

REFERENCIAL TEÓRICO

ENVELHECIMENTO E BASES INFORMAIS DE ATENÇÃO AO IDOSO

Projeções feitas num período de 60 anos (1960 a 2020) indicam uma taxa de crescimento da população idosa (≥ 60 anos) da ordem de 760% demonstrando que, enquanto a população em geral aumentará cinco vezes, a população idosa aumentará quinze. De cerca de sete milhões de pessoas com idade igual e superior a 60 anos em 1980, passou-se para aproximadamente 11 milhões em 1991 alcançando 30 milhões em 2020 resultando em um estreitamento da base de nossa pirâmide populacional e um alargamento do topo, característica de países em processo de envelhecimento (IBGE, 2019).

No Brasil, na década de 40, aproximadamente 4% da população era composta por pessoas idosas (≥ 60 anos). No ano 2000 essa taxa passou para 8,5%, representando 14,5 milhões de pessoas e em 2020 alcançamos cerca de 30 milhões de idosos (14,3%) com estimativas de chegarmos a 41,5 milhões em 2030 quando deverá ocorrer a inversão de nossa pirâmide populacional. (IBGE, 2019)

O Brasil pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido desde a década de 90 quando a taxa de idosos superou 7%, o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde para tal classificação (Camarano e cols. 2002).

Assim, o país que até recentemente era considerado um país de jovens, rapidamente passou a ser um país de longevos mesmo que isso ainda não tenha sido realmente incorporado em nossa sociedade (Veras 1994, 2001).

Nesse contexto, ainda chama mais a atenção a franca expansão dos idosos mais idosos (≥ 80 anos), o que contribui para o envelhecimento dentro do próprio segmento etário. Alguns fatores como diminuição nas taxas de mortalidade; a maior esperança de vida dos próprios idosos, elevando o contingente nonagenário e aumentando, por conseguinte, o número de centenários explicam essa ocorrência (Costa e cols. 2000).

As mudanças demográficas ou transição demográfica decorrentes do processo de envelhecimento populacional são acompanhadas pelas mudanças epidemiológicas ou transição epidemiológica que se refere às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica. Este processo, segundo Chaimowicz (1998) envolve três mudanças básicas:

- as doenças não transmissíveis e as causas externas passam a substituir as doenças transmissíveis como as primeiras causas de morte;
- a maior carga de morbi-mortalidade desloca-se dos grupos mais jovens para os mais idosos;
- a morbidade torna-se mais predominante que a mortalidade fazendo com que as doenças crônico-degenerativas e suas complicações incorporem a maior sobrevida desta população.

Chaimowicz (1998) ressalta, ainda, algumas características peculiares da transição epidemiológica vivenciada no Brasil caracterizada por uma superposição de etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e as crônicas não transmissíveis. Observa-se um processo denominado “contra-transição” onde ressurgem doenças como cólera, dengue, sarampo ou ainda o recrudescimento de outras como, malária e febre amarela. Dessa forma, a morbi-mortalidade é persistentemente elevada em ambos os padrões caracterizando uma “transição prolongada”. Soma-se a isto os contrastes epidemiológicos das diferentes regiões do país (polarização epidemiológica).

É neste contexto que se enquadra o envelhecimento da população brasileira que, longe de ser visto como um problema deve ser celebrado como uma conquista almejada por qualquer indivíduo ou sociedade. Deve, no entanto, ser encarada com planejamento e responsabilidade.

Muitas são as definições de envelhecimento mas podemos utilizar aqui a definida por Babb (1991) e, posteriormente, publicado pela Organização Panamericana de Saúde (1993) onde envelhecer é *“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne incapaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente aumentando, portanto, sua possibilidade de morte”*.

Estatísticas de mortalidade unicamente, parecem não ser adequadas para traçar o perfil de saúde dos idosos considerando a alta prevalência de condições que interferem em sua qualidade de vida sem, no entanto, serem responsáveis por sua morte. Significativo contingente de pessoas idosas são portadoras de múltiplos problemas coexistentes. Assim, os indicadores de morbidade, que abordem também as incapacidades, parecem ser os mais adequados para avaliação do estado de saúde desta população, pois refletem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (LESSA, 1998; SHOUERI JR R, 1994).

Diferenciar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento com as inúmeras afecções que podem acometer os idosos é de fundamental importância evitando a ocorrência de dois tipos de erros muito frequentes (JACOB FO, SOUZA, RR, 1994):

- considerar que todas as alterações que ocorrem com um idoso sejam decorrentes de seu envelhecimento natural impedindo assim a detecção e o tratamento de processos patológicos ou,
- tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência.

É necessário verificar em que nível, tais doenças impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente subsidiando, assim, um planejamento assistencial mais adequado.

Nesse contexto, a avaliação funcional¹ torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados que servirão

¹ Avaliação funcional foi definida por Lawton (1971), como *“uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da auto-manutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesmo e ao*

de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores como morbidade e mortalidade, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (ARAOZ, 1994; PERRACINI e FLÓ, 2009).

Baseia-se no conceito de “função” definido por Araoz (1994) como “*a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social*”. Envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social. São denominadas “**atividades de vida diária**” e estão didaticamente subdivididas em:

- **Atividades Básicas de Vida Diária** - envolvem as atividades de autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações, deambular (KATZ, 1963);
- **Atividades Instrumentais de vida diária** - indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade como, por exemplo, realizar compras, manipular medicamentos e administrar as próprias finanças (LAWTON, 1971).

A diminuição da capacidade funcional² dos idosos tornando-os de alguma forma dependentes de assistência, ainda não teve seus mecanismos determinantes finais completamente estabelecidos. Ela pode representar o ponto final comum de muitas enfermidades ou um sinal precoce e sutil destas mesmas enfermidades.

Ao se avaliar a capacidade funcional de um idoso verifica-se por um lado, as ações que ele é capaz de realizar e de outro a presença de necessidade de ajuda para realizá-las. Tais ações são avaliadas diretamente por meio da observação de sua execução. É importante salientar que se deve diferenciar a execução da ação, da capacidade em executá-la. A avaliação da ajuda requerida para completar determinada ação é realizada pós-determinação das ações que o idoso demonstra

estado emocional”. Para Granger, apud Wilkins et.al.(2001) “*é um método para descrever habilidades e atividades em ordem de mensurar o uso individual de uma variedade de habilidades incluídas no desempenho de tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, nas atividades de lazer, e outros comportamentos requeridos*”.

² A capacidade funcional “indica a habilidade do paciente de desempenhar trabalho e é tradicionalmente medida comparando o pico de capacidade de exercício do paciente com o pico esperado para sua idade e gênero” (WILKINS et al, 2001).

dificuldade ou incapacidade de realizar sozinho. Desta avaliação resulta uma classificação, onde o idoso aparecerá como dependente (em maior ou menor grau) ou independente. É necessariamente o grau de dependência que determinará os tipos de cuidados que vão ser necessários e como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados (PERRACINI e FLO, 2009).

O envelhecimento assim compreendido é frequentemente acompanhado por relações de dependência e autonomia. Por muito tempo estes conceitos foram considerados polos opostos de uma mesma dimensão. Mais recentemente, no entanto, são descritos como referentes a uma relação dinâmica expressa diferentemente nas diversas fases do desenvolvimento e nos vários domínios do comportamento.

Dependência possui diferentes significados quando analisada em culturas diversas ou mesmo por indivíduos distintos. Num sentido mais geral, significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outra. Numa visão tradicional, autonomia e dependência são características antagônicas e mutuamente exclusivas onde, a primeira substitui a segunda em favor do desenvolvimento saudável e maduro e do bem-estar. As dependências geralmente observadas entre os idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças nas exigências sociais e frequentemente as últimas parecem determinar as primeiras (BALTES E SILVERBERG, 1995). Os autores descreveram três tipos de dependências frequentemente observadas entre os idosos:

- **Dependência física**, definida como incapacidade funcional, desamparo prático ou incapacidade individual para realizar atividades de vida diária. Existe em diferentes graus de dependência funcional, dependendo de quais e quantas incapacidades estão incluídas na avaliação. Esta dependência torna-se mais pronunciada quando o idoso é acometido por doenças cerebrais degenerativas ou por doenças incapacitantes. A incapacidade orgânica, no entanto, não é nem condição necessária nem suficiente para determinar a dependência. Na dinâmica das interações sociais e na percepção social, a dependência física é frequentemente interpretada como sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada.
- **Dependência estruturada**, onde o significado do valor do ser humano é determinado, primariamente, pela participação no processo produtivo. Esta seria gerada pela perda do trabalho e/ou aposentadoria. Em essência, a cultura estabelece as bases para a dependência, na medida em que sua es-

estrutura social até requer dependência de certos grupos da população para poder funcionar;

- **Dependência comportamental**, frequentemente antecedida pela dependência física (biologicamente induzida) e consequente a uma real incompetência física; a dependência comportamental é socialmente induzida, independentemente do nível de competência do idoso. O ambiente espera incompetência e dá ajuda mesmo que isso seja desnecessário ou indesejável sob pena de ser considerado irresponsável e negligente e torna-se assim determinante de desamparo e dependência. Um ambiente de baixa exigência, ao contrário, caracteriza-se pela superproteção que por sua vez, ocasiona dependência.

