

O olhar sistêmico à família do idoso fragilizado*

Systemic look at the family of a fragile elderly

Tatiane Dias Casimiro Valença
Luzia Wilma Santana da Silva

RESUMO: A dependência e incapacidade funcional de um membro idoso da família podem provocar alterações na dinâmica e no ciclo vital familiar, apresentando situações antes nunca vivenciadas. O olhar sistêmico sobre a família permite ao profissional de saúde compreender este sistema de interrelação, contribuindo para a inteireza e globalidade do cuidado da pessoa idosa e da sua família. Este trabalho traz uma reflexão teórica com o conhecimento de autores que abordam esta temática.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado; Família; Fisioterapia.

ABSTRACT: *The dependence and functional disability of an elderly member of a family can cause changes in the dynamics and in the life cycle of the family, which presents situations never before experienced. The systemic look at the family allows health professionals to understand this inter-related system, which contributes to a complete and comprehensive care of the elderly and their families. This paper presents a theoretical reflection of the knowledge of authors who address this theme.*

Keywords: *Fragile Elderly; Family; Psychological Therapy.*

* Estudo extraído do eixo teórico de dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UESB. Mestrado Acadêmico – Área de Concentração Saúde Pública/Jequié (BA).

1 O contexto do envelhecimento

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (Papaléo, 2006a), sendo compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requiera assistência – senilidade (Papaléo, 2006a).

Sendo assim, podemos considerar que o conceito de envelhecimento possui dois alicerces: um biológico e outro instrumental. O conceito biológico envolve a velhice e é demarcado através da diminuição gradativa de determinadas características físicas, utilizando o critério de idade para referir-se ao termo idoso. Portanto, o conceito biológico de idoso, ratificado pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), refere-se às pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, correspondendo a um processo no qual ocorre mudanças que estão ligadas ao tempo, iniciando-se no nascimento e tendo continuidade por toda a vida (Smeltzer & Bare, 2002). Já o conceito instrumental de envelhecimento envolve aspectos de caráter social, isto é, distingue a situação do indivíduo considerando a família, o mercado de trabalho e outras esferas da vida social (Camarano, 1999).

As diferenças encontradas no processo de envelhecimento se devem a forma como cada indivíduo organizou seu curso de vida, dependendo das circunstâncias históricas, culturais e sociais que estiveram presentes durante sua trajetória, das diferenças genéticas de cada indivíduo, das interações entre fatores genéticos e ambientais, da incidência de diferentes patologias durante o desenvolvimento normal, dos hábitos adquiridos durante a vida, da estimulação mental recebida, das formas como a pessoa lida com fatores estressores da vida, do apoio psicológico que recebe de outras pessoas e agências em situações difíceis, da atitude positiva ou negativa perante a vida, entre outros fatores que podem minimizar ou maximizar o processo de envelhecimento humano (Neri, 2000; Silva & Gonçalves, 2010; Camarano, 2010).

Igualmente, Neri (2000) afirma que os aspectos fundamentais para a percepção do envelhecimento vão muito além da idade cronológica e dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que lhes são tradicionalmente associados, perpassando pela forma com a qual cada

indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais, e na maneira como o indivíduo percebe a si próprio diante desse processo do envelhecer.

A partir dessas informações, percebe-se que, atualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, mas se apresentando de forma distinta entre os países centrais e os periféricos. No bloco dos países centrais, tal processo se deu de forma lenta e gradual - ao longo de mais de 100 anos - acompanhado de progresso socioeconômico e da melhoria das condições de vida da população, e nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa transição foi vertiginosa, considerando que, no Brasil em 2020, os idosos representarão 12% da população, o que corresponderá a 25 milhões de idosos e que em 2025 deverão ser 32 milhões (Papaléo, 2006b).

Pode-se afirmar que o momento demográfico pelo qual passa o Brasil, com o aumento da longevidade, as baixas taxas de fecundidade e a urbanização acelerada, são fatores que geram um aumento da população idosa, comparado a outras faixas etárias. Estudos na área da gerontologia apontam que o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo, em número de idosos, o que deflagra uma série de preocupações para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde. Exigindo que esses debrucem sobre a questão do envelhecimento e seu impacto na agenda das políticas públicas em especial, para o Sistema Único de Saúde - SUS. Fazendo-se necessário compreender o envelhecimento e tê-lo em foco.

