

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Yara Beatriz Rosa Maciel Cayres

**PARENTALIDADE INVERTIDA E DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO:
ENFRENTAMENTOS, ADAPTAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA FAMÍLIA**

TAUBATÉ-SP

2020

Yara Beatriz Rosa Maciel Cayres

**PARENTALIDADE INVERTIDA E DOENÇA CRÔNICA DO IDOSO:
ENFRENTAMENTOS, ADAPTAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA FAMÍLIA**

Trabalho de Graduação apresentado para obtenção do certificado de Graduação pelo curso de Psicologia do departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Andreza Maria Neves Manfredini

Taubaté-SP

2020

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU

C385p Cayres, Yara Beatriz Rosa Maciel
Parentalidade invertida e doença crônica do idoso :
enfrentamentos, adaptação e comunicação da família / Yara Beatriz
Rosa Maciel Cayres. -- 2020.
84 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Andreza Maria Neves Manfredini ,
Departamento de Psicologia.

1. Parentalidade invertida. 2. Idoso. 3. Abordagem sistêmica. 4.
Doença crônica. I. Universidade de Taubaté. Departamento de
Psicologia. Curso de Psicologia. II. Título.

CDD – 155.9

Yara Beatriz Rosa Maciel Cayres

Parentalidade invertida e doença crônica do idoso: enfrentamentos, adaptação e comunicação da família

Trabalho de Graduação apresentado para obtenção do certificado de Graduação pelo curso de Psicologia do departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Andreza Maria Neves Manfredini

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Agraço primeiramente à minha Orientadora, Dr^a Andreza Manfredini, por me guiar nessa pesquisa pacientemente.

Aos participantes, que dedicaram tempo para participarem e contribuírem.

Às minhas colegas Isabela Biacchi e Juliana Santos, por me estimularam e oferecerem apoio.

À minha família, que me auxiliaram nessa jornada, especialmente a minha mãe que sempre acreditou no meu potencial.

E a minha avó, que me inspirou a estudar o tema dessa pesquisa.

RESUMO

Com o cenário atual, a longevidade aumenta cada vez mais em virtude dos avanços da medicina e conseqüentemente o número de idoso. O presente estudo buscou investigar e compreender a parentalidade invertida, bem como quais são os meios de enfrentamento e adaptação utilizados pelo sistema familiar diante do idoso com doença crônica. O tipo de pesquisa foi um estudo de caso com abordagem qualitativa e o instrumento aplicado foi a entrevista semiestruturada. Os participantes foram sete filhos cuidadores, que vivenciam a parentalidade invertida com as seguintes características: ser um filho adulto que tenha a função na família de cuidar do idoso por razão da sua doença crônica; os idosos devem estar na faixa etária dos 60 – 90 anos, estejam morando com o parente em questão e possuir doença crônica progressiva. Para a coleta de dados foi utilizado a amostragem bola de neve e a análise de dados foi realizada por categorização. Com os resultados principais foi possível conhecer os meios de adaptação frente ao fenômeno da parentalidade invertida os quais são: ampliação das redes de apoio, organização de uma rotina, busca por prestadores de serviços, suporte nos procedimentos médicos, buscam realizar atividade profissionais e recreativas e procura a religião para oferecer apoio. Logo em seguida, foi possível perceber que houveram mudança nos papéis familiares ocasionados pela doença no idoso, que são: insistir em possuir uma função dentro da família, a escolha pelo membro que irá assumir o papel de cuidado principal. Por último, investigou como a comunicação opera na família diante da parentalidade invertida, a qual foi marcada por: dificuldades para conversar a respeito da divisão de cuidados, dificuldade de receber a mensagem por causa de alguma doença que afetou o idoso, contrariedade ao comunicar a respeito das novas práticas tanto aos idosos quanto aos membros da família, em contrapartida apresenta-se abertura para contextos de comunicação mais afetuosa e de gratidão. Considera-se que, de acordo com os dados coletados, os objetivos de compreender melhor a parentalidade invertida na família foram alcançados, contribuindo pra um maior entendimento desse fenômeno.

Palavras – chave: Parentalidade invertida. Idoso. Abordagem sistêmica. Doença crônica.

ABSTRACT

REVERSED PARENTALITY AND CHRONIC ILLNESS OF THE ELDERLY: CONFRONTATIONS, ADAPTATION AND COMMUNICATION ON THE FAMILY

Like the current scenario in which longevity increases more and more due to medical advances and consequently the number of elderly people. The present study seeks to investigate and understand inverted parenting and to understand and investigate what are the means of adaptation used by the family system in the face of the elderly with chronic disease. The type of research design was qualitative. The instrument that was applied is the semi-structured interview. Participants were 7 caregiver children. Participants were caregiver children who experience reversed parenting with the following characteristics: being an adult child who has the role of caring for the elderly in the family due to their chronic illness; the elderly must be in the age group of 60 - 90 years old, are living with the relative in question and have progressive chronic disease. For data collection, snowball sampling was used. Data analysis was performed by categorization. The main results were to know the means of adaptation to the phenomenon of inverted parenting which are: expansion of the support network, organizing a routine, looking for service providers, support in medical procedures, seeking to carry out professional and recreational activities and looking for religion to offer support. Soon after, it was possible to notice that there were changes in the family roles caused by the disease in the elderly, which are: insisting on having a role within the family, the choice of the member who will assume the role of primary care and what are the challenges of assuming this role? paper. Finally, it investigated how communication operates in the family in the face of inverted parenting, which was marked by: difficulties in talking about the division of care, difficulty in receiving the message because of some disease that affected the elderly person, annoyance when communicating the respect for new practices for both the elderly and family members, on the other hand, there is an opening to contexts of more affectionate communication and gratitude. It is considered that, according to the data collected, the objectives of better understanding inverted parenting in the family have been achieved, contributing to a greater understanding of this phenomenon.

Keywords: Inverted parenting. Seniors. Systemic approach. Chronic disease

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2	OBJETIVOS	11
1.2.1	Objetivo Geral	11
1.2.2	Objetivos Específicos	11
1.3	BENEFÍCIOS	12
1.4	RELEVÂNCIA	12
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	PARENTALIDADE INVERTIDA	14
2.2	DOENÇA CRÔNICA NA VELHICE	19
2.3	CICLO VITAL FAMILIAR E INDIVIDUAL	26
2.4	IDOSO E ENVELHECIMENTO	31
2.5	COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA	37
3	MÉTODO	42
3.1	TIPO DE DELINEAMENTO	42
3.2	PARTICIPANTES	42
3.3	PERFIL SOCIOECONÔMICO	43
3.4	LOCAL DA PESQUISA	45
3.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
3.6	COLETA DE DADOS	45
3.7	ANÁLISE DE DADOS	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
4.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
4.1.1	Categoria 1- Meios utilizados pelos filhos cuidadores e o sistema familiar para lidar com os cuidados atribuídos a idosos com doenças crônicas	49
4.1.2	Categoria 2 - Compreender os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso	57
4.1.3	Categoria 3 – A comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso	62
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXOS	76
	ANEXO A - Roteiro de Entrevista	76
	ANEXO B - Perfil Socioeconômico	77
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82

1 INTRODUÇÃO

Para habitante de país em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como idoso a pessoa que têm 60 anos ou mais; para habitante de país desenvolvido, a escala aumenta para 65 anos ou mais.

De acordo com o IBGE de 2020, no Brasil, o índice de envelhecimento, que é o número de pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos, na população residente em determinado espaço geográfico, está em 46,89. No Estado de São Paulo esse número sobe para 55,38. Isso mostra que a população idosa está em crescimento considerável. Atualmente, devido ao aumento da longevidade, há um crescimento na quantidade de idosos, como também aumenta a demanda por lidar e ter cuidado com os pais idosos, cautela com os próprios filhos, além de manter uma condição financeira boa à família. (ROLLAND, 2016).