Dado o aumento nas perdas e incapacidades, os idosos poderão experimentar debilidades que necessitam ser compensadas e, se possível, eliminadas ou evitadas. Compensar perdas significa frequentemente, permitir que uns façam coisas para outros, assim como a administração seletiva das próprias energias e competências. Frente a este quadro, o idoso pode reagir de forma a desconsiderar tais déficits, compensá-los ou permitir-se ser dependente nos domínios em que ocorreram perdas, com o objetivo de liberar energia para poder alcançar suas metas em outros domínios e atividades.

Assim colocado, o problema fundamental da velhice parece ser uma “balança geronto-geriátrica” que consiste em chegar a um equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e os interesses da coletividade. A velhice em si não cria ou desenvolve enfermidades; porém, nesta fase da vida, adquire características especiais. Esforços devem ser desenvolvidos no sentido de obtenção de cura até onde for possível, de reabilitação para readaptação dos idosos às suas atividades diárias de acordo com o meio a que pertencem e da garantia de uma assistência digna às suas necessidades até o momento de sua morte (PAVARINI, 2000).

Quando lançamos nosso olhar sobre esses dados, percebemos a sua grande relevância para a Saúde Pública. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2001 registrava que 25% das pessoas entre 65 anos têm algum grau de incapacidade funcional. Aos 85 anos, esse percentual sobe para 46%, ou seja, a cada cem idosos, 46 apresentam limitações funcionais moderadas (COSTA e col, 2002).

Tais dados demonstram a necessidade de estarmos atentos para as potenciais fontes de apoio informal, pois, à medida que o indivíduo envelhece, sua

capacidade funcional declina, exigindo, inúmeras vezes, auxílios para as atividades cotidianas.

Tais situações exigem Políticas Públicas que valorizem o apoio familiar e comunitário, como estratégias eficazes que contribuem com a manutenção do idoso residindo na comunidade o maior tempo possível (COSTA e cols. 2000).

O envelhecimento da população brasileira e a pressão dos movimentos sociais dos que militam na área do envelhecimento pressionaram o Poder Público sobre a premência da implementação de políticas específicas de atenção ao idoso. Surge assim, a partir da promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso em 1994 (BRASIL, 1994).

Posteriormente, em 1999, foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso, com o objetivo tem como diretriz básica a formulação de programas que enfocam a manutenção e a melhoria da capacidade funcional do idoso, visando prevenir, recuperar e reabilitar a saúde, possibilitando sua permanência na comunidade e o exercício de sua cidadania (BRASIL, 1999). Reeditada em 2006, tornou a capacidade funcional da pessoa idosa a grande direcionadora da organização dos serviços e intervenções nessa área, o que predomina até os dias de hoje.

Em setembro de 2003, tendo sanção presidencial, em 1º de outubro do mesmo ano, foi promulgada a Lei 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL 2003) refletindo o esforço dos órgãos representativos dos idosos, assegurando que as políticas públicas pudessem ser efetivamente cumpridas, sob os mais variados aspectos de sua vida. Compreende desde os direitos fundamentais do indivíduo, até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra as pessoas idosas. Publicação de Camarano e Giacomini (2013) discute os avanços e entraves obtidos com a aplicação do Estatuto.

Como bases de atenção ao idoso entendemos os fundamentos que norteiam as políticas públicas dirigidas a esse segmento etário. São elas as responsáveis pelas estratégias que tratam da manutenção do indivíduo em seu *habitat* com recursos da própria comunidade, provendo-o do apoio social necessário (Ander-Egg 1996; Griep, Dora, Faerstein e Lopes 2003).

Tais bases podem ser formais, quando constituídas pelas instituições e atenção ao idoso, ou informais, quando compostas pelas pessoas da rede de relações do idoso (Caldas 2003; Néri 2001; Sluzki 1997; Ayéndez 1994).

A atenção formal ao idoso compreende tanto a atuação individual de cada profissional, quanto a ação de uma equipe interprofissional. Isso se dá pela

singularidade inerente a essa fase de vida. Ao contrário das etapas anteriores do ciclo de vida, esta é marcada por inúmeras particularidades. Se na infância, na adolescência e mesmo na idade adulta jovem, temos padrões que identificam um grupo, o mesmo não ocorre com relação à velhice. Nela, a história de vida de cada indivíduo, sua aquisição cultural, social, afetiva; seu histórico familiar, os papéis sociais desempenhados ao longo da vida, permitem que duas pessoas com a mesma idade cronológica tenham histórias, estilos de vida e necessidades completamente diversas, tornando-os, dessa maneira, extremamente distintos. Essa individuação demanda, portanto, o olhar de várias áreas de conhecimento, ou seja, a reunião de muitas disciplinas, e mais que isso, um olhar onde esses saberes se agreguem, gerando um novo saber, mais amplo e de domínio coletivo, resultando na expressão interdisciplinar do conhecimento (PAPALÉO Netto, 2002).

O trabalho interdisciplinar, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), é essencial para a promoção da saúde no envelhecimento, pois é “muito difícil que apenas um profissional, com todo o seu conhecimento e possibilidades terapêuticas, reúna condição para o atendimento ao idoso” (JACOB Fo, 1998).

Como base informal de atenção, entendemos todo o aparato oriundo de seu círculo de relações pessoais que se constitui para prestar auxílio ao idoso. Os expoentes mais expressivos, segundo a literatura pesquisada, emanam da família, dos amigos e da comunidade (GONZALEZ, ESPIN, ANDRADE, VEA-BAYORRE 2001; AYÉNDEZ 1994; DABAS 1993).

FAMÍLIA

A sociedade contemporânea protagoniza alterações significativas nas relações de parentesco e no surgimento de novas formas de família. Em épocas anteriores, elas eram maiores, mais numerosas. Frequentemente residiam num mesmo local, compartilhando em inúmeras vezes da mesma atividade laboral. T tamanha proximidade promovia um maior envolvimento de seus membros, favorecendo que um desses cuidasse de seu progenitor, quando este viesse a necessitar (Prado 2002).

O apoio familiar, todavia, passou por alterações, admitindo novos arranjos decorrentes da queda da natalidade, vigente na sociedade brasileira atual. Em algumas regiões mais desenvolvidas, por exemplo, temos taxas de nascimento próximas ou abaixo da de reposição, expressa, segundo a Organização Mundial de Saúde, por 2,1 filhos por mulher, tendo, portanto, famílias cada vez menor número de membros.

Em contrapartida, em regiões mais carentes, as dificuldades quanto ao apoio familiar ao idoso são de outra natureza. Os jovens, com muita frequência, migram para regiões mais promissoras, deixando seus progenitores em sua terra natal, sem retaguarda familiar (Camarano 2003).

Em ambos os casos, o apoio comunitário emerge como uma alternativa às necessidades do idoso. A família continua sendo, no entanto, o vínculo primeiro a ser acionado quando da instalação de alguma incapacidade no idoso (AQUINO e CABRAL 2002; ERBOLATO 2002; RODRIGUES e RAUTH 2002).

Compreendendo as famílias

Família é uma formação humana universal e ainda não foi descoberta outra formação capaz de substituí-la. Ao se falar sobre este tema, muitas emoções, pensamentos, lembranças e expectativas, por vezes contraditórias e, quase sempre intensas, afloram em nossas mentes. Cada pessoa tem e terá ao logo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e a de sua velhice), assumindo características peculiares em cada fase mas mantendo sua **função**³ primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando seu desenvolvimento (SOUZA MN, 1996). Compreender sua organização e seu **funcionamento**⁴ pode auxiliar nas intervenções junto a idosos e seus familiares.

O ser humano tem necessidade de viver vinculado a outros em função de sua sociabilidade, da mesma forma que busca o saber por sua intelectualidade e os valores por sua espiritualidade. Essas tendências podem ser manifestadas por “associação” (estar com os outros) ou por “comunidade” (ser com os outros). Assim, a sobrevivência do homem em grupos é inerente à sua condição humana (MENGEL, 1081). Esta necessidade é traduzida pelo desejo de fazer parte, sentir

³ Segundo Minuchin (1990), às famílias cabem as funções de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura. Atendem assim a dois objetivos, a proteção psicossocial de seus membros (interno) e a acomodação a uma cultura bem como a transmissão da mesma (externo). É no interior das famílias que os indivíduos experienciam o sentido de pertencimento e o de ser separado formando assim a matriz de sua identidade.