Segundo Papaléo (2006b), dentro desse grupo de pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, sendo acompanhados, naturalmente, pela diminuição de sua independência, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, apresentando 12,8% de crescimento da população idosa e 1,1%, da população total.

Nesse contexto, o avançar da idade sugere alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e que são próprias do envelhecimento normal; porém, a presença das doenças crônico-degenerativas pode induzir modificações maiores, que são exteriorizadas por um processo de dependência e fragilização do *ser* idoso, dependência essa, que é expressa pela ajuda indispensável para a realização de ABVD's (Freitas, Miranda & Nery, 2006).

Portanto, a necessidade de entender e atuar sobre este fenômeno e suas implicações, não só do ponto de vista demográfico, mas também social, psicológico, biológico, econômico, político, histórico e cultural faz, surgir estudos e pesquisas que abordam o tema, de modo que ações sejam desenvolvidas, buscando afirmar os direitos dos idosos expressos no Estatuto do

Idoso (Brasil, 2003), no seu Cap.I, Art. 9º, lugar onde se diz que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Portanto, é imprescindível a formulação de Políticas Públicas que atendam às demandas de saúde das pessoas idosas que apresentam algum tipo de dependência, uma vez que, a presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade.

1.1 Envelhecer bem

Sabe-se que a velhice é a última etapa do ciclo vital, caracterizada por alterações funcionais inevitáveis como o declínio em funções biológicas, em resiliência, em plasticidade e aumento da dependência. Contudo, não se podem confundir tais modificações com aquelas provocadas por afecções crônico-degenerativas que são mais prevalentes na faixa etária da velhice (Papaléo, 2006a), e que levam a instalação de um quadro de incapacidade funcional e de dependência total do ser idoso.

Portanto, no processo dito normal de envelhecer, ocorrem as mudanças típicas do envelhecimento humano, que são determinadas para a espécie e não são patológicas, podendo envolver doenças somáticas crônicas, porém, suficientemente controladas, de modo a não causar impacto à funcionalidade física, mental, psicológica e social do indivíduo (Neri & Yassuda, 2004). Logo, admite-se que na forma de envelhecimento comum os fatores extrínsecos (tipo de dieta, sedentarismo, causas psicossociais, e outras) podem intensificar os efeitos adversos que ocorrem com o passar dos anos, contribuindo para diminuição da independência do idoso (Papaléo, 2006b; Freitas, Miranda & Nery, 2006).

Ainda de acordo com Papaleo Neto (2006b), o envelhecimento bem sucedido pode ser entendido como o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais; alta capacidade de funcionamento mental e físico e envolvimento social ativo com a vida, revelando-se na pessoa idosa, através da manutenção da autonomia, independência e participação ativa pessoal-social e familiar, traduzindo-se em auto-descrição de satisfação e de ajustamento (Neri & Yassuda, 2004).

Cabe ressaltar que, mesmo na presença de doenças e agravos afetivos e sociais, a pessoa idosa pode viver bem a sua velhice com as condições que tem, desde que seja capaz de

acionar recursos pessoais, entre os quais têm realce as estratégias de enfrentamento, as crenças de auto-eficácia, controle e as estratégias de seleção, otimização e compensação (Neri & Yassuda, 2004). Neri já enfatizava, desde 2000, que viver uma boa velhice significa viver um processo contínuo de adaptação e aprendizagem com os ganhos e perdas em busca da integridade e do bem-estar.

Neste sentido, as ciências da saúde têm contribuído para o cuidado integral do ser idoso fragilizado e a Fisioterapia tem se mostrado como ação ímpar nas questões do envelhecimento humano, promovendo o restabelecimento e a manutenção da função motora dessa parcela da população.

1.2 Envelhecer no enfrentamento da doença: a fragilização do ser idoso

Os idosos fragilizados são os que demandam cuidados de longa duração, ou seja, são aqueles que experimentam algum tipo de dificuldade para realizar as atividades da vida diária, o que representa uma perda de autonomia e a necessidade de um cuidador em tempo integral (Camarano, 2010).