Costa (2017) diz que as parentalidades inversas ocorrem quando os pais idosos, conforme envelhecem, necessitam de alguns cuidados como: acompanhamento ao médico, apoio para realizar atividades do cotidiano (comer, tomar banho, entre outros.). Até que em um determinado momento, em virtude disso, os filhos acabam enxergando o ato interdependente e natural da vida, retribuindo aos pais cuidados que lhe foram oferecidos quando criança.

Segundo Falcão (2012) é na família que aprendemos a aprimorar nossas técnicas de cuidado. Dessa maneira, por envolver vínculos afetivos e demonstrar a história de cada sistema familiar, todo cuidado exercido por membros da família faz menção a uma forte expressão simbólica. Todavia, apesar de terem cuidado dos filhos, nem sempre essa relação de cuidar e ser cuidado é recíproca, nada garantindo a eles o retorno dessa atenção.

A OMS (2015) declara que proporcionar uma formação para os cuidadores, sejam eles membros da família, voluntários ou trabalhadores pagos, pode garantir um melhor desempenho, ao mesmo tempo que aliviaria o estresse que se origina a partir da insuficiência informativa a respeito de como lidar com situações

desafiadoras, como também demonstra ser uma prática crucial para um sistema de cuidados de longa duração.

Segundo Vieira e Lima (2002) a característica mais marcante da doença crônica é sua duração, dispendo de curso longo. Às vezes é incurável e inadaptável, podendo desenvolver sequelas e incapacitações. Para compreender a doença crônica e seu desenvolvimento, é crucial que passemos por três vertentes que a compõem: doença, indivíduo e desenvolvimento familiar (ROLLAND, 2016).

De acordo com Sanchez (2012) o pensamento sistêmico busca conhecer a multidimensionalidade, bem como garantir como embasamento epistemológico a relação do biológico cultural ser humano ser em redes interligadas, ou seja, tudo está ligado com tudo, e nada é isolado.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A teoria sistêmica aborda a família como um sistema complexo, constituído por vários subsistemas que se influenciam mutuamente (KREPPER, 2000). Sendo assim, como o fenômeno do adoecimento entre um de seus membros na 3ª idade pode afetar a dinâmica familiar e o filho cuidador?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar e compreender o fenômeno da parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso, em famílias que residem na região do Vale do Paraíba, pertencentes à classe média.

1.2.2. Objetivos Específicos

Investigar e compreender:

- quais são os meios de enfrentamento e adaptação utilizados pelo sistema familiar diante do idoso com doença crônica;
- os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso e suas possíveis mudanças;
- como é estabelecida a comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso.

1.3 BENEFÍCIOS

Em decorrência desse cenário atual, a psicologia deve se atentar a esse fenômeno da parentalidade invertida, como também sobre a aplicabilidade dos resultados obtidos, proporcionando uma melhor qualidade de vida tanto ao idoso quanto aos demais membros da família.

Essa pesquisa traz a proposta que os demais estudos estudem melhor esse estigma de que o cuidado é atribuído ao gênero e por isso uma tarefa exclusivamente feminina, e assim estimular um debate frente a essa questão contemporânea.

1.4 RELEVÂNCIA

Como fato da real observância de doenças crônicas nos idosos, o cenário atual indica que, tanto a longevidade quanto o número de idosos, aumenta cada vez mais em virtude dos avanços da medicina, promovendo, conseqüentemente, o crescimento de cuidados para com os entes queridos.

Alves et al. (2007) relatam que esse aumento faz com que os idosos desenvolvam mais doenças crônicas, ocasionando maior incapacidade funcional. Isso causa uma série de inferências para a família, comunidade, para o próprio idoso doente e para o sistema de saúde, que acaba causando perdas para a qualidade de vida do idoso e do seu bem-estar.

A OMS (2015) declara que proporcionar uma formação para os cuidadores, sejam eles membros da família, voluntários ou trabalhadores pagos, pode garantir um melhor desempenho, ao mesmo tempo que aliviaria o estresse que se origina a partir da insuficiência informativa a respeito de como lidar com situações

desafiadoras, como também demonstra ser uma prática crucial para um sistema de cuidados de longa duração.

Frente a isso, é importante que profissionais que atuam na área da saúde tenham pleno conhecimento para orientar e auxiliar pessoas que vivenciam esse fenômeno que está se tornando cada vez mais comum, e assim oferecer um maior bem-estar tanto para os idosos doentes que recebem o cuidado quanto para os filhos cuidadores.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo foi estruturalmente organizado de modo a apresentar primeiramente um corpo teórico que fundamentou a pesquisa. Seguidamente, apresentou o método, resultados e análises, considerações finais, referências bibliográficas e os anexos.

Dentro dos capítulos foram desenvolvidos os seguintes assuntos: parentalidade invertida, doença crônica na velhice, ciclo vital familiar e individual, idoso e envelhecimento e comunicação na família. O capítulo relacionado aos métodos trata sobre os tipos de delineamento, participantes, local, instrumentos, coleta e análise de dados, aspectos éticos e risco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PARENTALIDADE INVERTIDA

Atualmente, devido ao aumento da longevidade, há um crescimento na quantidade de idosos, como também aumenta a demanda por lidar e ter cuidado com os pais idosos, cautela com os próprios filhos, além de manter uma condição financeira boa à família (ROLLAND, 2016).

Costa (2017) diz que as parentalidades inversas ocorrem quando os pais idosos, conforme envelhecem, necessitam de alguns cuidados como: acompanhamento ao médico, apoio para realizar atividades do cotidiano (comer, tomar banho, entre outros.). Até que em um determinado momento, em virtude disso, os filhos acabam enxergando o ato interdependente e natural da vida, retribuindo aos pais cuidados que lhe foram oferecidos quando criança.

Para Coelho (2002) esse fenômeno da inversão da parentalidade ocorre na fase última do ciclo vital da família, uma vez que é ela a etapa que caracteriza a consequente falta de autonomia do idoso, além de ser ela a causadora desse anti-papel que ocasiona incômodo ao idoso. A autora ainda relata que a família muitas vezes não está preparada para lidar com esse fenômeno, colocando o idoso na posição de alvo de preocupações da família. Quando este permite ser cuidado, o cuidado para com o idoso se torna mais fácil. Conforme o tempo vai passando, essa fase é acompanhada inicialmente do movimento dos filhos, caminhando para os cuidados para com os idosos. A autora até levanta a seguinte questão:

Teriam esses filhos que experimentar a capacidade contínua de mobilização de seus pais aprendido melhor a lição, que gerações anteriores de serem melhores cuidadores de seus pais na velhice avançada? Poderia o ciclo vital se completar de maneira justa transformando os cuidados em cuidadores de quem lhes forneceu a possibilidade primeira de pertencer ao ciclo? (COELHO, 2002, p. 159).

Segundo Moreira e Fuentes (2018) mediante a redução do espaço habitacional, a aglomeração possibilita um distanciamento da nossa família de origem. Dessa forma, os idosos tendem a permanecer em suas terras de origem.

Apesar do IBGE (2013) apontar que mais de 85% dos idosos moram com um de seus parentes.

De acordo com Augusto, Silva e Ventura (2009) o papel do(a) cuidador(a) familiar surge da apreensão e da responsabilidade legal, que geralmente não é escolhido, mas sim designado. Mattos (2009) diz que os cuidados para com os idosos dentro da família estão relacionados com variáveis como: quantos membros são, a disponibilidade deles e a estrutura familiar. Rolland (2016) relata que a cultura local determina fatores como: quem é o cuidador principal, qual o papel do doente, quais são as formas e tipos de comunicações referentes a patologia e quem participa dos serviços de cuidados. No entanto, segundo Augusto, Silva e Ventura (2009), o cuidador principal preenche os seguintes requisitos: (a) parentesco, (b) gênero, geralmente mulheres são encarregadas; (c) localização e (d) afetividade.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999 apud AUGUSTO; SILVA VENTURA, 2009), classifica o cuidador a pessoa, seja membro da família ou não, que, seja ele remunerado ou não, dedica o cuidar para com o idoso doente ou dependente nos exercícios de atividades cotidianas, como higiene pessoal, medicação, alimentação, saídas como idas ao bancos, farmácias, médicos; exceto em atividade identificadas como em âmbitos profissionais legalmente já estabelecidas particularmente no campo da enfermagem.

