

Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice

Family resilience to the diagnosis of Parkinson's disease in old age

Resiliencia familiar frente al diagnóstico de la enfermedad de Parkinson en la vejez

Larissa Jorge Ferreira de Faria¹

Priscilla Melo Ribeiro Lima²

Nara Liana Pereira-Silva³

Resumo

Este artigo disserta sobre o processo de resiliência familiar diante do diagnóstico de doença de Parkinson (DP) na velhice. Tem como objetivo estudar o processo de envelhecimento com a presença de DP; analisar os conceitos de autonomia e resiliência; e discutir as mudanças na dinâmica familiar e a importância da resiliência diante da DP. Os referenciais teóricos utilizados foram o sistêmico e conceitos desenvolvidos pela Psicologia do *Lifespan*. O idoso, quando diagnosticado com DP, afora enfrentar as mudanças decorrentes da velhice, necessita lidar com as incapacidades decorrentes da doença. Ademais, sua família necessita de readaptação e reajustamento na organização das tarefas e cuidados diários, assim como no tocante aos papéis familiares. Ressaltamos também os conceitos de autonomia e dependência propostos por Margret Baltes. Partindo da definição de resiliência familiar de Walsh, discorreremos sobre as estratégias de enfrentamento do idoso e seu sistema familiar. Foi possível refletir acerca do sofrimento do idoso com DP, os recursos dos quais ele e sua família lançam mão para enfrentar a doença e sua repercussão na dinâmica familiar. Refletimos, também, sobre o papel da Psicologia nesse processo, notando que é um campo ainda pouco explorado.

Palavras-chave: Velhice. Doença de Parkinson. Dinâmica familiar. Resiliência.

Abstract

This article discusses the process of family resilience in relation to the diagnosis of Parkinson's disease (PD) in old age. It aims to study the aging process with the presence of PD; analyze the concepts of autonomy and resilience; and to discuss changes in family dynamics and the importance of resilience to PD. The theoretical references used were the systemic and concepts developed by Lifespan Psychology. The elderly, when diagnosed with PD, in addition to coping with the changes that result from old age, need to deal with the incapacities resulting from the disease. In addition, his family needs readaptation and readjustment in the organization of daily tasks and care, but also in relation to family roles. We also emphasize the concepts of autonomy and dependence proposed by Margret Baltes. Based on the definition of Walsh's family resilience we discuss the coping strategies of the elderly and their family

¹ Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Goiás.

² Mestre e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília. Docente do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás.

³ Mestre e doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, área de concentração Desenvolvimento Humano. Docente do Programa de PósGraduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Faria, L. J. F., Lima, P. M. R. & Pereira-Silva, N. L. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice

system. It was possible to reflect on the suffering of the elderly with PD, the resources that he and his family put in to face the disease and its repercussion in the family dynamics. We also reflect on the role of psychology in this process, noting that it is a field that has not yet been explored.

Key words: Old age. Parkinson's disease. Family dynamics. Resilience.

Resumen

Este artículo diserta sobre el proceso de resiliencia familiar frente al diagnóstico de enfermedad de Parkinson (DP) en la vejez. Tiene como objetivo estudiar el proceso de envejecimiento con la presencia de DP; analizar los conceptos de autonomía y resiliencia; y discutir los cambios en la dinámica familiar y la importancia de la resiliencia ante la DP. Los referenciales teóricos utilizados fueron el sistémico y conceptos desarrollados por la Psicología del Lifespan. El anciano, cuando es diagnosticado con DP, afuera enfrentar los cambios resultantes de la vejez, necesita lidiar con las incapacidades derivadas de la enfermedad. Además, su familia necesita readaptación y reajuste en la organización de las tareas y cuidados diarios, pero también en lo que se refiere a los papeles familiares. Resaltamos también los conceptos de autonomía y dependencia propuestos por Margret Baltes. A partir de la definición de resiliencia familiar de Walsh hablamos sobre las estrategias de enfrentamiento del anciano y su sistema familiar. Es posible reflexionar sobre el sufrimiento del anciano con DP, los recursos que él y su familia se unen para enfrentar la enfermedad y su repercusión en la dinámica familiar. Reflexionamos, también, sobre el papel de la Psicología en ese proceso, notando que es un campo aún poco explorado.

Palabras clave: Vejez. Enfermedad de Parkinson. La dinámica familiar. La resiliencia.

O aumento da expectativa de vida da população mundial, e especificamente brasileira, tem trazido novas demandas tanto para a implementação de políticas públicas voltadas para a população idosa quanto para os profissionais de saúde e da Psicologia. Veras e Oliveira (2018) destacam alguns desafios para a Saúde Pública que, a nosso ver, também são desafios para a Psicologia. Podemos destacar o questionamento sobre como “manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento”, haja vista o envelhecimento corporal e a gradativa perda da autonomia; encontrar formas de “fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos”; e construir caminhos para “manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento” (p. 1930).

Com a etapa da velhice cada vez mais extensa, as doenças crônicas têm se tornado cada vez mais frequentes. Dentre elas, as que são próprias do processo de envelhecimento cerebral, como Mal de Alzheimer e Doença de Parkinson (DP), colocam o sistema familiar do idoso diante de um diagnóstico que traz consigo temores, mudanças e um prognóstico angustiante. No presente artigo, articularemos as mudanças próprias do envelhecimento com os desafios impostos pela DP.

Em meio ao diagnóstico e à evolução da DP, tanto o idoso enfermo quanto sua família passam por várias crises

e necessitam encontrar estratégias de enfrentamento – tanto para as perdas próprias do processo de envelhecimento quanto para a doença. Ao enfrentar tantas perdas, faz-se necessário uma mudança na dinâmica e nas crenças da família, assim como na vida e no papel desempenhado por cada um de seus membros a fim de dar melhor respaldo ao sistema, ao idoso com DP, e lidarem com o evento estressor de forma resiliente, fortalecendo o sistema familiar. O idoso com DP, por sua vez, é desafiado a lidar com a perda gradativa de sua independência em função da doença, além de enfrentar os conflitos característicos da velhice.

Para melhor compreender esse processo, este artigo objetiva estudar o processo de envelhecimento e a fase da velhice com a presença de DP. Para tanto, analisamos os conceitos de autonomia e resiliência que nos forneceram o embasamento para compreender as perdas que o sistema familiar enfrenta. Após a análise desses conceitos, discutimos as mudanças na dinâmica familiar e a importância da resiliência diante da DP.