As alterações funcionais próprias do envelhecimento, associadas à maior prevalência de doenças crônicas, podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da independência, motivo pelo qual as pessoas idosas, geralmente, são mais dependentes que os jovens (Papaléo, 2006a)

São esperadas, com o envelhecer, modificações físico-funcionais, porém, nos idosos somam-se a isso, as doenças crônico-degenerativas, que têm efeitos deletérios no processo de viver humano das pessoas (Freitas, Miranda & Nery, 2006), levando-as a uma situação de dependência para desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária. Tal situação tem causado mudanças nos padrões de viver dos idosos e de sua família, nas Políticas Públicas de Saúde, nas demandas de formação profissional e nas questões da Previdência Social no cenário brasileiro, em decorrência de um envelhecer dependente, e mais dependente cotidianamente da sociedade.

Deste modo, apesar dos esforços despendidos, sejam individuais sejam na esfera familiar/social, para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria dos idosos experimenta alguma fragilidade nessa fase, que pode ir além do aspecto físico, pois a doença pode trazer consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança, uma vez que o estado de doença acarreta

algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos e alterações na auto-imagem (Diogo & Duarte, 2006).

Nesse contexto, quanto mais funcionalmente incapaz for um indivíduo, maior o grau de dependência, que pode ser traduzida pela necessidade de ajuda para a realização dos atos elementares do cotidiano, afetando sua qualidade de vida na velhice (Neri, 2000). Então, quando ocorrem impedimentos à funcionalidade, aumenta a vulnerabilidade, e a possibilidade de adaptação fica comprometida fala-se em velhice patológica, que é uma condição que, tanto quanto a saúde varia ao longo de um contínuo, no processo de viver humano saúde-doença.

A dita velhice patológica é compatível com o conceito de fragilidade, sendo caracterizada pelo aparecimento ou pelo agravamento de doenças crônicas e incapacitantes que acompanharam o envelhecimento do indivíduo, ou pelo início e curso de doenças irreversíveis, típicas da degeneração celular com a velhice.

Para Neri e Sommerhalder (2002), a dependência de um idoso está relacionada a diversos domínios, além do físico. Como por exemplo, ela pode estar ligada à obtenção de informações que venham a auxiliar na tomada de decisões do idoso, ou na utilização de recursos disponíveis na sociedade para melhorar sua qualidade de vida. Também está relacionado à necessidade de ajuda na realização de atividades práticas que ocorrem fora do ambiente doméstico, como compra de roupas, alimentos ou utensílios, recebimento e execução de pagamentos, deslocamento de um local para outro, e mais.

Além disso, pode ser funcional, ou seja, estar associada a déficits das capacidades funcionais do idoso, resultando na necessidade de ajuda em diferentes graus e dimensões, dependendo do grau de comprometimento, confere, nesse sentido, maior demanda aos entes parentais proximais em primeira instância e social em segunda, avultando-se às necessidades que se mostrarem.

Portanto, a atenção à saúde dos idosos é primordial para preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível. O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente se não houver acompanhamento por profissionais capacitados na área de saúde.

2 A família

2.1 A família ontem e hoje

A família, segundo Levi-Strauss, Gough & Spiro (1977), é um fenômeno universal que se encontra presente em todos e em cada um dos tipos de sociedade. Contudo, ao longo do processo histórico, ela tem passado por transformações que correspondem às mudanças dessa sociedade, assumindo ou renunciando a função de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura e as funções desse sistema familiar (Minuchin, 1982), sendo que, em nível quantitativo, essas transformações referem-se ao número de membros que a compõem, apresentando-se em sentido decrescente, em consequência da diminuição da taxa de nascimento e do aumento da expectativa de vida do idoso no país.

Do ponto de vista qualitativo, observam-se alterações no relacionamento familiar com um padrão intergeracional, na qual crianças e idosos convivem em um mesmo ambiente com percepções distintas da realidade. Portanto, as famílias vêm se tornando cada vez menores e com um número maior de idosos em sua composição, também passando a conviver mais com a prevalência de doenças crônicas e problemas decorrentes do processo de envelhecimento.

O crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho, o que afetou os contratos tradicionais de gênero, nas quais a mulher era a cuidadora e o homem, o provedor. Hoje, a mulher brasileira está assumindo cada vez mais o papel de provedora - a sua renda foi responsável por 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009 - mas, ela ainda, mantém a responsabilidade pelo cuidado dos membros dependentes (Camarano, 2010).

Essas mudanças afetam, substancialmente, a capacidade das famílias ofertarem cuidados à população idosa. É fato já bastante documentado na literatura que, historicamente, esses cuidados foram atribuídos aos membros mais novos da família, que são hoje em menor número, e às mulheres, que atualmente dispõem de menos tempo para o cuidado doméstico. Essas podem ter mais recurso financeiro para pagar pelo cuidado com os membros dependentes, mas, certamente, têm menos tempo. Sumarizando, a oferta de cuidado familiar parece diminuir à medida que a sua demanda aumenta (Camarano, 2010).

Então, a atual família brasileira está em fase de transformação no seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto), para uma multiplicidade de tipos como família monoparental, famílias nucleares mas com laços que não advêm do casamento, mas pela união de fato, famílias reconstituídas ou recompostas, famílias unipessoais, famílias homossexuais, famílias alargadas, entre outras, sendo possível afirmar que não existe hoje um modelo único e generalizado de família no Brasil, compreensão que vai ao encontro dos estudos de Wright e Leahey (2009).

Diante desta multiplicidade de configurações familiares e, considerando a especificidade de cada uma delas, torna-se imprescindível um conhecimento mais abrangente do sistema familiar, fazendo-se necessário que as profissões que atuem neste contexto, a exemplo da Fisioterapia - com o advento da sua atuação no cenário domiciliar ocorrido nos últimos tempos e em franca ascensão - tomem como lastro o conhecimento sobre a dinamicidade estrutural familiar, de modo a garantir uma assistência mais global à família e, no caso específico desse estudo, ao *ser* idoso fragilizado no contexto relacional de sua vivência-experiência.

2.2 O Ciclo Vital Familiar

Podemos pensar a família como um sistema de relações que funciona de acordo com certos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de modo particular e complexo determinado por vários fatores. Sendo assim, podemos entender que a família não é uma entidade estática, mas que está em constante processo de mudança, pois precisa adaptar-se às pressões da vida cotidiana e sobreviver enquanto sistema familiar. Torna-se necessário, portanto, compreender o indivíduo e a família simultaneamente (Cervený & Berthoud, 2002),

Ao olharmos para uma família considerando a qualidade de suas regras, a definição de sua hierarquia, o delineamento dos papéis assumidos por seus membros, e outros tantos aspectos que dão o retrato estrutural daquela família, podemos descrevê-la como tendo uma estrutura um pouco rígida, por vezes assimétrica ou simétrica; porém, há nela valores ético-morais que norteiam as relações no desenvolvimento de sua gênese, mas também há valores que são prejudiciais à continuação dessa gênese.

Assim, a família se mostra uma complexidade humana de pares no *loop* em 360°, numa dinâmica relacional sempre em espiral. Entretanto, também podemos descrevê-la

olhando o seu funcionamento, como os membros se relacionam e mantêm os vínculos. Outro olhar pode percebê-la em relação ao seu ciclo vital (Cervený & Berthoud, 2002). Mas família é sempre uma estrutura a ser desvelada, compreendida e cuidada na multidimensionalidade do seu *ser-existir*.

Nessa perspectiva, o conceito de ciclo vital familiar foi desenvolvido por vários estudiosos como Minuchin (1982), Carter e McGoldrick (1995), Cervený e Berthoud (2002), permitindo evidenciar etapas vivenciadas pela família numa dimensão temporal, de acordo com alguns critérios (idade dos pais, dos filhos, tempo de união de um casal, entre outros) pelos quais a família passa, desde o início de sua constituição em uma geração até a morte do ou dos indivíduos que a iniciaram (Cervený & Berthoud, 2002).