O cuidador principal é responsável pelas tarefas mais difíceis do cuidado, como atividades do dia-a-dia, suporte financeiro, apoio emocional e cuidados direcionados a saúde (DIOGO *et. al.*, 2005 apud AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009). Esse novo papel de cuidador traz vários sentimentos como o de finitude, que é experimentado frente aos cuidados com os pais e expõe de forma explícita a mortalidade e a fragilidade (CERVENY; OLIVEIRA, 2002). Através do envelhecimento e da vivência desse processo de finitude, a família descobre não a sua obrigação de prestar cuidados a seu membro idoso, mas sim de oferecer zelo dentro de suas capacidades preservando sua integridade física, psíquica e moral (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009).

Frente ao ciclo vital da família e as novas demandas do membro doente, caso os recursos disponíveis não supram as reais necessidades do momento ao qual a

família se encontra, podemos nos deparar com situações atípicas em que um membro da família assume papel desabitual com aquele de costume, como por exemplo um filho e /ou avó que se responsabiliza pela parentalidade (ROLLAND, 1995). Araújo (1994 apud SANCHEZ, 2012) diz que a família em que um dos membros tem doença crônica está voluntariamente mais propensa a desenvolver desequilíbrios ocasionados pela falta de preparo, posição de superproteção, segregação, piedade, rejeição e simulação.

A OMS (2015) declara que proporcionar uma formação para os cuidadores, sejam eles membros da família, voluntários ou trabalhadores pagos, pode garantir um melhor desempenho, ao mesmo tempo que aliviaria o estresse que se origina a partir da insuficiência informativa a respeito de como lidar com situações desafiadoras, como também demonstra ser uma prática crucial para um sistema de cuidados de longa duração.

O cuidar é muitas vezes visto como um compromisso moral estabelecidos entre cônjuges, pais e filhos, uma vez que:

[...]a escolha acaba por ser tomada diante de uma determinada situação, tornando o cuidar além de um ato de reciprocidade de cuidados, também uma questão de obrigação moral, a partir do momento que temos em nosso país uma lei (Estatuto do Idoso-2003) que indica o filho como um dos mantenedores dos pais idosos, tendo assim direitos e deveres sobre esses; sentimentos como amor, zelo e retribuição de cuidados acabam por serem reforçados ainda mais por uma ação moral. (AUGUSTO; SILVA e VENTURA, 2009, p. 113).

Consoante a isso, para Falcão (2012) é na família que aprendemos a aprimorar nossas técnicas de cuidado. Dessa maneira, por envolver vínculos afetivos e demonstrar a história de cada sistema familiar, todo cuidado exercido por membros da família faz menção a uma forte expressão simbólica. Todavia, apesar de terem cuidado dos filhos, nem sempre essa relação de cuidar e ser cuidado é recíproca, nada garantindo a eles o retorno dessa atenção.

Para Karsch (2003), no Brasil, a transição demográfica e epidemiológica demonstra que a longevidade do(a) idoso(a) aumenta na dependência de uma ou mais pessoas que os auxiliam nas atividades do dia-a-dia. Geralmente são familiares dos idosos e mulheres que moram no mesmo local, tornando-se cuidadoras. A autora ainda pontua que esse fenômeno de cuidadoras femininas não

é exclusivo no Brasil, mas é normal a cuidadora ser mulher em vários outros locais espalhados pelo globo, exceto em locais específicos por questões culturais (apud KINSELLA; TAEUBER, 1992).

De acordo com McGoldrick (2016) apesar dos pais estarem idosos e incapacitados fisicamente e mentalmente, não se pode dizer que há uma inversão intergeracional, nem os pais idosos podem ser infantilizados, pois na hierarquia geracional eles ainda são mais experientes e são exemplos para as gerações seguintes. A autora complementa que a família neste momento deve auxiliá-los nas mudanças necessárias a lidar com possíveis conflitos frente à dependência e prestação de cuidados.

As variáveis familiares que recebem ênfase nesse fenômeno incluem o ciclo vital familiar e individual, legados multigeracional relacionados à doença e às perdas e os sistemas de crenças ao qual o indivíduo está inserido (ROLLAND, 2016).

Para Falcão (2012) os fatores que influenciam nessa relação são: condições financeiras, padrões e regras da família, disponibilidade de tempo, sentimento de obrigação filial, proximidade geográfica e afetiva, entre outros.

Augusto, Silva e Ventura (2009) apontam que no caso de filhos únicos essa atenção é maior, tendo em vista que não há irmãos para dividir tarefas. O cuidador pode ser sobrecarregado por ter que lidar com as suas outras atividades, além da prestação de cuidados para com o membro idoso doente, acabando por desleixar-se dos cuidados voltados para si próprio:

[...] Fato que chama a atenção, pois, à medida que o filho embarca nesta situação frenética, e não há uma adaptação saudável de seu novo papel, fatores como estresse, cansaço físico e insônia, desencadeiam demais problemas de saúde, e ainda uma violação da relação pai e filho, tornando o momento envolto por sentimentos de raiva, tristeza e apego.(AUGUSTO, SILVA E VENTURA, 2009, p. 114)

Geralmente os cuidadores nunca imaginam que algum dia possam ter que prestar cuidados referentes a atividades cotidianas para com os pais, porém, quando assumem esse papel, recebem um sentimento de retribuição de favores. Ainda que essa situação de troca de papéis entre - “aquele que já foi cuidado para aquele irá oferecer o cuidado” seja cada vez corriqueira, muitas famílias ainda não veem essas possibilidades. (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009).

Os filhos cuidadores se deparam com vários desafios e enfrentam várias mudanças quando assumem esse papel. Há uma necessidade de criar políticas públicas voltadas a esse fenômeno visando oferecer informação, orientação e ação para auxiliar os filhos cuidadores responsáveis pelos pais (AUGUSTO; SILVA; VENTURA, 2009). Karsch (2003) diz ainda que em situações de famílias de baixa renda, esse quadro é ainda mais preocupante, pois a família fica ainda mais desamparada e necessitada. A autora pontua também que isso favorece a exclusão do idoso, uma vez que a situação dele pode agravar quanto mais incapacidade ele tiver desenvolvido.

Conclui-se que a parentalidade invertida é vivenciada quando os filhos devolvem para os pais os cuidados que uma vez já foram dedicados a ele quando mais novo. Esse papel é usualmente atribuído as mulheres e demanda uma sobrecarga muito grande. Apesar dos pais terem cuidados dos filhos não é garantido que frente a esse contexto de doença e envelhecimento esses cuidados serão retribuídos.

2.2 DOENÇA CRÔNICA NA VELHICE

Alves et al (2007) relatam que o aumento da longevidade e o número de idosos faz com que se desenvolvam mais doenças crônicas, o que ocasiona maior incapacidade funcional. Ainda de acordo com a autora, essa falta de capacidade tem consequências para a família, comunidade, para o próprio idoso doente e para o sistema de saúde, que acabam causando perdas para a qualidade de vida do idoso e do seu bem-estar. Para Rolland (1995), dentro de sua perspectiva da teoria sistêmica da família, o sistema em que a doença opera também deve ser incluído, isto é, jogando luz no modo de como a doença trabalha, assim como ela influencia os outros sistemas.

Segundo Vieira e Lima (2002) a característica mais marcante da doença crônica é sua duração, dispendo de curso longo. Às vezes é incurável e inadaptável, podendo desenvolver sequelas e incapacitações. Para compreender a doença crônica e seu desenvolvimento, é crucial que passemos por três vertentes que a compõem: doença, indivíduo e desenvolvimento familiar (ROLLAND, 2016).

