

1. Um Enfoque sobre as Famílias: Possibilidades e Desafios

As pesquisas sobre família vêm sendo desenvolvidas por um grupo heterogêneo de estudiosos das mais diversas áreas, os quais trabalham em contextos diferentes e com propósitos diversos. Há várias maneiras de se investigar as famílias, e cada uma possui formas distintas de conceituar e tratar as ligações afetivas entre os membros. Neste capítulo, é apresentada uma reflexão acerca das concepções sobre família e de alguns conceitos das teorias familiar sistêmica, estrutural e transgeracional os quais favorecerão a compreensão das relações familiares de idosos com Alzheimer.

1.1 - Família: concepções múltiplas

A família não é um fato natural, diz respeito a uma conquista cultural, arraigada numa dimensão histórica de construção, ao longo dos séculos, e, conseqüentemente, atravessando mudanças (Bucher, 1999). Investigando as primeiras noções acerca da palavra “família”, encontra-se a concepção de que ela é originária do latim *famulus*. De acordo com o Dicionário Houaiss (2001), a etimologia da palavra “família” em latim denomina “domésticos, servidores, escravos, séquito, comitiva, cortejo, casa, família”. Na perspectiva de suas estruturas e funções, o termo “família” tem designado instituições e agrupamentos sociais diferentes. Tais organismos não tiveram necessariamente a reprodução quotidiana ou geracional como função específica ou exclusiva e, em vários momentos, desempenharam, simultânea e prioritariamente, funções políticas e econômicas (Silva, 2001). Destarte, o universo familiar é palco de múltiplas interpretações, especialmente quando se analisa essa instituição nas perspectivas da Psicologia, Antropologia, Sociologia, Filosofia, História e Direito.

Petzold (1996) apontou que uma definição científica de família requisita levar em consideração a pluralidade de formas atuais dessa instituição. Na visão deste autor, a “abordagem ecopsicológica” parece ser apropriada para compreender todos os tipos de famílias, porque inclui uma ampla gama de formas de vida familiar, isto é, não somente as tradicionais, mas também, as alternativas. A definição de família, segundo este modelo, está baseada nas relações íntimas e intergeracionais, incorporando variáveis externas,

características das relações de esposa ou não-esposa e das relações genitores-criança, bem como com outras pessoas que podem fazer parte da família.

De modo semelhante, Beavers e Hampson (1995) mencionaram que a família é necessária para a saúde do indivíduo mas, o modelo dessa instituição não deve ser obrigatoriamente o de uma família tradicional, e sim, de um grupo de pessoas comprometidas com o apoio mútuo, compartilhando suas expectativas e significados. Nesse sentido, uma família pode ser compreendida como um “grupo com história”, uma vez que as relações funcionais apresentam a tendência de serem duradouras (Anton, 2000). Esta noção implica que os grupos familiares vão se transformando ao longo da vida basicamente em três aspectos fundamentais: estrutural, interacional e funcional (Relvas, 2003).

Diante dessas contribuições teóricas, é relevante apontar o estudo apresentado por Costa (2003, p. 6), que a partir dos paradigmas psicanalítico, sistêmico e da teoria da complexidade, problematizou o papel da família na constituição da subjetividade do ser humano, revelando o seguinte:

Não existe a família enquanto conceito único e globalizador, como as definições sociológicas, antropológicas e mesmo psicológicas pretenderam em décadas anteriores. Não existem famílias, mas configurações vinculares íntimas que dão sentimento de pertença, habitat, ideais, escolhas, fantasmas, limites, papéis, regras e modos de comunicar que podem (ou não) se diferenciar das demais relações sociais do indivíduo humano no mundo.

Nesse sentido, o autor relatou que ela abarca características, tais como repetição e continuidade, diferenciação, construção dos afetos e das emoções humanas, sentimento de pertinência, de “eu” e de existência. Também, deve ser entendida na confluência dos eixos fundamentais: o *sincrônico*, que versa sobre o aqui-e-agora, abrangendo a dimensão consciente das relações; e o *diacrônico*, dinâmico, histórico, aprofundado e arraigado ao funcionamento inconsciente.

Observa-se que a visão dos estudiosos até então apresentados revela que as concepções se entrecruzam em determinados pontos, como a construção de laços entre os sujeitos, quer sejam eles consangüíneos, consensuais, jurídicos ou afetivos. Tais laços revelam movimentos entre seus membros que os atam e desatam, fechando-se, ou abrindo-se para o mundo e para a vida. De acordo com Minuchin (1982, p. 53) “o sentido de pertencimento de cada membro é influenciado por seu sentido de pertencer a uma família específica”. Nessa linha de pensamento, é fundamental questionar na contemporaneidade, as concepções acerca de vínculos consangüíneos, casamento, aliança e filiação (Costa, 2003).

O sentimento de pertencer a uma família envolve afeto, liberdade, reciprocidade, histórias compartilhadas, enfim, aspectos inerentes à condição do ser humano que abarcam questões conscientes e inconscientes. Os sujeitos que se distanciam geograficamente da família de origem podem, por exemplo, adotar pessoas da comunidade em que vivem, para compor suas “novas” famílias, elegendo-as como também sendo seus membros familiares. Isso ocorre, comumente, entre os estudantes ou profissionais, os quais, em busca de melhor qualidade de vida, transferem-se de cidade e fundam construindo outros grupos familiares, que podem ter caráter transitório, permanente, idealizado ou necessário. São amigos que semelhantemente passam, por exemplo, a representar membros familiares que acolhem, ou repreendem nos momentos de alegria, angústia, desespero, raiva, doença, entre outros, desempenhando simbolicamente o papel de pai, de mãe, de irmãos, de avós...

Em síntese, o conceito de família é polissêmico. Restritamente, refere-se ao núcleo familiar básico e, amplamente, ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consangüíneos, consensuais, jurídicos ou afetivos, que constituem complexas redes de parentesco e de apoio atualizadas de forma episódica, através de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam de cultura, região e classe social a outra (Segalen, 1999; Salles, 2002; Tuirán, 2002). Portanto, verifica-se que o conceito de família é uma elaboração ideológica e social, e que fracassará qualquer tentativa de defini-la como uma instituição delimitada, com características universais (Carbonari, 2001).

Entretanto, a questão da definição do que vem a ser família é fundamental não apenas para o profissional direcionar o foco do seu trabalho, mas também para compreender o sujeito a ser investigado e o seu contexto familiar. Assim, antes de qualquer intervenção é recomendável indagar à pessoa o que ela compreende por família e quais os membros que para ela compõem esse grupo (Angelo, 2005). Seguindo essa orientação, antes da aplicação dos instrumentos, este questionamento foi realizado às filhas cuidadoras que participaram do presente estudo.

Nesse cenário, como compreender as relações familiares de idosos com Alzheimer? As famílias funcionam como fortalezas ou são castelos vulneráveis diante dos desafios emocionais e financeiros advindos com o surgimento e desenvolvimento da doença? Quais fatores interferem nas atitudes e decisões tomadas pelos membros diante dos cuidados para com os idosos? Essas indagações permitem refletir sobre a importância de pensar as famílias numa perspectiva sistêmica.

1.2 - A família como sistema

Revisando a literatura científica, detectou-se uma profusão de definições acerca do termo “sistema”. Entretanto, numa investigação realizada por Jordan (1974), foi visto que existe uma concepção comum a todas elas: a de que um “sistema” é compreendido como um conjunto de entidades ou elementos unidos por alguma forma de interação ou interdependência que compõe um todo integral. Similarmente, o biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1975), considerado o precursor e pai da Teoria Geral dos Sistemas, destacou que os “sistemas” são complexos de subsistemas colocados em interação, ou seja, um conjunto de elementos que têm relações entre si e com o meio, em busca de um resultado final.

Este pesquisador expressou a idéia de que a característica essencial de uma forma viva é a sua organização. Não basta investigar os constituintes e os processos de maneira isolada, pois a análise das partes e dos processos, separados uns dos outros, não propicia uma explicação completa do fenômeno da vida. Traduzindo, um sistema é mais do que a soma de suas partes, no sentido de que um relógio é mais do que várias peças juntas funcionando. Nessa direção, o autor acreditava nos padrões de relacionamento dentro de um sistema ou entre os sistemas, oferecendo um arcabouço conceitual, para unificar as diversas disciplinas científicas que se tornaram isoladas e fragmentadas. De maneira elaborada, seria uma disciplina lógico-matemática, em si mesma formal, porém, aplicável às várias ciências empíricas.

Essa unidade de ciência está calcada na isomorfia de leis em diversos campos, sendo desnecessária a descoberta dos mesmos princípios ou leis em diferentes campos isolados. Nesse sentido, a Teoria Geral dos Sistemas não proporcionaria apenas definições exatas dos conceitos mas também, os submetaria à análise quantitativa, quando esta fosse adequada para averiguar os fenômenos. Todavia, Capra (1996) mencionou que o objetivo de se ter uma disciplina aplicável às várias ciências empíricas não foi alcançado devido à carência de técnicas matemáticas para lidar com a complexidade dos fatos.

No campo da Psiquiatria, a concepção de sistema foi difundida, com a intenção de desenvolver uma teoria unificada do comportamento humano. Na Psicologia, a teoria sistêmica foi apresentada e introduzida a partir dos teóricos da terapia familiar. Não obstante, nos primórdios da difusão deste tipo de atendimento psicoterápico, “a teoria dos sistemas era abstrata e tinha várias versões diferentes, de forma que podia ser – e era – traduzida de várias maneiras, dependendo da inclinação do teórico” (Nichols & Schwartz, 1998, p. 79).

Bertalanffy (1975, p. 193) também apresentou a idéia de sistemas fechados e abertos, postulando que o *sistema fechado* é aquele em que não existe intercâmbio com o meio, ou seja, está orientado progressivamente para o caos interno, desintegração e morte. Já o *sistema aberto* é definido como “um sistema em troca de matéria com seu ambiente, apresentando importação e exportação, construção e demolição dos materiais que o compõem”. Assim, os organismos vivos são essencialmente abertos, uma vez que se mantêm com *inputs* contínuos advindos do ambiente e *outputs* dirigidos para o ambiente.

Na teoria sistêmica, a família pode ser considerada um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora da interação de uns com os outros e com os sistemas extrafamiliares, num fluxo constante de informação, energia e material. Os comportamentos e as ações de um dos seus membros tanto influenciam como são influenciados pelos dos outros. Segundo Bucher (1986), a família, enquanto unidade sistêmica, apresenta-se como sendo a base do processo de individuação de seus membros e, por sua vez, é também influenciada por eles. Para Minuchin (1982), o sentido de separação e de individuação existe por meio da participação em diferentes subsistemas e contextos familiares, tanto quanto através da participação em grupos extrafamiliares.

Esse processo de separação-individuação requer que a família vivencie diversas fases de desorganização, tendo em vista que o equilíbrio de um estágio é rompido em preparação para outro mais adequado. As fases de instabilidade, marcadas por confusão e incerteza, revelam a passagem para um novo equilíbrio emocional, caso a família seja capaz de tolerar a diferenciação de seus membros (Andolfi, Angelo, Menghi & Nicolo-Corigliano, 1989). De acordo com Miermont (1994, p. 515), “um sistema familiar pode ser disfuncional por excesso de fechamento operacional de sua organização”.

O sistema familiar se diferencia e exerce suas funções através de *subsistemas*. Na família, cada elemento é um *subsistema*, assim como as díades esposo-esposa (subsistema conjugal), pai-filho (subsistema parental), irmão-irmão (subsistema fraternal) ou grupos maiores possibilitam a composição de outros subsistemas, por geração, sexo, função ou interesse. Portanto, os sistemas vivos são compostos de partes que constituem, elas próprias, os *subsistemas* e se relacionam com outros sistemas em organizações ainda mais vastas.

A complexidade relacional é regida através da comunicação, que constitui e caracteriza a interação familiar, a partir da qual são construídas, no tempo, as regras próprias de cada grupo. A maneira como os subsistemas são organizados e as relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um coincidem com a estrutura da família. Há forças externas e internas que contribuem para sua regulação, conferindo-lhe uma capacidade

auto-organizativa e uma coerência e consistência no jogo de equilíbrios dinâmicos interior-exterior (Relvas, 2003).

Qualquer sistema pode ser dividido em vários subsistemas, e um objeto de um subsistema pode fazer parte do meio de outro sistema. Nesse prisma, cada membro da família pertence a diferentes subsistemas, em que possuem variados níveis de poder e desenvolvem habilidades diferenciadas. Estudos sobre díades e tríades têm demonstrado que as interações entre membros de uma família diferem de acordo com o tipo e o número de subsistemas (Liddell, Henzi & Drew, 1987). Neste estudo, busca-se investigar o sistema familiar na perspectiva das filhas (subsistema) cuidadoras de pais com Alzheimer, enfocando as relações entre tais subsistemas.

As relações entre *subsistemas* são governadas por regras e constituem padrões de interação, que seriam os modos resultantes das interações tanto *intra* como *inter*-sistemas, incluindo aqui o sistema social amplo. Destarte, as regras são formadas nas próprias relações, envolvendo todos os participantes. Também são recorrentes e tendem à estabilidade, sendo mantidas por todo o sistema. Nesse cenário, Bertalanffy (1982, p. 220) propôs a concepção do mundo como organização, compreendendo-o como uma “enorme ordem hierárquica de entidades organizadas, numa superposição de muitos níveis, indo dos sistemas físicos e químicos aos biológicos e sociológicos”.

Outro aspecto dos sistemas é sua natureza intrinsecamente dinâmica. Desse modo, suas formas não são estruturas rígidas, mas, manifestações flexíveis, embora estáveis, de processos subjacentes (Capra, 1982). Segundo Buckley (1973), por estrutura, entendem-se as interrelações mais ou menos estáveis entre as partes componentes de um sistema, as quais podem ser identificadas num dado momento, constituindo a estrutura do sistema, alcançando, de tal modo, uma “totalidade” dotada de certo grau de continuidade e de limitação. Em alguns casos, é preferível distinguir entre uma estrutura primária (relações internas) e uma hiperestrutura (relações externas). De acordo com Littlejolin (1982), são quatro os componentes do sistema:

- 1) *objetos*: concernentes às partes, aos elementos ou aos membros do conjunto, podendo ser físicos, abstratos ou ambas as coisas;
- 2) *atributos*: significando as propriedades do sistema e seus objetos;
- 3) *relações internas*: apontando que uma relação entre objetos implica um efeito mútuo (interdependência) e coibição;
- 4) *meio ambiente*: indicando que os sistemas não existem no vácuo, mas são afetados pelo meio circundante.

Do ponto de vista de Littlejolin (1982), os teóricos dos sistemas buscam integrar muitos conhecimentos acumulados, através do *isomorfismo*, que é a semelhança estrutural entre dois modelos ou entre um modelo abstrato e um fenômeno observado. Pensando assim, pode-se dizer que dois sistemas muito diferentes são *isomórficos*, se os seus comportamentos forem governados pelos mesmos princípios. Lewin (1965), por sua vez, recomendou que qualquer pessoa que se proponha estudar fenômenos globais se arme contra a tendência de querer tomar sob consideração todos os mais abrangentes possíveis. A verdadeira tarefa é investigar as propriedades estruturais de um todo em particular, averiguar as relações de todos os subsidiários e determinar as fronteiras do sistema sob estudo. Outras características principais da perspectiva sistêmica relacionadas ao objeto de investigação do presente estudo são as seguintes:

a) *Totalidade ou Globalidade*: característica que revela que o sistema constitui um todo único. O todo consiste na integração das partes, ou seja, não pode ser considerado a mera soma de suas partes, visto que existem padrões de interação que transcendem as qualidades dos membros individuais. O sujeito é, ao mesmo tempo, uma parte e um todo de um sistema maior que, por sua vez, pertence a sistemas mais amplos. Para compreender as relações familiares de pacientes com Alzheimer é importante perceber a família em sua totalidade, trocando informações com o ambiente.

b) *Interdependência*: toda e qualquer parte de um sistema está relacionada de tal modo com as demais, que uma mudança, numa delas, provocará alteração em todas e no sistema geral. Nesse sentido, a família é um espaço atuante de comunicações, no qual todos os membros influenciam e são influenciados pela natureza do todo. Essa concepção permite desenvolver reflexões sobre as mudanças ocorridas no meio familiar que possui um membro portador da DA.

c) *Retroalimentação (feedback loops)*: é uma das principais noções da cibernética. A retroalimentação pode estar relacionada com as informações intrínsecas à atuação do sistema com respeito ao seu ambiente externo ou pode estar atrelada ao relacionamento entre as partes. As entradas (ou *inputs*) do sistema são os dados que recebe e resultam da *influência do meio ambiente*. As saídas (*outputs*) são oriundas das ações do sistema sobre o meio ambiente. Vale ainda salientar que o *feedback* pode ser negativo ou positivo. A diferença relaciona-se ao efeito que ele exerce sobre os desvios a partir de um estado homeostático dentro do sistema, e não se é ou não benéfico. O *feedback* negativo é uma mensagem de erro, ou seja, um desvio em relação a um nível de critério em que o sistema ajusta-se reduzindo ou neutralizando o desvio. Entretanto, quando responde aumentando ou mantendo o desvio, diz-

se que o *feedback* é positivo. O *feedback* torna viável a *auto-regulação*, sendo fundamental na direção da ação para o alcance de uma meta. Outrossim, a existência de retroalimentação positiva ou negativa está atrelada à noção de *circularidade*, de *causalidade circular*.

d) *Auto-Organização*: este conceito é utilizado pela modelização sistêmica da família, a fim de explicar a capacidade que tem para modificar suas regras de funcionamento, adaptando-se ao crescimento dos seus membros. Em cada etapa da vida familiar, como nascimento, casamento, adolescência, doença, morte, surge um novo estado do sistema com novas maneiras de se organizar, revelando um nível superior de organização em relação à precedente. Segundo Miermont (1994), a Cibernética foi o berço das primeiras teorias da auto-organização, mas, desde a Teoria Geral dos Sistemas propagada por Von Bertalanffy, a noção de auto-organização esteve presente. Para Bertalanffy (1982), o fluxo de energia proveniente do exterior permitiria ao sistema vivo a auto-organização. Partindo desse princípio, questiona-se como as famílias se auto-organizam após o surgimento da doença de Alzheimer.

e) *Equifinalidade*: significa a realização da meta ou a execução da tarefa atribuída a um sistema. Desse modo, pode-se chegar ao estado final de maneiras e condições ambientais diversas e desde vários pontos iniciais diferentes. Um sistema aberto, tal como a família, apresenta a tendência de obter estabilidade, todavia, diante de certos acontecimentos, pode seguir uma direção contrária. Nesse sentido, é fundamental investigar quais os caminhos seguidos pelas famílias, após o surgimento da doença de Alzheimer, para contornar o estresse advindo com a moléstia.