Portanto, podemos compreender o ciclo vital familiar como fases que a família vivencia enquanto sistema, movendo-se através do tempo em que cada estágio se apresenta com características próprias, nas quais as tarefas ou funções são desempenhadas por seus membros ou pela família como um todo (Carter & McGoedrick, 1995).

O ciclo vital individual e o ciclo vital da família caminham em paralelo, sendo impossível compreender o ciclo de vida individual separado do contexto onde o indivíduo está inserido, ou seja, a família, pois dentro de uma perspectiva sistêmica, o homem é percebido como um ser inserido em sistemas, sendo o primeiro e principal, a família (Cervený & Berthoud, 2002).

Portanto, a família vai construindo a sua realidade a partir da história compartilhada por seus membros, formando o cotidiano da vida familiar ao longo do ciclo vital. Em seu caminhar, os afetos, as percepções dos papéis, as funções de cada um, a dinâmica das relações e o investimento emocional também estão em constante mudança e reorganização, fazendo com que, em cada etapa, o significado que o sistema adquire na vida particular de cada indivíduo seja diferenciado. Desse modo, a subjetividade individual é construída a partir da subjetividade do sistema, da mesma forma que esta é construída pelas subjetividades individuais (Cervený & Berthoud, 2002).

Os estágios do ciclo vital familiar foram descritos pelo sociólogo Duvall (1957) em oito etapas, organizadas em torno de fatos nodais, entradas e saídas dos membros, e apresentados por Cervený e Berthoud (2002):

1. Casal sem filhos no qual ocorre o estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade;
2. Famílias com recém-nascido com o ajustamento a exigências de desenvolvimento de uma criança dependente;
3. Famílias com crianças em idade pré-escolar com a adaptação às

necessidades e interesses das crianças, no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento; 4. Famílias com crianças em idade escolar passando a assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase; 5. Famílias com filhos adolescentes onde se busca facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilhar esta tarefa com a comunidade; estabelecer interesses pós-parentais; 6. Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho - saída do último filho), permitindo a separação e o "lançamento" dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar; 7. Casal na meia-idade ("Ninho-Vazio"), ocorrendo a reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas; 8. Envelhecimento quando se busca o ajustamento à aposentadoria; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinha; adaptando-se à aposentadoria e às perdas funcionais.

Contudo, de acordo com Alarcão (2006), essa estruturação do que se denomina ciclo vital familiar pode sofrer alterações nas configurações familiares distintas daquelas que permitiram a sua elaboração, não contemplando a enorme diversidade e as inúmeras configurações de família que temos atualmente, sendo necessário, portanto, equacionar as particularidades desenvolvimentais dessas famílias.

A família, na fase última do ciclo vital apresenta características de fechamento onde o idoso faz uma retrospectiva do que já passou, volta-se para si resgatando as origens; vive o presente convivendo com novos valores já que passa a conviver com gerações distintas, podendo consolidar papéis na ajuda ao cuidado dos netos, ou invertendo a parentalidade sendo ele cuidado pelos filhos, mas também faz planos para o futuro e prepara-se para partir.

De acordo com Cerveny e Berthoud (2002), o idoso portador de uma doença crônica degenerativa pode vivenciar esta fase de maneira muito difícil, pois, começa a rever seu conceito de saúde, incluindo limitações e incômodos no seu dia a dia e, na maioria das vezes, é visto como um peso para as gerações mais novas da família. Ao requerer cuidados, acontece a inversão parental, que para alguns é aceito como afeto e recompensa e para outros como uma perda da própria identidade.

Sendo assim, as mudanças vislumbradas na família vão influenciar diretamente no ciclo vital familiar (Cerveny & Berthoud, 2002), ou seja, o adoecimento de um membro familiar idoso pode afetar as funções dos membros em suas etapas do ciclo vital familiar,

impondo alteração na estrutura e nas relações familiares, e implicando em um ajustamento da estrutura, flexibilidade e recursos da família.