Consoante Araújo (1994 apud SANCHEZ, 2012) a família que tem um dos membros com doença crônica está propensa a desenvolver desequilíbrios ocasionados pela - falta de preparo, posição de superproteção, segregação, piedade, rejeição e simulação. Essas ações afetam o membro da família no seu desenvolvimento, em seus setores sociais, emocionais e cognitivos. Estando relacionado também com a evolução da doença, a variável familiar que é mais influenciada está no ciclo vital da família: o indivíduo; legados multigeracionais sobre perdas e sistemas de crenças são também formatos da doença (ROLLAND, 2016).

De acordo com Sluzki (1997) uma rede social pessoal confiável, estável e ativa, protege o indivíduo contra doenças, age como apoio, acelera os processos de cura e amplia a sobrevivência. Em outras palavras, gera saúde. Há o fenômeno de ciclos virtuosos, nos quais, a rede social zela pela saúde da pessoa e a pessoa sustenta essa rede social. O autor também pontua que doenças com curso prolongado como doenças neurológicas, câncer, entre outras, podem afetar a qualidade dessas interações sociais; consubstanciado pelo tempo de duração da doença, o número de pessoas que participam dessa rede pode reduzir e a sua possibilidade de acesso a

ela também. Nos casos de doença crônica, o ciclo virtuoso influencia de forma negativa os arredores da rede social, impactando de forma significativa a saúde do indivíduo, aumentando a retração entre indivíduo e rede social, causando uma deterioração recíproca entre os envolvidos no processo. Sluzki (1997) relata sobre um estudo realizado por Tibblin et al. (1986) no qual foi possível verificar uma maior probabilidade de morte em casos onde havia uma rede social mínima.

Alguns aspectos da rede social afetam positiva e negativamente a saúde do doente. São eles (SLUZKI, 1997):

- A reação de alarme (frente ao caso do descobrimento de uma doença crônica) pode se amenizar ante a presença de familiares, diminuindo consideravelmente os níveis de estresse.
- Os relacionamentos sociais dão sentido à vida do indivíduo, estimulando o doente a manter práticas de cuidados, dando continuidade a vida.
- A rede social favorece comportamentos de correção relacionados a saúde, supervisionando os comportamentos desviantes, corrigindo-os e orientando-os.
- A rede estimula comportamentos que promovem a melhora, trazendo à tona dietas, exercícios, medicamentos, hábitos, etc.

A doença crônica afeta a rede social do doente através de diferentes movimentos interpessoais (SLUZKI, 1997): (a) devido aos seus efeitos aversivos, a doença gera nas pessoas comportamentos de esquiva e fuga; (b) a doença limita a mobilidade do indivíduo, reduzindo suas oportunidades de manter o contato com a rede, conseqüentemente o(a) isolando; (c) como a doença limita o indivíduo, ele tende a não ativar sua rede social, ou seja, reduz a iniciativa do doente, criando-se um ciclo vicioso; (d) ao contrário de histórias mais curtas com baixa reciprocidade, a doença evita que o indivíduo atue com reciprocidade, anti-promovendo relações que foram construídas anteriormente com um longo histórico de reciprocidade, diminuindo sua tolerância a assimetria temporária; (e) quando se trata de doenças crônicas, os cuidados oferecem baixa gratificação, pois, apesar da alta demanda de cuidados, as melhoras são baixas; em algumas vezes, a doença tem um curso

progressivo, podendo decair a saúde aos poucos, ou seja, o doente causa um esgotamento da rede, ocasionando uma desconexão entre eles. Rolland (2016) orienta sobre a importância da realização de grupos de apoio multifamiliares e psicoeducacionais para os familiares, possibilitando serviços preventivos que evitam o isolamento deles, aumentando assim a identificação entre famílias de alto risco. O autor pontua ainda que com uma rede forte, estende-se a possibilidade de auxílio entre adaptações na família.

De acordo com Rolland (2016) é necessário, inicialmente, ampliar o nosso olhar para além de uma unidade de cuidados de modelos médicos que tratam o indivíduo doente, focados na família ou em sistemas de assistência à saúde. Podemos então caracterizar um modelo satisfatório de enfrentamento e adaptação, fundamentado nos pontos fortes do sistema familiar. Em seguida, é fundamental compreender as relações e interações entre a doença, o membro doente e o sistema familiar que tem sido estudado a muito tempo, baseado nos processos psicossomáticos que geralmente são vistos culturalmente como motivos de vergonha e um tanto quanto depreciativos dentro da família. O autor defende que a flexibilidade dentro da família e da equipe que realiza os cuidados médicos é crucial para um bom funcionamento da família, tendo em vista que a doença traz a possibilidade de incentivar a flexibilização de papéis, além de modificar a ideia de que um único membro da família do sexo feminino deva se ater a esses cuidados, transferindo a responsabilidade para uma equipe de cuidadores que inclua irmãos, jovens e adultos.

A estrutura trabalhada por Rolland (2016) faz alusão aos processos psicossomáticos de forma mais holística, normativa e interativa. Dessa maneira os profissionais da área de saúde podem suprimir crenças culturais sobre a patologização da família, auxiliando assim, o sistema familiar. Assim, ao enfrentar uma interação psicossomática como realização de uma diferença positiva, eleva esse sentimento de controle e qualidade de vida.

Para que se mantenha um senso de controle e competência, uma das primeiras tarefas que a família deve fazer é criar um significado para a doença. Esse ponto mostra a importância de fazer um trabalho psicoeducacional preventivo que auxilie

as famílias a se prepararem para os desafios desenvolvimentistas normativos relacionados à doença (ROLLAND, 2016).

Ao elaborar um contexto normativo para avaliar a experiência da doença, as famílias precisam dos seguintes princípios: inicialmente, há a necessidade de uma compreensão psicossocial da condição em termos de sistema. Segundo, as famílias precisam ver a si mesmas como unidades funcionais sistêmicas. Terceiro, essas famílias precisam entender os padrões de transição e (des)integração entre o ciclo vital individual e familiar, para assim propiciar mudanças referentes aos obstáculos de um transtorno crônico em evolução com as prioridades desenvolvimentistas. Por último e não menos importante, as famílias necessitam entender e perceber as crenças culturais, étnicas e espirituais que guiam o tipo de rede/ajuda e cuidados que elas criam (ROLLAND, 2016).

Rolland (2016) criou um modelo de saúde para os sistemas familiares ao trabalhar com três fatores: a) tipos psicossociais de transtornos; b) principais fases de evolução; c) variáveis do sistema familiar. Quanto à tipologia psicossocial da doença, podemos separá-las em grandes propriedades. Início, curso, consequências e graus de incapacidade. As doenças podem ser divididas de acordo com a velocidade de evolução entre elas, tanto para as de início agudo, quanto para as de início gradual. (ROLLAND, 1995). De início agudo são as doenças que demandam mobilização mais rápida e manejo de crise maior. Sendo assim, as famílias que detêm capacidade de aguentar circunstâncias de alta carga emocional alteram de papéis com flexibilidade, solucionam questões com eficiência e usam de recursos externos em prol do manejo dessas circunstâncias (ROLLAND, 2016).

Há três tipos de cursos na doença crônica: (a) progressiva, no qual a família lida com um membro sintomático e com pioras de forma gradual; (b) constante, em que a família enfrenta mudanças semipermanentes, previsíveis e duráveis durante um certo tempo; (c) recorrentes, quando marcadas por períodos ora estáveis e com sintomas menos incidentes, ora por crises. As famílias que dispõem de um membro com doenças com esse perfil, geralmente são tensas por conta da frequência da alternância entre um período e outro. Para enfrentar esse desafio e mudar os meios de organização dela, é necessária uma flexibilização entre os membros da família (ROLLAND, 2016).

A morte é uma consequência que a doença crônica traz (ROLLAND, 2016). De acordo com Mattos (2009) os idosos entram cada vez menos preparados para esse processo. Devido a longevidade, essa jornada tem sido cada vez mais extensa. Para Pazes, Nunes e Barbosa (2014) a morte começa a ficar mais evidente quando o envelhecimento fica mais notável e as doenças se intensificam, gerando assim mais dependência e desconforto entre os demais membros da família; da mesma maneira quando partem pessoas de mesma idade próximas ao doente.