Mudanças do processo de envelhecimento

A palavra “velho” traz consigo diversos estereótipos e associações, principalmente por estar associada à ideia de morte. Em nossa sociedade contemporânea, a juventude é um ideal cultural que acaba por trazer para a velhice⁴

⁴Nossa escolha em utilizar o termo “velhice” em vez de “terceira idade” é de cunho político e ideológico. Seguindo as análises críticas dos termos classificatórios feitas por Debert (2010, 2012), Peixoto (2000, 2006, 2008, 2009), Minayo e Coimbra Jr. (2002), Lima (2013), Lima, Lima e Coroa (2016), Lima, Viana e Lima (2015), após a garantia da aposentadoria com a Constituição Brasileira de 1988 e as mudanças desencadeadas com a Emenda Constitucional nº 20 de 1998, houve um aumento do número de aposentados entre as classes A e B. Deu-se, então, início a um processo de

disseminação do estilo de vida da classe média entre os aposentados. Até então, grande parte dos sujeitos da categoria “aposentado” era composta por pessoas de classe baixa e que se encontravam em uma situação de incapacidade produtiva – devido ao envelhecimento corporal ou por incapacidade física por consequência de algum acidente laboral. A partir dos meados da década de 1990, a imagem da velhice, criada pela classe média e alta aposentada, começou a ser envolvida por uma busca pela arte do bem viver. Com o benefício previdenciário estendido a todos e todas, surgiu uma nova classe de aposentados

uma conotação negativa. Há uma renegação da velhice, influenciada pelo fato de o corpo velho, com as marcas dos anos, ser o oposto do corpo padrão jovem idealizado no mercado de consumo e no modelo social atual. Esse discurso hegemônico de valorização do jovem e belo constrói e leva a uma associação do corpo envelhecido e do idoso a representações de decrepitude e morte (Lima, Lima & Coroa, 2016).

O envelhecimento é um processo inevitável e inseparável da vida, no qual estão implicadas mudanças biológicas, físicas e psicológicas. Messy (1999), psiquiatra e psicanalista francês pioneiro do estudo da psicanálise da velhice e das demências, ressalta as diferenças entre a velhice e o processo de envelhecimento. Messy afirma que o envelhecimento, como processo, é o “tempo da idade que avança” (p. 23). Velhice, no entanto, remete a uma fase específica da vida, a qual não se sabe precisar quando se inicia, variando de indivíduo para indivíduo. Ela surge por ocasião de uma ruptura brutal de equilíbrio entre as perdas e as aquisições da pessoa, tanto biológicas quanto sociais e cognitivas (Baltes & Baltes, 1990; Messy, 1999). A entrada na velhice está, também, ligada à percepção do próprio corpo, uma vez que o corpo reflete tanto a forma como o indivíduo se vê como a maneira que ele se apresenta ao mundo. A imagem corporal compõe a identidade do sujeito e sofre modificações em todas as fases da vida (Lima & Viana, 2015). Todavia, é na velhice que sua mudança é vivenciada como mais angustiante, seja por aproximar o sujeito da morte, seja por ser socialmente

desvalorizada e evitada. Conforme Debert (2012), houve, ao longo da história do mundo ocidental, uma mudança na percepção do desenvolvimento e do envelhecimento durante a vida. A idade torna-se cada vez mais irrelevante para os ritos de passagem de cada etapa, como casamento, maternidade/paternidade. Com isso, o mercado de consumo tem como núcleo o enaltecimento da juventude. Instala-se a possibilidade para o sujeito ser um “jovem jovem”, como também ser um “velho jovem”. Nesse imaginário social, o processo de envelhecimento e a própria fase da velhice são percebidos como algo negativo, caracterizados apenas pelos desgastes, limitações, perdas físicas e de papéis sociais.

Uma das perdas mais significantes é a do trabalho, ligada ao papel social do indivíduo. Segundo Goldfarb (2006), a aposentadoria representa a saída do mundo do trabalho e a marginalização do sujeito. Em um mundo que valoriza o trabalho e o que se faz na vida, uma pessoa fora do mercado de trabalho e da cadeia de produção pode ser vista como sem utilidade pelo mero fato de não produzir mais. O indivíduo perde, assim, o papel social que costumava exercer, a partir do qual construiu uma identidade, além de perder seu status e uma rede social existente (Lima & Viana, 2015). É notória a dificuldade para investir em novos papéis sociais e manter o engajamento social nessa etapa do desenvolvimento, como observaram Pinto e Neri (2017) e Veiga, Ferreira e Cordeiro (2016).

que passou a aproveitar a aposentadoria para “usufruir da vida”. Emergiu, assim, um movimento de higienização dos termos classificatórios para essa etapa, já que essa nova classe de aposentados não se identificava com a aposentadoria ou com a velhice decrepita, dependente e cansada, consequência de anos de trabalho pesado. Nasceu, então, a “terceira/melhor idade”, sinônimo de uma velhice mais moderna e ativa com necessidades culturais específicas e com espírito ainda jovem. O termo “velhice” foi aos poucos sendo associado ao que não

é politicamente correto, em um processo de silenciamento e negação das dificuldades, perdas e necessidades próprias dessa fase, e de negação das vivências das classes baixas. Utilizar o termo velhice para designar a última etapa do desenvolvimento é, portanto, uma recusa em acatar o processo de aburguesamento da vida após os 60 anos e o silenciamento dos sujeitos velhos das classes baixas.

Velhice, perdas e dependência

Na velhice, o indivíduo enfrenta diversas perdas, além da saída do trabalho, que desencadeiam a perda de um papel social delimitado, como a do papel e status de chefe da família, de pessoas próximas e da vitalidade de seu próprio corpo. Concomitantemente, segundo Cunha (2013), o processo de envelhecimento tem uma base celular e uma base ambiental. Essas bases dizem respeito aos genes envolvidos em processos de reparação, manutenção e reaproveitamento de componentes celulares, e também aos fatores ambientais mais influentes, como a dieta e a atividade física. Apesar de ainda não se conhecer os detalhes e minúcias do processo biológico de envelhecimento, sabe-se que há um retardamento e comprometimento de diversos sistemas fisiológicos e cognitivos, em especial do sistema nervoso, que gera uma paulatina dependência conforme o processo de envelhecimento avança. Pensando a dependência, Torres, Sé e Queroz (2006) distinguem três tipos que vão, aos poucos, se instalando na velhice: a cognitiva, a física, e a comportamental.

A dependência cognitiva relaciona-se à perda de autonomia, ou seja, quando o idoso necessita de alguém para ajudá-lo a compreender o mundo ao seu redor. A dependência física apresenta-se quando há incapacidade de realização de atividades de vida diárias (AVDs) sem ajuda, como arrumar a casa, fazer compras, preparar refeições, entre outros. Já a dependência comportamental relaciona-se ao desamparo aprendido, no qual o idoso tem baixa responsividade acreditando não ser apto para realizar determinada tarefa.

Ainda sobre a dependência, Baltes (1996), em estudo acerca das várias expressões da dependência na velhice, afirma que ela: a) é multifacetada, podendo ser estrutural, emocional, cognitiva, real ou pseudodependência; b) é multifuncional devido ao fato de ela ser necessária em

alguns momentos, como nos primeiros anos de vida, quando dá respaldo à construção de um alto nível de saúde mais à frente no desenvolvimento; c) está presente em todos os estágios da vida, podendo representar a transição entre as fases do desenvolvimento ou estar associada ao contexto socioambiental do indivíduo (dependência aprendida). Esse último caso se assemelha à terceira dependência tratada por Torres, Sé e Queroz (2006). Tendo em vista essas características, percebe-se que a dependência do idoso pode aumentar quando há a presença de uma doença crônica e alterar a dinâmica de toda a família.