De acordo com Carter e McGoldrick (1995), durante o processo de desenvolvimento vital familiar o estresse gerado com a doença do membro idoso interfere no “equilíbrio” familiar impondo uma reorganização em seus relacionamentos que pode gerar mudanças ou apenas uma reorganização de estrutura em outra etapa do ciclo vital, pois o cuidado recai sobre a família e os membros vão precisar aprender a lidar com as necessidades dos mais velhos como: higiene, vestuário, alimentação, transporte, socialização, entre outras, as demandas instrumentais.

Nesse contexto, a ocorrência da doença crônica na família aciona um processo de socialização com a enfermidade em que os sintomas, a perda da função, as exigências de mudança relacionadas à mesma, as mudanças nos papéis práticos e afetivos, serve para que a família crie ou remodele-se num novo desenho interno. Portanto, em face da doença crônica degenerativa no *ser idoso*, Carter e McGoldrick (1995) afirmam que a família deve ter como objetivo lidar com as demandas desenvolvimentais da doença, sem que seus membros sacrifiquem seu próprio desenvolvimento ou da família como sistema.

3 A família na concepção sistêmica

Vasconcelos (2002:117) discorre que “não se pode conhecer o todo sem se conhecer as partes, mas também não se compreendem as partes sem conhecer bem o todo”. Esta citação ancora-se nas ideias de Ludwig Von Bertalanffy, em seu livro *Teoria Geral dos Sistemas*, publicado em 1968, e marco divisor entre o pensar fragmentador para o integrador. Trata-se de uma mudança paradigmática ocorrida na metade do século passado, do pensar Decartiano de que era preciso fragmentar o todo para se compreender as partes.

Assim, a obra de Bertalanffy promoveu um salto na história e tem sido até os dias atuais, o ideário para compreender a complexidade das relações dos organismos vivos e sociais. Para Bertalanffy (1977), pode-se pensar teoricamente a “ciência sistêmica” a partir da tendência organicista à qual está associada sua teoria. Ele propõe uma teoria de princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, de natureza física, biológica ou sociológica, desenvolvendo princípios básicos da interdisciplinaridade.

A palavra “sistema” derivada do grego *synhistanai* significa colocar junto. Para Capra (1992: 43), “Entender as coisas sistematicamente significa, literalmente, colocá-las dentro de

um contexto, estabelecer a natureza de suas relações”. Nesse sentido, muitos estudiosos da área da sociologia, filosofia, psicologia, e outras, apoiaram-se e sustentaram suas ideias a partir da concepção de sistema trazida por Bertalanffy, em que o sistema é um conjunto constituído por elementos que possuem características próprias e estão em interação, assim como as próprias interações (Bertalanffy, 1977).

Morin (2003) expõe que o sistema apresenta-se como um paradoxo, pois quando olhado sob o ângulo do todo é uno e homogêneo e, sob o olhar dos componentes, é diverso e heterogêneo, no qual o sistema é visto como uma unidade global organizada e não elementar, pois é constituído por partes diversas em interrelações, que dispõem de qualidades próprias e irreduzíveis.

Portanto, nas relações humanas e no contexto da família, esse princípio tem assegurado, ao longo do século XX, o pensar a família dos estudiosos sistemáticos, ampliando o foco sobre esta, de modo a compreendê-la na dimensionalidade da relação, interação, interdependência, fluidez, rede relacional e dinamicidade existencial.

Deste modo, a concepção sistêmica percebe o mundo como uma teia de relações, de conexões entre as diversas partes que compõem um sistema vivo, uma vez que a perspectiva sistêmica tem a ver com conexões, mas, de uma maneira especial, com a ideia poética de que, quando você segura uma flor na mão, descobre que ela está conectada com o universo (Minuchin, Colantino & Minuchin, 1999).

Bertalanffy (1977) destacou que os sistemas são complexos de subsistemas colocados em interação, e esses têm relações entre si e com o meio, em busca de um resultado final – uma equifinalidade.