Diante dessas informações, é válido indagar o que vem a ser “pensamento sistêmico”. Segundo Flood e Carlson (1988), consiste numa nova estrutura de pensamento para lidar com a complexidade. De acordo com Vasconcellos (2002, p. 147, 148), “pensar sistemicamente é pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade; ou porque os pressupostos da complexidade, da instabilidade e da intersubjetividade constituem em conjunto uma visão de mundo sistêmica”. Para esta autora, “um cientista ou profissional é sistêmico ou novo-paradigmático, quando vive – vê o mundo e atua nele – as implicações de ter assumido para si esses novos pressupostos”.

Percebe-se que há diferença entre o pesquisador holístico e o pesquisador sistêmico. Ocorre que muitos confundem estes termos, utilizando-os como se fossem iguais. Segundo Capra (1982), o pensamento sistêmico lida com as partes e o todo, enquanto o pensamento holístico lida apenas com o todo, é profundamente ecológico, além de estar, quase sempre, associado à dimensão espiritual. Conforme apontou Kasper (2000), o pensamento sistêmico

surgiu do questionamento da aplicabilidade universal das doutrinas analíticas e é contemplado como processo e aprimoramento combinado de um quadro de concepções gerais e de várias abordagens, metodologias e modelos teóricos voltados aos diversos temas complexos da realidade. Nesse prisma, o pensamento sistêmico revela um novo quadro de referência geral do processo de pensamento, o qual possui a vocação para gerar uma modificação de mentalidade, ao invés de se tratar apenas de uma mudança de paradigma científico em um campo de conhecimento específico ou mais restrito.

Checkland (1994) afirmou a inexistência de um corpo teórico consolidado, seja na forma de uma teoria geral ou como um conjunto de noções e princípios básicos de uma epistemologia ou linguagem sistêmica geral. Considerou, portanto, que uma das vertentes do movimento sistêmico é a ausência de uma perspectiva unificada, muito embora haja, em algumas esferas, um compartilhamento de idéias semelhantes ou aproximadas. Assim, não se pode falar sobre o pensamento sistêmico como algo único, mas sim, sobre versões do pensamento sistêmico.

A teoria dos sistemas não é na verdade uma doutrina coerente, padronizada, mas é mais uma maneira de pensar, e há muitas variações sobre o tema sistêmico. Esta incoerência estava refletida em grande parte dos escritos relacionados à terapia familiar. As idéias sistêmicas são suficientemente abstratas para proporcionar uma ampla variedade de interpretações (Nichols & Schwartz, 1998, p. 87).

Após essa breve revisão sobre a perspectiva sistêmica, apresentam-se, a seguir, outras concepções fundamentais, na área das teorias estrutural e transgeracional, por meio das quais se buscará favorecer a compreensão das relações familiares de idosos com Alzheimer.

1.3 - A teoria estrutural da família

A teoria estrutural da família foi desenvolvida na segunda metade do século XX, abordando o homem em seu contexto social. Esta teoria converteu as abstrações da Teoria Geral dos Sistemas em descrições da vida cotidiana da família e em prescrições para a intervenção terapêutica (Umbarger, 1983). Os conceitos fundamentais de interesse para este estudo são os seguintes: a *estrutura*, os *subsistemas*, as *fronteiras*, a *coesão* e a *hierarquia*.

A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem padrões de

como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema (Minuchin¹, 1982, p. 57).

Segundo Nichols e Schwartz (1998), a estrutura familiar é evidenciada quando se observam, com o passar dos anos, as interações reais entre os familiares. As interações isoladas entre estes membros são afetadas, devido às circunstâncias específicas ocorridas no meio familiar, e as seqüências repetidas dessas interações revelam os padrões estruturais.

A família, como um sistema, depende de padrões transacionais, da acessibilidade de padrões transacionais alternativos e da *flexibilidade* para mobilizá-los em determinadas situações (Minuchin, 1982). Aqueles que estão estabelecidos no sistema familiar relacionam-se às *coalizões* entre os membros. A *coalizão* é uma propriedade fundamental das tríades (ex.: avó, pai e filho) e diz respeito à aliança de duas pessoas ou unidades sociais contra uma terceira (Miermont, 1994).

Os padrões transacionais exercem a função de regular o comportamento dos membros da família e são mantidos por dois sistemas de repressão. O primeiro deles envolve as regras universais que regulam a organização familiar, tais como a *hierarquia*, a ser discutida a seguir. Já o segundo sistema é idiossincrático, está intrinsecamente ligado à maneira de ver, de sentir e de reagir de cada pessoa dentro da família e envolve as expectativas mútuas dos membros. Essas expectativas estão arraigadas nos anos de negociações explícitas e implícitas entre os subsistemas familiares. Tais negociações, muitas vezes, giram em torno de pequenos eventos do dia-a-dia. O fato é que os padrões transacionais permanecem como uma questão de acomodação mútua e de eficácia funcional, estimulando essas expectativas que determinam padrões futuros. Quando as circunstâncias mudam, a estrutura familiar deve ser capaz de se adaptar (Minuchin, 1982).

Diante de tais informações, busca-se refletir, neste estudo sobre como as famílias que possuem um membro idoso com Alzheimer respondem às mudanças internas e externas que surgem no processo demencial. Nesse cenário, é fundamental investigar na perspectiva das filhas cuidadoras, se as expectativas mútuas entre os subsistemas são correspondidas, especialmente, diante das tarefas de cuidados para com o enfermo. Também se faz necessário averiguar o que ocorre com a coesão e a hierarquia dos membros familiares após a DA e avaliar as fronteiras desses sistemas. Para entender melhor tais questões é importante compreender os conceitos e, posteriormente, realizar um paralelo com os resultados da pesquisa a serem apresentados mais adiante.

¹ Os aspectos teóricos apresentados, neste estudo, pelo autor, em sua maioria, estão baseados no livro intitulado “Famílias: funcionamento e tratamento” (1982).

1.3.1 - Coesão e hierarquia: construtos dependentes ou independentes?

Estudiosos e terapeutas sistematizaram para pesquisas, os conceitos da teoria estrutural da família concordando que a coesão, a hierarquia e a flexibilidade são dimensões chaves para descrever a estrutura das relações familiares (Birtchnell, 1987; Gehring, 1993; Ghering & Marti, 2001; Olson, 1986; Klog, Vertommen & Vanereycken, 1987). A coesão é geralmente definida como vínculo emocional ou ligação entre os membros da família (Bowen, 1960; Kelsey-Smith & Beavers, 1981; Olson, Russel & Sprenkle, 1983; Stierlin, 1974).

Todavia, na década de 1980, o conceito de coesão foi debatido teoricamente, devido ao aspecto intrínseco à sua linearidade e curvilinearidade. Naquele mesmo período, diversas pesquisas foram realizadas corroborando a sua característica linear, revelando que um alto grau de coesão na família estava relacionado a um melhor funcionamento dela (Cluff, Hicks & Madsen, 1994). No entanto, vale destacar que a compreensão do termo “coesão” não deve ser confundida com o de dependência/autonomia, pois uma família que possui um alto grau de coesão poderá ter membros que se comportem de maneira autônoma (Teodoro & Käßpler, 2003).

Quanto ao conceito de hierarquia, Haley (1976) descreveu-o como “níveis de status e poder”, enquanto Minuchin (1982) apontou o significado de hierarquia como “diferentes níveis de autoridade”, ou seja, cada membro ocupa um nível de autoridade na família. Tanto Haley como Minuchin utilizaram a expressão “hierarquia de poder”, indicando o relacionamento íntimo que existe entre estes termos. O conceito de hierarquia também tem sido utilizado para investigar mudanças na estrutura dos papéis e das regras dentro da família (Dickerson & Coyne, 1987; Olson, 1986).

Complementando essa idéia, Beavers e Hampson (1995) afirmaram ser fundamental valorizar e compreender a estrutura hierárquica dos sistemas de interação internos e periféricos da família os quais incluem os de ordem maior, como a família extensa e as redes sociais mais amplas. De acordo com Miermont (1994), por meio de uma ritualização mais ou menos matizada e consentida por dominados e dominantes, as hierarquias permitem uma economia de funcionamento na repartição das tarefas e uma diversificação nos processos de decisão. Assim, a relação dominante-dominado baseia-se não apenas em díades, mas também, em triangulações e coalizões. Portanto, a posição de dominado não é estritamente negativa, pois pode favorecer a organização de territórios diversos.

Na visão de Umbarger (1983), a inversão das hierarquias de poder é considerada, freqüentemente, a mais destruidora das forças para a estrutura da família. De certa maneira,

diz respeito a uma forma especial de patologia de alianças, cujos tipos mais importantes são: 1) as coalizões transgeracionais inadequadas, abordadas anteriormente e 2) o desvio de conflitos ou a designação de um *bode expiatório* ou paciente identificado em que alguns membros se unem, criando uma impressão de funcionamento harmonioso, ao invés de assumirem ou resolverem os conflitos.

Tais membros buscam manter esse estado a expensas de uma de suas partes, responsabilizando o bode expiatório, através do mecanismo de projeção, por todas as tensões e fracassos vivenciados. O exercício de funções se automatiza a tal ponto, que o bode expiatório já pode se antecipar ao desastre, oferecendo-se ao sacrifício. Percebe-se que ele é o membro da família responsabilizado pela confusão ou mau funcionamento do sistema familiar. O sujeito torna-se o recipiente ativo de um afeto negativo percebido por todos, inclusive por si (Miermont, 1994).

Alguns estudiosos questionaram a concepção da hierarquia vista como poder. Fivaz-Depeursinge (conforme citado por Simon, 1993), por exemplo, apresentou a idéia de que a hierarquia não deve ser concebida como níveis de status, de poder ou de autoridade, mas, como níveis de desenvolvimento e de temporalidade. Nesse sentido, as posições de níveis dos elementos do sistema foram definidas segundo a constância de seu tempo, isto é, de acordo com a durabilidade e com o desenvolvimento dos níveis de relação dos membros uns com os outros.

Percebe-se que o termo “hierarquia” também acoberta várias suposições e fundamentos teóricos, não podendo ser atrelado a uma única definição (Fish, 1990). A palavra pode se referir, por exemplo, a autoridade, domínio, poder de decisão ou quantidade de influência exercida por um membro familiar sobre outro (Madanes, 1981; Oliver & Reiss, 1984; Bloom, 1985). Hatta e Tsukiji (1993) argumentaram que tanto a coesão como a hierarquia estão relacionadas às definições culturais, portanto podem variar de acordo com as particularidades do contexto sociocultural.

Para alguns pesquisadores (Wood, 1985; Wood & Talmon, 1983), “coesão” e “hierarquia” são construtos independentes. Malgrado a existência de divergências acerca da definição e da operacionalização dos conceitos de coesão e hierarquia (Combrinck-Graham, 1990), existe consenso sobre a importância destas dimensões para avaliação do sistema familiar (Fisher, Giblin & Regas, 1983). Todavia, é preciso refletir que, quando os estudiosos utilizam, em seus instrumentos de pesquisa, construtos ambíguos ou multidimensionais, correm o risco de os participantes defini-los de maneiras diversas (Kahn & Meyer, 2001).

Através da revisão de literatura em bases de dados científicos, foi constatada a existência de instrumentos ou testes psicológicos os quais possibilitam uma avaliação quantificada das relações familiares. Os que mensuram a coesão abarcam tanto escalas psicométricas (Beavers, Hampson & Hugus, 1985; Olson, 1986), em que o sujeito necessita avaliar a coesão de maneira verbal, como também, testes psicológicos, em que a pessoa descreve a sua família simbolicamente (Gehring, 1993; Eckblad & Vandvik, 1992), tais como o FAST (Family System Test), utilizado nesta pesquisa e descrito mais adiante. Existe também um instrumento desenvolvido por Teodoro (2005) denominado Familiograma, baseado nas idéias sistêmicas e na teoria dos gráficos o qual avalia características familiares tais como a hierarquia, a negatividade, a comunicação, o suporte social e o bem-estar, oferecendo um retrato da estrutura da família em forma de gráfico.

Esses instrumentos vêm sendo utilizados por vários pesquisadores que investigam conflitos familiares envolvendo, por exemplo, a esquizofrenia e o alcoolismo. Observou-se também que, para examinar as relações familiares de cuidadores de pacientes com demência poucos estudos (Majerovitz, 1995; Parks & Pilisuk, 1991; Torossian & Ruffins, 1999) utilizaram o modelo de Olson (1986). Não foi constatada a publicação de trabalhos investigando as relações familiares de idosos com Alzheimer utilizando o FAST como instrumento.

Sintetizando os resultados das pesquisas que utilizaram a Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES III) proposta por Olson (1986): Majerovitz (1995) investigou 54 esposas cuidadoras de idosos com demência e constatou que, para aquelas que possuíam baixa adaptabilidade familiar, as longas horas de cuidado foram relacionadas a estresse e depressão, e, contrariamente, as que tinham alta adaptabilidade familiar não vivenciavam a depressão. No trabalho de Parks e Pilisuk (1991), os custos psicológicos decorrentes das atividades de cuidado para com os idosos portadores de Alzheimer foram examinados juntamente com as conseqüências advindas dessas atividades, tais como depressão, ansiedade, culpa e ressentimento. Nessa direção, a pesquisa de Torossian e Ruffins (1999), realizada com 197 cônjuges cuidadores (120 homens e 77 mulheres), verificou que aqueles que possuíam alta coesão familiar experimentavam significativamente menos fardo e depressão do que aqueles que tinham baixa coesão familiar.

Essas pesquisas revelaram a importância de investigar a estrutura familiar de pessoas idosas com Alzheimer, bem como a percepção dos cuidadores sobre a doença e o doente. Acredita-se que este estudo auxiliará a compreensão da dinâmica e da estrutura das relações,

os possíveis conflitos que surgem entre os subsistemas e o impacto das mudanças advindas com a demência do idoso na saúde dos demais membros da família.

1.3.2 - Fronteiras

Os sistemas e os subsistemas familiares são demarcados por fronteiras. “*As fronteiras de um subsistema são as regras que definem quem participa e como*” (Minuchin, 1982, p. 58). As fronteiras envolvem os territórios físicos, psíquicos, materiais ou mesmo fictícios, e sua função é a de “proteger a diferenciação do sistema. Cada subsistema familiar tem funções específicas e faz exigências específicas a seus membros; e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, conseguidas nestes subsistemas, está baseado na liberdade do subsistema de interferências de outros subsistemas” (Minuchin, 1982, p. 59).

Assim, as fronteiras buscam proteger a autonomia da família e de seus subsistemas, lidando com a proximidade e com a hierarquia entre os membros. As fronteiras implicam as regras que definem quem participa das transações e como estas se operam. Para funcionar saudavelmente, a família deve proteger a integridade do sistema total e a autonomia funcional de suas partes. Em termos operacionais, pode-se dizer que a fronteira do sistema é a linha que o separa de seu entorno e define o que lhe pertence e o que está fora dele (Johannsen, 1975).

As fronteiras interpessoais variam desde rígidas até difusas. As fronteiras devem ser *nítidas* para o funcionamento apropriado da família. Outrossim, devem ser bem definidas, visando a permitir que os membros do subsistema exerçam as suas funções, sem interferência indevida, porém, admitindo contato entre eles. Por exemplo, numa família cujos avós, pais e netos convivem, é possível ter um funcionamento bom, desde que as linhas de responsabilidade e de autoridade sejam delineadas nitidamente. A nitidez das fronteiras, dentro de uma família, é um parâmetro útil para avaliar seu funcionamento. As operações nos extremos das fronteiras indicam possíveis patologias (Minuchin, 1982).