Segundo Pazes, Nunes e Barbosa (2014) a morte pode ser experienciada de modo diferente pelo indivíduo e seus familiares, sendo influenciada por aspectos como: recursos, ambiente ou se a responsabilidade pela prestação de cuidados com o doente foi dividida. Mesmo que seja um momento de tristeza para todos, a partida de um familiar com um longo histórico de doença que o inabilitou de forma considerável pode ser tida como um alívio, visto que esse evento causa uma exaustão enorme para os membros da família (ROLLAND, 2016).

Nesse momento em que a doença pode levar à morte, deve se iniciar um trabalho de cuidados paliativos fazendo uso da prevenção e alívio de sofrimento que a OMS (2002) define como sendo uma atuação de assistência que busca proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares. Os cuidados paliativos são compostos por quatro mecanismos essenciais: controle sintomático, comunicação efetiva, amparo a família e trabalho em equipe (PAZES; NUNES; BARBOSA, 2014 apud NETO, 2006).

O aumento, o tipo e o momento da incapacidade geram divergências no grau de estresse familiar (ROLLAND, 2016). Rolland (1995) diz que as incapacidades podem ser de ordem cognitiva, sensitiva, motora, manutenção de energia, desfiguramento e/ou qualquer outra causa médica. O autor diz ainda que quando a incapacidade aparece no início da doença, possibilita-se a família que ela se organize no tempo quanto aos demais aspectos (como por exemplo início, curso e consequências) para mudanças; até mesmo permitindo ao doente que ele participe desse planejamento.

Se, por um lado, os meios de enfrentamento, adaptação e planejamento familiar são afetados negativamente por ansiedade e ambiguidade. Por outro, quanto mais

as famílias coloquem a incerteza a longo prazo, mais bem preparadas elas estarão para possíveis exaustão e disfunção (ROLLAND, 2016).

Rolland (2016) apresenta três fases principais das doenças crônicas: crise, crônica e terminal. A fase de crise abrange o período sintomático anterior ao diagnóstico até o planejamento do tratamento. Nessa fase, de acordo com o autor, as famílias devem atingir um bem-estar ao: (a) criar um significado para a doença que estimule um senso de domínio e capacidade; (b) realizar o luto da vida anterior a doença; (c) admitir que a doença é presente e que ela atinge de forma contínua e progressiva; além de buscar dar um senso de continuidade entre passado e futuro; (d) buscar união entre os membros durante o enfrentamento dessa crise; por último (e) desenvolver capacidade de flexibilidade para planos futuros. A fase crônica é o período entre o diagnóstico e a primeira adaptação, sendo ela caracterizada por episódios de progressão e crises. Na fase terminal a família se depara com a finitude e inevitabilidade do curso natural da vida: a morte. Sendo assim, a família precisa lidar com assuntos como separação, morte, luto, além de como prosseguir após a perda do ente (apud WALSH; GOLDRICK, 2004). É importante que a família saiba ressignificar esse momento, sendo assim uma oportunidade para compartilharem um último instante juntos, iniciarem o processo de luto, lidarem com pendências, despedirem e reorganizarem a família. O autor diz ainda que durante essas fases, coexistem os períodos de transição, momentos esses que a família precisa se adaptar, às novas mudanças e as novas fases, que são relacionadas e trazidas pela doença.

A delimitação de objetivos fundamentada em conhecimentos a respeito do funcionamento familiar, o tipo da doença, a fase em que se encontra e a divisão desses dados com a família, proporciona um senso de controle (ROLLAND, 2016). Rolland (1995) também diz que isso favorece o diálogo entre o sistema familiar e a doença.

Para Rolland (1995) a tipologia da doença oferece uma ligação entre aspectos psicossociais e biológicos, auxiliando o terapeuta a proporcionar uma base de avaliação e intervenção as circunstâncias que a família está passando. O autor

ainda sugere a realização de genetograma¹ voltado às doenças crônicas, investigando assim se a família organizou ou lidou anteriormente com gerações passadas e atuais. Compreender isso nos possibilita conhecer os pontos fortes e frágeis da família. Mattos (2009) argumenta que o modo como a família atua nessas circunstâncias baseia-se muito no modo como esse sistema se formou a longo das gerações, das habilidades e dos instrumentos utilizados para se adaptar as perdas e novas demandas.

Rolland (1995) descreve formas e formatos do sistema familiar. Algumas vezes elas são forçadas a lidar com a doença crônica quando existe alguma disfunção na família, tendo a doença por intensificar isso. À vista disso, a família acaba se preocupando de forma exacerbada com a doença. Outro tipo de família é a que opera de forma psicossomática, quando a doença passa a entrar no sistema, somatizando. Dessa forma, a família vai contra indicações médicas, acarretando na não realização do tratamento de forma adequada. A última família que ele aborda é aquela que não possui disfunções intra e intergeracionais.

Conclui-se que com aumento da longevidade é mais comum que os idosos possuam doenças crônicas. Diante disso deve-se procurar compreender o fenômeno através da doença, o indivíduo e o sistema familiar. Uma relação e comunicação boa entre a equipe médica, família e o indivíduo acometido pela doença é essencial neste momento.

¹ Genetograma é um instrumento que permite compreender inter e a transgeracionalidade da família, através de representações simbólicas (CUNHA, 2007).

2.3 CICLO VITAL FAMILIAR E INDIVIDUAL

De acordo com Sanchez (2012) o pensamento sistêmico busca conhecer a multidimensionalidade, possuindo como embasamento epistemológico a relação do biológico cultural do ser humano estar em redes interligadas, ou seja, tudo está ligado em/com tudo, e nada é/está isolado. A família é um sistema dinâmico, composta por outros subsistemas com funções sociais diversas: afeto, reprodução, socialização e a educação (DIAS, 2011).

Maturana (2009 apud SANCHEZ, 2012) diz que sistemas são um conjunto de elementos interconectados sobre os quais se influenciam mutuamente. Esta afirmação garante: um membro que é afetado, afeta todos os outros membros do sistema. Dentro do fenômeno da parentalidade invertida, o pai idoso acometido pela doença crônica faz com que o filho passe a prestar atenção e cuidados a esse pai doente. Demonstrando assim, o quanto a doença crônica afeta a todos no sistema.

Segundo Andrada (2003) esse pensamento manifesta fundamentos nas áreas de:

- Totalidade – o sistema não pode ser compreendido a partir da visão de um só indivíduo;
- Integralidade de subsistemas – os sistemas são constituídos de subsistemas que influenciam uns aos outros;
- Circularidade – todas as partes se influenciam e são influenciadas.

Por meio de meios transacionais, a teoria sistêmica amplia a visão de adaptação individual em direção a mutualidade de interferências (SANCHEZ, 2012). Por meio da abordagem sistêmica, a família promove dois tipos de propósitos: interno - segurança psicossocial dos seus membros; externo – aceitação e transmissão de uma cultura (DIAS, 2011).

A família é um sistema que dispõe de uma estrutura hierárquica, composta por subsistemas que detém regras que organizam relações dos seus membros (DIAS, 2011). Minuchin (1982) diz que a estrutura familiar é composta por imposições funcionais que organizam a forma como os membros se relacionam

entre si. O indivíduo é um ser ativo e reativo nos seus grupos sociais. Os membros são subsistemas dentro de uma família. Cerveny (1994) afirma que igualmente a outros sistemas, a família funciona de acordo com conceitos como homeostase, morfogênese, não somatividade, feedback, causalidade circular etc. A família pode ser descrita de acordo com suas características, como também pode conservar uma estrutura rígida ou não. A definição de hierarquia, os papéis assumidos por seus membros, além de outros aspectos, demonstram a estrutura familiar (CERVENY, 2002).