Cabe salientar que a dependência pode existir concomitantemente à presença de autonomia. Enquanto o binômio dependência/independência está ligado à capacidade do sujeito em desempenhar suas tarefas diárias, a autonomia é compreendida como a liberdade e capacidade para agir e tomar decisões cotidianas no tocante à própria vida (Baltes, 1996; Ferreira *et al.*, 2012). Baltes (1996) afirma que autonomia é um fator importante na velhice, dando ao idoso o poder de escolher as estratégias de enfrentamento que melhor lhe for conveniente. Portanto, dependência não interfere no juízo de valor ou na capacidade de tomar decisões, logo não significa perda de autonomia. Além disso, é importante que se leve em consideração os diversos tipos de dependência, desde a oriunda de deficiência sensorial, de doença física, até a decorrente de alguma doença crônica (Baltes, 1996).

Outra perda destacada na velhice diz respeito ao corpo. A representação mental do corpo altera ao longo da vida, porém, com o envelhecimento, o indivíduo despede-se do corpo jovem e ágil. Ele percebe que seu corpo caminha cada vez mais para longe do modelo ideal de corpo da sociedade. Segundo Lima (2013), a percepção das mudanças corporais acarreta a perda dos processos de identificação. “O corpo conhecido, com o qual o sujeito adulto conviveu desde a adolescência

transforma-se em um outro corpo, diferente, mas estranhamente familiar” (Lima, 2013, p. 143). Há uma discrepância entre a imagem do corpo refletida no espelho e a percebida internamente. Desse modo, inicia-se o processo de desidealização da autoimagem internalizada. Lima e Viana (2015) e Novo (2003) ressaltam a importância de uma construção de novos ideais e valores durante a transição para a velhice. Para Wolf (1997, citado por Novo, 2003), a crise de desidealização vem logo após a desilusão no contexto das relações interpessoais significativas. No envelhecimento, essa desilusão pode ser representada pela perda do vigor físico e também pela morte de coetâneos. Retomando a discrepância presente no idoso, o indivíduo velho tem a tarefa de lidar com perdas progressivas da função mental e física, e submetê-las a um processo de elaboração interna que pode abalar sua autoestima e seu sentimento de competência pessoal (Lima, 2013; Lima & Viana, 2015).

Somado a todas essas perdas e necessidade de elaboração interna, o idoso e sua família enfrentam, muitas vezes, o estabelecimento de uma doença crônica. Diante disso, necessitam lançar mão de recursos adaptativos para enfrentarem essa situação adversa que provavelmente se perdurará por um longo período. Nos casos em que ocorrem o aparecimento de doenças crônicas como a DP, não é apenas o enfermo que modifica sua vida, o sistema familiar também é afetado desde o diagnóstico. Diversas mudanças são desencadeadas e a família necessita lidar com um evento imprevisível, indesejado e que causa muito sofrimento.

A DP⁵ compõe um quadro nosológico mais amplo denominado de

“Parkinsonismo”. Olanow e Schapira (2015) ressaltam que esse termo cognomina um complexo sintomático manifestado por bradicinesia com rigidez e/ou tremor. Dentre as suas diversas formas, a DP é a mais comum. Essa forma de parkinsonismo se apresenta como crônica, degenerativa e progressiva, consequência da morte dos neurônios produtores do neurotransmissor dopamina, na substância negra encefálica, que auxilia a transmissão de impulsos nervosos de um neurônio a outro. A evolução da DP pode levar a alterações nas funções cognitivas e ao surgimento de sintomas de demências.

Percebe-se uma dificuldade de realização de diagnóstico precocemente, pois seus sintomas são comuns a outras doenças. Quando identificada, é possível um tratamento paliativo, uma vez que não há cura para a DP. O tratamento visa à atenuação dos sintomas e à manutenção da independência e autonomia individual pelo máximo de tempo possível. Entretanto, é necessário o apoio familiar durante todo o processo, inclusive porque o idoso acometido com DP ficará gradualmente debilitado, apresentando decréscimo da força muscular e de condicionamento físico (Peternella & Marcon, 2009). Além disso, o idoso apresentará outras complicações tanto em decorrência da doença quanto das consequências da fase de desenvolvimento da velhice.

A família na etapa tardia e a Doença de Parkinson

A entrada do sujeito na velhice acarreta, além do envelhecimento corporal e da saída do mercado de trabalho, mudanças sociais significativas na dinâmica e organização familiar. Com a

desenvolvimento da DP, além de fatores de herança genética e fatores ambientais como toxinas e traumatismos cranianos.

⁵ Apesar de Barbosa e Sallem (2005) afirmarem que a etiologia da DP é desconhecida, alguns possíveis eventos podem ser analisados como desencadeadores da doença, entre elas o envelhecimento cerebral. As alterações do sistema nervoso na velhice podem facilitar o

saída definitiva dos filhos de casa, ocorre um esvaziamento do lugar de chefe da família – tanto para o homem como para a mulher, afirmam McGoldrick e Shibusawa (2016) e Walsh (1995). Essa etapa do ciclo de vida familiar é denominada de estágio tardio (Carter & McGoldrick, 1995; McGoldrick & Shibusawa, 2016). As relações familiares, então, se transformam. O “ninho vazio” e o consequente arrefecimento na intensidade das relações com os filhos acarretam a necessidade de elaboração de uma nova forma de se perceber nesse contexto. Deixar de ser o foco central da dinâmica familiar e ceder esse lugar aos filhos nem sempre é fácil. Walsh (2016) ressalta que o surgimento de doenças incapacitantes e doenças crônicas, somada à consequente perda da independência e à mudança nas relações com os filhos – que passam a ser os cuidadores e detentores de poder de decisão –, impõe um sofrimento significativo aos membros familiares. Ser cuidado e depender dos filhos após ter sustentado o papel e lugar de cuidador e provedor é, quase sempre, fonte de sofrimento. Há, assim, um esvaziamento do valor narcísico de sua imagem.

Alguns idosos lançam mão de tentativas de recuperar essa imagem buscando refúgio naquilo que conseguiu transmitir às gerações subsequentes e nas crenças que orientaram sua vida (Jerusalinsky, 2001; Lima & Viana, 2015). Elaborar essa perda narcísica da posição de poder torna-se, então, uma importante tarefa da velhice. Além disso, é fundamental que a dignidade, o respeito e o envolvimento afetivo significativo em relação ao idoso, portador de uma doença crônica ou não, sejam preservados, nos alerta Walsh (2016).

A última fase do ciclo de vida familiar representa a síntese do desenvolvimento da família, além de salientar contradições e lacunas existentes durante a trajetória familiar. Silva, Alves e Coelho (1997) analisam esse último estágio

sob dois aspectos: ruptura e continuidade. O primeiro representado pelo rompimento de laços com o trabalho e com o *status* que tinha na comunidade. O segundo refere-se ao vínculo intergeracional possibilitado pelos filhos e netos, dando prosseguimento à família. Esse segundo estágio compreende o período quando os pais idosos começam a necessitar cada vez mais do auxílio dos filhos em diversos âmbitos da vida cotidiana. Normalmente, a família com um indivíduo diagnosticado com DP se encontra na última etapa do seu ciclo de desenvolvimento. Ou seja, além de já estar lidando com as perdas e adaptações advindas da velhice, é necessário se adaptar às mudanças decorrentes da doença. Nesse sentido, consideramos a família como uma rede de apoio informal e que está presente durante toda a evolução da DP. Dessa forma, vai adaptando-se às adversidades consequentes da doença e auxiliando o idoso em sua dependência crescente, uma vez que essa doença compromete a coordenação motora e os movimentos do indivíduo; resultando, em seu estágio final, na imobilidade física total.