Por sua vez, as fronteiras *rígidas* e *difusas* se referem a um estilo transacional ou à preferência por um tipo de interação, e não, a uma diferença qualitativa entre funcional e disfuncional. As *fronteiras rígidas* estão presentes em famílias restritivas, cuja comunicação entre os subsistemas e cujas funções protetoras próprias do sistema ficam prejudicadas. Através destas famílias observa-se que os subsistemas desligados são relativamente isolados e autônomos. Se, por um lado, isso possibilita a autonomia, por outro, limita a proximidade, o afeto, a proteção. Assim, o sentido de independência é distorcido, fazendo com que os subsistemas necessitem de sentimentos de lealdade e de pertencimento. Nesse prisma, é

importante investigar o que ocorre nas famílias com fronteiras rígidas as quais possuem um membro idoso portador de Alzheimer.

As fronteiras *difusas* ocorrem nas famílias que giram em torno de si mesmas. Elas desenvolvem seu próprio universo, e conseqüentemente, aumentam a comunicação e a preocupação entre os membros familiares. Assim, observam-se sentimentos de apoio mútuo, porém a independência e a autonomia dos subsistemas tendem a ficar comprometidas. Diante dessas informações, há de se pensar, por exemplo, o que ocorre com um pai que, durante a vida inteira, foi excessivamente envolvido e atencioso com os filhos e a esposa e, durante a velhice, torna-se portador da doença de Alzheimer. É essencial atentar também para a existência dos *problemas crônicos de fronteira*, relacionados com a negociação de estresses, em um subsistema, por meio de outros subsistemas. Por vezes, para se compreender esses problemas de fronteira, é preciso refletir sobre as relações familiares nas vertentes intergeracional e transgeracional.

1.4 - A família e seus aspectos intergeracionais e transgeracionais

As teorias transgeracionais são inspiradas nas teorias psicodinâmicas, em especial na psicanálise. Segundo Costa (1990), a diferença entre os termos “transgeracional” e “intergeracional” é que o primeiro envolve fenômenos relacionados às várias gerações, à transmissão emocional ou relacional de geração em geração, incluindo pais, filhos, netos, avós, bisavós, tataravós, ou seja, os ascendentes e os descendentes. Já o segundo termo é utilizado para assinalar as relações entre as gerações, como, por exemplo, a relação entre avós, pais e netos. Neste tópico, são apresentados alguns conceitos difundidos por estudiosos da terapia familiar os quais contribuem para a compreensão das relações familiares de idosos com Alzheimer.

Na teoria proposta por Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003), a *ética* não se refere a uma definição do bem ou do mal ou a uma série de regras morais, mas sim, à obrigação de preservar o equilíbrio das trocas intrafamiliares de acordo com uma lei de *reciprocidade*, que leve em consideração os interesses do grupo e de cada um de seus membros. Portanto, o conceito de ética está relacionado à noção de justiça. Uma tentativa de resolução de dificuldades familiares é dita eticamente válida ou inválida, segundo ela obedeça ou submeta-se ao princípio de justiça (Ducommun-Nagy, 1998). O termo *contexto*, por sua vez, denomina o conjunto de indivíduos que se encontram num elo de expectativa e de obrigação, cujos atos possuem impacto sobre o outro. Partindo desses princípios, há de se buscar entender em que

contexto vivem as famílias de idosos com Alzheimer, e se existe reciprocidade entre os membros, levando-se em consideração os interesses do sistema e de cada um de seus subsistemas.

Como dito no tópico sobre a estrutura familiar, são vários os papéis a serem desempenhados na família. Uma pessoa pode exercer o papel de mãe, de filha, de esposa, de irmã, de sobrinha, de prima e assim por diante. Em cada exercício destes papéis, será solicitada a se comportar de maneira diversificada desenvolvendo vários tipos de ações. Como bem refletiu William Shakespeare na peça “Como Gostais” (As You Like It, II, 7), “o mundo é um palco, e todos os homens e mulheres apenas atores; eles têm suas saídas e têm suas entradas; um homem em seu tempo tem vários papéis”. De fato, o indivíduo é semelhante a um camaleão e, em diferentes subsistemas, ingressa em diversas relações complementares, exerce diversos papéis ao mesmo tempo tornando possíveis as relações humanas.

Nessa direção, pode haver uma inversão de papéis dentro do sistema familiar. Uma filha, por exemplo, pode ocupar o lugar da mãe em alguns momentos. Tal fato remete ao termo *parentalização* ou *parentificação* apregoado por Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003), o qual significa uma inversão de papéis pais-filhos, temporária ou contínua, ou seja, ocorre uma distorção da relação entre dois membros (filho-genitor ou cônjuges entre si), um dos quais põe o outro em uma posição parental. Assim, uma filha pode tornar-se mãe dos próprios pais. Nesse sentido, pode-se dizer que, nos casos das filhas que cuidam de seus pais idosos com Alzheimer, ocorre uma parentalização?

A função da parentalização é a prevenção do esgotamento emocional do sujeito carente de parentalidade. É vista como normal, quando é temporária, sendo um processo de transmissão dos papéis parentais e de regulação das tensões transgeracionais. Assim, ela é fundamental para o crescimento emocional da criança, uma vez que lhe é conferida a oportunidade de se identificar com futuros papéis de responsabilidade. Quando a parentalização é contínua, torna-se um processo patológico. Pais que exploram os filhos, em papéis parentais, tornam-se, para estes, um fardo esmagador, propiciando o desenvolvimento de transtornos patológicos por parte destes.

Esmiuçando essa idéia, percebe-se que o(a) filho(a), ao se identificar e assumir a posição de pai ou de mãe, finda exercendo o papel dos avós, uma vez que age como sendo pai ou mãe dos próprios pais. Assim, a parentalização compreende um sistema de equilíbrio da reciprocidade pais-filho(a) em três gerações, e o que fica desequilibrado em uma geração espera ser reequilibrado na seguinte. Quando uma família tem um ou mais filhos

parentalizados, costuma-se indicar que, no sistema familiar, a fronteira de geração é hiperflexível ou inadequada. Como a parentalização está diretamente relacionada à infantilização dos pais, um dos objetivos do profissional que trabalha com estas famílias deve ser o de contribuir para o restabelecimento das fronteiras do sistema.

Essa visão remete a outro conceito de grande valia para o presente estudo, denominado *lealdade*. Este termo é definido como sendo um determinante motivacional, de origens dialéticas, multipessoais, mais que individuais. Assim sendo, a verdadeira essência da lealdade reside na fábrica invisível de expectativas do grupo, e não numa lei manifesta. As fibras invisíveis da lealdade consistem, de uma parte na consangüinidade, a salvaguarda da linhagem familiar e biológica, por um lado, e no mérito ganho pelos membros, pelo outro (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/2003).

A *lealdade* sinaliza o sentimento de pertencimento a um grupo e aparece, ao mesmo tempo, como uma característica de grupo e como uma atitude individual. Para estes autores, durante a sucessão de gerações, as *lealdades verticais*, trazidas através das gerações precedentes, podem entrar em conflito com as *lealdades horizontais* orientadas pelos companheiros, irmãos, entre outros. O estabelecimento de novas relações, principalmente em torno do casamento e do nascimento de filhos, forma novas lealdades.

O conceito denominado *legado*, proposto por Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003), é transmitido de geração a geração e revela uma extensão transgeracional do princípio da *delegação*. Ampliando esta concepção, Helm Stierlin (1979) destacou que tal termo é derivado do latim *delegare* e refere-se a “enviar” e “confiar uma missão”, como se fosse uma ligação que se estende através de várias gerações, um compromisso ou uma obrigação de prestar contas. O membro a quem se delega algo está ligado à família através da lealdade e busca cumprir, de maneira consciente, a missão que lhe foi encomendada. Segundo Miermont (1994, p. 181), “enquanto delegados dos nossos pais, temos a possibilidade de provar nossa lealdade e nossa honestidade e de realizar missões que não somente possuem uma significação diretamente pessoal, mas também um sentido supra-individual. Contudo, pode acontecer que o processo de delegação se torne patológico”.

De acordo com Stierlin (1979), determinados legados vêm acompanhados por um conflito de lealdade e por uma missão de reconciliação, dos quais podem participar não apenas diversas gerações, mas também, clãs familiares que se encontram em situação de oposição profunda. Nos casos de conflitos de lealdade perante os pais, observa-se que o delegado, ao trair um dos genitores delegantes, para satisfazer o outro, ficará exposto a sentimentos de culpa paralisantes. Os *delegados ligados* devem cumprir missões que os

mantêm numa prisão constante, controlada afetivamente pela família, como, por exemplo, ter a missão secreta de dar continuidade à vida de um irmão ou irmã, evitando que os pais elaborem devidamente o luto. Os *delegados rejeitados* submetem-se a intensas solicitações. “Com efeito, as pessoas que sempre receberam frieza e desinteresse de seus pais, costumam persuadir-se de que só poderão ganhar sua consideração se realizarem, com um perfeccionismo e um devotamento a toda prova, as missões confiadas” (Stierlin, 1979, p. 182).

As *lealdades clivadas*, na família, foram definidas por Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003) como a consequência das demandas contraditórias dos pais para um filho. O filho, diante dessa demanda, só pode ser leal a um dos pais, ao preço da sua deslealdade ao outro. Esse conflito pode propiciar o surgimento de um comportamento sintomático. Nesse contexto, é essencial dizer que a lealdade não é sinônimo de amor ou emoções positivas, podendo requisitar a emergência de comportamentos patológicos em um dos membros da família. O comportamento delituoso de um filho pode, por exemplo, servir para evitar uma mudança vivida como perigosa pelos pais. Este tipo de *lealdades invisíveis* pode ligar o portador do sintoma a parentes mais ou menos afastados, inclusive a ascendentes desaparecidos.

Tais lealdades invisíveis apontam para o peso das transmissões inconscientes sobre várias gerações e remetem à postulação da existência de movimentos que atravessam as pessoas, as famílias e as sociedades. O desequilíbrio das contas é inevitável, e, em toda família funcional, existem oscilações em torno de um ponto de equilíbrio, que depende do estado das relações multilaterais que cada membro da família estabelece. Nas famílias disfuncionais, o equilíbrio das contas e méritos pode perder sua flexibilidade e sua mobilidade, para assumir um caráter fixo e rígido, propiciando o desenvolvimento de transtornos psicopatológicos (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/2003).

O que determina a elaboração da lealdade, segundo os referidos autores, é a história e os *mitos* do grupo familiar, bem como o tipo de justiça praticada nele. A natureza das obrigações de cada um dos membros está intrinsecamente relacionada às suas disposições emocionais e a sua posição diante do *grande livro* da família. Tal termo também foi apresentado pelos autores supracitados, e eles afirmaram que toda família mantém, no seu grande livro, uma contabilidade do que cada um dos seus membros pode esperar receber e do que deve dar. O patrimônio familiar, herdado e, de essência, multigeracional, define, desde o nascimento, uma configuração específica de direitos e obrigações que se impõem ao indivíduo, que, para ser leal à família, deve se conformar.

O grande livro diz respeito a uma contabilidade em dois planos: sempre que existe uma escritura contábil, existe, ao mesmo tempo, uma contrapartida em outra conta; a contabilidade do dia a dia é realizada em diários divisionários. O grande livro é uma contabilidade que afeta várias gerações e registra, de maneira invisível, o que os membros vão fazendo entre si e o que se devem mutuamente. É uma espécie de histórico dos movimentos, inscrevendo todas as contas em termos de débito/crédito. Nessa lógica, o saldo do grande livro é necessariamente idêntico àquele de todos os diários. Metaforicamente, a idéia de grande livro descreve a natureza dos intercâmbios existentes entre um filho e seus pais ou, entre a família nuclear (composta por pais e filhos) e a extensa (composta por avós, tios, sobrinhos, primos, etc.).

Para Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003), a família extensa funciona como base no princípio de justiça dinâmica. Assim, cada membro deve dar tanto quanto recebe. O pagamento das dívidas é realizado pela acumulação de *mérito* – unidade de conta do grande livro, definido como benefício retirado de uma contribuição ao bem-estar dos outros. A maneira como um indivíduo se conforma às suas obrigações, por um lado, e o estado do equilíbrio das dívidas e dos méritos, pelo outro, constituem os componentes do grande livro da família. O fato de receber ou não os legados repercute no *extrato de contas dos méritos* de cada membro.

Partindo dessas informações, é preciso refletir sobre o fato de que as hierarquias de obrigações e as pautas defensivas e de exploração que se desenvolvem, no dia-a-dia das famílias, não podem ser definidas em termos psicológicos individuais. Elas incluem, baseiam-se e se interrelacionam com as necessidades e compromissos inconscientes de todos e de cada um de seus membros. Os autores postularam que o principal vínculo entre as gerações é a lealdade, a partir da noção de dívida e de reciprocidade. Nesse contexto, a lealdade e suas múltiplas maneiras de expressão constituem uma força, saudável ou não, que cria vínculos e conexões entre as gerações passadas e as futuras. Partindo dessa retórica, é interessante buscar compreender se o exercício do papel de cuidadora por parte das filhas de pais com Alzheimer seria uma manifestação de lealdade. Além disso, é crucial refletir por que assumem o papel de cuidadoras de seus pais e se, através dos cuidados, buscam saldar suas dívidas para com estas figuras.

A *reciprocidade* diz respeito às trocas relacionais estabelecidas entre os membros da família, incluindo os níveis de poder, podendo-se falar de *reciprocidade negativa* ou *reciprocidade positiva*. Na primeira, a troca, o movimento dialógico está perturbado e restrito.

Ao invés de se reconhecerem mutuamente, os interlocutores se desqualificam. Na segunda, os interlocutores se reafirmam e se reconhecem mutuamente em planos meritórios.

Partindo do conceito de *reciprocidade*, Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003) distinguiram dois tipos básicos de exploração: 1) a *exploração pessoal*, que ocorre, quando um dos membros da família é explorado, de maneira aberta ou sutil, por outro membro que não dá nada reciprocamente; 2) a *exploração estrutural*, originária das características do sistema as quais vitimam ambos os participantes ao mesmo tempo. Diante desses conceitos, reflete-se sobre a possibilidade de as filhas cuidadoras serem exploradas pelos membros de suas famílias. É válido investigar se elas recebem apoio emocional e/ou financeiro dos demais membros. Todavia, é crucial também se investigar a existência de ganhos secundários diante do exercício do papel de cuidar.

A noção de *dívida* constitui um dos componentes do grande livro da família. As dívidas destacam o conjunto do que o membro da família recebeu dos outros. Para que o reembolso seja válido no plano ético, é necessário dirigir-se ao verdadeiro devedor, e não, a um substituto. Quando dois membros da família não conseguem saldar suas dívidas, eles podem tentar envolver um terceiro membro, como, por exemplo, um filho ou um cônjuge, que “inocentemente” substitui o devedor ou o credor. Tal fenômeno origina-se da transmissão transgeracional de comportamentos sintomáticos. Esse processo finda sendo ineficaz para reequilibrar as contas, pois, uma vez invalidado no plano ético, constitui o fator principal da disfunção conjugal e familiar.

A *posição de conta* dos membros familiares muda com o passar do tempo, ocorrendo uma tendência relativa à inversão da relação entre os direitos e as obrigações. Essa perspectiva teórica compreende que quando o bebê nasce, não deve nada a ninguém; pelo contrário, tudo lhe é devido. Todavia, à medida que cresce, seus direitos de somente receber os cuidados vão diminuindo, enquanto sua dívida aumentará, pois será, cada vez, mais competente para doar. Mas, se o indivíduo não dispuser de recursos (pessoais, emocionais, financeiros, entre outros), para retribuir todo o amor, a atenção e os cuidados recebidos de seus pais?

Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003) utilizaram a metáfora de grande livro contábil e, posteriormente, apresentaram a idéia de *balança de equidade*, visando a ilustrar a relação de obrigação ou de mérito que existe entre as pessoas. Todavia, esses modelos apresentaram suas limitações. As noções de *ganho indireto* e da *legitimidade construtiva* ou *destrutiva* apresentadas ulteriormente pelo autor, revelam uma visão mais dinâmica da relação do que o modelo contábil que as precedeu. Segundo Ducommun-Nagy (1998), se um

indivíduo se beneficia devido à generosidade que demonstra em relação aos demais, é possível auxiliar uma pessoa a levar em consideração as necessidades do outro, sem necessariamente ter que assumir uma atitude de altruísmo e aguardar uma recompensa direta. A autora exemplifica essa idéia, referindo-se a um pai que está morrendo e já não é capaz de agradecer a dedicação da filha para com ele.

No que diz respeito aos conceitos fundamentais apresentados por Murray Bowen (1978), são de interesse, para este trabalho, os seguintes: *diferenciação do self*, *triângulos*, *processo emocional da família nuclear*, *posição dos irmãos*, *rompimento emocional* e *processo emocional societário*.

A *diferenciação do self* refere-se ao grau em que as pessoas se fusionam ou se fundem emocionalmente com outra, com duas ou mais, para criar um eu comum. Na família, Bowen (1978) denominou esse fenômeno como *unicidade emocional familiar* ou *massa egóica-familiar indiferenciada*. Teoricamente e até certo grau, a fusão está em todas as famílias, menos naquelas cujos componentes alcançaram completa maturidade emocional. Em contrapartida, a fusão egóica é mais intensa nas famílias com baixa maturidade. Diante dessas concepções, torna-se válido compreender quais as principais dificuldades enfrentadas pelos membros que são fusionados uns aos outros diante da doença de Alzheimer e dos cuidados a serem desenvolvidos com os portadores.