A teoria sobre o ciclo vital familiar se iniciou a partir dos estudos de Milton Erickson, quando o autor constatou que algumas experiências familiares eram inevitáveis, além de certas “crises” serem previsíveis. As mudanças que o mundo contemporâneo nos propõem afeta o movimento e a estrutura da família, entretanto acreditamos que a família seja um sistema autorregulador, pois ela demonstra buscar meios de se adaptar a essas mudanças (CERVENY, 2002).

Erickson defende que ao tentar compreender o ciclo vital individual, é fundamental considerar o contexto no qual o sujeito está inserido. Ou seja, a família desempenha papel de suma importância, sendo ela parte do nosso desenvolvimento (CERVENY, 2002). Moratalla, Carreras e Villegas (1992) evidenciam que o ciclo vital individual está intimamente relacionado com as fases do ciclo vital familiar no qual o indivíduo se encontra, ou seja, as atividades individuais estão correlacionadas com as atividades familiares. McGoldrick (2016) argumenta que é crucial compreender o ciclo vital da família, pois, ao envolver aspectos dialógicos como riscos e prevenções, é através dele que angariamos permissão para antecipar possíveis desenvolvimentos no sujeito.

De acordo com Cerveny (2002) o ciclo vital familiar é um conjunto de fases que são classificadas quando se leva em consideração algumas características que as famílias passam, desde a formação até a morte dos que as constituíram. Ainda de acordo com a autora, devemos pensar no ciclo vital como um sistema, isto é, etapas evolutivas pela qual a família vivenciou, movimentando-se através do tempo. Cerveny e Berthoud (1997) inspiradas em autores como Duvall (1957), Hill e Rodgers (1964) Minuchin e Fishman (1990), Carter e Mcdoldrick (1989), apresentam

uma proposta do ciclo vital familiar separada, respectivamente, em quatro etapas: fase de aquisição, fase adolescente, fase madura e fase última.

A primeira fase do ciclo vital é a fase de aquisição, sendo ela definida pelo ato de adquirir patrimônios, relacionamentos, papéis, membros. A segunda etapa é caracterizada como a fase adolescente, onde, na família, existem filhos adolescentes; além dela marcar questionamentos quanto a valores, crenças e regras. O próximo estágio abarca a parte madura, na qual os filhos atingem a idade adulta e o sistema conjugal precisa se reestruturar. Enfim, chegamos na quarta e última fase. É nela que acontece mais predominantemente o fenômeno que estamos estudando, sendo ela caracterizada não só pelo envelhecimento dos pais, mas como também pelas mudanças na estrutura familiar. Quando os relacionamentos foram bem trabalhados anteriormente, usualmente o sistema familiar consegue se adaptar as novas demandas que a fase última traz (CERVENY, 2002).

Cervený (1994 apud CERVENY; MOREIRA; COSTA, 2018) é renitente quando afirma que as mudanças promovidas pelo mundo globalizado viabilizam distintos modos e fases no ciclo vital das famílias, relacionando-as a seus sistemas sociais, sem seguir um “modelo familiar” pré-estabelecido. Sendo assim, atualmente, ampliou-se a fase última do ciclo vital devido a longevidade.

De acordo com Coelho (2002) a fase última do ciclo vital da família é marcada por três fenômenos: **realizar retrospectiva, vivenciar o presente e fechar o ciclo**. Esse primeiro fenômeno - **realizar retrospectiva**, na qual o idoso relata suas experiências e volta no tempo ao ser perguntado. Durante esse processo, o(a) Sr.(a) irá entender esse fechamento de ciclo, sendo ele importante para reconhecer os valores que fundamentam a construção da família. O segundo fenômeno da fase última - **vivenciar o presente**, a família de idosos lida com questões da sua convivência familiar, como, por exemplo, exercer a parentalidade, firmar papéis como avós e sogros(as), aprender a conviver com novos modelos de estrutura familiar, e, não sendo solteiros e tenham ficado viúvo(a), exerçam função de casal de forma harmoniosa. O terceiro fenômeno - **fechar o ciclo**, foca no episódio do envelhecimento, como também na despedida da vida. Devido as limitações cotidianas que eles trazem, o idoso tende a voltar mais para si mesmo, como uma receita para adiar o seu fim, ressignificando o conceito de doença, passando a zelar

o máximo possível pela sua saúde, voltando-se para suas trajetórias e raízes. Dado que não desempenham mais algumas atividades e funções sociais ou familiares, normalmente perdem papéis, aposentam-se de forma definitiva, desfazem de patrimônios e bens materiais e os divide com os filhos e netos, sendo assim uma forma de continuar cuidando e dando continuidade a suas conquistas. Perdem amigos e parentes, como também, na maioria dos casos, as mulheres ficam viúvas; assim, o idoso não tem mais a possibilidade de partilhar memórias com seus pares, ficando algumas vezes sem companhia, lidando solitariamente com o luto e com sua proximidade com a morte.

Como no fenômeno estudado da Parentalidade Invertida, há também a inversão de parentalidade, em que os idosos perdem sua autonomia e passam a ser cuidados pelos seus filhos. O idoso nessa fase do ciclo vital espera e faz planos para o futuro (nesses planos são adotados comportamentos para se evitar a solidão e o seu conseqüente desamparo na velhice), no qual elabora formas de continuar a vida. Todavia, acaba se deparando com o seu término. Por isso, os idosos tendem a reconhecer sua caminhada e aceitar a morte como desfecho dessa trajetória. Podemos constatar também um maior envolvimento religioso como forma de entender e dar sentido para a morte.

A consolidação de papéis e estruturas familiares já presente na Fase Madura ocorre na fase última do ciclo vital da família. A única coisa que muda é a maior frequência de alguns fatos. Ela, inicialmente, acompanha o movimento dos filhos, depois, conforme o tempo passa, vai caminhando para os cuidados para com o idoso (COELHO, 2002). Segundo McGoldrick (2016) entre os eventos que se sucedem na família no final da vida estão: a aposentadoria, a negociação de papéis dentro da família e o planejamento para depois da aposentadoria.

Caso a chegada da doença ocorra durante fases do ciclo vital, pode-se dizer que haverá intervenção nos eventos em que a família vivencia. podendo a família e o ciclo vital influenciar num contexto de doença crônica. Isso posto, o processo de individualização e autonomia pode ser comprometido, podendo essa mudança ser temporária ou de longa duração. O desenvolvimento da doença, tanto no indivíduo, como no sistema familiar, acarreta necessidades e obstáculos que seguem fases entre si: ora de maior, ora de menor congruência. As doenças progressivas

apresentam demandas conforme ela avança, sufocando as energias do sistema familiar; além de afastar o desenvolvimento dos demais membros. Por isso, deve-se zelar para que esses danos sejam os menores possíveis para os demais membros (ROLLAND, 2016).

Os períodos de transição do ciclo vital, tanto familiar quanto individual, através do planejamento futuro, podem ter como prioridades: cumprir a prestação de cuidados para com o ente, como também mediante lealdade e sacrifício. A habilidade de adaptação de cada membro e a rapidez em que esse processo é realizado, está associada ao papel assumido por cada um dentro do sistema familiar, como também sobre a fase em que se encontram. Contudo, o efeito mais intenso do fenômeno: cuidar dos entes familiares, é influenciado fortemente pelo tipo de doença que o ente foi acometido e os papéis familiares já exercidos anteriormente (ROLLAND, 2016).

Conclui-se que o ciclo familiar e individual são fases que usualmente o sistema familiar atravessa. O desenvolvimento de uma doença crônica de um dos seus membros pode afetar esses ciclos, isso exige que o sistema familiar busque adaptar-se de uma forma que promova um melhor bem-estar para os seus membros frente a essa mudança.

2.4 IDOSO E ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (2002) classifica como idoso a pessoa que têm 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento com é caso do Brasil; para habitante de país desenvolvido, a escala aumenta para 65 anos ou mais.

Para Beauvior (1970) é impossível definir a velhice, porque ela é um fenômeno de múltiplos de fatores, não sendo apenas um fato biológico. Além de ser agente cultural, ela defende variáveis como: sociais, saúde, família entre outros, afetando assim, o modo como o indivíduo irá vivenciar a velhice.

