**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993.

SOUZA, M. A. **Compreensão psicológica do drogadicto através do Rorschach e entrevista (EDAO)**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1995.

TAMAGNINI, E. J. G. **Transplante cardíaco: sistema tensional inconsciente dominante e diagnóstico adaptativo operacionalizado de mulheres candidatas ao enxerto**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2009.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VALENTIM, N. S. **Delineamento psicológico de pais de crianças abrigadas.** Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2010.

WATZLAWICK, P. A structured family interview. **Family Process**, n. 50. p 265-278, 1966.

WELLS, C. F.; RABINER, E. L. The conjoint family diagnostic interview and the family index of tension. **Family Process**, n. 12. p 127-144, 1973.

WINNICOTT, D. W. O valor da consulta terapêutica. In:_____. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. **Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

_____. **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YAMAMOTO, K. **Estudo da validade de questionário e seu uso para triagem da adaptação numa população universitária**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1984.

_____. **Estudo do Método e Resultados da Psicoterapia Preventiva da Família**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1990.

_____. Psicologia Clínica Preventiva. In: ISMAEL, S.M.C.(org) **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **Psicoterapia preventiva da família método e ilustrações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ZOLA, M. B. Apresentação. In: _____. (Org) **Cooperação internacional para proteção social de crianças e adolecentes:** o direito à convivência familiar e comunitária. São Bernardo do Campo: Fundação Criança de São Bernardo do Campo, 2008.