A *diferenciação do self* é concomitantemente um conceito intrapsíquico e interpessoal. A diferenciação intrapsíquica é a capacidade de separar o sentimento do pensamento. Como exemplo, se um filho é diferenciado, ele é capaz de equilibrar pensamento e sentimento. Por outro lado, um filho indiferenciado quase não distingue os pensamentos dos sentimentos; seu intelecto está tão inundado de sentimentos, que é quase incapaz de pensar objetivamente. De acordo com Bowen (1978), a ausência de diferenciação entre o pensamento e o sentimento ocorre juntamente com a ausência de diferenciação entre si e os outros. Como são menos capazes de pensar com clareza, esses indivíduos possuem pouca identidade autônoma.

Para Bowen (1978), o eixo central da diferenciação do ego está situado na relação primária de uma pessoa com seus pais. Com o passar dos anos, tanto os pais como os filhos movimentam-se na direção de obter maior autonomia emocional. Quando nada impede a aquisição de autonomia, o filho sairá de seu processo de desenvolvimento com um alto grau de diferenciação do ego. O que pode impedir a fluidez desse processo é o nível de diferenciação e a ansiedade crônica apresentada pelos pais. O medo em relação ao que possa existir ou ocorrer é uma das formas mais frequentes de ansiedade. Cada geração recebe o legado de um determinado nível de ansiedade crônica transmitida pela geração que a precede.

O fluxo de ansiedade, numa família, pode ser tanto vertical quanto horizontal. O fluxo vertical abarca padrões de relacionamento e funcionamento os quais são transmitidos para as gerações seguintes, principalmente através do mecanismo de triangulação emocional proposto por Bowen. Nessa ótica, são incluídos os padrões, os mitos, os segredos e os legados familiares. O fluxo horizontal, no sistema, inclui a ansiedade produzida pelos estresses vivenciados pela família, conforme o tempo vai passando, ou seja, com as mudanças e transições do ciclo de vida, as quais incluem eventos predizíveis e imprevisíveis, tais como a morte, uma doença crônica, um acidente.

Para Carter e McGoldrick (1995), o grau de ansiedade gerada pelo estresse, nos eixos vertical (transgeracional) e horizontal (desenvolvimental), nos pontos em que eles convergem, é o que determina como a família irá manejar suas transições ao longo da vida. Portanto, faz-se mister compreender como favorecer as famílias a lidarem com o impacto da doença de Alzheimer, buscando amenizar o nível de ansiedade e estresse das pessoas envolvidas com o paciente. É pertinente averiguar se os membros estão preparados para lidar com as conseqüências advindas com a doença, e se os padrões de interação, os mitos, os segredos e os legados demarcam a maneira como estes membros reagirão diante da demanda de cuidado exigido pelo portador da DA.

No que se refere ao conceito de *triângulo*, pode-se dizer que é uma configuração emocional entre três pessoas, sendo que o processo geral de triangulação envolve um par e um terceiro. Uma família pode ser compreendida como uma complexa rede de triângulos, alguns rígidos e constantes, outros flexíveis e cambiantes. Estes triângulos podem ocupar uma posição central ou periférica e sua estrutura pode ser patogênica ou não (Bowen, 1978). Segundo Papero (1998, p.86),

o processo de triangulação é característico da ansiedade no sistema familiar. Seu surgimento, na família ansiosa, é tão previsível quanto o girassol seguir o seu trajeto do sol no céu. Esta sua previsibilidade e o conhecimento que uma pessoa pode adquirir sobre os triângulos singulares de uma dada família oferecem a moldura dentro da qual a diferenciação do self pode ser observada e desenvolvida.

Quanto ao *processo emocional da família nuclear* diz-se que está intrinsecamente ligado aos processos desenvolvidos no âmago do par conjugal e da família nuclear, destinado a solucionar as dificuldades advindas de ligações emocionais não resolvidas. A ausência de diferenciação na família de origem, leva a um rompimento emocional dos pais, o que por sua vez, conduz à fusão no casamento. Quanto menor a diferenciação do *self* antes do casamento, maior será a fusão entre os cônjuges.

A fusão é instável e tende a produzir um ou mais padrões de ansiedade: a) *distanciamento emocional reativo entre os cônjuges*, podendo provocar um divórcio emocional; b) disfunção física ou emocional em um dos cônjuges; c) conflito conjugal; d) projeção do problema em um ou mais de um dos filhos. O grau de intensidade desses problemas relaciona-se ao grau de indiferenciação, extensão do rompimento emocional com as famílias de origem e nível de estresse no sistema (Papero, 1998; Nichols & Schwartz, 1998).

A *posição dos irmãos* foi um conceito acolhido por Bowen (1978), através do estudo de Walter Toman que revelou que os filhos desenvolvem algumas características de personalidade baseadas na posição dos irmãos em suas famílias. É de fundamental importância atentar para o fato de que as variáveis envolvidas são tantas, que a previsão é complexa. Todavia, segundo Bowen, a soma do conhecimento das características gerais e específicas do sistema é essencial na previsão do papel que o filho exercerá no processo emocional da família e na presença de padrões familiares da próxima geração. Em virtude desse conceito, busca-se investigar, no presente estudo, a posição que a filha cuidadora ocupa na família de origem. Nesse sentido, é crucial observar se as filhas mais velhas ou as mais novas são influenciadas pelos fatores familiares, culturais, sociais e econômicos a desenvolverem o papel de cuidadoras de seus pais.

O *processo emocional societário* afeta o processo emocional nas famílias, uma vez que as forças e os processos os quais operam na sociedade também atuam nesse sistema. Os períodos de ansiedade vivenciados nos âmbitos sócio-histórico-culturais produzem comportamentos diversos no meio social, podendo tornar mais difícil o funcionamento das famílias e resultando em maiores dificuldades tanto para os membros quanto para as relações entre eles.

O conceito de *rompimento emocional* foi desenvolvido por Bowen, com o intuito de descrever casos extremos de distância emocional. Esta pode ser real ou física – no caso de pessoas que vivem distantes geograficamente –, ou pode ser interna, ou seja, quando o membro da família utiliza mecanismos intrapsíquicos ou fisiológicos, com a intenção de evitar contato com o outro.

A pessoa que foge do lar está tão emocionalmente ligada a ele quanto aquela que lá permanece e se utiliza de mecanismos interiores para controlar essa ligação. O que foge apresenta um percurso de vida diferente – necessita de intimidade emocional, mas é alérgico a ela. Foge, mentindo para si mesmo que o que faz tem como objetivo o alcance de sua independência (Bowen, 1978, p.535).

A afirmativa acima denuncia que a família permanece dentro do sujeito, e, para onde ele for, carregará a reatividade emocional não resolvida com os pais, sob a forma de uma vulnerabilidade para repetir os antigos padrões em cada novo relacionamento. De fato, para Bowen (1978), a pessoa ou a família normal não existem. Outrossim, não existe patologia, se a palavra for utilizada como sinônimo de falha ou defeito de uma pessoa ou do sistema familiar. A ênfase dada pelo autor recai sobre a proposta de se trabalhar a diferenciação do ego individual ou sistêmico (Papero, 1998). Para entender esses movimentos de diferenciação entre os membros, dentro deste grupo, é preciso refletir sobre o complexo entrecruzamento de informações que são passadas, de geração a geração, especialmente através dos mitos.

1.4.1 - A família e seus mitos

O mito familiar “é um conjunto de crenças acerca das supostas qualidades do grupo, uma espécie de saga, desenvolvida conforme os aspectos do grupo nos quais seus membros investem ou deixam de investir” (Neuburger, 1999, p. 34). Através dessas crenças, são estabelecidas regras de comportamento para cada membro do grupo, ou seja, as relações que devem estabelecer entre si, bem como o tipo de relacionamento que se espera que cada um estabeleça com o mundo exterior. Nessa direção, é interessante pensar quais os mitos existentes nas famílias de portadores da doença de Alzheimer e questionar se a escolha pelo papel de cuidadora está relacionada aos mitos difundidos pelos familiares.

Em qualquer relação, cria-se um mito, pois existe uma margem de ambigüidade, de algo não expresso, ou seja, no processo de construção de ligação e de conhecimento recíproco, esses vazios de informação são preenchidos pela formação de estereótipos que conduzem os sujeitos a se comportarem de maneira específica, favorecendo o funcionamento do vínculo. Nesse sentido, para criar um mito e compreender seu significado, é importante considerar, pelo menos, três gerações. No mito, coexistem elementos da realidade e de fantasias que, unidos, favorecem a construção de uma realidade adequada a suprir determinadas necessidades afetivas do ser humano (Andolfi & Ângelo, 1989). De acordo com Miermont (1994), cada grupo familiar edificará suas mitologias idiossincrásicas, que se embasarão nas singularidades genéticas, culturais e históricas dos seus diversos membros.

Para Helm Stierlin (1981), repetidas perturbações na comunicação e nas relações familiares repercutem e sustentam conflitos interpessoais e intrapsíquicos. Na obra intitulada “Psicoanálisis y terapia de familia”, Stierlin (1979) enfatizou os mitos familiares baseando-se no significado apresentado por Ferreira (1963, p. 160) e assinalando que “o mito familiar

desempenha na relação o mesmo papel que o mecanismo de defesa no indivíduo”. Nesse prisma, o mito familiar é um organizador que cumpre uma função homeostática, cuja solicitação será feita pela família quanto maior for o sofrimento, a dificuldade, a crise e a ameaça de modificar-se, de deslocar-se, ou inclusive de desaparecer. Assim, os mitos familiares cumprem simultaneamente duas funções essenciais mutuamente entrelaçadas: as funções de defesa e de proteção.

Na visão de Stierlin (1979), há mitos familiares baseados na função defensiva, cuja presença é típica em famílias desestruturadas, tais como os mitos de *harmonia* e os de *desculpa* e *reparação*. O primeiro diz respeito às famílias que frequentemente irradiam insatisfações, conflitos, depressões e aborrecimentos, mas acreditam que são as famílias mais felizes do mundo. Nos mitos de desculpa e reparação, uma ou várias pessoas, vivas ou mortas, pertencentes ou não à família, são as responsáveis pelas misérias de todos os membros. Estas pessoas estão destinadas a carregar sua culpa e a dos demais elementos da família, tomando para si a penitência e a reparação da culpa familiar, assumindo a posição de delegados do supereu da família. Esses mitos envolvem processos de *delegação*, coerência e racionalidade.

Para cumprir sua função, os mitos de desculpa e reparação devem ser reconhecidos e seguidos por todos os membros da família, incluindo o delegado como bode expiatório – o mecanismo da aparição de um bode expiatório está ligado ao fenômeno da identificação projetiva. O delegado, conforme explicaram Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2003), não é apenas perdedor, pois seus pais podem se sentir culpados por ele estar ocupando esse lugar, então, ficam envolvidos emocionalmente e, por vezes, submissos a ele.

Krom (1992; 1994), através de suas pesquisas, do atendimento a famílias e dos pressupostos da teoria sistêmica e da abordagem intergeracional, desenvolveu uma leitura instrumental mítica, visando a favorecer a identificação e o trabalho preventivo e terapêutico com os mitos familiares. Para ela, o mito constitui, em sua essência, a concepção de mundo própria da família, em que se cria a realidade familiar e o mapa do mundo individual. Nesse sentido, os mitos podem originar os significados atribuídos às experiências, determinando hierarquias de valores, influenciando a maneira como a família percebe o mundo e o sentido que as pessoas atribuem às suas vidas. De acordo com esta leitura instrumental, é possível fazer a diferenciação entre o *mito espinha dorsal*, que determina o maior número de pautas e regras familiares, e o *mito auxiliar*, que como o próprio nome expressa, determina pautas auxiliares. Além disso, é possível classificá-los em construtivos e organizadores ou nocivos e desorganizadores.

Noutro estudo de Krom (2000), foram identificados vários mitos familiares, a saber: o *mito da união* (e.g.: ‘a união é o que existe de mais importante na família da gente’); o *mito da propriedade* (e.g.: ‘nossa vida é a terra; vivemos pela terra’); *mito da conquista e do sucesso* (e.g.: ‘todos os membros da família tinham de ter sucesso na vida’); *mito da autoridade* (e.g.: ‘a nossa família possui muita autoridade na igreja’); *mito do poder* (e.g.: ‘todo mundo sabe que a família da gente tem muito poder’).

Ainda segundo esta autora, o *guardião do mito* é uma figura importante na família, pois sua vida é pautada pelas determinações míticas, que ele se incumba de propagar, bem como de executar os rituais determinados. Em decorrência dos tipos de mito encontrados na família, algumas determinações são ou não direcionadas para um filho ou uma filha. Nesse prisma, alguns aspectos são necessários para a compreensão dos mitos, tais como sexo e posição familiar. Enquanto as mulheres, por vezes, exercem papéis de ajuda e cuidado aos membros familiares ou aos pais idosos, os homens providenciam o sustento financeiro.

Os mitos familiares garantem a estabilidade de coesão do grupo, proporcionando explicações racionalizadas para os comportamentos dos indivíduos na família, bem como ocultando as motivações e os aspectos irracionais que os dirigem. Enquanto um mito funcionar dessa maneira, ele deve ser o sistema de explicação operante e não poderá ser objeto de nenhuma metacomunicação; receber nenhum comentário ou crítica, quer seja de um familiar ou de uma pessoa externa (Miermont, 1994). Mas, o que ameaça o mito familiar? Esta pergunta foi respondida por Neuburger (1999), que assinalou que a ameaça é constituída por elementos de duas ordens: elementos que singularizam demasiadamente a família, trazendo o risco de isolá-la do contexto social, ou elementos que arriscam prejudicar a família por serem muito banais.

Existem muitas vertentes pelas quais as famílias podem ser compreendidas. É importante para este estudo, entender, além de seus aspectos estruturais e dinâmicos, as suas etapas de desenvolvimento, pois a trajetória familiar é marcada por um ciclo de vida que abarca estágios, ou seja, está sujeito a modificações através do tempo. Eventos cruciais, na vida de uma família, podem ser exemplificados pelo casamento, pelo nascimento de um filho, pelas mudanças advindas com a adolescência, a vida adulta, a maturidade e o estágio tardio da vida. A seguir, apresentam-se conteúdos inerentes a essa temática.

1.5 - A família e o ciclo vital – breve reflexão

O ciclo de vida familiar descreve a sucessão de fases que se inicia com o surgimento da família e termina com seu desaparecimento ou com a formação de outras organizações familiares (Bucher-Maluschke, 2004). A noção de ciclo de vida familiar enriqueceu as formulações sistêmicas sobre família (Nichols & Schwartz, 1998), compreendendo os sintomas e as disfunções em relação ao funcionamento normal através do tempo, envolvendo aspectos sócio-histórico-econômicos e culturais. No âmbito da terapia familiar, este conceito foi desenvolvido por vários estudiosos (Bowen, 1978; Carter & McGoldrick, 1995; Cerveny 2002; Minuchin, 1974), permitindo identificar etapas vivenciadas pelas famílias, numa dimensão temporal, de acordo com critérios, tais como idade dos pais, idade dos filhos e tempo de união de um casal.

Nessa perspectiva, Carter e McGoldrick (1995) apresentaram os seguintes estágios de vida familiar: 1) saindo de casa: jovens solteiros; 2) a união de famílias no casamento: o novo casal; 3) famílias com filhos pequenos; 4) famílias com adolescentes; 5) lançando os filhos e seguindo em frente; 6) famílias no estágio tardio da vida. As autoras também citaram o divórcio e o recasamento como possíveis variações do ciclo de vida familiar.

É preciso compreender que a classificação proposta por Carter e McGoldrick (1995) se dirige a uma família de classe média norte-americana, estruturada e normatizada. O estudo de Cerveny (2002) criticou essas etapas, alegando que nenhuma das seis classificações apresentadas abarcou a ampla diversidade e as inúmeras configurações que existem nas famílias, mesmo entre aquelas consideradas típicas. A autora citou que, além da existência de famílias monoparentais ou homossexuais, alguns solteiros de meia-idade investem em suas vidas profissionais, antes de assumirem um casamento e terem filhos; determinados casais adotam crianças tardiamente; alguns adolescentes engravidam e desajustam qualquer classificação rígida do ciclo familiar. Destarte, a pesquisadora supracitada desenvolveu uma proposta de ciclo vital diferente da literatura estrangeira, apontando quatro etapas: 1) família na fase de aquisição: compreende o período que se inicia com a união do casal, englobando diversos momentos da vida familiar, como a vinda dos filhos pequenos e a vida com filhos pequenos; 2) família na fase adolescente; 3) família na fase madura; 4) família na fase última.

Através desses arcabouços teóricos, buscar-se-á, neste estudo, identificar quais as fases do ciclo vital vivenciadas pelas famílias dos idosos com Alzheimer. Serão elas semelhantes às das etapas apresentadas pelos teóricos do ciclo vital, especialmente por Carter e McGoldrick e por Cerveny? Que dizer, por exemplo, das cuidadoras que não casaram e não

tiveram filhos? Em que momento do ciclo de vida familiar elas se enquadrariam? Nas próximas páginas, apresentam-se resumidamente alguns aspectos inerentes a mulheres na maturidade.

Neste capítulo, foi visto que cada família e cada componente dela possui uma lente própria para observar os fenômenos e os acontecimentos, e, conseqüentemente, maneiras de atuar diante dos desafios que surgem através das gerações e em todo o ciclo vital. O tempo sinaliza essas etapas e além de favorecer a construção ou o rompimento dos vínculos, revela que todos vão envelhecendo. Nesse cenário, é essencial buscar compreender o que vem a ser o envelhecimento, se existem diferenças no processo de envelhecimento do homem e da mulher e como o envelhecimento de um subsistema afeta os micro e os macrossistemas. Além disso, é importante pensar se a noção de ficar velho é sinônimo de ficar doente. Essas observações levam a refletir sobre os binômios: doença-velhice, saúde-juventude, homem forte-mulher frágil, entre outros. Visando a melhor discutir tais questões, apresenta-se o capítulo a seguir.