Esse pesquisador expressou a ideia de que a característica essencial de uma forma viva é sua organização, não bastando investigar os constituintes e os processos de maneira isolada, pois a análise das partes e dos processos, separados, não propicia uma explicação completa do fenômeno da vida. Assim, segundo Bertalanffy (1977), quando as partes de um sistema são organizadas dentro de um padrão, algo emerge deste e do relacionamento das partes, que é maior ou diferente. Enfatiza a importância de se concentrar no padrão dos relacionamentos dentro de um sistema ou entre os sistemas, e não na substância de suas partes. Nessa compreensão e ao direcionar o olhar à família, os terapeutas de família têm, nas últimas décadas, inquietado o cenário das Políticas Públicas de Saúde à Família em países da União Europeia e do continente americano (Silva, 2007).

Ao olharmos a família, notamos que ela é composta de membros que se organizam em outros subsistemas. Cada indivíduo é um subsistema complexo composto de vários subsistemas (físico, psicológico), e ao mesmo tempo, a família é também uma unidade composta por subsistemas mais amplos como a vizinhança, organizações, comunidades religiosas, serviços de saúde (Wright & Leahey, 2009).

A família, qual sistema, é um complexo de elementos em interação, no qual não se conhece uma família quando conhecemos seus componentes separadamente, mas sim, em suas interrelações. Portanto, a família constitui um sistema em que o comportamento de cada um dos membros é independente ao dos outros, podendo ser analisado como um conjunto que funciona como uma totalidade, em que as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros. Portanto, o entendimento de família não corresponde à soma da análise de seus membros (Silva, 2007).

Nesse contexto, qualquer alteração na vida de um dos membros afeta toda a família. Concepção alicerçada na teoria sistêmica que considera a família um sistema aberto, na qual os membros se interrelacionam dentro e fora e com os sistemas extra-familiares, num fluxo dinâmico e recursivo (Andolfi; Angelo; Menghi & Nicollo-Corigliano, 1984).

Assim, é impossível descrever o sistema familiar considerando apenas características específicas de cada parte; é preciso concebê-la no todo, uma vez que a totalidade da família é muito mais que a simples adição de cada membro de forma linear, mas sim, circular recursiva, A afeta B, que afeta C, que afeta, de volta, a A, e assim sucessivamente, ou seja, nenhum de seus membros fica indiferente na interrelação com o meio e com as circunstâncias que envolvem este meio, um princípio designado de recursividade (Bertalanffy, 1977).

A circularidade que envolve a família exige enxergá-la sob a lente da contextualidade, da complexidade e da instabilidade (Vasconcellos, 2002). Este olhar amplia o foco para perceber o processo de viver humano familiar e o de saúde-doença imbricado numa circularidade, pois envolve seus membros pelo sentimento de pertença.

Conceber tal compreensão induz ao pensamento de Alarcão (2006) quando este destaca que todo o cuidado profissional à família deve enveredar pelo estreitamento de relações vinculares, estas, no contexto da inteireza e globalidade do cuidado familiar, ou seja, o cuidado no contexto domiciliar-familiar.

Seguindo este princípio, o Fisioterapeuta, na *práxis* do cuidado domiciliar, deve adentrar o espaço familiar com um olhar ampliado, buscando conhecer as ações e relações dos familiares que convivem com o *ser* idoso fragilizado, estabelecendo laços vinculares de respeito e confiança mútua. Pois cabe a ela a continuidade dos cuidados na ausência deste, e a

motivação e envolvimento do paciente que se revertem em ganhos significativos na reabilitação do idoso (Durães, 2010).

Diante do exposto, é possível perceber que o pensamento sistêmico de compreender a família permite, ao profissional de saúde, e especialmente ao fisioterapeuta, visualizar a multiplicidade de estruturas familiares, a singularidade de cada membro e as interações familiares, conduzindo a uma maior compreensão do binômio idoso–família em seus distintos contextos, e da multidimensionalidade, influenciando decisivamente na qualidade da sua assistência.

Sendo assim, esse profissional precisa buscar conhecer a família desde sua formação na graduação, ampliando esse saber para sua prática profissional no atendimento domiciliar, de modo a elaborar planos de reabilitação que incluam a família como colaboradora ativa na reabilitação do idoso fragilizado.

Conclusão

O envelhecimento tem sido alvo de muitos estudos devido ao crescente número de pessoas idosas na população mundial, sendo necessário, entretanto, que estes trabalhos busquem analisar novas formas de planejamento e gestão para atender as demandas dessa população e do sistema familiar, uma vez que este vem assumindo o papel de primeira fonte de cuidados aos seus membros idosos.