De acordo com o IBGE de 2020, no Brasil, o índice de envelhecimento, que é o número de pessoas com 60 anos ou mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos, na população residente em determinado espaço geográfico, está em 46,89. No Estado de São Paulo esse número sobe para 55,38. A combinação da diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, resultaram nenhuma maior longevidade (ALVES *et. al.*, 2007). Por conseguinte, a população idosa está em crescimento considerável.

De acordo com o IBGE, em comparação com a maior concentração de idosos, o Estado de São Paulo é o 5º na escala. Sendo eles 11,6% da população.

Figura 1 – População residente 60 anos ou mais (%)

NO BRASIL



Fonte: IBGE, 2010.

Para Beauvoir (1970, p. 9) a velhice é algo no qual evitamos pensar. Com frequência: “Todos os homens são imortais: eles pensam isso. Um grande número

deles fica velho: quase nenhum encara com antecedência esse avatar. Nada deveria ser mais esperado e, no entanto, nada é mais imprevisível.”

A autora ainda diz que: quando os velhos expõem desejos e sentimentos inerentes aos jovens, eles são escandalizados; tendo o ciúmes e o amor como algo desprezível, a sexualidade como repugnante e a violência como insignificante. É possível perceber que isso ocorre até atualmente quando Cerveny, Moreira e Costa apontam, em 2018, que apesar do aumento de pesquisas com assuntos que abordam o envelhecimento e a terceira idade, há uma defasagem quando tratamos de assuntos relacionados a sexualidade na velhice.

Para Alves et al (2007) o envelhecimento só é tido como incômodo e problemático para o sujeito e aos demais, quando ele prejudica funções e causa incapacidades. Até então, o envelhecimento não importuna ninguém. McGoldrick (2016) relata que idosos precisam também lidar com obstáculos como: insegurança financeira, debilitação da saúde e diminuição da independência. Pois, a longevidade, contribuiu para o aparecimento de doenças crônicas e limitações. Surgirá a necessidade de obter cuidados.

De acordo com Cerveny, Moreira e Costa (2018) a sociedade pós-moderna se constitui pela imagem e aparência, razão pela qual se faz acreditar que o velho seja visto como feio e inútil. Em vista disso, evita-se lidar com a ideia de finitude e morte, virando-se refém da visão do jovem e saudável. Cerveny (2002) mostra que nossa cultura não valoriza o velho, diferentemente da cultura oriental. McGoldrick (2016) aponta: em culturas tradicionais o envelhecimento é respeitado, porém, na nossa sociedade moderna, o envelhecimento é visto de forma precária e muitas vezes ignorado.

Goldenberg (2016, p.7) trata o envelhecimento como sendo algo abrangente a todas as pessoas: “A única categoria social que inclui todo mundo é velho. Somos classificados como homem ou mulher, homo ou heterossexual, negro ou branco. Mas velho todo mundo é: hoje ou amanhã. O jovem de hoje é o velho de amanhã”. Há sempre também a necessidade de estudar o envelhecimento, tendo em vista que o velho de hoje pode ser diferente do velho de amanhã (CERVENY, MOREIRA, COSTA; 2018).

De acordo com Caradec (2016, p. 11) o envelhecimento é relacionado com a senescência, que, significa: “o enfraquecimento e retardamento das funções vitais, em decorrência do envelhecimento”. Essa ideia de decadência associada a velhice, também influenciou uma representação simbólica. Desde o nascimento até metade da nossa trajetória de vida são degraus ascendentes, em seguida, vem os degraus descendentes até a morte. Esse fenômeno é bem perceptível quando deparamos com idosos em situações de dependência, que estão sob os cuidados de parentes e/ou sociedade. Por consequência de algumas doenças como o Alzheimer, por exemplo.

Para Castro (2015) a velhice geralmente é associada a perda da juventude. Com isso, surge uma concepção sobre o envelhecimento, sendo ele uma etapa de declinação, enfraquecimento, risco e incapacidade de cuidar de si mesmo. Por isso, o mercado de consumo lucra tanto com essa proposta de se manter jovem. De forma mais equilibrada, é fundamental trabalhar o envelhecimento como sinônimo de adaptação, sem nos prendermos as exigências da indústria da beleza que tanto venera a juventude (MATTOS, 2009).

Debert (1999 apud CASTRO, 2015) após um estudo de caráter etnológico realizado no Brasil, pôde identificar que a velhice nunca está em nós, estando ela sempre nos outros. Essa ilusão ocorre para assim nos esquivamos desse estigma que está associado ao envelhecer. Um estudo realizado por Santos e Moreira (2016 apud CERVENY; MOREIRA; COSTA; 2018) mostrou que os idosos relatam que: enquanto eram jovens, não pensavam a respeito da velhice, como também achavam que a juventude não teria a duração da qual ela promete.

Castro (2015) diz que esse mercado de consumo já classifica indivíduos com mais de 50 a 55 anos como idosos. Contudo, a autora pontua que isso é controverso, tendo em vista a diversidade de que estaríamos falando. Indivíduos de faixa etária entre 50, 60, 70, 80, 90, até os centenários, apresentam perfis e necessidades diferentes. Além disso, o mercado, para atrair esse público ao consumo, vende, através de seus produtos e propagandas, uma proposta de envelhecimento próspero e feliz, saudável, de boa forma física e belo. No entanto, além de ser incoerente, é uma tirania social.

É preciso discutir também questões como o **idadismo**. Ele trata do preconceito embasado na idade, que provoca discriminação nos idosos e favorece uma exclusão social. Uma das ações da ONU, em 2012, foi desenvolver o Relatório do Fundo das Populações das Nações Unidas, documento esse que busca, por meio de 10 ações prioritárias, promover uma construção de uma nova concepção sobre o envelhecimento, fundamentado nos direitos humanos, propondo uma alteração nessa mentalidade, além de proporcionar ações sociais frente a população idosa e seu futuro envelhecimento (CASTRO, 2015).

A infantilização do idoso é um modo estereotipado de referir aos mais velhos. Esse tipo de atitude, demais usada em situações de cuidado, amparo e situações de dependência, geralmente utilizada por cuidadores e profissionais da área da saúde, descredibiliza esse idoso como uma pessoa adulta (CASTRO, 2015). Coelho (2002) relata que idosos portadores de doenças crônicas e degenerativas, que se veem como um fardo para as gerações mais novas, vivenciam a fase última do ciclo vital da família de uma forma muito mais difícil. Cervený, Moreira e Costa (2018) pontuam que os autores que estudam o envelhecimento, constatam que os idosos não gostam de ser tratados como fardo, criança ou objeto, pois, esse comportamento, abala de modo significativo a autoestima deles.

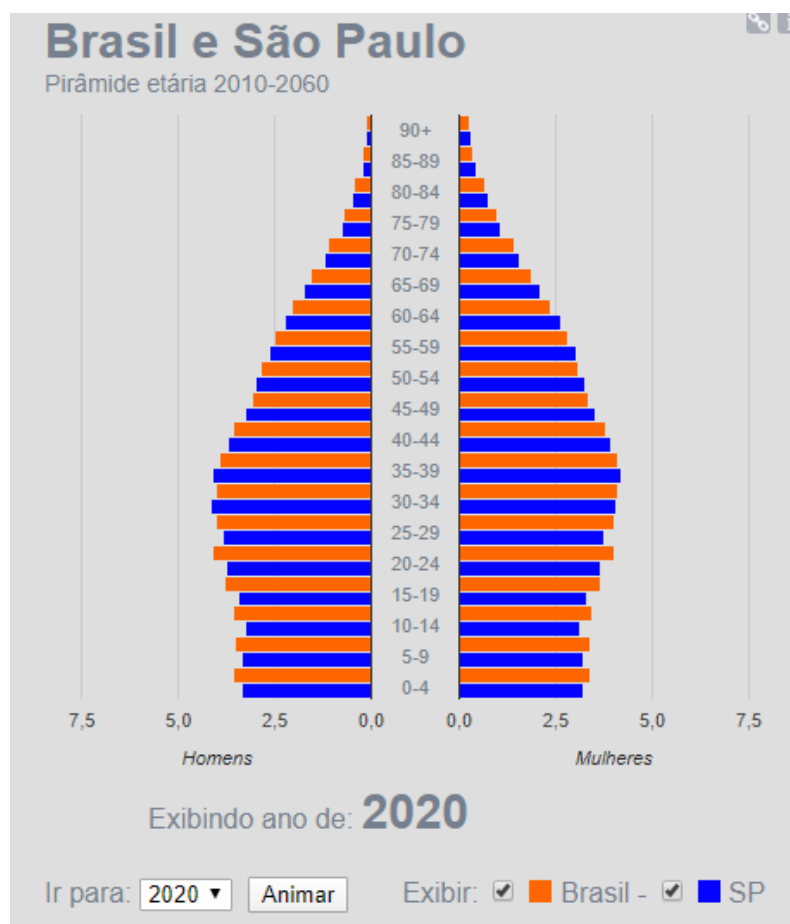
Em circunstâncias que o idoso não aparenta ser bem quisto no sistema familiar, mesmo que não habitem o mesmo local, é presente uma relação de desrespeito e abuso. Conseqüentemente deixam de visitá-los, desprezam suas vontades, apoderam-se do seu dinheiro (MATTOS, 2009).