Foi possível observar a relação entre o idoso com DP e sua família em pesquisa exploratória feita por Souza, Barbosa, Silva e Campos Júnior (2014). O estudo foi realizado com 10 pacientes com DP entre 47 e 86 anos e um familiar de cada paciente. Relatou-se que o maior sofrimento foi decorrente da descoberta da doença, com diversas reações, entretanto houve a manutenção de uma relação de carinho e respeito salientado de forma positiva pela maioria dos pacientes. Apenas quatro entrevistados se mostraram queixosos com receio de estar incomodando ou atrapalhando seus familiares. Esse comportamento, visto como revolta na pesquisa de Navarro-Peternella e Marcon (2010), está associado “à não aceitação do novo estilo de vida e das incapacidades aumentadas diariamente” (p. 418).

As relações familiares são alteradas após o diagnóstico, fato ressaltado por sete

familiares da pesquisa de Souza *et al.* (2014). Os parentes se mobilizam quanto aos cuidados do idoso, desenvolvendo mais sensibilidade com o enfermo. Além disso, há a escolha de um cuidador principal, que geralmente se dá devido à relação afetiva mais próxima que o indivíduo tem com o idoso. O estudo percebeu que os familiares são presentes, solícitos ao tratamento e se preocupam em manter um ambiente saudável para o doente.

Devido ao fato de a doença crônica causar dependência, Neri e Sommerhalder (2002) destacam quatro tipos de ajuda que podem ser despendidas. A primeira forma de ajuda seria a material, incluindo recursos financeiros para melhorar as condições de vida do idoso. A segunda, instrumental, que incluiria ajuda direta na alimentação, mobilidade, higiene pessoal, vestir e despir o idoso, além das atividades instrumentais da vida diária. A terceira seria a ajuda socioemocional, que diz respeito a conversar, ouvir e consolar o idoso. A quarta seria a cognitivo-informativa, na qual o idoso é ajudado a tomar decisões.

Em relação ao perfil do cuidador, Neri e Sommerhalder (2002) destacam a predominância de cuidadores do gênero feminino, o que também foi encontrado no estudo de Gonçalves *et al.* (2013). Começando pela esposa do idoso, seguida pela filha mais velha, geralmente já casada e com filhos, depois, na hierarquia, vem a filha viúva e, em seguida, a filha solteira. Segundo o estudo, raramente o cuidador é uma pessoa jovem e, mais raramente ainda, é um homem. Gonçalves *et al.* (2013) tiveram uma amostra de familiares cuidadores com uma média de 50 anos de idade e 89% do sexo feminino. O processo de cuidar provoca alterações tanto na rotina quanto no bem-estar do cuidador e de sua família, como destacam Neri e Sommerhalder (2002), assim como crescente estresse e desgaste que essa tarefa causa.

O curso das doenças crônicas, para Rolland (2016), pode assumir três formas:

progressiva, constante ou recorrente/episódica. A primeira forma engloba doenças continuamente sintomáticas com evolução da severidade. Alguns exemplos são a doença de Alzheimer e DP. Essas doenças exigem uma contínua adaptação e mudança de papéis dos membros da família. Praticamente não há momentos de alívio, em que os sintomas diminuam, portanto, é necessária uma disposição e atenção constante do cuidador, o que aumenta o grau de estresse e exaustão deste. A segunda forma é decorrente de um evento inicial e posteriormente há a estabilização do quadro. A cronicidade resume-se a algum déficit claro ou limitação residual funcional, como em derrames. Nesse caso, a família necessita de se adequar rapidamente à doença, porém a mudança restringe-se principalmente no evento inicial. O cuidado gasto após ele é estável e previsível.

A terceira forma, o curso recorrente/episódico, característico de úlcera péptica e estágios iniciais de esclerose múltipla, apresenta variações no quadro da doença. Segundo o autor, existem períodos estáveis, com pouco ou nenhum sintoma, e momentos de exacerbação. Com esse curso, é possível a família seguir uma “rotina” de cuidado, entretanto há a tensão de que os sintomas podem reaparecer em instantes, sendo imprevisível.

Após diagnóstico de DP, há a constatação de que, com o tempo, o idoso se tornará dependente. É da família que ele recebe os primeiros cuidados, sendo uma importante rede de apoio informal ao idoso, como ressaltam Neri e Sommerhalder (2002). Esse cuidado, entretanto, deve ser realístico, respeitando as limitações físicas, emocionais e sociais do cuidador (Rolland, 2016; Walsh, 1995), principalmente se ambos coabitarem na mesma casa. Há um aumento de estresse e sobrecarga da tarefa de cuidar, diminuindo o tempo que o cuidador tem para si próprio, segundo Gonçalves *et al.* (2013).

Segundo o modelo de estresse do

cuidador de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff (1990, citado por Neri & Sommerhalder, 2002), o cuidador enfrenta dois tipos de estressores: os primários e os secundários. Os primários referem-se às necessidades e exigências do idoso, que perduram e, muitas vezes, se intensificam ao longo do tempo. Também inclui o dispêndio do cuidador para assistir o idoso, reestruturando sua vida privada e seus relacionamentos, assim como o enfermo. Os estressores secundários podem ser consequências dos primários, principalmente devido ao tempo em que o cuidado se mantém. Englobam elementos externos relacionados ao papel social e aos próprios cuidados, mas, também, abarcam conflitos intrapsíquicos ligados aos conflitos familiares sobre a incapacidade do enfermo ou do grau da doença e estratégias para lidar com a situação.

Knight *et al.* (2000 citado por Neri & Sommerhalder, 2002), teorizam acerca das estratégias de enfrentamento do próprio cuidador. Sendo ele um membro da família, além de ter que lidar com a crise do diagnóstico e da repercussão no sistema familiar, precisa ser resiliente com o papel que assumiu de cuidador do idoso com DP. Portanto, o cuidador de um idoso com doença crônica lida com duas crises concomitantemente, podendo aumentar o risco de estresse e exaustão. Destacamos a importância do processo de resiliência, que é fundamental para o enfrentamento tanto do diagnóstico quanto das fases de evolução e das consequências psíquicas que os membros da família sofrerão.