2. Reflexões sobre Processo de Envelhecimento, Maturidade Feminina, Velhice, Gênero e Saúde

No campo científico, os estudos sobre o envelhecimento passaram a ser sistematizados a partir dos séculos XVII e XVIII e foram difundidos, na metade do século XIX, em decorrência do envelhecimento da população e do interesse médico por esse período de vida. O hospital de Salpêtrière, em Paris, pode ser considerado o primeiro estabelecimento geriátrico, em que Charcot ministrou aulas sobre o envelhecimento (Teixeira, 2002). Malgrado os trabalhos dos precursores tenham sido realizados no século XIX, foi apenas no século XX, no Ocidente, que cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade. Na década de 1930, a inglesa Marjorie Warren desenvolveu, em Londres, uma abordagem específica para o idoso, especialmente no que diz respeito ao controle de pacientes com doenças crônicas.

Outrossim, o russo Metchinikoff apresentou um tratado que correlacionava velhice a um tipo de auto-intoxicação e, nesse ínterim, referiu-se, pela primeira vez, à palavra Gerontologia. Ainda nesse século, Nascher, geriatra americano nascido em Viena, criou o termo Geriatria, uma especialidade da Medicina que visa a tratar das doenças que podem acometer os idosos. Posteriormente, o termo Gerontologia foi difundido como um ramo da ciência que objetiva investigar o processo de envelhecimento em seus aspectos biopsicossociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (Beauvoir, 1990).

Segundo Neri (1995), no início do século XX, predominaram, na Psicologia e nas demais áreas das ciências humanas e sociais, pesquisas científicas enfatizando as etapas da infância e da adolescência. Somente a partir da década de 1950, foi consolidado o aumento do interesse pelas investigações científicas acerca da maturidade e da velhice. Os estudos sobre a maturidade foram privilegiados pela maior atenção que os pesquisadores na área da psicologia do desenvolvimento conferiram às idades adultas mais avançadas. Diversos estudiosos que construíram suas carreiras estudando a infância e a adolescência estavam envelhecendo e certamente ampliaram seus prováveis interesses pessoais, buscando responder a questões socioculturais e demográficas da época, tais como: duas guerras mundiais, envelhecimento populacional, movimentos sociais ocorridos na década de 1960, poder político nas mãos de grupos que estavam na faixa etária entre 45 e 55 anos.

Esta pesquisadora também relatou que o enfoque sobre estudos a respeito da infância sofreu transformações, na psicologia do desenvolvimento e da personalidade, a partir

principalmente das perspectivas teóricas do curso de vida, as quais direcionavam seu interesse para todas as etapas da vida adulta. Neri (1995) e Staude (1983) destacaram que as contribuições pioneiras da Psicologia para essa nova perspectiva do desenvolvimento foram apresentadas por Stanley Hall, Hollingworth, Charlotte Buhler, Jung, Pressey, Robert Havinghurst e Erik Erikson, os quais reconheceram o desenvolvimento humano como algo presente em todo o ciclo vital.

Na área da Psicologia, Carl Gustav Jung foi um dos poucos pesquisadores que concentraram seus estudos na dinâmica de transição da maturidade, compreendendo o desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo vital completo. Esse ciclo foi equiparado ao arco que o Sol parece descrever, no horizonte, durante o curso do dia, sendo a maturidade o momento transitório cujo Sol se encontra ao meio-dia.

Utilizando a imagem apresentada pelo arco do Sol, Jung (1931/1991) dividiu os cento e oitenta graus em quatro partes: o primeiro quarto, situado a leste, é a infância, fase sem problemas conscientes, em que a criança é um problema para os outros; o segundo e o terceiro quartos se relacionam com os problemas conscientes que ocupam a primeira fase da idade adulta e a idade adulta intermediária; o último quarto representa a velhice, época em que o sujeito volta a ser um problema para os outros. Tais períodos são intercalados por momentos transicionais: a adolescência, a transição da maturidade e a última transição de vida, considerada por Jung o momento de confronto com a morte.

Também Erik Erikson, em sua obra *Childhood and Society* (1950), descreveu o desenvolvimento humano apontando oito estágios básicos. Os seis primeiros se referem à infância e ao início da fase adulta, e os dois seguintes, ao processo de envelhecimento. Cada período apresenta aspectos positivos e negativos caracterizando-se por conflitos a serem resolvidos pelo próprio indivíduo. Na visão do autor, tais estágios são marcados por crises emocionais inevitáveis, e, se enfrentadas com sucesso, mais saudável será o desenvolvimento.

Nesse cenário, as demandas sociais originam os conflitos, pois as etapas da vida são influenciadas pela cultura em que o sujeito está inserido e pela interação que ele estabelece com a sociedade de que faz parte. Os conflitos podem ser enfrentados de maneira adaptativa e não adaptativa. A crise não deve ser percebida como algo trágico, mas como um momento de vulnerabilidade, e, apenas quando é resolvida, a mudança de personalidade se estabelece, propiciando ao indivíduo equilíbrio para enfrentar o estágio seguinte.

Dando continuidade às idéias de Erik Erikson, Joan M. Erikson, esposa daquele pesquisador, elaborou, após a morte dele, o conceito do nono estágio, que sinalizou a experiência do sujeito reviver as antíteses dos estágios anteriores. Desse modo, o idoso é

levado a questionar as próprias capacidades, os seus papéis sociais, e as preocupações centram-se nas tarefas de subsistência do cotidiano (Erikson & Erikson, 1998). Essa visão acerca da velhice será abordada a seguir.

Neste capítulo, enfatizam-se essa etapa vital, o processo de envelhecimento, a maturidade feminina e a saúde. Tais temas são fundamentais, porque este estudo investiga pessoas idosas com provável/possível diagnóstico de Alzheimer (considerado um Transtorno Mental Orgânico no CID-10, OMS, 1993) e especificamente a percepção das mulheres cuidadoras sobre estas figuras e suas relações familiares. Cabe aqui reiterar que a maioria das participantes do presente estudo estava na meia-idade, daí a importância de também destacar essa etapa do ciclo de vida.

2.1 - Envelhecimento, velhice e gênero: percursos diferenciados

Envelhecer é uma condição inerente à natureza humana cujas mudanças ocorrem, de maneira dinâmica, nos âmbitos biológico, psicológico e social do indivíduo, em função do tempo (Tortosa, 2002). O processo de envelhecimento é debatido e discutido cientificamente com argumentos extremos, chegando-se a contestar até a existência do processo em si. Várias são as concepções que buscam interpretar o envelhecer e mesmo sinalizar fórmulas para retardar tal processo.

Para Fernández-Ballesteros, Fresneda, Martínez e Zamarrón (1999), o processo de envelhecimento ocorre ao longo da vida, e, à medida que se envelhece, os seres humanos são menos parecidos entre si. Segundo estes autores, há, pelo menos, três formas de envelhecimento: *normal* (ocorre sem patologias físicas ou psicológicas que possam deixar o indivíduo incapaz), *patológico* (o resultado de um organismo acometido por enfermidade e incapacidade) e *exitoso* (baixa probabilidade de doenças, associada a alto funcionamento cognitivo, capacidade física funcional e compromisso com a vida). De acordo com Neri (2001a, p. 46) o envelhecimento é:

O processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica.

Nesse prisma, o *envelhecimento primário* – senescência ou envelhecimento normal – diz respeito a um fenômeno universal, é progressivo e afeta gradualmente o organismo, dependendo de fatores como dieta, exercício físico, estilo de vida, educação, exercício de papéis e nível socioeconômico. O *envelhecimento secundário* – senilidade ou envelhecimento patológico – relaciona-se às alterações ocasionadas por doenças associadas ao envelhecimento como, por exemplo, a demência senil, já que sua prevalência, na população idosa, é maior do que em idades anteriores (Neri, 2001a).

O termo *eugeria* é também utilizado para as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento primário, e o termo *patogeria* é empregado para nomear as alterações provocadas por doenças no idoso associadas ao envelhecimento secundário. A evolução do conhecimento e da pesquisa clínica e epidemiológica pode, por vezes, revelar mecanismos patofisiológicos de condições anteriormente consideradas fisiológicas. Assim, certas condições atribuídas à senescência passaram a se associar à senilidade (Stoppe Junior, 2004).

Segundo a perspectiva do curso de vida proposta por Baltes (1987), alguns fatores contribuem para a variabilidade interindividual das experiências de envelhecimento, a saber: 1) a maneira peculiar como cada pessoa organiza seu curso de vida, a partir de suas circunstâncias histórico-culturais; 2) a incidência de diversas patologias durante o envelhecimento normal e; 3) a interação entre fatores genéticos e ambientais.

Buscando explicar as mudanças que acompanham o envelhecimento, Baltes (1997) esboçou que, com tal processo, ocorre um aumento da necessidade de utilização dos recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos ofertados pela cultura, para compensar as perdas do potencial biológico. Também, com o passar do tempo, a eficiência desta diminui. As normas e as expectativas da sociedade influenciam e repercutem na maneira como os idosos percebem a própria saúde. Essa idéia será explorada no tópico sobre velhice e saúde, apresentado adiante.

A velhice é a última fase do processo de envelhecimento humano e um estado que caracteriza a condição do idoso. São diversos os termos utilizados na sociedade, para designá-la, por exemplo, “idoso”, “maior idade”, “melhor idade”, “terceira idade” (Neri & Freire, 2000). Segundo Barros (2004), a terceira idade, a quarta idade, os velhos-jovens e os velhos-velhos são temporalidades do ciclo de vida as quais registram segregações entre elas, definindo e institucionalizando o tempo para: a escolaridade, o trabalho, o casamento e a aposentadoria. Tal fenômeno, também conhecido como *envelhecimento social* (Birren & Schroots, 1984), implica processos de mudança de papéis e comportamentos típicos dos anos tardios da vida adulta.

Dependendo do contexto, tais termos podem mascarar preconceitos dos próprios idosos e dos profissionais que atendem a suas necessidades. Neste estudo, considera-se mais apropriada a utilização das palavras: “idoso” para designar as pessoas com mais de 60 anos, “velhice” para denominar a última fase do ciclo vital, “envelhecimento” para tratar do processo de mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais ocorridos durante a vida (Neri & Freire, 2000; Papaléo Netto, 2002).

A imagem negativa acerca da velhice e do envelhecimento humano foi propagada por diversos teóricos, por pesquisadores e pela sociedade capitalista voltada para a busca da juventude eterna. Nesse cenário, foram enfatizadas as patologias como sendo inerentes a esses processos. Assim, estendeu-se a idéia de um contínuo normal-patológico pelo qual passa o indivíduo. Entrementes, a crença de que a velhice está sempre associada à profunda debilidade intelectual e física é um mito, pois várias pessoas idosas mantêm saudavelmente suas capacidades cognitivas e físicas. De acordo com Couto, Koller e Novo (2006), um dos indicadores de risco à qualidade de vida tem sido denominado como *ageismo*. Este termo diz respeito à discriminação ao ser humano em processo de envelhecimento ou ao idoso e pode ser analisado sob a perspectiva de risco ao desenvolvimento.

Num estudo realizado por Minichiello, Browne e Kendig (conforme citado por Couto, Koller & Novo, 2006), todas as formas de *ageismo* podem ser prejudiciais. Porém, é no âmbito das relações interpessoais que ele pode ter maior impacto. Os aspectos mais evidentes são a auto-percepção que o idoso tem de si e o seu sentimento de segurança na comunidade em que vive. Experiências de discriminação ocorridas face a face podem levar o sujeito a avaliar-se como velho de maneira pejorativa, podendo desencadear seu isolamento.

Através da revisão de literatura, foi detectado que não existe uma explicação nem simples nem única a respeito do processo de envelhecimento, pois há vários modelos de envelhecimento e de velhice. Cada indivíduo envelhece de maneira diferenciada, na singularidade de suas condições genéticas, ambientais, familiares, sociais, educacionais, históricas e culturais. Além de toda essa heterogeneidade, outros fatores contribuem para compreender esse processo, tais como gênero e subjetividade que determina, por exemplo, que o indivíduo se sinta ou não identificado pelas pessoas como idoso e se ele se sente ou não como idoso.

Os padrões de envelhecimento e de velhice vêm sendo associados a distinções de sexo e gênero por diversos pesquisadores (Attias-Donfut, 2004; Barros, 2004; Debert, 1999; Moreira, 1998). Se a categoria *sexo* define quem é “macho” e “fêmea” ou masculino e feminino, a categoria *gênero* transcende o reducionismo biológico, destacando as relações

entre homens e mulheres como formulações que são produtos da imposição de significados sociais, culturais e psicológicos sobre as identidades sexuais (Stolcke, 1991). O termo *gênero* contribui para demonstrar que “as características, os traços, os comportamentos e os papéis de homens e mulheres não são produtos da biologia e muito menos naturais”, e sim, “atribuição cultural feita a um e a outro sexo” (Golombock & Fivush, conforme citado por Diniz, 1999, p. 181).

No Brasil, os papéis de gênero são interpretados tradicionalmente por uma cultura machista. Muitos pesquisadores descreveram o machismo em termos de dominação em relação às mulheres, indiferença à família, distanciamento dos filhos, resistência às adversidades, assédio sexual, capacidade de beber muito, agressividade contra outros homens (Souza, Baldwin & Rosas, 2000). Apesar de ter havido algumas mudanças no meio sociofamiliar e cultural, esses aspectos ainda estão presentes e se deflagram, por exemplo, nos altos índices de violência contra crianças, mulheres e pessoas idosas.

Examinando os processos diferenciais do envelhecimento das mulheres e dos homens, Attias-Donfut (2004) verificaram que, na medida em que as categorias feminina e masculina são socialmente construídas, elas variam de acordo com as diversas idades da vida, podendo se modificar de uma geração à outra. Para Goldani (1999), a construção da identidade e do curso de vida femininos, especialmente na velhice, é influenciada pelas experiências sociais, culturais e familiares e pelos papéis que as mulheres exerceram neste âmbito, como os de mães e de esposas.

Focalizando os macrossistemas sociais e os microssistemas familiares, levando-se em consideração os seus significados e suas identidades no processo de envelhecimento, as teorias feministas surgiram, na Gerontologia Social, na década de 1970 e suas proposições acerca do envelhecimento destacaram idéias, tais como: a) gênero deve ser focado como principal aspecto na compreensão do envelhecimento e do idoso; b) durante todo o curso de vida, gênero é um princípio organizador; c) os principais modelos teóricos e as principais correntes do envelhecimento não são suficientes, por não incluir as relações de gênero e as experiências de mulheres no processo de envelhecimento (Siqueira, 2001).

O conceito de gênero na literatura feminista dos anos 1970 e 1980 promoveu uma crítica aos processos sociais calcados em estereótipos que inferiorizavam a mulher e exaltavam a superioridade masculina na sociedade (Neri, 2001b). Entretanto, viu-se que a maioria das pesquisas feministas do envelhecimento focalizou o feminino e ignorou questões de gênero voltadas para o homem. Dentre outras possibilidades, isso deve ter ocorrido, principalmente porque os estudos eram realizados em particular por mulheres que buscavam

compreender as suas necessidades e todo o processo de preconceito e discriminação que existia sobre a figura feminina no meio sociocultural. Aliado a esses aspectos, o próprio fato da *feminização da velhice* – que, na gerontologia brasileira, significa o aumento no número de mulheres na população idosa – contribuiu para que os pesquisadores se interessassem em publicar mais artigos voltados para a mulher.

De acordo com a síntese dos indicadores sociais do IBGE (2004), a esperança média de vida das mulheres foi de 71,6 para 75,2 anos no período, e a dos homens, de 64,0 para 67,6 anos. Além da expectativa de vida maior das mulheres, as mortes não-naturais (causadas por acidentes ou atos de violência) entre homens de 20 a 24 anos chegam a ser dez vezes mais numerosas do que a de mulheres nesta mesma faixa etária. O Distrito Federal conta com 87,6 homens para cada 100 mulheres. A diferença entre as expectativas de vida em função do sexo permaneceu determinando um excedente de mulheres em relação ao número de homens.

Segundo Pinheiro (2005), especialistas da Universidade John Moores, na Inglaterra, detectaram que, em países em desenvolvimento, as mulheres chegam a viver até seis anos mais do que os homens, e uma das principais razões é que a curva de envelhecimento do coração delas é mais suave do que a deles. Aos 70 anos, o coração masculino pode ter perdido 25% da sua capacidade de bombeamento de sangue; já o feminino pode atingir essa idade praticamente intacto devido, por exemplo, aos fatores hormonais.

Conforme apontou Goldani (1999), as mulheres vivem mais tempo na condição de viúvas e possuem mais chance de viverem sozinhas na idade avançada, principalmente devido ao complexo sistema de desigualdade estrutural acumulado ao longo dos tempos. O fato é que a feminização da velhice traz conseqüências específicas nas esferas socioeconômicas, tais como o aumento na demanda de pensões e de assistência à saúde. Para Debert (1999), no geral, as pessoas idosas, são objeto de um discurso ambíguo das instituições sociais e do Estado brasileiro que ora os protege, ora os aponta como causadores de problemas que afligem os sistemas públicos de saúde e de previdência social.