⁴ Segundo Minuchin (1990), não é a ausência de problemas que diferencia uma família “normal” de uma “anormal”. Para compreender uma família é necessário dispor de um esquema conceitual no funcionamento familiar que se baseia na compreensão da família como um sistema operando em contextos sociais específicos e é composto por três componentes, a estrutura da família, seu estágio de desenvolvimento e sua capacidade de adaptação às circunstâncias de forma a manter a continuidade e a intensificar o crescimento psicossocial de cada membro familiar.

que integra algo e assim está protegido, acolhido e aceito. Isto é concretizado por estruturas, agregações sociais ou redes de relações. Em diferentes culturas as agregações sociais variam seu nível de organização e diferenciação (PINTOS, 1997).

As diferentes redes de relações podem ser denominadas de grupos primários e grupos secundários. Os primeiros não são escolhidos pelas pessoas (o país onde nasceu, o continente, o hemisfério, o momento histórico e a própria família antecessora), o segundo é representado pelas opções do indivíduo (os amigos, o clube, o partido político, etc).

A família, antecessora ou formada pelo indivíduo ao se casar, é sempre um grupo primário. Segundo Rolla (1980), *“família é uma criação do ser humano em resposta ao seu desejo de ter um grupo de pessoas que atuem sobre interesses comuns e com um desenvolvimento afetivo, em que os afetos são recíprocos, para obter soluções para os problemas do ciclo vital”*. Tal sistema é representado por uma rede de relações de parentesco cujo funcionamento depende da forma como estas relações se organizam.

Independentemente disto, todas as famílias passam por transformações no decorrer do tempo que são marcadas pelas chamadas “crises” às quais se iniciam no indivíduo em cujo amadurecimento buscou sua integridade enquanto pessoa e sua identidade pessoal (“ser um”). A primeira crise ocorre com o casamento (“ser um” → “ser dois”), a segunda com a convivência pois representa a síntese de duas culturas familiares distintas que deverão culminar na formação de uma terceira sem que haja a imposição das anteriores. Esta última representa a continuidade familiar pois compõe a cultura familiar dos filhos. A terceira crise corresponde ao nascimento dos filhos (“ser dois” → “ser três”). A quarta vem com o crescimento dos filhos e o desenvolvimento de sua autonomia e independência (crise da adolescência). A quinta crise vem com o casamento dos filhos. Esta traz transformações importantes como a integração com outras famílias e o sentimento de “perda” do filho, o que gera a denominada “síndrome do ninho vazio”(“ser três ou mais”→ “ser dois” novamente). A sexta crise ocorre quando o indivíduo se torna avô, a sétima quando ocorre o falecimento do pai ou mãe da família (“ser dois” → “ser um”) fazendo com que o indivíduo volte a reencontrar-se consigo mesmo e com sua individualidade. Estas crises aqui descritas geralmente ocorrem na maioria das famílias. Há outras no entanto que não ocorrem com todas as famílias e são denominadas crises acidentais, geralmente imprevisíveis tais como falecimento de um filho, aborto, esterilidade conjugal, mudanças bruscas no estilo de vida, etc (CERVENY e BERTHOUD, 1997;

PINTOS, 1997; MINUCHIN, 1990b). Frente a estas crises, a família cumpre importantes papéis como assegurar bem-estar afetivo e material e absorver o impacto das tensões provocadas pelas próprias crises.

A dinâmica do sistema familiar nestas situações baseia-se na presença de um diálogo maior ou menor, intra e/ou extra-sistema permitindo, com as trocas proporcionadas pela intercomunicação, o amadurecimento do sistema onde cada um de seus membros poderá desenvolver sua presença afetiva, efetiva, livre e responsável perante a vida sendo então transformados de indivíduos em pessoas e passando a viver como tal (LUKAS, 1983; PINTOS, 1997).

A família é o lugar significativo e estável que proporciona o encontro harmônico das pessoas onde podem descobrir e dar à sua presença e à sua participação um sentido pleno, comprometido e responsável possibilitando assim o desenvolvimento de vínculos incondicionais. Esta família será mais estável e mais saudável à medida que seus membros forem capazes de harmonizar suas funções familiares com as circunstâncias dos outros. Na intimidade de um grupo familiar desenvolvido e amadurecido as funções familiares são recíprocas, vivenciadas a partir da abertura, comunicação, respeito e aceitação de todos. Todas as decisões devem ser harmônicas visando o bem dos indivíduos e do grupo como um conjunto. Neste sistema também ocorrem conflitos e confusões, mas existe uma predisposição a mudanças e recursos atualizáveis a atendê-las. A essência deste grupo é a aceitação do outro e a dinâmica da reciprocidade dos papéis (PINTOS, 1997).

Estamos tratando aqui de uma família ideal, com capacidade para prover e assistir às necessidades de seus membros efetivamente. Há, no entanto os denominados **sistemas imaturos**, que abordaremos posteriormente, geralmente severos e rígidos, com funções estáticas e vínculos unidirecionais e imutáveis. Qualquer mudança no papel ou na expectativa do papel de algum de seus membros ocasiona confusão e desestruturação do sistema familiar pois os outros membros não estão prontos a se adaptar. A essência deste grupo é a rigidez que se exterioriza com uma estabilidade e harmonia aparentes porém frágeis que se desfazem frente à necessidade de modificações em sua estrutura para as quais não estão prontos a responder.

Há outras considerações sobre o sistema familiar (Lukas, 1983; ADELMAN e SHANK, 1988). Essa rede de relações não é necessariamente representada por um agrupamento de pessoas interligadas entre si. Trata-se apenas “*de uma estrutura humana, insubstituível, dentro da qual cada membro tem uma função repleta de sentido*”.

Assim, para compreender a família como um sistema, é necessário visualizar o esquema de seu **funcionamento** interno que opera dentro de contextos sociais específicos. Tal esquema possui basicamente três componentes:

- **Estrutura:** a família é um sistema sócio-cultural aberto, em transformação. A estrutura familiar é o conjunto de exigências funcionais que estabelece a interação entre seus membros e um padrão de relações. Tais padrões regulam o comportamento dos membros da família;
- **Desenvolvimento:** a família passa por diferentes fases durante sua existência (ciclo vital) que requerem de seus membros constantes adaptações. O desenvolvimento da família transcorre em etapas de complexidade crescente com períodos de equilíbrio e adaptação e outros de desequilíbrio. Estas mudanças evolutivas geram pressões em seus membros ocasionando estresses de acomodação (“crises”). Tais estresses, no entanto, são inerentes a estes processos de mudança e continuidade e não devem, portanto, ser considerados patológicos. O resultado é um salto para um estágio novo e mais complexo onde novas tarefas e habilidades serão desenvolvidas.
- **Adaptação:** a família se adapta às circunstâncias modificadas de forma a manter sua continuidade e intensificar o desenvolvimento psicossocial de seus membros. A família deve ser capaz de se adaptar quando as circunstâncias mudam, sem perder, no entanto, sua continuidade, que constitui um sistema de referência para seus membros.

A palavra “família”, do latim *famulus* (=escravo, servente), representa portanto, de alguma forma, a dependência nativa entre seus membros. Para Pintos (1997), família “*é um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo*”.

Por **sistema**, continua o autor, compreende-se um conglomerado de pessoas que, em seu conjunto (e só nestas condições) formam um todo significativo a partir do que é identificada e compreendida a família. Seus membros constituem “esta” família e não outra. Esse conjunto no entanto, não é representado pela somatória de seus membros individualmente e sim pela “multiplicação das individualidades”. Tal conjunto sempre será o resultado de todos os seus elementos e, mesmo na ausência de algum deles, sua identidade continuará presente, influenciando a identidade do grupo. Isto faz com que cada membro da família possua nesta um lugar significativo, não intercambiável, próprio e legítimo. Segundo

Minuchin (1990), a família é mais do que a biopsicodinâmica individual de seus membros. Estes se relacionam a partir de certos ajustes que são os responsáveis pela formação de um todo, a estrutura da família. A realidade desta estrutura é diferente da realidade de seus membros individualmente.

Dentro do sistema familiar, cada elemento possui algumas características:

- a) **valor individual:** representa o próprio indivíduo como um valor,
- b) **papel de cada um:** é o lugar ocupado por cada membro dentro do sistema familiar de onde derivam suas responsabilidades e respostas familiares. Cada indivíduo pode ser compreendido como um subsistema dentro da família. Tais subsistemas podem ser formados por geração, sexo, interesse ou função. Um mesmo indivíduo pode pertencer a diferentes subsistemas com níveis de poder e habilidades diferenciados;
- c) **expectativa do papel:** são resultantes de cada papel assumido por seus membros. As expectativas dos papéis são características intercambiáveis, não fixas e é este intercâmbio que fornece dinâmica e saúde ao sistema familiar. Para que a diferenciação dos papéis seja eficaz, existem as fronteiras dos subsistemas. Estas são as regras que estabelecem quem participa e como. Visam proteger a diferenciação do sistema. Devem ser suficientemente nítidas, porém não rígidas, para que permitam o desenvolvimento dos papéis de cada indivíduo dentro do sistema (MIERMONT, 1994; MINUCHIN, 1990).