Resiliência familiar e estratégias de enfrentamento

Walsh (2016) afirma que o conceito de resiliência familiar amplia o conhecimento acerca do funcionamento do sistema familiar diante de adversidades. Dessa forma, resiliência familiar

envolve o potencial para recuperação,

reparo e crescimento nas famílias que enfrentam sérios desafios na vida. [...] capacidade de resistir e se recuperar de desafios vitais perturbadores [...] envolve processos dinâmicos que estimulam a adaptação positiva dentro do contexto de adversidades significativas [...] e possibilitam a recuperação e o crescimento. (p. 399)

Em trabalho anterior, Walsh (2005) destaca a característica da resiliência de “experimentar ao mesmo tempo sofrimento e coragem, enfrentar eficientemente as dificuldades, tanto no âmbito interno quanto interpessoal” (p. 6). Rutter (1985) e Werner (1993, citado por Walsh, 2005) observaram que a probabilidade do processo de resiliência aumenta com a presença de uma relação de apoio. Geralmente, essa relação estabelece-se na família ou com os respectivos cuidadores, capazes de criar um ambiente no qual o indivíduo se sinta aceito e amparado. Sendo assim, esse sujeito tem figuras de apoio que reforçam seu empenho em lidar com a situação estressora. Portanto, para entender resiliência, é preciso ter um olhar mais amplo abarcando o círculo de interação interpessoal do indivíduo e seu sistema familiar.

Walsh (2005) destaca a importância dessa visão sistêmica que envolve o contexto histórico e situacional do indivíduo, enxergando-o como integrante de um sistema, com o qual estabelece um vínculo dialético. Com essa visão, a resiliência não se limita ao indivíduo, mas se expande para as relações que ele estabelece com os outros e com o mundo. Além disso, leva-se em consideração sua história familiar, entre as gerações que, de certa forma, influenciam suas atitudes e sua capacidade de resiliência. Walsh (2016) destaca também a necessidade de mais duas dimensões para se estudar resiliência: ecológica e desenvolvimental. A primeira complementa a sistêmica, pois trabalha com redes sociais amplas como escola, família, trabalho, grupos de amigos. Essas redes

interagem e atuam tanto nos fatores de risco como no processo de resiliência.

Interagindo com as dimensões sistêmica e ecológica, está a desenvolvimental, que lança um olhar sobre o crescimento do indivíduo na família e os enfrentamentos que teve ao longo da vida. Walsh (2005) destaca que a maioria dos estresses que se enfrenta vem de um conjunto de estímulos e condições que foram se acumulando ao longo do tempo. Portanto, é impossível avaliar a resiliência com base apenas no momento presente do sujeito ou olhando apenas para as circunstâncias que o envolvem atualmente.

Com essas três dimensões juntas e dialogando entre si, é possível ampliar a compreensão da definição de resiliência. Por conseguinte, compreende-se melhor como a resiliência se manifesta e se desenvolve, variando de acordo com as experiências e o ambiente de cada indivíduo. De acordo com Walsh (2005, 2016), a resiliência é algo processual, desenvolvida ao longo da vida do sujeito, tendo variáveis níveis de acordo com cada indivíduo. Ela é construída a partir da relação com o social e com o ambiente, bebendo na fonte dos recursos individuais já adquiridos. A autora destaca, também, a importância das relações psicossociais desenvolvidas além da própria personalidade da pessoa.

Partindo da base teórica de Walsh, a psicóloga Yunes foi uma das pioneiras a estudar sobre resiliência familiar no Brasil. Yunes (2003) constata que resiliência ainda é um termo desconhecido para muitos no país, principalmente na academia. Segundo Souza e Cerveny (2006), os estudos brasileiros sobre resiliência começaram no final da década de 1990, com Hutz, Koller e Bandeira (1996), e Hoppe (1998). As pesquisas de 1996 envolveram um olhar ecológico sobre vulnerabilidade, fatores de risco e de proteção, e a de 1998 enfocou as redes de apoio social e afetivo de crianças que passavam por alguma situação de risco. De acordo com Souza e Cerveny (2006), as

pesquisas brasileiras que se seguiram tiveram as mesmas temáticas estrangeiras.

Em seu estudo acerca das estratégias de enfrentamento da família diante da doença crônica, Rolland (2016) destaca algumas tarefas desenvolvimentais que podem “requerer pontos fortes, atitudes ou mudanças significativamente diferentes para a adaptação familiar” (p. 458). Seu estudo elenca três fases da doença com tarefas específicas: crise, crônica e terminal. A fase de crise é o período sintomático anterior ao diagnóstico e se estende até o período inicial de remanejamento após o diagnóstico. Além disso, abarca o planejamento do tratamento. A crise demandaria as seguintes tarefas do sujeito doente: a) aprender a lidar com a dor, incapacitação e sintomas; b) aprender a lidar com o ambiente hospitalar e com os procedimentos terapêuticos; c) estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe de saúde e cuidadores. Para tanto, Rolland (2016) ressalta as seguintes tarefas a serem desenvolvidas pela família:

- (1) criar um significado para o evento da doença que maximize um senso de controle e competência; (2) fazer um luto pela perda da “vida” normal de antes da doença; (3) aceitar gradualmente a doença como de longa duração, ao mesmo tempo mantendo um senso de continuidade entre seu passado e futuro; (4) unirem-se para enfrentar a crise imediata; e (5) em face da incerteza, desenvolver flexibilidade quanto aos objetivos futuros. (p. 461)

A segunda fase é a crônica, na qual o idoso e a família enfrentam tanto mudanças psicológicas quanto a necessidade de planejamento de uma estratégia contínua de enfrentamento. O tempo de duração dessa fase varia de acordo com o curso da doença e é nela que a família pode ficar sobrecarregada e experimentar a exaustão. Na tentativa de exercer sua função, muitas vezes o cuidador desrespeita a autonomia do idoso e assume que o idoso é mais dependente do que realmente o é como forma de tentar diminuir a sobrecarga

e o estresse advindo de sua função. No caso da DP, o cuidado necessário é primordialmente instrumental, isto é, envolve os cuidados com a casa e os cuidados pessoais do idoso, como alimentação e higiene. O cuidado aumenta proporcionalmente ao grau de dependência em decorrência da doença, como a progressiva instabilidade postural e rigidez corporal na DP, destacam Neri e Sommerhalder (2002). A fase terminal, por sua vez, envolve o processo de lidar com a inevitabilidade da morte. Além disso, a família precisa lidar com temas como o luto pela perda e a retomada da rotina após a morte (Rolland, 1995, 2016).

A DP evolui gradativamente e seus sintomas demoram a aparecer. Portanto, a presença de um cuidador só será necessária em um nível mais avançado da doença. Os tremores começam com baixa frequência, permitindo ao idoso se alimentar e executar outras atividades de coordenação motora fina. Com a evolução da doença, no entanto, atividades diárias tornam-se mais difíceis de serem realizadas, tais como autocuidado e zelo com a casa. Perante as perdas da doença, com as perdas características da velhice, o indivíduo tem três possibilidades, segundo Baltes (1996): 1. Desistir da atividade ou domínio prejudicado; 2. Compensar a fraqueza procurando novos meios e comportamentos de alcançar o objetivo, que aquela atividade ou domínio traz; ou 3. Atribuir novos significados e habilidades à tarefa. Essa última possibilidade pode ser considerada uma forma de resiliência do próprio indivíduo diante sua limitação e implica em dependência autorregulada. Utilizando-se dessa forma de dependência, o idoso tem a possibilidade de, apesar de tornar-se progressivamente dependente em algumas atividades às quais não consegue mais executar, investir mais energia em atividades de maior prioridade nas quais seu desempenho ainda se mantém.