Aliado a esse cenário, constata-se o aumento do número de mulheres que chefiam seus lares e sustentam a família com aposentadoria e pensões, cujo nível reflete carreiras incompletas e pouco qualificadas. Segundo os dados da PNAD (2002), as mulheres passaram a responder pela chefia de um em cada quatro domicílios no Brasil. De acordo com os Censos Demográficos, isso significou um incremento de 37,6% entre 1991 e 2000.

Através das apurações preliminares do Censo de 2000, viu-se que, nos domicílios por elas chefiados, 90% das mulheres não viviam com cônjuge masculino, sendo as principais, quando não as únicas, provedoras de suas famílias. Todavia, a tendência ao empobrecimento e

à dependência econômica existe entre as mulheres idosas, particularmente devido ao fato de muitas delas terem sido discriminadas, durante toda a vida, quanto a empregos e salários, e aos tradicionais valores patriarcais que a condicionavam a permanecer em casa cuidando da prole.

Em seu processo de revisão da vida, a mulher poderá se questionar sobre suas escolhas, sendo o papel de cuidar uma delas. Partindo dessas informações, é fundamental voltar o olhar para as filhas cuidadoras deste estudo. Como dito anteriormente, a maioria das participantes entrevistadas nesta pesquisa estava na meia-idade, daí a importância de contextualizar as vivências dessas cuidadoras em seu ciclo vital familiar.

2.2 - Envelhecimento: uma ênfase na mulher da meia-idade e suas relações familiares

Antes de adentrar questões acerca do envelhecimento feminino, é importante destacar que neste estudo as palavras “meia-idade” e “maturidade” são utilizadas para fazer referência ao período compreendido entre os 40 e 60 anos. Porém, o termo meia-idade apresenta múltiplos significados, podendo ser compreendido como um tempo-espaço em que a pessoa não está mais inteira, e sim, na metade da trajetória de vida. Tal visão pressupõe a data da morte, e, como não se sabe qual será a duração de vida de uma pessoa, torna-se impossível afirmar se ela está ou não na metade do ciclo vital (Py & Scharfstein, 2001).

O termo maturidade, por sua vez, diz respeito às:

...experiências vividas pelos sujeitos ao longo de suas vidas, que resultam em qualidades conquistadas por suas trajetórias pessoais e coletivas. Supõe-se que, dessas experiências, decorra o equilíbrio entre o corpo físico na idade madura, quando ocorrem perdas que não podem ser negadas, e o que resulta de um longo processo de aprendizagem (recebimento) que acompanha as diferentes histórias de vida por eles constituídas, construídas e em construção permanente. (...) No fluxo da vida, maturidade é encontrar e desenvolver em várias dimensões um ponto de equilíbrio vital entre o corpo biológico, o social e o psicológico (Gusmão, 2001, p. 115).

Percebe-se que tanto o termo “meia-idade” quanto o termo “maturidade” são insuficientes para nomear esta etapa da vida. Mesmo assim, convencionalmente, opta-se por utilizar ambos nesta pesquisa. Na meia-idade, a mulher vivencia eventos marcantes: o climatério e a menopausa. O termo “climatério” é comumente empregado como o período que se inicia quando a menstruação se torna irregular, estendendo-se até após a menopausa, abarcando um período de transformações biológicas, psicológicas e sociais (Coelho & Diniz,

2003; Mori & Coelho, 2004). A maioria das mulheres passa por esta etapa da vida sem grandes transtornos, enquanto outras se ressentem muito, por apresentarem queixas físicas e psíquicas (Ciornai, 1999; Ramos, 1998), como a depressão.

Contudo, existe polêmica sobre a relação entre depressão e menopausa, sendo necessário ter cautela, ao se considerar a redução estrôgenica um evento responsável pela ocorrência da doença. A mulher pode ter medo desta fase de seu ciclo de vida, por julgar que, além das mudanças físicas, haverá mudanças de cunho negativo em sua personalidade e nas suas relações com as pessoas. Devido à falta de informação, possivelmente vai ter receio de questionar essas mudanças, encarando-as como algo inerente ao processo de envelhecimento (Carvalho, 2004).

Revelando o valor simbólico dos aspectos fisiológicos da menopausa, Beauvoir (1980) referiu-se à maturidade como “idade perigosa”, com seus transtornos específicos. Segundo a autora, a crise, nesse momento, é menos sentida pelas mulheres que não investiram na sua feminilidade. Já Helen Deutsch (1945/1960), em seu livro *La psicología de la mujer*, enfatizou que a incapacidade de reprodução, marcada pela menopausa, denota o fim do serviço prestado pela mulher à espécie. Outrossim, muitos dos comportamentos inadequados encontrados em mulheres mais velhas está associado ao próprio envelhecer, o que costuma dar lugar a processos de regressão infantil: estados de depressão, traços paranóicos, intolerância à desordem, arrogância associada à avareza e aos temores de pobreza e atenção exagerada aos processos excretórios e alimentares. Com isso, a ambivalência da vida afetiva aumenta, o egoísmo substitui os sentimentos altruístas, e o ódio agressivo substitui o amor.

Considera-se limitado o ponto de vista da autora supracitada. É preciso refletir que o processo de envelhecimento e as características da pessoa não podem ser padronizados para todos os sujeitos. Cada um possui sua maneira de lidar com os desafios apresentados em todas as etapas da vida. As decisões tomadas ou os comportamentos emitidos são também conseqüências das influências de aspectos biológicos, sócio-histórico-culturais, ambientais e econômicos. Pensando de maneira sistêmica, como visto no capítulo 1, cada elemento do subsistema está interligado a outro. Portanto, dizer que as mulheres, na maturidade, tornam-se mesquinhas, ambivalentes e egoístas não confere com a realidade vivida por todas elas nessa faixa etária.

O papel da mulher, na família, é marcado pelas tradições culturais e pelas imagens femininas transmitidas de geração a geração. Tradicionalmente, elas foram consideradas as principais responsáveis pela manutenção das relações familiares e por todos os cuidados de seus membros: maridos, filhos, pais, sogros, netos e por qualquer outro membro enfermo ou

dependente (McGoldrick, 1995; Relvas, 2002). As mulheres ingressam, cada vez mais, no mercado de trabalho, portanto cuidar do parente enfermo pode aumentar suas atribuições cotidianas, e, muitas vezes, elas não encontram o suporte familiar necessário para o desenvolvimento desse papel (Coelho & Diniz, 2005).

Nesse contexto, surge outra variável significativa relacionada às mulheres cuidadoras dos idosos: a faixa etária a que pertencem frequentemente é a da mesma geração ou da geração subsequente, ou seja, elas também são idosas ou estão na maturidade (Silverstein & Litwak, 1993). São mulheres de meia-idade ou idosas independentes cuidando de idosos dependentes, pois há “idosos que cuidam” e há “idosos que necessitam de cuidados” (Camarano & El Ghaouri, 2003).

No ciclo de vida familiar proposto por Carter e McGoldrick (1995), esse período é geralmente marcado pela *síndrome do ninho vazio* e envolve uma série de transições e tarefas familiares atreladas às mudanças de função no casamento; ao desenvolvimento de relacionamentos entre os filhos adultos e seus pais; à expansão dos relacionamentos familiares, incluindo os parentes por afinidade e os netos; à oportunidade de resolver possíveis conflitos com os pais que estão envelhecendo.

Deve se refletir sobre a expressão acima destacada, pois o termo “síndrome”, como um conjunto de sinais e sintomas, remete a uma concepção de doença que não auxilia os pesquisadores a compreender o necessário trabalho de luto que essas mulheres realizam (Carvalho & Coelho, no prelo). Nessa direção, considera-se também que o termo “ninho vazio” não retrata a realidade de muitas famílias brasileiras. Cresce, a cada dia, por exemplo, o número de filhos adultos que residem com seus pais. São os denominados “filhos cangurus”, que permanecem no lar, muitas vezes, não apenas por questões emocionais e vínculos afetivos, mas também devido a questões financeiras e ao desemprego.

O fato é que a alta prevalência de domicílios multigeracionais, no Brasil, revela, por vezes, mais do que uma opção cultural, refletindo verdadeiras estratégias de sobrevivência. Muitos filhos adultos adiam a idade de saída da casa dos pais, porque vivem economicamente dependentes deles, especialmente em decorrência da instabilidade do mercado de trabalho, dificultando a aquisição da casa própria, do maior tempo despendido com os estudos e da inconsistência das relações afetivas (Camarano & El Ghaouri, 2003).

A convivência com filhos adolescentes e adultos jovens implica novos desafios. Ademais, em alguns casos, a gravidez inesperada das filhas ou namoradas dos filhos pode levar a mulher a exercer, mais cedo do que talvez desejasse, o papel de avó. Essa função na família contribui para o aumento de suas responsabilidades, principalmente se os netos

ficarem sob sua guarda ou cuidado (Carvalho & Coelho, no prelo; Silva, 2001). Outrossim, situações de vida, como a aposentadoria, o funcionamento físico mais limitado e as doenças ou a possível morte dos pais idosos, exercem impacto nas pessoas que estão na meia-idade (McCullough & Rutenberg, 1995). Diante dessas informações, é fundamental refletir sobre como os profissionais e os sistemas governamentais e não-governamentais podem favorecer a promoção de saúde dessas mulheres.

Para Ramos (1998) é importante incentivar a troca de experiências entre mulheres na meia-idade, com o intuito de se construir saberes acerca dos processos naturais vivenciados por elas, tais como menarca, menstruação, gravidez, parto, menopausa e sexualidade. Nesse espaço, elas podem refletir, trocar informações e verbalizar sentimentos vivenciados. Na rede pública hospitalar do Distrito Federal, existem poucas ações voltadas para a promoção da saúde da mulher, especialmente relacionadas a esta faixa etária. Tal fato reflete a não contemplação de políticas de saúde por parte do Ministério de Saúde e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, os quais não desenvolvem programas com ações psico-educativas realizadas por equipe multidisciplinar de profissionais. Apenas o Hospital Regional da Asa Sul e a Policlínica de Taguatinga oferecem um atendimento um pouco mais amplo à mulher que se encontra nesse período da vida (Mori, 2002).

O Estado se desobriga de políticas sociais transferindo os problemas implicados nos processos de envelhecimento em um problema exclusivo das mulheres. Destarte, o envelhecimento é transformado em uma responsabilidade pessoal, desconsiderando as diferenças entre elas, especialmente, entre aquelas de distintas classes sociais, contextos e culturas. Tal preceito, exclui os aspectos socioeconômicos e políticos implicados nestas questões (Debert, 1997). O fato é que existem poucas políticas de atenção às mulheres da meia-idade, e a problemática da saúde mental é reduzida à prescrição excessiva de medicamentos, pois, a postura médica enfatiza os aspectos biológicos e tende a negligenciar as dimensões psicológicas e sociais da menopausa e do climatério (Santos & Diniz, 2006).

Numa parceria entre a Universidade de Brasília e a Policlínica, Coelho e Diniz (2003) desenvolveram o projeto “Valorização da Mulher”, com o objetivo de intervir psicologicamente na área de saúde mental, integrando as ações do programa de climatério da Policlínica que oferece assistência de enfermagem, serviço social e medicina à mulher na maturidade. Nesse sentido, foram formados grupos de apoio psicológico os quais buscaram discutir temas de interesse das participantes. A opção pela intervenção grupal tem o intuito de incentivar reflexões sobre os fatores que sustentam a opressão feminina, os papéis e lugares ocupados pelas mulheres e seu impacto sobre a saúde mental.

O projeto mencionado visa também promover espaços de pesquisa-intervenção para os profissionais de Psicologia que se interessam em trabalhar com grupos de mulheres nessa faixa etária. Mori (2002), por exemplo, abordou a importância da escuta psicológica para a saúde, buscando apontar os aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais a que estavam subordinadas através de histórias contadas por elas. No final da pesquisa, a autora incentivou atividades desenvolvidas em grupo por considerar que o compartilhar histórias semelhantes contribui para que elas dêem sentido às experiências vivenciadas. Esse tipo de pesquisa-intervenção é crucial para as mulheres, porque elas fortalecem sua rede de apoio além do âmbito familiar.

São diversos os momentos em que elas necessitam de uma escuta diferenciada e do auxílio de profissionais. No cenário familiar, por exemplo, elas se deparam com situações que requisitam o exercício de suas funções em uma multiplicidade de papéis passíveis de conflitos e dissabores, conforme apresentado anteriormente. Pensando nestas mulheres cuidadoras e nos seus pais idosos, apresentam-se, a seguir, conteúdos inerentes a um papel fundamental que tanto elas como seus próprios pais podem desempenhar na família: o de avós. Assim, busca-se compreender qual é a importância destas figuras nos âmbitos psicossocial e familiar.

2.3 - Os avós: imagens da velhice e da proximidade de morte na família?

No Brasil, a data 26 de julho é consagrada como o Dia dos Avós. Nela, algumas escolas incentivam os alunos a escreverem cartas para os avós, telefonarem-lhes ou convidá-los, para narrar histórias ou desenvolver outras atividades na sala de aula. De acordo com Rossi (2000), celebra-se, neste dia, a festa de São Joaquim e Sant'Ana, pais da Virgem Maria, avós de Jesus. Segundo Costa (1998), Sant'Ana tem destaque para os católicos e para as religiões afro-brasileiras representando a avó de todos os orixás: Nana Buruquê ou Nanamburucu. Os registros sobre Sant'Ana estão nos evangelhos canônicos, em que ela aparece como mulher paciente, exemplo seguido por Maria.

Conforme apontado em estudos anteriores (Dias & Silva, 1999; Dias & Silva, 2001; Falcão & Salomão, 2005; Falcão, Dias, Bucher-Maluschke & Salomão, 2006), a maioria das pesquisas sobre os avós provém dos Estados Unidos, do Canadá e do Reino Unido, havendo poucos estudos enfocando a realidade brasileira. No entanto, houve um aumento considerável no número de trabalhos concernentes a estas figuras, em particular na década de 1980, especialmente em decorrência de fatores como o trabalho da mulher fora do lar, a aceitação

social de pais solteiros, a alta incidência de aids, de divórcios e de recasamentos, o que fez sobressair a importância dos avós e, desse modo, despertou o interesse dos pesquisadores sobre os mesmos.

No presente estudo, revisando as bases de dados bibliográficas, tais como os periódicos da CAPES e as bibliotecas digitais de teses e dissertações, não foi constatada no Brasil, nenhuma publicação específica acerca do relacionamento entre avós com Alzheimer, pais e netos. Algumas pesquisas internacionais (Beach, 1994, 1997; Brody, 1989; Creasey & Jarvis, 1989; Szinovacz, 2003) envolvendo avós com demência destacaram essas relações, ressaltando as mudanças na dinâmica familiar e no relacionamento entre as gerações.

As pesquisas de Beach (1994, 1997), por exemplo, investigaram a experiência positiva e o impacto na vida dos adolescentes cuidadores de avós com Alzheimer. Creasey e Jarvis (1989), investigando as relações familiares de avós com Alzheimer, verificaram que o fardo vivenciado pelas mães cuidadoras (filhas destes avós) afetava a relação com seus filhos e o relacionamento destes com os avós. Szinovacz (2003), por sua vez, baseando-se na perspectiva sistêmica, investigou as mudanças na dinâmica familiar e no relacionamento pais-filhos adolescentes, quando um dos avós era portador de demência e morava junto com a família nuclear.

Szinovacz (2003) através das entrevistas com 17 adolescentes, constatou que a situação de cuidado afetava o relacionamento familiar de maneira positiva e negativa e que os netos lamentavam as restrições que tinham, em decorrência de a família se voltar unicamente para os cuidados com os avós. Por outro lado, os adolescentes revelaram considerável respeito e empatia por seus pais que eram cuidadores primários e retrataram que o envolvimento que eles mesmos tinham, nas atividades de cuidados para com os avós, aumentou os laços de amizade com seus pais. Já a pesquisa de Brody (1989) sinalizou que os netos podem ajudar os seus avós com Alzheimer de várias maneiras, tais como: a) participando diretamente dos cuidados; b) envolvendo-se afetivamente; c) vivenciando conflitos e limitações da vida social em decorrência das atividades de cuidado desenvolvidas.

Em virtude da carência de pesquisas envolvendo o relacionamento dos avós com Alzheimer, seus filhos e netos, serão apresentados estudos referentes a estas figuras em condições normais de saúde, buscando-se, pelo menos, compreender como ocorrem essas interações. Nesse cenário, é válido atentar para o fato de que a longevidade humana e as mudanças ocorridas na dinâmica familiar propiciam a convivência e a co-residência de três ou mais gerações.

A co-residência com os avós pode ser uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. No Brasil, ela parece estar atrelada a melhores condições de vida, oferece benefícios aos idosos e aos seus filhos, indicando ainda que as gerações mais novas são as mais beneficiadas (Camarano & El Ghaouri, 2003). No estudo comparativo entre avós brasileiros e franceses de camadas populares, realizado por Peixoto (2000), por exemplo, foi detectado que, em ambas as culturas, alguns avós que residem com os filhos ajudam os netos nos trabalhos escolares.