Todo sistema funciona a partir de regras que objetivam organizar a estrutura familiar e dar-lhe movimento. Um sistema dito “flexível” organiza-se de forma dinâmica e volta-se para a realização individual e grupal.

Quando esta flexibilidade no intercâmbio de papéis não está presente diz-se que o sistema é “rígido” e para se manter, assume um modelo de equilíbrio familiar que tem por objetivo proteger o sistema de sua desintegração. Para tanto há uma redução do espaço pessoal (rigidez funcional) e uma rigidez do espaço integracional (evitando o intercâmbio). Para sobreviver, muitas vezes é necessário suprimir as necessidades individuais e até negar a existência de conflitos importantes que passam a ser compreendidos como “característica daquela família”. Suas regras visam estabelecer e conter a dinâmica do sistema, agindo de forma a fixar os indivíduos em seu status atual.

Pintos (1997) afirma que a dinâmica do sistema familiar decorre deste ser um sistema ativo onde existe um entrelaçamento de forças que são o resultado e

o sentido de sua própria existência. “Dinâmico” segundo o autor não se aplica a movimento, mas às realidades que reconhecem em seu íntimo forças que entram em jogo entre si de cujo resultado essa mesma realidade cobra vida e identidade.

A família está em constante processo de transformação e mudança que são os responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de crescimento da família permitindo sua continuidade como um sistema. Neste movimento ocorrem diferentes tipos de “crises” que ocasionam problemas temporários com reassentamentos posteriores decorrentes de mecanismos de auto-regulação ou auto-equilíbrio proporcionando assim um crescimento significativo do sistema. Assim, a família mantém um equilíbrio instável, pois está permanentemente em busca de um sentido que a plenifique. A mudança é, como disse Minuchin (1990b), a norma; pois uma observação prolongada de qualquer família mostraria grande flexibilidade, constante flutuação e provavelmente mais desequilíbrio que equilíbrio. Os períodos de desequilíbrio alternam-se com períodos de homeostase mantendo assim a flutuação dentro de uma amplitude manejável.

Os sistemas familiares podem ser maduros ou imaturos conforme sua estruturação e a capacidade de adaptação harmônica apresentada pelos mesmos frente às situações apresentadas.

O envelhecimento é considerado uma das “crises” no ciclo vital. Não é nosso objetivo dar a este termo uma conotação negativa, mas a de caracterizar uma situação de mudança que requer adaptações do próprio indivíduo que envelhece bem como de seu sistema familiar que igualmente envelhece. Os vínculos estabelecidos dentro deste sistema entre idoso e seus membros familiares facilitarão ou não a passagem de ambos por esta etapa da vida. O exercício da autonomia e independência deste idoso neste contexto está diretamente relacionado com a função exercida por ele neste grupo e com os vínculos resultantes desta interação que podem ser instáveis ou estáveis, eficazes ou ineficazes de acordo com sua estabilidade frente as demandas e suas respostas às mesmas.

Pintos (1997) sugere uma classificação dos sistemas familiares dos idosos de acordo com seu amadurecimento e funcionalidade a saber:

- a) sistemas maduros ou funcionais ⇒ família normal⁵

⁵ “Normalidade” é a possibilidade de dar uma resposta flexível, dinâmica e efetiva diante dos diversos conflitos (PINTOS, 1997).

- b) sistemas imaturos ou disfuncionais
- família tipo clã
 - família superprotetora
 - família abandonadora
 - família distante

Nos **sistemas maduros ou funcionais**, o grupo familiar responde aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional de forma a conseguir gerenciá-los a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolver o problema instalado de forma adequada ou seja, sem desestruturação do equilíbrio na dinâmica funcional da família pois nela, os indivíduos são capazes de harmonizar suas próprias funções em relação aos outros de forma integrada, funcional e afetiva. Para serem consideradas funcionais, as famílias devem proteger a integridade do sistema como um todo e a autonomia funcional de suas partes onde cada membro e cada subsistema deve negociar sua autonomia e sua interdependência mantendo intercâmbios flexíveis. A família dita “normal”, é aquela na qual seus membros são ao mesmo tempo independentes e interdependentes ou seja, são autônomos no que diz respeito às questões pessoais mas comprometidos em seus vínculos familiares de forma recíproca. Envolve aceitação recíproca e positiva do outro além de respeito, conhecimento, compreensão, responsabilidade e estabilidade emocional. Embora acolhedor e flexível, é um sistema firme capaz de responder às demandas apresentadas de forma correta e adequada sem no entanto sobrecarregar excessivamente qualquer um de seus membros. Não se quer dizer aqui, que estas famílias são prontamente capazes de resolver todos os problemas existentes em suas relações e, neste caso, os relacionados a seus membros idosos. O que dizemos é que este grupo tem uma real disponibilidade para fazê-lo, pois estão dispostos a contribuir e a somar esforços e recursos na obtenção de soluções adequadas aos conflitos e necessidades de seus membros utilizando ferramentas como flexibilidade, criatividade e compreensão mútua. Constituem para os profissionais recursos estratégicos e terapêuticos, fundamentais e integrados na assistência ao idoso (MINUCHIN, 1990b; PINTOS 1997).

Os **sistemas familiares imaturos**, citados anteriormente, são aqueles nos quais não há um comprometimento com a dinâmica e a vida do sistema por parte de seus membros que costumam priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem seus papéis dentro do sistema. Nestes grupos geralmente se observam vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros mesmo que não abertamente colocados. Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão

grupais, de forma adequada e com frequência identificam a “crise” como responsabilidade única do membro que a desencadeou, lido aqui como um “estorvo”. Como são incapazes de solucionar seus problemas de forma equilibrada, atribuem seu fracasso sobre um ou alguns de seus membros. Por não se adaptarem às situações novas e readequarem seus papéis frente às mesmas, provocam a desarmonia do sistema familiar que se expressa através de lacunas funcionais, sobreposição e/ou colisão de papéis. Nas situações conflitivas enfrentadas nestes sistemas com pessoas idosas, frequentemente é possível observar uma solução aparente onde, ou o idoso é separado do seu meio (institucionalizado ou isolado do grupo) que o considerada gerador do problema ou, por outro lado, os outros membros da família se afastam para não se envolverem com a questão, uma vez que acreditam que a mesma não diz respeito a eles. Podem ainda intensificar crises pessoais de forma a terem uma desculpa racional para se liberarem da necessidade de responder às demandas do grupo.

Dentro dos sistemas considerados imaturos, Pintos (1997) classificou as famílias em quatro tipos no que se refere à atenção ao idoso:

- a) **Família tipo clã:** São os grupos patriarcais ou matriarcais, ou seja, organizam-se em torno de um de seus membros que representa uma figura toêmica. São rígidos e atuam em bloco, sem independência ou dinamismo. Sua forma de comunicação é geralmente formal e unidirecional. Embora os conflitos existam eles permanecem latentes pois não poderiam confrontar ou expor o sistema. Frente à presença de demandas relacionadas ao idoso, o clã poderá assumir diferentes posições conforme o papel ocupado pelo idoso em questão. Se ele não for o líder do grupo, este tenderá a simplesmente obedecer às orientações do mesmo. No entanto, se o problema estiver justamente com o líder, o sistema entra em angústia e sente-se ameaçado, pois sua força está no líder, agora debilitado. Nestas circunstâncias, tendem a ocupar-se com a sobrevivência do sistema em si, essencial para sua própria sobrevivência e não são capazes de responder às demandas do próprio idoso. Nestas circunstâncias ou outro líder “herda” a função anteriormente exercida pelo idoso ou este, mesmo debilitado, continua respondendo pelo clã. Quando o líder desaparece, o sistema tende a se dispersar.
- b) **Família abandonadora:** São grupos voltados para os próprios interesses e atividades e portanto incapazes de se relacionarem efetivamente com os outros membros da família. Não contam com recursos afetivos, efetivos e

emocionais para atender as demandas do sistema. Açam que o idoso não é um problema seu e esperam que os outros dêem uma solução à questão. São sistemas onde, na verdade, nunca foram desenvolvidos laços afetivos reais e em cuja construção o idoso participou.