Essa terceira forma de enfrentamento das limitações configura-se

como uma forma de resiliência e ajustamento que o idoso pode utilizar para compensar as perdas decorrentes tanto da velhice como da doença crônica. Essa forma de dependência autorregulada está associada ao modelo de otimização seletiva com compensação, proposto por Baltes em sua *Psicologia do Lifespan* (Baltes, 1996; Baltes & Baltes, 1990).

Tendo como pressuposto a concepção de que o curso da vida consiste em uma constante mudança nos objetivos e meios para alcançá-los, e a fim de orquestrar todas as demandas e pressões, o indivíduo lança mão do processo de Seleção-Otimização-Compensação (SOC) descrito por Baltes e Baltes (1990) e posteriormente desenvolvido por Baltes (2000), Baltes e Smith (2004), Lima e Coelho (2011) e Neri (2006). A seleção envolve a identificação dos objetivos a serem alcançados, que variam a cada etapa da vida, e o estreitamento das potencialidades a fim de buscar o resultado desejado. A seleção também pode ser orientada para a recuperação de perdas de determinadas capacidades e vai requerer do indivíduo o remanejamento de prioridades e metas, como no caso do idoso com DP.

A otimização abrange a aquisição ou articulação de meios, internos ou externos, objetivando viabilizar a conquista dos alvos estabelecidos, e buscar contextos que melhor favorecem a obtenção desses resultados. Isso implica na redistribuição dos recursos internos e externos para que a aquisição do que foi selecionado se torne realidade. O indivíduo, então, poderá lançar mão de recursos da educação e do suporte social, por exemplo, em direção à sua saúde, habilidades sociais, entre outros.

A compensação se constitui na reação à perda dos meios obtidos pela otimização para a conquista dos objetivos idealizados, seja devido à perda das fontes disponíveis, mudanças nos contextos adaptativos, seja devido ao reajuste das estruturas dos objetivos. Lançar mão da compensação envolve o recrutamento de

novas maneiras para atingir o mesmo objetivo.

Os resultados obtidos no fim do processo de SOC são: maximização dos ganhos objetivos e subjetivos, minimização das perdas, desenvolvimento bem-sucedido como consequência de objetivos importantes alcançados, manutenção de funções adquiridas, incluindo resiliência, e regulação das perdas. As estratégias de seleção, otimização e compensação são utilizadas a cada mudança ocorrida no curso de vida do indivíduo, em decorrência de influências normativas graduadas por idade, pela história ou não normativas, como a DP (Lima & Coelho, 2011).

Diante da perda de habilidades no manejo das atividades diárias, como alimentação e higiene pessoal, o idoso acaba por aceitar a dependência de outrem de forma a poupar energia, que será direcionada às funções ainda intactas. Abrir mão de certas capacidades comprometidas é uma forma de SOC e pode corroborar para um envelhecimento bem-sucedido, apesar das perdas e enfraquecimento de domínios, primordialmente o físico, na DP. É possível manter vários domínios, principalmente os cognitivos, até o estágio mais avançado da doença e, portanto, manter um envelhecimento bem-sucedido apesar da doença.

Essa constatação vai de encontro ao conceito de envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990). Em seu estudo, esse conceito é elaborado a partir de um idoso saudável, incluindo o critério de saúde física como garantia do envelhecimento bem-sucedido. Um dos critérios de análise da conquista de um envelhecimento bem-sucedido é o equilíbrio entre aspectos quantitativos e qualitativos de vida. Baltes e Baltes destacam os multicritérios do conceito: duração de vida; saúde física; saúde mental; eficácia cognitiva; competência social e produtividade; controle pessoal; satisfação de vida. Entretanto, mesmo com a saúde física, produtividade e controle pessoal

afetados pela DP, ressaltamos que ainda é possível vivenciar uma velhice bem-sucedida, pois esta depende da capacidade de articular ganhos e perdas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), a garantia da satisfação na velhice envolve a preservação e o incentivo da independência e autonomia do indivíduo. Essa constatação também foi observada no estudo de Ferreira (2016) com 10 participantes com DP e 10 cuidadores, em que os cuidadores relataram incentivar o idoso a tomar decisões pessoais. Esse estudo destacou a associação de conhecimento sobre a doença à qualidade de vida. O conhecimento do curso da doença e o que esperar ajuda o idoso a ter domínio de sua situação e a diminuir sua ansiedade e insegurança. Portanto, a qualidade e satisfação de vida, assim como uma velhice bem-sucedida, têm outras formas de serem vivenciadas, mesmo com a presença de doenças crônicas. O domínio de informação acerca da enfermidade corrobora para a reconquista proporcional do controle pessoal, e as estratégias SOC podem reafirmar a autonomia do sujeito.

Uns dos componentes da resiliência familiar são as estratégias de *coping*, ou seja, recursos que a família tem para enfrentar a crise e o fator estressor. Com base nisso, existem algumas estratégias de enfrentamento comuns às famílias que foram estudadas por diversos pesquisadores. Dentre eles, destacaremos os trabalhos de Walsh (2005, 2016) por ter sido um dos pioneiros e mais influente na categoria de resiliência familiar.

Estratégias de enfrentamento

Walsh (2005, 2016) elenca as estratégias de enfrentamento em três categorias: a) sistema de crenças, b) processos organizacionais, c) processos de comunicação. Cada uma delas será analisada detalhadamente a seguir. O *sistema de crenças* abrange as crenças, atitudes e valores familiares que funcionam

como lentes para o mundo, influenciando o que e como o indivíduo e a família enxergam, a maneira como veem e lidam com as situações. Para Walsh (2005), as crenças, de certa forma, definem a realidade. Quando a família se vê diante de um problema, as suas crenças facilitadoras permitirão crescimento e a percepção de um leque de resolução de problemas ou, no caso de crenças restritivas, causarão o prolongamento do problema e a restrição das opções de solução. Crenças e ações são interdependentes e agem de forma a se confirmarem ou alterarem (Walsh, 2016). As principais crenças presentes na resiliência familiar são, a partir dessa perspectiva, a capacidade de se extrair sentido da adversidade, uma perspectiva positiva e a transcendência e espiritualidade.

A segunda categoria de estratégia de enfrentamento são os *padrões organizacionais*, que dão apoio à integração da unidade familiar. Eles definem os relacionamentos e regulam os comportamentos, estão ligados a expectativas mútuas de uma relação e normas reforçadas pelo sistema cultural no qual a família está inserida e pelo sistema de crenças familiares. Os elementos organizacionais da família, segundo Walsh (2005, 2016), passam pelos processos de flexibilidade e capacidade de mudança, conexão e vínculo emocional, e recursos sociais e econômicos.

A última categoria proposta são os *processos de comunicação*. Walsh (2016) ressalta a dificuldade de um consenso inicial sobre o significado de boa comunicação para cada um dos familiares e, com as mudanças da cultura, apresentando alto nível de exigência dos indivíduos, a existência de boa comunicação fica cada vez mais complexa e difícil. Portanto, Walsh destacou aspectos importantes da comunicação fundamentais para a resiliência familiar – clareza, compartilhamento emocional aberto e resolução colaborativa dos problemas.