Os idosos, por sua vez, residem em casa de parentes, especialmente quando são mais pobres e possuem piores condições de saúde. Há indicações de que, devido ao avanço da idade, ao surgimento de doenças crônico-degenerativas e a incapacidades físicas, estas figuras findam dependendo do auxílio dos filhos (Camarano & El Ghaouri, 2003). Todavia, vários idosos prefeririam viver mais independentemente, embora, ao mesmo tempo, expressassem o medo de desenvolver problemas graves de saúde e não contarem com socorro imediato (Motta, 2004).

Nesse contexto, é comum encontrar famílias com a presença não apenas de avós, mas também, de bisavós. Através do estudo de Doka e Mertz (1988), constatou-se que há similaridades entre a experiência de sentimento de ser avó e de ser bisavó. Neste estudo, foram detectados o *estilo formal* (os bisavós que tinham contato limitado e cerimonioso com os seus bisnetos) e o *estilo íntimo* (os bisavós que avistavam seus bisnetos, pelo menos, uma vez por mês, falavam, pelo menos, uma vez por semana com os pais de seus bisnetos e serviam, às vezes, como babás para eles, participando de atividades como passeios a shoppings e eventos sociais). Vale destacar que os bisavós que relataram tais relações eram mais jovens do que aqueles que mantinham um contato mais formal. Já no estudo de Dias e Pinto (2004), as bisavós alegaram que a pouca idade dos bisnetos, sua própria dependência ou o cansaço foram motivos para não interagir com eles.

A posição ocupada pelos avós na família pode ser central ou periférica e envolve questões de autoridade, poder, tradição e relações entre as gerações ao longo dos tempos. No geral, as pesquisas relatam a condição de: a) avós precoces, em decorrência de os filhos serem pais/mães na adolescência; b) avós na meia-idade; c) avós na velhice. Neste estudo, serão investigadas as avós na meia-idade, ou seja, filhas cuidadoras que se encontram nessa faixa etária e são avós, bem como os próprios idosos pacientes que exercem o mesmo papel na família.

Se existem ambigüidades e divergências de opinião sobre a importância dos avós na família e na sociedade, devem-se, em parte, às múltiplas conotações do termo “avós”. Este

pode adquirir os seguintes significados: *peessoas idosas; prescrição de um papel ou função; status social ou posição na sociedade* (Fischer, 1983). De acordo com Arantagy e Posternak (2005), a maneira de a sociedade considerar os avós está relacionada ao ideal de homem que é apregoadado, pois desse modelo depende a imagem da velhice, sua valorização ou desvalorização. Na Grécia antiga, que valorizava a beleza e a força, os idosos eram desdenhados. Na Idade Média, os avós eram respeitados até o momento em que tivessem capacidades físicas e autonomia. A partir dos século XIV, eles passaram a representar um fardo social.

De acordo com Peixoto (2000), na Europa, até o século XVIII, a imagem dos avós estava vinculada à velhice e à morte. No decorrer dos anos, ela foi sendo modificada, e atualmente diversos avós estão desenvolvendo uma atividade profissional, preocupando-se com a saúde, exercitando-se fisicamente e exercendo vida social ativa. Na sociedade brasileira, aos poucos, vem sendo ultrapassada a imagem de avós associada à figura do velho, que, por sua vez, está atrelada a estereótipos, como sendo pessoas doentes, de idéias retrógradas, sem atividades físicas e profissionais.

Em algumas situações, as mulheres que passaram a vida toda cuidando do marido e dos filhos, por vezes, sentem-se mais “libertas” nesse período para exercerem atividades fora do lar. Todavia, muitas continuam com a “sina de cuidadoras eternas” e findam cuidando dos pais idosos e dos netos, para que seus filhos possam trabalhar. Nesse caso, segundo Ehrle e Day (1994), são comumente denominadas avós guardiãs.

Segundo Jonhson (1983), muitos idosos rejeitaram as posturas de dominação e autoridade diante dos netos, em troca de uma imagem calorosa, ativa e amigável, exercendo, com prazer, as necessidades do papel de avós. A título de ilustração, menciona-se o grupo argentino de defesa dos direitos humanos conhecido como “Avós da Praça de Maio”, inicialmente denominado “Avós com Netinhos Desaparecidos”, fundado, em 1977, durante a ditadura militar na Argentina. Este grupo foi criado por 12 mulheres que buscavam os netos desaparecidos nas mãos dos militares, e, ainda nos últimos tempos, continuam lutando, para descobrir o paradeiro de bebês seqüestrados nos cárceres da ditadura, onde muitas mulheres grávidas eram prisioneiras políticas. O grupo já recuperou 73 netos e continua rastreando o paradeiro de outros (Reuters, 2002).

São vários os papéis a serem desempenhados pelos avós nos meios sócio-histórico-cultural e familiar. Através da revisão de literatura realizada por Dias e Silva (1999), foi detectado que, no final da década de 1960 os avós tinham papéis tradicionais, tais como: provedores de mimos e presentes, narradores de estórias infantis e cuidadores de bebês

durante a ausência dos pais. Nas décadas de 1970 e 1980, o estudo do papel dos avós continuou enfocando os seguintes âmbitos: a) social; b) emocional; c) transacional; d) simbólico; e) como parte de um processo grupal da família, envolvendo o relacionamento entre as gerações, considerando o poder e o controle na estrutura parental, focalizando modelos de ajuda e manutenção da família.

Nesse mesmo período, os estudos apontaram que os tipos de avós eram preditos pelo estilo de vida, e os principais papéis exercidos eram os de: babá; mentores; historiadores e modelos a serem seguidos por conta das experiências adquiridas e da importância no meio sociofamiliar. Já na década de 1990, o papel dos avós centralizou-se em oferecer muito afeto aos netos e pouca repreensão; em ser mediadores entre os pais e os netos; em constituir fonte de apoio financeiro e emocional diante dos momentos tempestuosos vividos pela família; em falar sobre os acontecimentos de sua própria infância e da infância de seus filhos; em transmitir a história familiar e, por vezes, em criar seus netos.

Algumas variáveis que podem influenciar os modos como os avós exercem seus papéis no sistema familiar são as seguintes: dinâmica e estruturas familiares; aspectos geográficos; idade; gênero; estado civil; raça; nível socioeconômico; vinculação materna ou paterna; origem urbana ou rural; experiências com os próprios avós; características pessoais de cada membro da família; frequência de contato entre eles; atividades desenvolvidas em conjunto; estado de saúde (Dias & Silva, 1999).

Sabe-se que os avós podem exercer uma influência positiva ou negativa na vida familiar. A *negativa* se relaciona aos avós abusivos e negligentes; aos mimos e “estragos” que dispensam aos netos; a interferências ou críticas à criação dada pelos filhos, bem como à transmissão transgeracional de problemas (violência, uso de drogas, conflitos). Quanto à influência *positiva*, ressalta-se: os avós podem ser utilizados como uma espécie de defesa contra sentimentos dirigidos aos pais; eles diminuem as ansiedades infantis; funcionam como confidentes e companheiros; fortalecem a auto-estima e a independência dos netos, uma vez que não têm que provar mais nada e não sentem a necessidade de retê-los junto a si; moderam a influência negativa que os pais possam ter sobre os filhos; atuam como intermediários nos momentos de crise vividos pela família; ajudam os netos a entenderem melhor os pais e influenciam em vários aspectos da vida deles como o social, o cognitivo, o emocional, o moral. Os avós também ajudam a minorar os problemas sociais, pois, sem dúvida, seria muito maior a quantidade de crianças abandonadas ou institucionalizadas, se não fosse sua assistência e apoio (Dias, 1994; 2002).

Contudo, independente da ênfase positiva ou negativa direcionada à figura dos avós na família, eles exercem um papel significativo na vida de muitas pessoas. A experiência de ser avó pode, por vezes, contribuir para a resolução dos conflitos psicossociais e familiares e propiciar saúde mental aos netos (Kivnick, 1982/1983). Segundo Brazelton (1994), o vácuo que se cria ao redor de uma família que não mantém contato com os avós pode ser triste e solitário. Eles podem transmitir ensinamentos, compartilhar experiências e propiciar o fortalecimento de vínculos entre os membros.

Além disso, são muitas as situações em que suas contribuições apresentam-se como únicas e importantes no sistema familiar, tais como: a maternidade na adolescência (Falcão & Salomão, 2005); morte do pai ou da mãe da criança (Becker, 2000); utilização de drogas pelos pais de seus netos (Haglund, 2000); excepcionalidade da criança (Seligman, 1991); divórcio (Araújo & Dias, 2002) e recasamento (Gladstone, 1991). Frequentemente eles propiciam o primeiro contato da criança com o envelhecimento e por serem os mais velhos da família, eles também permitem o contato com a experiência da morte (Roberto & Stroes, 1992). Para os filhos que estão na meia-idade, ocorre uma transição maior com a morte dos pais idosos, podendo envolver a consciência de novas responsabilidades e da própria finitude.

O exercício do papel de avós também diz respeito a uma oportunidade que possuem para reconhecerem seus erros e reverem suas posições e pontos de vista, ao refletirem sobre as atuações como pais (Maldonado & Goldin, 1995). Corroborando essa concepção, Silva e Dias (1999) detectaram que as avós tinham mais paciência com os netos do que com os filhos. Ademais, os netos lhes proporcionavam alegria para viver e eram pessoas com quem poderiam contar na ausência daqueles, demonstrando, assim, que lhes renovavam o interesse pela vida. Os avós, por sua vez, consideraram que têm menos responsabilidades com os netos e que estes significavam a continuação da família e de seu nome.

Mas, apesar do sistema familiar ser um espaço privilegiado de convivência entre avós, pais e netos, pode ser também um espaço de conflitos. Cada ciclo familiar exige ajustamento por parte de todas as gerações. Os versos e reversos desses ditames deflagram-se nas pesquisas, nos romances, nas poesias e nos contos, permitindo refletir que as transições familiares possibilitam a ocorrência de mudanças no relacionamento avós-pais-netos-bisnetos. Cabe aqui apontar dois períodos de transições que podem afetar o relacionamento pais-avós: a fase púbere dos netos e a concomitante transição para a adolescência, bem como o divórcio e o recasamento dos pais biológicos (Clingempeel, Colyar, Brand, & Hetherington, 1992).

A maneira como a família lida com os avós é amiúde transmitida entre as gerações. A lenda de Grimm, por exemplo, trata de um camponês que alimentava seu velho pai numa

pequena gamela de madeira, separada da família. Certo dia, ele surpreendeu seu filho pequeno colhendo tocos de madeira e, ao indagar por que o menino fazia aquilo, este lhe respondeu que estava preparando a sua gamela, para quando ele ficasse velho. O camponês, impressionado com a resposta dada pelo garoto, decidiu convidar o avô para voltar a sentar à mesa (Beauvoir, 1990).

A pesquisa realizada pela Associação Americana de Aposentados (AARP, 2001) envolvendo 800 avós com mais de 50 anos apontou que, apesar da crença, em muitas regiões de que os laços familiares entre gerações foram destruídos nas últimas décadas, os avós possuem relacionamento forte com seus netos. O estilo de relações que os avós estabelecem com seus familiares também depende de como eles se vêem enquanto avós e qual o significado deste papel em suas vidas. Essas informações, aliadas aos referenciais teóricos apresentados neste capítulo, permitem concluir que as ligações entre as pessoas do grupo familiar abarcam aspectos multidimensionais e complexos. Muitos desses fatores estão ligados à saúde dos membros e à maneira como as doenças e os sintomas são percebidos e administrados.

2.4 - Velhice, sofrimento psíquico e saúde mental

O sofrimento psíquico refere-se à angústia, ao subjetivo, ao sofrimento “do qual se é impossível falar, definir, delimitar com conceitos simples” (Costa, 2003, p.30). Falar do sofrimento psíquico de pessoas idosas é retratar percursos de vida marcados por demandas de diversos âmbitos. Nesses caminhos, há diferenciação entre as trajetórias vivenciadas por homens e por mulheres. Segundo Diniz (1999, p. 182), “o sujeito genérico ‘homem’ não pode ser usado acriticamente”, e “romper com o sujeito genérico é um dos maiores desafios que a Psicologia e demais ciências da saúde enfrentam para lidar seriamente com a saúde mental de homens e mulheres”.

A manutenção dos estereótipos acerca dos papéis de gênero, tais como considerar a mulher como dependente emocional, naturalmente queixosa (Jack, 1993, p. 19), também contribui para que os profissionais envolvidos na área não indaguem os papéis culturalmente convencionados e suas implicações no modo de sofrimento psíquico de mulheres e homens. Diniz (1999) ressaltou que é refletindo sobre a condição feminina sob o enfoque de gênero que se pode ampliar a compreensão sobre fatores que atingem a saúde da mulher, em particular, a saúde mental.

Pesquisas apontaram a existência de diferenças de gênero nas doenças mentais. Segundo Neri (2001b), as mulheres idosas são mais afetadas pelos efeitos que suas doenças podem causar nos outros, ao passo que os homens são mais afetados pela dependência, pela dor e pelos efeitos da doença sobre o exercício de seus papéis sociais. De acordo com Simões (2004), os homens, que sempre se identificaram com a esfera do trabalho, após a aposentadoria, tendem a se isolar socialmente, ser mais propensos à depressão, fechando-se, muitas vezes, para as novas formas de sociabilidade, tais como: grupos de convivência, atividades voluntárias, a Universidade Aberta para a Terceira Idade, e conseqüentemente estão fadados a terem uma velhice de menor qualidade do que as mulheres.

Contrariamente, Gazalle, Lima, Tavares e Hallal (2004) detectaram sintomas depressivos estatisticamente maiores entre as mulheres, nos idosos com idades mais avançadas, naqueles com baixa escolaridade, sem trabalho remunerado, os quais enfrentaram morte de familiar ou pessoa muito importante no último ano. Foi detectado também que, na velhice avançada, as mulheres são mais propensas a terem a saúde mental afetada que os homens, pois tendem a sofrer mais de isolamento e de solidão e possuem uma auto-imagem e uma visão mais negativa da velhice e dos outros velhos. Tais resultados contrapõem-se a outros estudos (Camarano, 2003; Goldstein & Siqueira, 2000) que apontaram que, em decorrência dos laços familiares estabelecidos, as mulheres possuem relativamente melhores condições de saúde, ao se envolverem produtivamente, na vida sociofamiliar durante toda a velhice.

Como já abordado, não resta dúvida de que o envolvimento das pessoas idosas com suas famílias dependerá, dentre outros fatores, das relações que mantiveram durante todo o ciclo de vida, das condições de saúde e da maneira como os membros compreendem e lidam com as conseqüências advindas com as doenças. O relatório apresentado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) apontou que, além da doença de Alzheimer, muitos outros problemas, como a ansiedade e os transtornos psicóticos, têm alta prevalência entre os idosos. O uso indevido de substâncias, inclusive álcool e medicamentos, também faz parte desse cenário, embora seja quase sempre ignorado.

Na pesquisa realizada por Almeida, Ratto, Garrido e Tamai (1999), verificou-se que o uso concomitante de diversos medicamentos é uma prática comum entre as pessoas idosas atendidas no serviço de saúde mental da Santa Casa de São Paulo. As classes de medicamentos mais freqüentemente utilizadas eram os antidepressivos (42,4%), as drogas anti-hipertensivas (32,6%), os hipnóticos e sedativos (21,2%) e os neurolépticos (20,1%). O uso destes medicamentos reflete os diagnósticos mais comumente encontrados nos pacientes

idosos residentes em hospitais psiquiátricos: síndromes de dependência do álcool, síndrome demencial, transtornos afetivos, esquizofrenia, retardo mental e abuso de sedativos.

O fato é que a adoção de noções sobre a velhice como uma fase marcada pelo declínio físico, pela inexorável perda de independência/autonomia e pelo poder da biomedicina, como disciplina e visão de mundo, enfatiza o elevado uso de medicamentos pelos idosos, que, por vezes, insistem em obter receitas médicas e utilizam medicamentos de efeitos duvidosos como “bengala química” para enfrentar situações que geram ansiedade (Neri, Born, Grespan & Medeiros, 2004).

Essas atitudes funcionam como paliativos instantâneos, pois não resolvem outras demandas, tais como questões existenciais que permeiam as vidas de muitas pessoas idosas. A psicoterapia, nesse período, apesar de não ser muito divulgada, surge como uma das formas de promover a saúde. Através da adoção de uma conduta terapêutica preventiva, alicerçada na ótica da interdisciplinaridade, o processo psicoterápico pode favorecer um presente e um futuro mais criativos, uma vida mais satisfatória, bem como respostas sobre os vários aspectos do processo de envelhecimento e da velhice.

Diante das informações emitidas, é importante refletir sobre o binômio saúde-doença. Começando pela palavra “saúde”, percebe-se que ela está intrinsecamente ligada à imagem de um indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se encontram em situação favorável ao desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) compreende a saúde como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Assim, percebe a maioria das doenças mentais e físicas como sendo influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A definição da OMS parece ser algo utópico e irrealista, uma vez que descreve a saúde como estado estático de um primoroso bem-estar, ao invés de um processo continuamente mutável e em constante evolução. As propostas de ações governamentais e os exercícios dos profissionais de diversas áreas são fortemente influenciados pela filosofia cartesiana, centrada na divisão entre corpo e mente. Conseqüentemente, percebe-se a negligência e o descaso para com a saúde mental da população e uma ênfase nos aspectos físicos do ser humano. A falta de atenção aos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais é um reflexo dos valores socioculturais predominantes e relaciona-se à percepção destas instituições diante dos conceitos de saúde e de doença.