- c) **Família distante:** Difere da anterior por ter a tendência a intelectualizar a questão, sempre apresentando razões lógicas e argumentos válidos que justifiquem a não atenção às demandas do idoso. Estas famílias exteriorizam uma certa serenidade que esconde os conflitos de tudo o que não é manifestado ou sentido. Costumam exigir mais do que muitas vezes o idoso é capaz de oferecer, geralmente por uma inadequada interpretação do papel ou da responsabilidade familiar frente a ele. Tendem ainda a exigir que outros resolvam sua situação para que o sistema volte à “normalidade”.
- d) **Família superprotetora:** São grupos que assumem uma posição de proteção extrema deixando de ser efetivos para serem asfixiantes. São onipresentes, vigilantes e com emoções exacerbadas. Privam seus membros da própria liberdade, responsabilidade e privacidade necessárias para tomarem suas próprias decisões. Os idosos, nestes sistemas, são geralmente tratados como crianças a quem se deve vigiar e governar à vontade. Suas atitudes tendem a desvalorizá-lo e inutilizá-lo colocando-o numa posição de menor participação dentro do sistema mesmo que isto seja manifestado como sendo “o melhor para ele, pois terá uma velhice mais cômoda e prazerosa”. Além de anularem a capacidade de resposta do idoso, não respondem adequadamente quando solicitados a resolverem as demandas reais do mesmo.

Em qualquer uma dessas famílias, ditas imaturas observa-se uma inadequação adaptativa frente às demandas reais e/ou potenciais de seus membros idosos.

Observa-se assim, a necessidade cada vez mais premente de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias de forma a permitir que ambos encontrem conjuntamente uma solução terapêutica mais efetiva e adequada em que o equilíbrio familiar seja a meta melhorando assim a assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

Temos ainda outros arranjos hoje entendidos como família.

Entende-se por família estendida e modificada aquela que, apesar de seus membros residirem em casas separadas, muito distantes, ou mesmo em outras

localidades, entre si o relacionamento ativo, ocorrendo a intimidade à distância. O termo intimidade à distância foi descrito por Rosenmayr e Köeiskeis em 1965 para designar a comunicação e o contato mantidos entre pais e filhos por telefonemas ou visitas (RODRIGUES e RAUTH, 2002).

Já a família modificada é aquela que agrega, além dos parentes, os amigos íntimos e vizinhos (AYÉNDEZ 1994; RODRIGUES e RAUTH 2002; PINTOS 1997; NÉRI 2001; NEUGARTEN 1970). De todos esses tipos de arranjos familiares é, contudo, ainda a família nuclear a grande provedora de cuidados.

São, segundo Dabas (1993), atitudes sociais e culturalmente definidas que atuam sobre as gerações fazendo com que as mais novas forneçam o suporte necessário a seus idosos. Na maioria das vezes, é uma atitude com forte caráter afetivo e retributivo, que conta com uma diversidade de colaborações e trocas entre idosos e seus filhos adultos, num contexto de solidariedade intergeracional e maturidade filial (CALDAS 2003; RODRIGUES e RAUTH 2002; SALVAREZZA 1996).

A família do idoso⁶

Quando se fala de família e idosos, devemos distinguir dois tipos de famílias: a de procriação e a de orientação. A primeira é formada pela união de duas pessoas de sexos diferentes que darão origem a uma descendência comum. É muito comum nos dias de hoje os idosos chegarem a ser avós e bisavós de suas famílias de procriação. A segunda refere-se à família em que se nasce e onde normalmente se convive até que se forme a própria família de procriação e na qual os avós e bisavós correspondem às gerações mais velhas.

Nesta fase da vida é importante, verificar as características das relações existentes entre os idosos e seus diferentes familiares. Estas relações subdividem-se em intrageracionais (entre iguais) e intergeracionais. A primeira diz respeito às relações conjugais e fraternais e a segunda às relações entre pais e filhos e avós e netos.

As relações conjugais representam a essência da relação familiar, pois são a partir delas que se iniciam as famílias considerando a existência dos filhos, responsáveis por garantir as gerações descendentes (MORAGAS, 1997).

⁶ Idoso no Brasil, segundo a Lei no. 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso em seu Capítulo I, artigo 2o, é o indivíduo a partir de 60 anos (BRASIL, 1994).

As relações fraternais recebem maior importância nos primeiros estágios de formação do indivíduo (infância e adolescência). Nesta fase há uma maior convivência entre os irmãos propiciada pela convivência na própria família. Com o crescimento dos mesmos e sua conseqüente saída dos lares (por casamento ou busca de uma vida mais independente) esta convivência tende a diminuir em virtude de novas responsabilidades e contatos assumidos externamente. Num terceiro momento, geralmente relacionado à fase madura e à velhice, tende a haver um reencontro entre irmãos para solucionarem problemas comuns como divisão de herança ou o cuidado de pais doentes/dependentes (EBERSOLE e HESS, 1998).

Nos dias de hoje, no entanto, a maioria dos idosos apoia-se, quando necessário e existente, em suas famílias de procriação e dadas às alterações que vêm ocorrendo nestas estruturas, atenção especial deve ser dada a este aspecto.

As relações intergeracionais estão presentes nas famílias de procriação e, dadas suas diferenças de papéis sociais, diferenciam-se das anteriores (famílias de orientação) pela presença de desigualdade de status entre as pessoas.

A primeira relação a ser citada é a existente entre pais e filhos. Esta relação possui dinâmica própria que caminha geralmente da dependência total para a independência e posteriormente para a interdependência ou dependência total novamente como forma de compensação vital. Tais relações variam entre sexos e culturas (em especial quando comparamos oriente e ocidente). Geralmente cabe às filhas o papel de cuidadoras de seus pais doentes e aos filhos a responsabilidade pela tomada de decisões e apoio financeiro. O nível socioeconômico também interfere. Em famílias de nível socioeconômico mais baixo, há maior probabilidade de recebimento de auxílio familiar do que nas classes média e alta. Apesar destas considerações, o número de idosos institucionalizados não atinge 10% em nenhuma sociedade ocidental estudada até o momento (EBERSOLE e HESS, 1998; MORAGAS, 1997).

Independente do volume de relações é a qualidade apresentada pelas mesmas que parece ser mais significativa para os idosos. Isto é representado pelo potencial de relação de ajuda existente na família e que concretamente é reconhecido pelo idoso em caso de necessidade (DUARTE e BARROS, 2000).

O segundo tipo de relação intergeracional é representado pelos avôs e netos. Este tipo de relação tem, nos dias de hoje, maior importância quantitativa. A quantidade de avós, cada vez mais presentes, em virtude do envelhecimento populacional, proporciona maiores oportunidades de relações. Disto advêm os chamados “conflitos geracionais” que são decorrentes das rápidas mudanças so-

ciais observadas nas últimas décadas de onde surgiram objetivos, muitas vezes incompatíveis, entre as gerações. Tais “conflitos” foram muito evidenciados pela mídia, em especial nas décadas de 60 e 70, porém seus pressupostos não são necessariamente verdadeiros. A existência de conflitos entre pais e filhos geralmente separados por vinte ou trinta anos não se estende necessariamente aos avôs e netos, separados por sessenta ou setenta anos. O papel de avô é mais livre que o papel de pai ou de filho e a sociedade ainda não o delimitou especificamente. Algumas pesquisas demonstram que estas relações entre avôs e netos podem ser muito gratificantes e significativas (EBERSOLE e HESS, 1998; MORAGAS, 1991). Há, no entanto, alguns estereótipos que traduzem o avô como um ser velho e limitado. Estudos realizados por pesquisadores espanhóis têm demonstrado que os fundamentos das relações positivas entre avôs e netos baseiam-se na liberdade e flexibilidade. Situam ainda os avôs como âncoras situacionais, pois são capazes de transmitir às gerações mais jovens além da história social geral, a da própria família, proporcionando-lhes assim referências sociais mais sólidas (MORAGAS, 1991; 1997). Conforme salientado por Knobel (1992), ser adulto é aprender da experiência dos mais velhos, pois a vida não começa com cada pessoa, é uma continuidade infinita, útil e muito grata. Reconhecer virtude e defeitos dos mais velhos é a forma de aproveitar a experiência e aprender e desta forma a contribuir para o engrandecimento moral que auxilia a humanidade a progredir.

A interação com familiares colaterais (primos, tios, tias, sobrinhos) geralmente depende da proximidade, preferência e disponibilidade geral da família nuclear. Frequentemente a família materna é emocionalmente mais íntima que a linhagem paterna. Eles podem ser um recurso de reserva da família para reposição em seus vazios ou perda de suas relações primárias, para solteiros ou idosos sem filhos. Idosos parecem frequentemente estar vinculados a um sobrinho ou sobrinha favorita com quem ele compartilha e mantém alguma relação familiar e de alguma forma serve como um substituto para a criança que ele nunca teve. Familiares colaterais distantes tornam-se importantes para alguns idosos quando eles buscam estabelecer seu lugar na estrutura familiar e fluxo geracional (EBERSOLE e HESS, 1998).