Essas são estratégias de enfrentamento gerais, encontradas na dinâmica de famílias quando elas têm de lidar com crises ou eventos estressores, sejam horizontais ou verticais. Carter e McGoldrick (1995) e McGoldrick e Shibusawa (2016) relacionam esses estressores com o fluxo de ansiedade presente na família. Os estressores horizontais ocorrem ao longo do tempo e estão divididos em desenvolvimentais e imprevisíveis. Os primeiros são inevitáveis e presumíveis, pois têm origem nas mudanças do ciclo de vida familiar. Eles se apresentam no nascimento de um filho (crise de acréscimo), na saída dos filhos da casa dos pais, perda de algum parente (crise de desmembramento). Os estressores horizontais imprevisíveis não são esperados, como morte precoce e doenças crônicas.

Os estressores verticais são transgeracionais e, portanto, mais enraizados no sistema. Incluem padrões de funcionamento da família, suas crenças e segredos. Carter e McGoldrick (1995) ressaltam a interseção entre estressores verticais e horizontais e a influência que eles têm entre si. Em concordância com Walsh (1995), as autoras mostram que estressores verticais podem aumentar a crise e a ansiedade de um evento momentâneo ou de um estressor horizontal, caso eles se contradizem ou diminuir o efeito negativo se os estressores forem consensuais. Os estressores verticais fazem-se mais fortes quanto mais interno da família for o olhar, crescendo no sentido comunidade, família ampliada, família nuclear e indivíduo.

Tendo isso em vista, a DP e as mudanças da velhice enquadram-se em estressores horizontais. A doença crônica, por sua vez, é uma crise que estará presente por muito tempo no sistema familiar e é necessário que seus membros utilizem recursos adquiridos ao longo de sua história; mas, também, busquem novas formas de *coping* em uma constante

adaptação e ajustamento de estratégias de enfrentamento. Em paralelo, ainda há os eventos estressores esperados na velhice. Para compreensão desse quadro, é necessário um aprofundamento nas mudanças do ciclo de vida da família, bem como nas alterações causadas pelo envelhecimento e pela entrada na fase da velhice, e suas implicações para o indivíduo e seu sistema familiar.

Considerações finais

O processo de envelhecimento leva o idoso a reavaliar toda sua trajetória de vida, fazendo-o encarar velhos conflitos e lidar com perdas características do último estágio de desenvolvimento. Com a presença de uma doença crônica, como a DP, a situação e os conflitos típicos são acrescidos de um evento estressor horizontal e imprevisível. O indivíduo velho precisará buscar recursos e estratégias de enfrentamento para se adaptar ao diagnóstico e, do mesmo modo que ele, seu sistema familiar.

O diagnóstico de DP em um dos progenitores afeta toda a família, que necessita reestruturar-se para oferecer cuidados ao idoso com dependência progressiva. Somado a isso, o sistema familiar precisará buscar recursos para lidar com o sofrimento de forma resiliente, tanto individualmente como no sistema familiar. Isso é possível com os fatores de proteção existentes: rede de apoio social, coesão familiar e atributos pessoais, como postulado por Poletto e Koller (2008) e Antunes (2011). Entretanto, pode ser necessária ajuda profissional; nesse caso, terapia familiar ou individual, para o cuidador e/ou para o idoso enfermo. Essa ajuda deve levar em consideração a visão sistêmica, ecológica e desenvolvimental, levando em conta a rede social ampla, as relações de interdependências estabelecidas e o histórico tanto do indivíduo como do sistema do qual ele veio. A psicoterapia, familiar e individual, visa ao

aprimoramento dos recursos, habilidades e dos mecanismos de proteção em cada caso, bem como à redução do nível de estresse, oferecendo um lugar em que o indivíduo e a família possam se sentir ouvidos e acolhidos. Assim, a psicoterapia pode ajudar no enfrentamento ao diagnóstico e preparar o idoso, o cuidador e todo o sistema familiar, para lidar com a evolução da doença.

O estresse que acomete o cuidador é nítido e certo de que ocorrerá em determinado momento. Existe o risco desse membro da família que despende cuidados ao idoso se sentir responsável demais, retirando a autonomia do idoso e o vendo apenas como um corpo que precisa de cuidados. Consequentemente a essa assimilação da situação, há o esgotamento emocional, uma vez que o cuidador abdica de muitas atividades particulares para se dedicar ao cuidado do idoso. Além disso, a forma como esse membro compreende a situação adversa e os significados que dá a ela influenciam na forma como ele reage e trata o idoso, bem como se posiciona na nova dinâmica familiar. Um trabalho terapêutico pode ser útil para que o cuidador assimile a situação de uma forma mais benéfica a si, ao idoso e ao sistema familiar, colaborando para a resiliência do grupo.

O idoso com DP lida com muitos conflitos oriundos de vários lugares: a situação imprevisível que leva a uma crise; as perdas da velhice; a mudança na própria imagem corporal; reavaliação das suas experiências e de seu desenvolvimento, entre outros. O que fica salientado nesse idoso é o medo da perda do controle do corpo, pois a DP atinge diretamente a coordenação motora, debilitando-a gradualmente. Portanto, é necessário o indivíduo ter uma postura resiliente própria, com sua própria situação, o que contribui para a resiliência familiar. Ele, por meio de seus recursos, é capaz de buscar a resiliência que será construída ao longo de toda a evolução da doença. Com apoio e coesão da família, o indivíduo pode se

fortalecer e conseguir resolver os conflitos internos alcançando um envelhecimento bem-sucedido, mesmo com a presença da doença crônica. Caso o velho esteja sofrendo em demasia, uma ajuda psicoterápica pode auxiliá-lo nessa trajetória, elaborando o luto das perdas e, inclusive, preparando-o para a morte, mas sem o impedir de viver o tempo que ainda tem, usufruindo da geratividade, da gerotranscendência e estreitando laços com os netos e filhos.

A crise da família com o diagnóstico de DP na velhice é clara, uma vez que, por ser um sistema, todos os seus elementos e o todo se desestabilizam, perdendo a homeostase. Diante de situação adversa de longo prazo, a família se ajusta no que consegue, como elegendo um cuidador, e se adapta às situações além do seu alcance, como a evolução da DP e seu consequente estresse, além de estressores adicionais, conforme postulado por McCubbin e McCubbin (1996 citado por Vanbreda, 2001). Esse reposicionamento em busca de resiliência pode ser difícil em meio a tanto sofrimento e em famílias que não tinham coesão e homeostase anteriormente ao diagnóstico da doença. Nesses casos, principalmente, é necessário acompanhamento psicoterapêutico a fim de auxiliar a família a identificar seus recursos e adquirir novos padrões de funcionamento em função da doença e do idoso.