Através dos séculos, os portadores de transtornos mentais receberam tratamentos diferenciados. Na Europa medieval, por exemplo, os doentes eram surrados e queimados na

fogueira. No início do século XXI, ainda se observam a falta de propostas comprometidas com a saúde pública e a ignorância sobre os transtornos mentais ou comportamentais por parte da população. Por conseguinte, detecta-se a ocorrência de fenômenos como o preconceito contra as vítimas acometidas pelas doenças, as quais, por vezes, são detidas em instituições psiquiátricas com foro de prisão. Outro fator agravante é que, além do descaso do sistema público de saúde, os planos privados de saúde não atribuem aos tratamentos dos transtornos mentais a mesma importância dada aos males físicos, piorando, ainda mais, a situação vivenciada pelo doente e por seus familiares.

O conceito de saúde mental varia culturalmente, todavia o relatório sobre a saúde no mundo publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS (2001), apontou que os conceitos de saúde abarcam, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a competência, a autonomia, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional do indivíduo. De maneira geral, estudos transculturais comungam a idéia de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. Ainda de acordo com este relatório, avanços científicos detectaram que, embora seja operativamente conveniente para fins de discussão, separar a saúde mental da física constitui uma ficção criada pela linguagem.

Ao avaliar os conceitos de saúde e de doença, observa-se a existência dos modelos biomédico, psicossomático, biopsicossocial e sistêmico. No modelo biomédico, a doença é explicada por meio da norma de variáveis biológicas mensuráveis, sendo estas o único critério para defini-la. Com isso, a definição de saúde e de doença é vista de maneira dicotômica, ou seja, a primeira é compreendida como ausência de doença, e a segunda, como problema biológico.

No modelo psicossomático, o sofrimento físico envolve fatores emocionais e psicológicos. Assim, a ausência de distúrbios físicos e emocionais implica saúde e, por outro lado, a presença desses distúrbios indica doença. No modelo biopsicossocial, as interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais estão subjacentes ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção das moléstias. Por consequência, a saúde é compreendida como ausência de distúrbios de ordem não apenas física e mental, mas também envolvendo aspectos de cunho social. A doença, por sua vez, prevê a presença desses aspectos. Atente-se para o fato de que essa é a idéia concebida pela OMS.

Neste trabalho, adota-se a abordagem do modelo sistêmico, em que a pessoa é vista como todo, sendo a saúde e a doença definidas no contexto dessas totalidades. Assim, os aspectos relacionados à saúde do idoso portador da DA e de seus familiares são vistos como

um processo multidimensional e contínuo. Relacionando o ambiente às mudanças pelas quais passa cada um dos membros da família, percebe-se, muitas vezes, a ocorrência de fases em que a saúde se encontra debilitada, tornando freqüentemente inviável a compreensão da linha divisória entre saúde e doença.

Segundo Capra (1982), a concepção sistêmica de saúde pode ser aplicada a diferentes níveis de sistemas. As múltiplas dimensões de saúde, envolvendo aspectos biológicos, sócio-histórico-culturais e econômicos, por exemplo, afetam-se mutuamente, ou seja, são interdependentes. A saúde é uma experiência de bem-estar, a qual ocorre, quando tais dimensões estão integradas e equilibradas dinamicamente. No prisma sistêmico, a experiência de doença é uma resultante de modelos de desordem que podem se manifestar em vários níveis do organismo, bem como nas diversas interações entre o organismo e os sistemas mais vastos em que ele está inserido.

Quanto à esfera mental, Thomas Szasz (1961) condenou a noção de doença como algo que ataca as pessoas sem qualquer relação com sua personalidade, seu estilo de vida, sistema de crenças ou o ambiente socioeconômico.

Se o termo é usado numa acepção holística, levando-se em conta o organismo e a personalidade do paciente como um todo, assim como o meio ambiente físico e social, os distúrbios mentais são tão reais quanto as doenças físicas. Mas, tal compreensão da doença mental transcende a estrutura conceitual da atual ciência médica (Szasz, 1961, p. 137).

Assim, Szasz (2000, p.1) afirmou que doença é uma definição física e um fenômeno verificável. Cientificamente, é um termo que revela uma condição biológica do organismo relacionada às anormalidades nas estruturas e funções de órgãos, tecidos e células. Nesse sentido, as doenças mentais não seriam doenças, pois “não podem ser nem detectadas nem diagnosticadas pelo exame de células, tecidos ou órgãos”. Ocorre que a ênfase dada pela Psiquiatria ao estudo das perturbações mentais através da vertente exclusivamente biomédica tem sido criticada e combatida por vários estudiosos de diversas partes do mundo, os quais manifestam suas idéias levando a uma discussão que se aproxima das ciências sociais e da filosofia.

Nesse conjunto, evidencia-se a relevância de ultrapassar os tradicionais recortes prévios e limitados dos problemas de saúde-doença do idoso, das mulheres cuidadoras e de seus familiares, através da organização de uma assistência mais aberta à percepção e absorção das diversas demandas destas pessoas. Entre algumas questões fundamentais nessa ótica, encontram-se: a limitação do acesso aos cuidados; a manutenção de processos e tecnologias

de trabalho homogeneizantes, os quais desconsideram a diversidade de condições, identidades, experiências e contextos de intersubjetividade (crenças, valores, conhecimentos, desejos, temores, entre outros) das cuidadoras; a permanência da tradição autoritária, distanciada e hierarquizante nas inter-relações entre profissionais e sujeitos alvos dos cuidados em saúde, centrada em referências das profissões e em um modo biomédico de identificar, controlar e tratar problemas, o qual exclui os saberes e as experiências diversas do outro pólo da relação (Mandú, 2004).

De acordo com Soar Filho (2003), malgrado pareça ingênua e anacrônica, a dissociação ontológica entre a matéria e o espírito e sua expressão contemporânea na dicotomia cérebro-mente ainda encontra a aceitação por muitos que desenvolvem suas práticas no campo da saúde. Porém, gradualmente vem sendo superada devido a abordagens multidisciplinares e interdisciplinares, as quais favorecem uma compreensão de mente indissociável do corpo, de uma *mente corporificada*, no sentido apregoado por Maturana e Varela (1991), no campo da biologia da cognição; por Searle (1992), no campo da filosofia da mente; por Damásio (1996), no campo das neurociências.

É compreensível que as pessoas conceituem e vivenciem a saúde e a doença de maneira diversa, mas há de se levar em conta que a capacidade criativa dos sujeitos não é tal, que se possa atribuir “a cada cabeça sua definição”. As definições individuais sobre doença e saúde podem ser aglomeradas num certo número de concepções e significados cujas raízes são oriundas das influências sócio-histórico-culturais. Através dos veículos de comunicação em massa, por exemplo, percebe-se que comumente é divulgada a idéia que confunde saúde com juventude, estigmatizando os idosos, associando-os à imagem de doença.

Por meio da revisão bibliográfica, detectou-se que, mais do que as concepções sobre a saúde mental, vários estudiosos enfatizaram exclusivamente os transtornos mentais e comportamentais no processo de envelhecimento e na velhice, acentuando as perdas e o declínio. Busca-se, a seguir, apontar aspectos relacionados à possibilidade de compreender a velhice e o processo de envelhecimento não apenas como sinônimos de doenças, mas também, como possibilidade de viver com qualidade e com saúde.

2.5 - Envelhecimento e saúde: a importância de uma visão multidimensional

Viver mais não garante uma velhice saudável e de qualidade. À medida que as pessoas vivem mais, aumentam as oportunidades de crescimento pessoal, mas também se elevam as chances de desenvolver doenças associadas ao envelhecimento (Coelho & Diniz, 2005).

Nesse sentido, é importante refletir sobre quais são as possibilidades de se ter uma velhice saudável. A saúde do indivíduo está atrelada ao resultado da interação multidimensional de fatores genéticos, físicos, alimentares, emocionais, familiares, educacionais, ambientais, culturais e econômicos vivenciados durante todo o ciclo vital. Assim, é importante “superar a visão funcionalista que ignora a influência das forças históricas, econômicas e dos modos de produção de economia capitalista, sobre a saúde das pessoas” (Faria Junior, 1991, p.14).

Diante dessa retórica, faz-se mister destacar que a precariedade da saúde e os baixos padrões de qualidade de vida não são problemas únicos e exclusivos de cada indivíduo em particular. Além dos aspectos já mencionados, as condições de saúde são influenciadas pela falta de acesso às informações básicas; pela escassez de programas de apoio que propiciem o desenvolvimento cultural e o bem-estar físico e mental; pela relação complexa existente entre pobreza e saúde. As pessoas mais pobres provavelmente terão uma pior qualidade de vida.

Como bem apontaram Baltes, Reese e Lipsitt (1980) o desenvolvimento de cada sujeito é o resultado da interação entre eventos normativos e não-normativos. Os eventos normativos, de natureza ontogenética, abarcam as influências biológicas, graduadas pela idade, e sociais, graduadas pela história de vida. Tais eventos geralmente surgem em pessoas pertencentes à mesma *coorte* ou contexto histórico, vivenciando, em conjunto, situações socialmente relevantes como guerras e mudanças de governo. Os eventos não-normativos, por sua vez, associam-se aos eventos biológicos, ecológicos, histórico-culturais, sociais e familiares peculiares a cada indivíduo, que não são previsíveis e não possuem caráter universal como, por exemplo, doenças repentinas e acidentes. Tais eventos assumem um papel fundamental na configuração do envelhecimento como um processo multidirecional.

Como dito anteriormente, o processo de envelhecimento foi divulgado por diversos pesquisadores e pela própria sociedade capitalista como algo associado a perdas e a patologias. Dentre outros fatores, essa imagem negativa também se deve ao fato de que a ciência não possuía meios de controlar muitas doenças. Todavia, a ânsia por uma velhice saudável desperta a atenção humana desde os primórdios da antiguidade. A título de ilustração, no primeiro século antes da Era Cristã, o filósofo romano Marco Túlio Cícero (103-43 a.C.) tornou-se uma figura exponencial nos estudos sobre a velhice. Aos 63 anos, como Senador da República, escreveu o livro intitulado *De senectute* - Catão, o velho.

Nesta obra, Cícero (1999) relatou o diálogo entre o velho Catão e os jovens Cipião e Gaio Lúlio, rapazes que o interpelavam sobre as vantagens e as desvantagens da velhice. Catão apresentou o envelhecimento buscando criticar os preconceitos acerca dos idosos. Nessa ótica, o filósofo apontou, de maneira otimista, a visão de envelhecimento,

aconselhando o cultivo de cuidados corporais e mentais, atividades que propiciam benefícios individuais e coletivos, desde que estejam ao alcance dos mais velhos. Para ele, a arte de saber envelhecer está arraigada na idéia de buscar o prazer que todas as idades proporcionam, uma vez que todas têm as suas virtudes.

Apesar de a maioria dos estudos científicos apregoarem a idéia de que, nessa fase da vida, as pessoas estão mais sujeitas às doenças e ao fracasso, alguns pesquisadores vêm, aos poucos, tentando desmistificar essa visão com outra que revela o envelhecimento bem-sucedido (Cachioni & Neri, 2004; Freire, 2000; Simson & Giglio, 2001; Stuart-Hamilton, 2002) aliado à qualidade de vida (Khoury, 2005; Rolim & Forti, 2004; Vitta, 2004). Desse modo, a ênfase dada aos aspectos patológicos tem-se deslocado para uma visão mais positiva, que investiga os recursos e as potencialidades existentes nesta etapa do ciclo vital.

O conceito de resiliência, por exemplo, tem despertado o interesse de pesquisadores da psicologia, podendo ser utilizado para estudar o envelhecimento englobando as características individuais (por exemplo, a auto-estima e a auto-eficácia) e fatores sociais (e.x.: a rede de apoio social e a coesão familiar), possibilitando um olhar para além dos *déficits* e das perdas inerentes a esse processo (Couto, Koller & Novo, 2006). A idéia de resiliência considera que o estresse é uma experiência universal, e a maneira pela qual o indivíduo reaja não depende apenas dos agentes estressantes, mas também dos recursos disponíveis para lidar com eles. Todavia, ressalta-se que o conceito não implica saúde mental nem sugere que os resilientes possuem uma vida mais feliz. Em síntese, a resiliência tem sido definida como “a capacidade de recuperar e manter um comportamento adaptado após um dano” (Blum, 1997, p. 16).

Por sua vez, o termo “qualidade de vida” é um fenômeno descrito por intermédio de um construto multidimensional. Envolve aspectos intrínsecos às condições objetivas (e.g. competências comportamentais do indivíduo, condições físicas do ambiente, disponibilidade de serviços de saúde, lazer, educação, renda, entre outros) e às subjetivas, ou seja, verificadas através de relatos dos indivíduos e das opiniões que vigoram no grupo acerca das condições objetivas de que dispõem e sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo (Neri, 2001b).

Parse (1996), através de 25 relatos obtidos de idosos com Alzheimer – embora alguns participantes tenham apresentado dificuldade para a elaboração das respostas –, constatou que, para estes sujeitos, a qualidade de vida significava, entre outros fatores: viver entre a alegria das recordações passadas e o tédio do cotidiano; deparar-se com o contínuo conforto e desconforto causados pelos limites pessoais constrangedores e pela perda da memória.

Uma velhice bem-sucedida, segundo Neri e Yassuda (2004), é a ausência de males físicos e mentais crônicos; a ausência de fatores de risco como a obesidade e a hipertensão; a manutenção do funcionamento mental e físico voltado para uma vida social ativa. Assim, são fatores cruciais: a autonomia, a produtividade, a conservação de papéis sociais adultos, o envolvimento com a família e com os amigos. Todavia, o número de pessoas capazes de alcançar esse padrão, em sua plenitude, é ínfimo ou até irreal, visto que, conforme apontado anteriormente, além dos aspectos genéticos, o estilo de vida e as condições socioculturais e econômicas podem restringir o alcance desse resultado.

O envelhecimento bem-sucedido é compreendido como um processo geral de adaptação descrito como *otimização seletiva com compensação* (Baltes, 1991). Com a crescente limitação da natureza biológica do organismo e com o intuito de aumentar suas potencialidades, a tarefa adaptativa do idoso se refere a selecionar metas e objetivos cruciais, otimizar recursos e compensar perdas (Silva, 1998). Através de revisão bibliográfica sobre o envelhecimento bem-sucedido, Freire (2000) destacou algumas estratégias para alcançar uma velhice satisfatória, a saber:

- a) buscar um estilo de vida saudável visando a reduzir as possibilidades de ocorrência de um envelhecimento patológico;
- b) fortalecer as capacidades de reserva através de atividades educacionais, motivacionais e relativas à saúde, favorecendo a manutenção de laços socioafetivos;
- c) encorajar a flexibilidade social e individual, aperfeiçoando as habilidades, engajando-se em atividades produtivas e cultivando bons hábitos físicos e mentais;
- d) desenvolver uma filosofia que propicie sentido e significado para a vida.

Ratifica-se a idéia de que, além da história pessoal, a influência de diversos fatores favorece ou não os percursos de vida e envelhecimento de cada sujeito. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (Lei no. 8.842/94) apresenta, como propósito basilar, a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade.

A referida política anuncia o apoio às ações em saúde do idoso, estimulando a presença dele na comunidade, junto de sua família, da maneira mais digna e confortável possível. Todavia, além da utilização de recursos próprios da comunidade e da família, faz-se necessário que programas estatais e não-governamentais engajados na luta pela saúde do

idoso, firmem uma parceria intersetorial entre departamentos de governo, comércio e economia, habitação, justiça, educação e apoio a estudos e pesquisas científicas.

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso fazem parte juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Tais Centros dispõem de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequado para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada (Ministério da Saúde, 2002). Os atendimentos aos idosos também podem ser realizados através do Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994. De acordo com Pedrosa e Teles (2001), tal Programa apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes, favorecendo a integração e organização das ações de saúde em território definido.

Diante dessas informações, resta ainda acreditar que a execução das políticas de saúde seja um compromisso de todos os cidadãos. Fala-se de vidas que precisam ser valorizadas e respeitadas, e necessitam manter um intercâmbio com o sistema de saúde público, de maneira contínua e dialogada. Nesse prisma, é válido pensar o que esse sistema tem oferecido aos idosos que são acometidos por doenças como o mal de Alzheimer. Existem, em várias cidades (e.x.: Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo, Florianópolis) do Brasil, os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer. Mas, infelizmente, algumas capitais, como João Pessoa (Paraíba), ainda não dispõem dos serviços destes centros. Esse fato retrata que muitos idosos e seus familiares sofrem com a falta de apoio de instituições e de profissionais especializados, não apenas no tratamento da doença, mas também no suporte psicossocial que deve existir.

Considerando a Portaria SAS/MS nº. 249, de 12 de abril de 2002, tais centros são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com provável doença de Alzheimer, por orientação a familiares e cuidadores e pelo que mais for necessário à adequada atenção aos portadores da DA. A equipe formada por estas instituições dispõe de profissionais de diversas áreas. Destaca-se que o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer, situado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), Distrito Federal, além de buscar promover a saúde do idoso e de seus familiares, visa articular o ensino, a pesquisa e a extensão no contexto acadêmico. Com o intuito de esclarecer melhor o que vem a ser a doença de Alzheimer, quais as possibilidades de tratamento e como se processam as mudanças, na vida familiar e especificamente na vida da pessoa cuidadora, durante o processo demencial do idoso, apresenta-se o capítulo a seguir.