Os familiares são, portanto, a origem de grande parte do suporte material e emocional através de gerações. As constantes mudanças quanto à suplementação e demandas entre eles ajudam a estabelecer uma sólida reciprocidade confortável entre dar e receber. Também frequentemente pensa-se nos idosos unicamente como receptores. Isto nem sempre é verdadeiro pois com o aumento do número

de idosos e os avanços relacionados com a promoção da saúde no envelhecimento e com as intervenções assistenciais, verifica-se que, com frequência eles provêm suporte emocional e financeiro, cuidado para as crianças além de continuidade cultural e religiosa em muitas famílias.

Observa-se no entanto, um aumento no número de idosos fragilizados, com múltiplos problemas de saúde, sendo estes, em muitas ocasiões, cuidados por outros idosos. Isto já ocorre em diferentes contextos mas há uma tendência a aumentar no futuro. Com a saída dos mais jovens das casas, as famílias de três ou quatro gerações co-habitantes tendem a diminuir. Mudanças na mortalidade, fertilidade e casamentos e a presença cada vez mais freqüente de divórcios e famílias de estilo alternativo afetam o balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares.

Algumas reflexões sobre as peculiaridades relacionadas às famílias que contam com membros idosos devem ser ressaltadas.

Um primeiro dado a ser considerado é a maior sobrevida feminina (em torno de pelo menos oito anos) frente à masculina ocasionando assim a presença, na sociedade, de um maior número de viúvas. Esta maior sobrevida no entanto, não corresponde necessariamente à melhor qualidade de vida. Litvak (1994) ressalta que os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas pois estas vivem mais que os homens e ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade em contrair novo matrimônio. Além disso geralmente apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde. Estas idosas, com frequência passam a residir com um dos filhos (geralmente filhas) formando assim grupos trigeracionais. Isto é hoje muito observado em nosso meio, diferentemente de outros países onde a incidência de idosos residindo sozinhos é muito expressiva gerando a necessidade de uma reorganização social e assistencial.

Há que ressaltar ainda, que as modificações que vem ocorrendo em nosso painel sócio-econômico tem levado muitos filhos retornarem a residir na casa de seus pais, em geral acompanhados de suas novas famílias, em decorrência de questões financeiras.

De uma forma ou outra observamos em muitas famílias que as avós passam a contribuir de alguma forma no orçamento doméstico e no cuidado das gerações mais jovens uma vez que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado produtivo.

Ângelo (1997) nos lembra que ao se visualizar a história da humanidade verifica-se que, tradicionalmente, as famílias eram responsáveis por prover o

cuidado nos lares em experiências relacionadas com nascimento, doenças, idosos e em situações de morte. A participação das mulheres na provisão destes cuidados era comum. A família no entanto, enquanto instituição social, está passando por um processo de redefinição (ARRUDA, 1994; SOUZA, 1996). A progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho retirou do seio familiar quem, até então, na maioria das vezes, era responsável pela realização das atividades de cuidado referentes às crianças e aos idosos. Estas também passaram a chefiar muitas famílias. Tais fatores associados ao expressivo aumento do número de separações e às migrações vêm alterando o perfil de poder e de tomada de decisões dentro das famílias que passam atualmente por uma construção de modelos alternativos de relações e de papéis (VERAS, 1994).

Um importante estudo longitudinal foi desenvolvido nos EUA e é denominado *Berkeley Growth Study Group* tendo sido iniciado com crianças em 1928. As então crianças, são hoje idosos e seus pais, hoje em idade bem avançada, compõem o *Berkeley Older Generational Study*. Um recente estudo com este grupo demonstrou que os idosos que apresentavam melhores condições de saúde eram os que apresentavam maior intimidade com seus familiares (FIELD, 1993). Algumas necessidades dos pais por assistência mais intensiva despertavam nos filhos diferentes sentimentos que vão de afeição à obrigação (ABEL, 1991). As mulheres costumam apresentar sentimentos de maior intimidade em seus relacionamentos familiares que os homens, no entanto, no estudo de Field (1993), para esta observação, a condição de viuvez demonstrou ser mais importante que a condição de gênero.

É igualmente importante saber como as mudanças de sentimentos no contexto familiar afetam a saúde. É usualmente aceito que relacionamentos familiares são desejáveis para os idosos promoverem um senso de continuidade. A qualidade, significado e importância das relações com os membros familiares são fatores significantes na manutenção da moral e satisfação de vida (CONNIDIS E MCMULLIN, 1993). O mais importante é que cada membro da família seja aceito e compreendido como signifiante no sistema familiar (FIELD, 1993).

Até muito recentemente, a figura do denominado “cuidador”⁷ centrava-se quase que exclusivamente nos elementos familiares que se disponibilizavam, voluntariamente ou por exclusiva ausência de outras opções, a atender as demandas emanadas por seus parentes idosos. Frente às diferentes demandas apresentadas,

⁷ O termo “cuidador(es)” é utilizado em gerontologia para se referir aos familiares ou outros indivíduos que prestam auxílio direto ao idoso em suas atividades básicas ²⁶.

estes cuidadores, muitas vezes pertencentes às gerações mais novas, passavam então a atender aqueles que no passado lhes proporcionaram proteção, ajuda e cuidado (MATHEWS e ROSTER, 1998; PERRACINI e FLO, 2009).

Nos últimos 30 anos, muitos estudos e planos tem surgido sobre o histórico e tolerante papel da família como cuidadora de seus membros idosos. Atualmente, nos EUA, as famílias provêm, 80 a 90% dos cuidados aos idosos na comunidade. Numericamente, 2,7 milhões de filhos respondem pelos cuidados de seus pais idosos incapacitados, contudo, muitas esposas, quando existentes, assumem esta função (KARSCH, 1998).

Historicamente o suporte familiar e o cuidado do idoso ou é voluntário ou conjuntural, neste caso em decorrência da inexistência de outras alternativas disponíveis. Usualmente, em nosso meio, era esperado que um filho permanecesse na casa dos pais quando eles envelhecessem. Filhos únicos e mulheres não casadas são particularmente vulneráveis a assumir esta função (BRODY, 1994).

Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. Esposas idosas freqüentemente encontram-se disponíveis, mas em muitas ocasiões não são fisicamente capazes de atender a demanda constante de cuidados de seus cônjuges. Morbidades físicas e psiquiátricas destes cuidadores tem gerado muitos estudos (SCHULZ, 1995).

É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar a assistência às necessidades emanadas pelos idosos. Há, no entanto, poucos estudos que avaliam a efetividade destes serviços. Nielsen et.al.(1996) afirmam que a institucionalização do idoso é decorrente da inexistência de serviços suficientes capazes de assistir as necessidades tanto dos idosos quanto de seus membros familiares. Parece que a maioria das famílias assiste aos idosos pelo maior período de tempo e tão bem quanto possível porém, quando a institucionalização é necessária, os cuidadores alegam terem chegado ao fim de suas capacidades cuidativas relacionadas a seus parentes idosos. O planejamento programado para a manutenção da saúde dos cuidadores e das famílias dos idosos necessitados tem sido freqüentemente negligenciado.

Enquanto instituição social, a família é, segundo nossa Constituição, legalmente reconhecida como responsável pelo provimento dos cuidados necessários a seus membros idosos. Tal conceito é tão presente em nossa sociedade que chega, muitas vezes, a ser inquestionável. Esta situação pode ser com freqüência observada nas práticas hospitalares ou ambulatoriais onde orientações sobre cuidados são fornecidas a elementos familiares sem antes ser verificada a real capacidade desta família, enquanto unidade, ou deste familiar, enquanto

cuidador, em realmente executá-las ou mesmo em compreender o processo de transformação ocorrido na vida do idoso por quem agora é responsável.

Frente às transformações nas estruturas familiares, questionamentos quanto ao impacto causado pela presença de idosos com limitações importantes na dinâmica de funcionamento das famílias bem como das conseqüências disto no equilíbrio da estrutura familiar, passam a ser cada vez mais presentes. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade⁸, as famílias poderiam ter sua capacidade assistencial prejudicada e assim não conseguiriam prover adequadamente o atendimento sistemático das necessidades de cuidados de seus parentes idosos. A capacidade de identificar estas demandas de forma adequada pode estar prejudicada e conseqüentemente o reconhecimento de quais cuidados se fazem necessários e quem pode, mais apropriadamente, realizá-los.

Em algum momento do ciclo vital da família, esta se deparará com a situação de, na presença de idosos em seu contexto, ter de optar por alguma das seguintes alternativas:

- incorporar o idoso à casa de algum dos filhos;
- institucionalizar o idoso;
- deixar o idoso vivendo só;
- disponibilizar alguém da própria família ou contratar uma outra pessoa para cuidar do idoso.

Soma-se a isto o fato de que o idoso não é necessariamente um indivíduo completamente incapaz de decidir sobre seu próprio destino, ao contrário, desde que preservadas suas funções cognitivas, é uma pessoa que manifesta ou pode manifestar suas próprias expectativas frente à vida que lhe resta e tem o direito de fazê-lo. A isso denomina-se “autonomia”.