Apesar de existir esse tipo de ajuda psicoterapêutica, nota-se como ela é pouco buscada, especialmente a terapia familiar. Da mesma forma que o sistema tende a eleger um cuidador e incumbir os cuidados e responsabilidades em uma única função e pessoa, a família tende, muitas vezes, a eleger o idoso como representante do sofrimento e de todo estresse. Dificilmente seus membros tomam consciência de que o sistema familiar também precisa de respaldo e de apoio psicológico, uma vez que ele também passa por diversas modificações e adaptações em decorrência do evento adverso e do consequente

estresse. Ao seguirem o enfrentamento sem essa percepção, a família corre o risco de ser acometida pela culpa por responsabilizar apenas uma pessoa por algo que é de todo o sistema, e, como em um ciclo vicioso, isso aumenta o sofrimento e distancia ainda mais o sistema da homeostase.

O processo de resiliência pode ser lento e penoso para alguns e, principalmente, no caso de resiliência familiar, pois diz respeito não apenas ao indivíduo, mas às inter-relações, crenças coletivas, padrões de funcionamento e dinâmica com papéis já determinados. Cabe à família usufruir de seus recursos e estratégias de enfrentamento para superar a adversidade, lidando com ela da melhor forma, sem estagnação, otimizando as atividades e áreas preservadas com o objetivo de fortalecer os membros e o sistema, enfrentando de forma eficiente e adaptativa o evento estressor que é a DP.

Esse processo envolve reavaliação de crenças e rearranjo dos papéis que cada membro desempenha na família. Uma vez que a DP é crônica, é necessária a seleção de atividades e comportamentos em detrimento de outras, visando dar mais atenção ao idoso e otimizar as inter-relações e os meios, de modo a que acompanhem o progresso da doença dando respaldo ao indivíduo para lidar com ela e, também, apoio aos membros do sistema familiar. Dessa forma, com a otimização vem a compensação, com a qual a família pode buscar novos significados e atividades para compensar o sofrimento e a presença da DP.

Em uma busca pela homeostase, que estará mais fragilizada durante toda a evolução da doença crônica, o sistema familiar adapta e varia de *coping* e de estratégias de enfrentamento conforme o momento e a necessidade. Entretanto, ao conseguir desenvolver a resiliência familiar, o sistema e seus membros estarão mais fortalecidos e serão capazes de lidar com eventos posteriores de forma mais coesa e com menor nível de estresse.

Referências

- Antunes, M. (2010). *Fatores de risco e de proteção associados à resiliência*. Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Baltes, M. (1996). *The Many Faces of Dependency in Old Age*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Barbosa, E., & Sallem, F. (2005). Doença de Parkinson: diagnóstico. *Revista Neurociências*, 13(3), 158-165.
- Caramelli P., Machado, J. C., Barbosa, M. T., & Bahia, V. S. (2013). Demências degenerativas não Alzheimer. In E. V. Freitas & L. Py (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 319-338). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. Macgoldrick (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-393). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, G. L. (2013). Mecanismos biológicos do envelhecimento. In E. V. Freitas & L. Py (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 76-101). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Debert, G. (2012). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp.
- Debert, G. (2010). A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. *Horizontes Antropológicos*, 16(34), 49-70.
- Ferreira, D. (2016). *Percepções do cuidador familiar do idoso com doença de Parkinson em relação ao processo de cuidar*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O. & Moreira, M. A. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518.
- Goldfarb, D. C. (2006). Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In Sesc (Org.). *Velhices: reflexões contemporâneas*. São Paulo: Editora PUC-SESC.
- Gonçalves, L. et al. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 315-325.
- Hoppe, M. (1998). *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hutz, C., Koller, S., & Bandeira, D. (1996). Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco. In S. Koller (Org.). *Coletâneas da ANPEPP*, 1(12), 79-86.
- Lima, P. (2013). *Tempus fugit... carpe diem. Poiesis, psicanálise e velhice*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Lima, P., & Coelho, V. (2011). A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(1), 4-19.
- Lima, P., & Viana, T. (2015). Velhice e psicanálise: corpo, tempo e trabalho na clínica com idosos. In D. Hur, F. Lacerda Júnior & M. Resende (Orgs.). *Psicologia e transformação: intervenções e debates contemporâneos* (pp. 223-246). Goiânia: Editora UFG.
- Lima, S., Lima, P., & Coroa, M. L. (2016). Identidade de velhos: modos de identificação e discursos de

Faria, L. J. F., Lima, P. M. R. & Pereira-Silva, N. L. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice

- resistência na velhice. *Domínios de Linguagem*, 10(3), 903-926.
- McGoldrick, M., & Shibusawa, T. (2016). O ciclo vital familiar. In F. Walsh (Org.). *Processos normativos da família* (pp. 375-397, S. Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Messy J. (1999). *A pessoa idosa não existe*. São Paulo: ALEPH.
- Navarro-Peternella, F., & Marcon, S. (2010). A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e familiares. *Revista Gaúcha de Enferm*, 31(3), 415-422.
- Neri, A., & Sommerhalder, C. (2002). As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In A. Neri (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família* (pp. 9-63). Campinas: Alínea.
- Olanow, C. W., & Schapira, A. H. (2015). Doença de Parkinson e distúrbios do movimento. In S. L. Hauser & S. A. Josephson (Orgs.). *Neurologia clínica de Harrison* (pp. 259-277). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS. Recuperado em 28 maio, 2015, de <https://goo.gl/ZWTbcT>
- Peternella, F., & Marcon, S. (2009). Descobrimos a doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 25-31.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 260-273.
- Poletto, M., & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 373-393). Porto Alegre: Artmed.
- Rolland, J. (2016). Enfrentando os desafios familiares em doenças graves e incapacitantes. In F. Walsh (Ed.). *Processos normativos da família* (pp. 452-482). Porto Alegre: Artmed.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.
- Souza, M., & Cerveny, C. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40(1), 119-125.
- Silva, J., Alves, L., & Coelho, M. (1997). A família em fase última. In C. Cerveny & C. Berthoud (Orgs.). *Família e ciclo vital* (pp. 121-133). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J., Barbosa, A., Silva, A., & Campos Júnior, A. (2014). Doença de Parkinson: atribuição de enfermagem na interação família-doente. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 1(11), 96-101.
- Torres, S., Sé, E., & Queros, N. (2006). Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In M. Diogo, A. Neri & M. Cachioni (Orgs.). *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 87-106). Campinas, SP: Alínea.
- Vanbreda, A. (2001). *Resilience Theory: a Literature Review*. Pretoria, South Africa: South African Military Health Service. Recuperado em 28 maio, 2015, de <https://goo.gl/oPN5eu>
- Veiga, M. R. M., Ferreira, S. C. M., & Cordeiro, A. M. R. (2016). Construção de identidade(s) na velhice: os territórios enquanto marcos identitários. *Psicologia & Sociedade*, 28(3), 453-462.
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de

Faria, L. J. F., Lima, P. M. R. & Pereira-Silva, N. L. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice

- um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936.
- Walsh, F. (1995). A família no estágio tardio da vida. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 269-287). Porto Alegre: Artmed.
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.
- Walsh, F. (2016). Resiliência familiar. In F. Walsh (Ed.). *Processos normativos da família* (pp. 399-427). Porto Alegre, Artmed.
- Yunes, M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(especial), 75-84.

Recebido em: 24/3/2017

Aprovado em: 17/12/2018