A família, na maioria das vezes, não se encontra preparada para esta responsabilidade, ocorrendo mudanças significativas na estrutura e nos papéis dos seus membros, afetando o ciclo vital familiar. Na última fase desse ciclo, a presença de um ser idoso não necessariamente significa repercussões negativas no sistema familiar, mas, a presença de uma doença crônico-degenerativa pode gerar dependência, provocando mudanças na vida do idoso como também na dinâmica familiar.

Sendo assim, entendemos que o profissional de saúde, no enfoque deste estudo, o Fisioterapeuta, deve buscar compreender o ser idoso nesta última fase do ciclo vital familiar de forma sistêmica, ampliando a sua atuação para além da doença, do indivíduo, contemplando todas as relações e interações que envolvem a pessoa idosa e sua família incluindo esta última como colaboradora ativa no cuidado à pessoa idosa fragilizada no contexto domiciliário.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios familiares*. 3ª ed. Coimbra: Quateto.
- Andolfi, M., Angelo, C; Menghi, P. & Nicollo-Corigliano, A.M. (1984). *Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bertalanffy, L.V. (1968). *General System Theory*. Nova York: Brasiller.
- Bertalanffy, L.V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- Brasil. (2003) Estatuto do Idoso: Lei n.º 10741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Camarano A.A. (1999). *Como vai o idoso brasileiro?* Texto para discussão n.º 681. Rio de Janeiro (RJ): IPAE.
- Camarano, A.A. (2010). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea.
- Capra, F. (1992). *A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. 13ª ed. São Paulo: Cultrix, 1996.
- Carter, B. & Mcgoedrick, M. (1995). *As Mudanças do Ciclo da Vida Familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cerveney, C.M.O. & Berthoud, C.M.E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diogo, M.J.D'E. & Duarte, Y.A.O. (2006). Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Duarte, Y.A.O. (2001). O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de enfermagem: IDS-USP-MS*. Brasília, DF: 185.
- Durães, A.M. (2010). *Fisioterapia no contexto domiciliar - Desvelando suas contribuições ao indivíduo e família no Município de Jequié-BA*. Monografia (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA.
- Freitas, E.V.; Miranda, R.D. & Nery, M.R. (2006). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas, E.; Viana et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Levi-Strauss; Gough, K. & Spiro, M. (1977). *A Família como Instituição*. Porto: Res.
- Minuchin, P.; Colantino, J. & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com Famílias Pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (2003). *O método. A natureza da natureza*. 2ª ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América.
- Neri, A.L. (2000). *E por falar em velhice*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A.L. & Yassuda, M.S. (2004). *Velhice Bem-Sucedida - Aspectos Afetivos e Cognitivos*. 3ª ed. São Paulo: Papirus.

- Neri, A.L. & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. *In: Neri, A.L. (Org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas, SP: Alínea: 9-64.
- Papaléo Netto, M. (2006a). O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. *In: Freitas, E.; Viana et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Papaléo Netto, M. (2006b). *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Silva, L.W.S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2*. Florianópolis, SC. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina/PEN.
- Silva, A.L. & Gonçalves, L.H.T. (2010). *Cuidado à pessoa idosa: estudos no contexto luso-brasileiro*. Porto Alegre: Sulina.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2002). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Vasconcellos, M.J.E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 4ª ed. Campinas, SP: Papirus.
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª ed. São Paulo: Roca.

Recebido em 10/05/2011

Aceito em 20/06/2011

Tatiane Dias Casimiro Valença - Professora Auxiliar do Curso de Fisioterapia. Docente do Departamento de Saúde/UESB. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde PPGES-UESB. Membro da Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital e do Projeto de pesquisa e extensão Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM/UESB.

E-mail: tatidcv@ig.com.br

Luzia Wilma Santana da Silva - Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem PEN/UFSC. Docente do DS/UESB e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde PPGES-UESB. Líder do Grupo de Estudos Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do NIEFAM/UESB.

E-mail: luziawilma@yahoo.com.br