Em certas circunstâncias o idoso acaba sendo o responsável por denunciar uma problemática familiar existente previamente como a presença de conflitos ou disfunções familiares.

A atuação gerontológica junto ao idoso e seus familiares deve ser compreendida sob diferentes aspectos. Num primeiro momento adotou-se uma atitude, denominada por Pintos (1997) de “gerocentrismo” onde o idoso era o centro da

⁸ Uma família disfuncional é aquela que não cumpre suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital que se encontra e em relação às demandas que ocorrem em seu entorno¹².

atenção dos profissionais que o assistiam, geralmente baseados em interpretações biofisiológicas do envelhecimento. Não destacava ou enfatizava a realidade de que este idoso não viveu e nem vive de forma isolada de seu sistema familiar e vice e versa. Estes são, sem dúvida, os pressupostos do desenvolvimento psicofetivo do idoso e de sua família. As intervenções visavam unicamente o bem-estar do idoso sem necessariamente procederem à análise do conjunto tornando-se não eficazes. Infelizmente este modelo ainda se repete em muitos serviços em nosso meio.

Num segundo momento, continua o autor, transferiram os esquemas de atuação já utilizados com crianças, adolescentes e até adultos para as famílias com idosos o que também é comprometedor, pois no caso dos primeiros há uma expectativa de papel já estabelecida e um papel ou lugar já determinado no contexto familiar. A estrutura, na família dos idosos, é elaborada por si mesma e é a responsável pela dinâmica de funcionamento familiar instalada, ou seja, os idosos foram, na maioria das vezes, os protagonistas das estruturas sistêmicas instaladas e agora são os beneficiários ou as vítimas dela. As relações e vinculações aí estabelecidas derivam deles mesmos, isto é, “as relações e reações familiares na velhice correspondem à maneira como se estruturaram funcionalmente” (PINTOS, 1997). É certo que, em algum momento da vida, os idosos acreditaram que suas famílias seriam companheiras e forneceriam o suporte necessário em sua velhice e é quando essa chega, que os mesmos confirmarão ou não tais expectativas. Devemos compreender, então, que a dinâmica do sistema familiar fica afetada com a alteração funcional de um de seus membros e necessita ser reacomodada bem como reacomodar o membro afetado. Isto, com certeza, demandará certo tempo e pode ser considerada uma reação “normal” ou esperada. Por outro lado, quando essa “não acomodação” torna-se crônica vivencia-se uma situação de disfuncionalidade familiar relacionada a seus vínculos onde o sistema fica desorganizado afetando diretamente as possibilidades individuais de resolução das situações apresentadas e vice-versa (o idoso afeta o sistema familiar e esse afeta o idoso) fechando um ciclo que tende a se perpetuar.

Neste contexto, admite-se a família como unidade de diagnóstico e terapia a partir do reconhecimento de que a doença surge no seio da mesma e é diretamente influenciada por sua organização e funcionamento. Enquanto grupo, é ainda responsável pela origem da maioria das necessidades de seus membros (MINUCHIN, 1990b).

A ausência deste tipo de avaliação pode gerar consequências importantes (tais como negligência e/ou maus tratos aos idosos fragilizados) e ainda, a

completa desestruturação do equilíbrio familiar, o que em última análise diminui ainda mais a capacidade de cuidado destinada ao idoso, fechando um ciclo que pode vir a tornar-se infundável (GANONG e COMENAN, 1997).

Isto segundo Moragas (1997) ocorre em virtude das organizações assistenciais buscarem atender as necessidades dos idosos enquanto sujeitos individuais. Embora considerem suas características familiares, as intervenções não costumam ser familiares, não se destinam normalmente ao grupo como um todo e, portanto, muitas vezes, não conseguem auxiliar no reestabelecimento do equilíbrio dessa unidade conhecida como “instituição familiar”. A família, embora vista como um recurso em benefício do indivíduo, ainda fica à margem dos acontecimentos (ANGELO, 1997).

Conforme descrito por Pepin (1992), em decorrência do desenvolvimento das tecnologias assistivas, o cuidar mudou de lugar, passando dos lares para as instituições e tendo por consequência o rompimento do fluxo de conhecimento sobre as experiências assistenciais que passavam de uma geração a outra. O cuidar foi fragmentado entre o domínio profissional e o não profissional comprometendo desta forma a autonomia e a capacidade das famílias em assistir seus membros doentes. As instituições passaram a ser as responsáveis por prover este cuidado de forma profissional.

A assistência à saúde em geral e a destinada aos idosos em especial, vem sendo reformulada. Com o incremento dos programas de atendimento domiciliário, que concentram nesta faixa etária a maior parte de seus clientes, urge deslocar o olhar dos profissionais de um enfoque mais individual para um olhar mais ampliado incluindo a família como um dos objetivos desta assistência (DUARTE e DIOGO, 2000).

Saúde da Família

Segundo Elsen (1994b), o profissional de saúde enfrenta uma controvérsia ao cuidar ou se propor a cuidar de famílias. Esta diz respeito à compreensão da existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde dos indivíduos, ou seja, a saúde da família não é a somatória da saúde dos indivíduos que a compõe mas sim, possuidora de um “estado de saúde” próprio, único e distinto.

Ao nosso ver faz-se necessário uma definição operacional de família que, compartilhada com os outros elementos da equipe assistencial possa contribuir na objetivação de propostas de ações assistenciais. Esta necessidade é decorrente do fato desta temática suscitar em cada profissional (que também são pessoas)

reflexões acerca de experiências pessoais carregadas de significados cognitivos e afetivos que resultam numa representação própria de família (real ou ideal) baseada em juízos, opiniões, afetos, emoções e expectativas (ALVES, 1994).

Embora muitas sejam as definições existentes, optou-se neste estudo, pela proposta de Whall (1986) para quem *“família é um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada em termos especiais que pode ou não estar relacionado a linhas de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família”*. Nesta definição podem ser observados os componentes interação, compromisso e afetividade e que são, ao nosso ver, essenciais na compreensão e no desenvolvimento do trabalho envolvendo famílias.

Friedman (1992) relata que saúde da família é mais que a somatória de suas partes, ou seja, é maior que a soma do status de saúde de cada um de seus membros. Relaciona-se mais com o funcionamento e a adaptação familiar.

Hanson e Boyd (1996) definem saúde da família como *“modificações dinâmicas relacionadas ao estado de bem-estar às quais incluem os fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais do sistema familiar”*. Tais fatores relacionam-se tanto com os membros familiares quanto com a família enquanto unidade. A saúde de cada membro familiar individualmente afeta o funcionamento da família da mesma forma que o funcionamento da família afeta os membros individualmente. Assim, a avaliação da saúde da família envolve simultaneamente a avaliação dos membros familiares individualmente e da família como um todo.

Elsen (1994b) define a família saudável como *“uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. Atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida”*.

Ângelo (1997) definiu saúde da família “*como a capacidade plena de funcionar como um organismo vivo, refletida em sua capacidade de interagir, em comprometer-se com as demandas do organismo família e em agir em seu benefício*”. O conhecimento da funcionalidade de uma família permite acessar sua dimensão saúde bem como conhecer seus pontos vulneráveis permitindo aos profissionais direcionarem sua assistência de forma a atingirem o seu conjunto.

Parece consenso entre os autores citados que função e funcionamento familiar estão de alguma forma relacionados com a saúde da família. Quando falamos de famílias de idosos devemos lembrar que as funções da família tendem a se modificar para responder às necessidades especiais destes que agora podem estar mais fragilizados. Estas modificações relacionam-se à garantia de satisfação das necessidades físicas e de conforto além de prover suporte emocional ao idoso, manutenção de uma ligação entre a família e a comunidade, a instilação de um senso de significado de vida e o manejo das crises. A dinâmica existente entre os membros familiares pode ter efeitos positivos ou negativos sobre seus membros idosos. Assim, a avaliação da unidade familiar do idoso deve explorar alguns aspectos:

- Como cada membro da família se sente em relação ao idoso e vice-versa?
- Como ocorre a comunicação e interação entre os membros familiares e o idoso?
- Que atitudes, valores e crenças estão presentes nestas relações?
- Que ligações existem entre a unidade familiar e seu entorno?

As relações entre os idosos e seus familiares são influenciadas pelas relações que foram construídas durante toda uma vida e são significativamente importantes na construção de uma rede de suporte e na manutenção de uma família saudável nos anos mais tardios.

A disfunção familiar nas famílias dos idosos pode ocorrer em decorrência do histórico familiar ou em função de eventos mais recentes (divórcio, morte de um membro da família, aumento da dependência do idoso, doença no cuidador, etc). Quando da presença de disfunções familiares, as famílias dos idosos podem:

- ser menos capazes de atender as necessidades físicas, emocionais, sócio-econômicas e espirituais de seus parentes;

- ser muito rígidas em seus papéis, responsabilidades e opiniões;
- ser incapazes ou apresentar má vontade para receber ou obter auxílio de outros;
- apresentar membros com psicopatologias ou distúrbios de conduta;
- ser inexperientes ou ineficazes no manejo das crises;
- ser ineficazes ou inapropriadas em sua comunicação e comportamentos

Frente ao exposto, compreendemos ser cada vez mais necessário na assistência aos idosos a compreensão que estes estão inseridos num contexto familiar em um contínuo processo de interação. A identificação e intervenção nas demandas isoladas dos idosos, sem considerar seu contexto familiar, podem assim, mostrar-se ineficazes. Torna-se então, cada vez mais necessário, a existência de ferramentas que possam facilitar ou auxiliar os profissionais envolvidos na assistência aos idosos a ter uma visão mais globalizada da situação ora apresentada. Para este fim, alguns instrumentos foram desenvolvidos e vem se aperfeiçoando.

Com base no até então exposto, buscamos acessar tais ferramentas de forma a identificar, dentre estas, uma que pudesse ser capaz de auxiliar os profissionais na compreensão da problemática do idoso e de sua família e discorreremos sobre nossos achados a seguir.

Para Herr e Weakland (1979), a família ocupa importante papel na vida do idoso como fator potencializador para manejar os problemas de saúde no envelhecimento. Na avaliação clínica do idoso, continuam os autores, deve ser incluída uma avaliação global, tanto da família nuclear, como da estendida e da modificada. Ainda quanto ao envolvimento familiar, Shanas (1979) e Dabas (1993) apontam a família como o suporte principal para que se evitar ou postergar a institucionalização de idosos mais fragilizados.

Apesar de a maior possibilidade dos idosos dependerem do apoio familiar à medida que envelhecem, não é a dependência o principal fator nas relações do idoso-família. O fator preponderante dessa relação é acima de tudo a interdependência; pois, se em muitas ocasiões os idosos recebem ajuda, em outras, provêm assistência e auxílio aos filhos, netos e bisnetos (DOBROF 1997; SHANAS 1979).

APOIO COMUNITÁRIO

Com a diminuição das famílias, fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, a participação comunitária, por meio dos amigos e vizinhos, é cada vez mais usual como um fator primordial para o desenvolvimento de políticas e programas de atenção ao idoso. Para alguns pesquisadores brasileiros, o cuidado ofertado pela família e comunidade, entendidos como cuidado informal, em parceria com o disponibilizado pelos profissionais, compreendido como cuidado formal, constituem importante suporte aos idosos mais dependentes (NÉRI 2001; PERRACINI e col, 2002; Karsch 2003; SAYEG e MESQUITA 2002).

As ações desencadeadas por essa parceria se efetivam por meio de orientações, esclarecimentos e informações, que viabilizam propostas terapêuticas direcionadas à promoção de saúde do idoso, objetivando sua permanência na comunidade. Sem o apoio formal, essa rede informal de apoio ou de suporte social sente-se desamparada, sem condições de responder às demandas necessárias. É importante ressaltar que, como o processo de envelhecimento não é uniforme, os indivíduos podem atingir idades avançadas com boas condições de saúde, com diferentes demandas à sua rede de suporte social, que não seja para a prestação de cuidados (DOMINGUES 2000; LEMOS e MEDEIROS 2002).

Para atender às várias demandas do idoso, do mais dependente, ao independente, a Organização Panamericana de Saúde na 25ª Conferência Sanitária em 1998, recomendou três programas de atenção ao idoso, com os seguintes objetivos:

- envolvimento com a comunidade para evitar a institucionalização de pessoas debilitadas;
- incentivo à atenção primária de saúde, evitando a hospitalização;
- programas que estimulem a autonomia para os idosos, OPAS (1998).

AMIGOS

Segundo Erbolato (2002), a categoria “*amigos*” pode ser definida como: relacionamentos voluntários, predominantemente entre iguais, resultado do livre-arbítrio, escolhe-se a quem dar e de quem receber afeição, sem obrigatoriedade. São escolhidos com base em semelhanças entre as pessoas (gênero, etnia, *status*,

escolaridade e faixa etária) e por apresentarem atributos considerados desejáveis como lealdade, confiança, valores e interesses comuns.

Para Kickbusch (1995), amigos são “*peessoas que mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas*”.

Quanto às funções desempenhadas, nota-se uma diferença entre as realizadas por familiares e pelos amigos. Estes, mais frequentemente, desempenham um papel pequeno na ajuda ao idoso mais fragilizado, incidindo a maior demanda de cuidados relativos aos cuidados pessoais à família, principalmente às filhas (KARSCH 2003, 1998). Os amigos costumam, mais corriqueiramente, executar atividades instrumentais tais como fazer compras, auxiliar nas atividades domésticas ou fazer companhia (AYÉNDEZ 1994; DOMINGUES 2000).

Segundo Erbolato, isso se deve a dois fatores:

- os amigos geralmente são contemporâneos, apresentando, muitas vezes, as mesmas dificuldades ou limitações, o que dificulta a provisão de cuidados;
- na amizade tudo é voluntário, não havendo assim nenhum caráter de obrigação, como nos vínculos familiares. A provisão fornecida é, portanto, sempre facultativa. Apesar dessas limitações, os amigos representam um vínculo extremamente significativo para o idoso, no que tange à manutenção de sentimentos de bem-estar, diminuindo a solidão e promovendo interação” (ERBOLATO 2002).

VIZINHOS

Com a diminuição das famílias, os amigos, os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, funcionando como um dos pilares da rede de suporte social do indivíduo. Por toda sua importância, como instância que pode facilitar a permanência do idoso no seu meio, essa rede deve ser valorizada e mobilizada, pois é a base dos programas de Prevenção e Promoção de um envelhecimento saudável (OPAS 1998; OPAS 2002).

As relações estabelecidas com os vizinhos podem limitar-se à assistência para serviços ou apoio instrumental, não necessariamente de caráter afetivo, como na amizade (AYÉNDEZ 1994).

Segundo Erbolato (2002), “*são relacionamentos marcados pela proximidade geográfica e contato frequente, duas características que podem ser associadas à*

provisão de auxílio, de informações e de pequenas tarefas, muitas vezes imprescindíveis para aqueles que têm mobilidade limitada”.

REDE DE SUPORTE SOCIAL

Os conceitos de cibernética e posteriormente de teoria sistêmica foram os grandes alicerces para o estudo das redes de relações. Tais redes podem ser entendidas como os vínculos construídos ao longo da vida, nos quais podem imperar o aspecto afetivo, retributivo ou de obrigação (SLUZKI 1997; RAPIZO 1998; SEIXAS 1992).

Outro termo utilizado para conceituar esse fenômeno é o “*Comboio Social*”, definido como “*o conjunto organizado de integrantes de uma rede de relações, que fornece ao indivíduo o apoio e o suporte necessários para enfrentar as adversidades da vida, formando, portanto, um comboio*” (Erbolato 2002). À medida que o indivíduo envelhece, o mesmo ocorre com os que o rodeiam, tanto nas relações familiares, quanto nas comunitárias, havendo, desse modo, um envelhecimento estrutural de sua rede de relacionamentos. Nessa perspectiva, há uma tendência a se evitar o estigma de idoso-problema, pois, entende-se o envelhecimento como um fato que acomete todo o núcleo relacional do indivíduo pois todos envelhecem juntos. A rede possui, dessa maneira, uma característica jovem, madura ou envelhecida, de acordo com a idade, os papéis sociais desempenhados e as demandas de seus componentes (PINTOS, 1997).

Segundo Sluzki (1997), rede de suporte social, é “*o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o distingue da massa anônima da sociedade*”. Para Néri (2001), é “*o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber*”. Essa rede, continua a autora, existe ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, atendendo à motivação básica do ser humano de interação. No envelhecimento, porém, essa rede tende a se contrair em decorrência de dois fatores: morte de seus componentes e diminuição de oportunidades para efetivar novos contatos. Mesmo assim, os vínculos que se mantêm são de grande intensidade, tornando sua atuação bastante efetiva (SLUZKI 1997; CARSTENSEN 1995).

O apoio comunitário e familiar, sistema informal de suporte social, articulado com os profissionais de saúde, sistema formal de atenção, constituem um recurso ímpar para a qualidade da atenção ao idoso (NERI 2001). Conhecer esse elenco de relações, identificá-lo, valorizá-lo e mobilizá-lo é, portanto, de suma importância. Para tanto, faz-se mister a aplicação de **instrumentos** capazes de avaliá-la, dando-lhe visibilidade e identificando seu potencial assistivo.

Dois instrumentos foram traduzidos, adaptados e validados em nosso meio buscando atender a essa demanda:

- Family APGAR traduzido para APGAR de Família
- Mapa Mínimo de Relações