A revolução da longevidade consiste em um menor número de natalidade, assim como em uma alta taxa de longevidade, ou seja, os indivíduos estão vivendo cada vez mais. Esse cenário contribui para um aumento na concentração de idosos na população, alterando de forma significativa a pirâmide demográfica mundial (CASTRO, 2015). A transição demográfica do Brasil requer novos meios de tratabilidade para lidar com esse aumento no número de idosos, possivelmente futuros dependentes com baixo poder aquisitivo, candidatos ao uso desproporcional de uma parcela de serviços de saúde durante um longo período (KARSCH, 2003).

No século XX, o envelhecimento incentivou os países desenvolvidos a criarem políticas de assistência social para atender esse de tipo de público. Contudo, podemos notar que o envelhecimento é experienciado de forma heterogênea, com uma vasta diferença de demandas. Pois a velhice varia de pessoas para pessoa (CERVENY; MOREIRA; COSTA, 2018). Como dito por Costa (2015) é incluída também sob uma vasta faixa etária –dos 60 até os centenários.

A pirâmide demográfica do Brasil e do estado de São Paulo, atualmente, encontra-se dessa forma:

Gráfico 1 – Pirâmide etária Brasil e Estado de São Paulo no ano de 2020.



Fonte: IBGE, 2020.

Em 1982, foi realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela Assembleia Geral, onde se originou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o envelhecimento, no qual foram discutidos 62 pontos sobre diversos assuntos: saúde, família, segurança de renda, emprego, bem-estar social, etc. Em 2002, houve a segunda

Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, onde foi desenvolvida a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid, onde contemplaram assuntos relacionados a uma política internacional do envelhecimento para o século XXI, que teve como objetivo atentar-se a necessidade de proporcionar pesquisas sobre o tema. Para que isso ocorra, orienta-se a elaboração de políticas públicas que promovam a inclusão social do idoso, possibilitando oportunidades para o desenvolvimento de um ambiente menos desigual, no que diz respeito aos mais velhos (CASTRO, 2015).

A ONU utiliza o termo “envelhecimento ativo”, quando, através dele, busca disseminar ideias não apenas de políticas para um envelhecimento saudável, mas também difundir igualdade de direitos em todos os setores da vida. Esse movimento proporciona ao idoso uma participação integral na comunidade da qual está inserido (CERVENY; MOREIRA; COSTA; 2018).

Essa longevidade permite que as pessoas realizem seus sonhos e criem novos projetos, mesmo quando estão nas fases mais tardias da vida (CERVENY; MOREIRA; COSTA; 2018). Para Papalia e Feldman (2012) é nesse período do envelhecimento que as pessoas ressignificam suas vidas, procuram concluir pendências, resolvem e escolhem como passar os restantes anos da vida. Ainda de acordo com as autoras, os idosos buscam deixar um legado aos seus descendentes, passando suas experiências ou reafirmando sob o real significado da vida. O casal envelhecido vive anos a mais enquanto casal. Entretanto, na viuvez e/ou separação, possibilidades de envolverem-se em novos relacionamentos, garante a eles uma vida sexual ativa e saudável. Contudo, apesar da impossibilidade de gravidez, é mandatório continuar orientando esse público quanto ao tema da prevenção, evitando contágios insalubres por doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, novas tecnologias trazem expectativas de mudanças, além de uma maior interação em direção a Fase Última (CERVENY; MOREIRA; COSTA, 2018).

Conclui-se que o aumento da longevidade leva a uma maior necessidade de buscar políticas públicas que abordem a necessidades do idoso, considerando as suas diversidades, e também convidar a sociedade a ressignificar o envelhecer evitando associar apenas aos seus aspectos negativos.

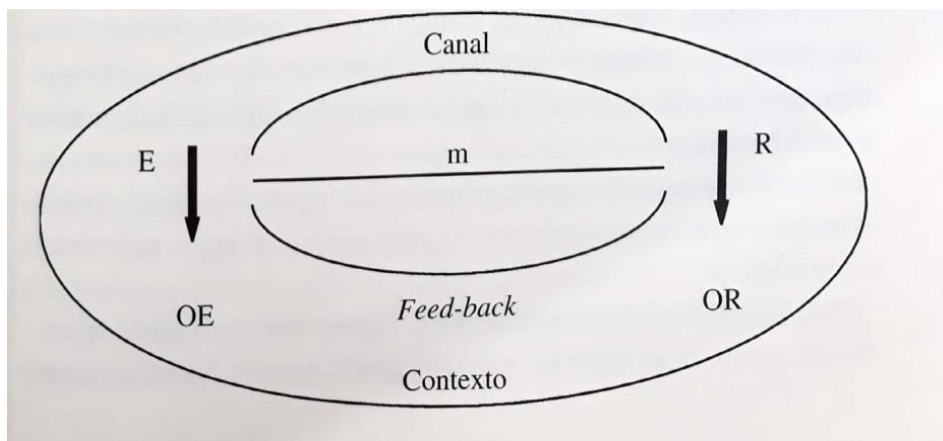
2.5 COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA

Segundo Inaba, Silva e Telles (2005) o cuidar é constituído por uma relação de apoio que inclui compreensão e respeito. Sendo assim, utilizar a comunicação de forma apropriada é crucial, sendo ela uma ligação que proporciona condições de convivência, além de fundamentar todo um sistema, frente igualdades ou diferenças (DIAS, 2011). De acordo com Cervený (2013) a maioria das queixas vindas para o consultório clínico são relacionadas a obstáculos na comunicação, pois as pessoas se sentem ignoradas e não conseguem expor seus sentimentos, emoções e vontades, sujeitando-se a malefícios por causa da comunicação, não confiando no que é dito. Esses são alguns dos exemplos que os problemas de comunicação podem acarretar nas relações. As teorias da comunicação propõem uma causalidade circular, avaliando as interações que ocorrem no tempo presente (NICHOLS, 2009). Maturana (2000 apud CERVENY, 2013) diz que o mundo ao qual convivemos se dá por meio de comunicações que constituímos. O sistema familiar comunicacional promove a criação de soluções que abrangem os seus membros como um todo (DIAS, 2011).

De acordo com Von Bertalanffy (1950, apud NICHOLS, 2009) os teóricos da comunicação apresentam, na teoria geral dos sistemas, alguns estudos para elucidar o funcionamento da família. Entretanto, mesmo eles tratam a família como um sistema aberto. Na prática clínica, a realidade era outra, concebendo como um sistema fechado a tratativa, pois eles só consideravam a família nuclear, não dando a devida importância a comunidade e a família ampliada (WALTZLAWICK, BEAVIN, JACKSON, 1967 apud NICHOLS, 2009).

Inspirado nos estudos Wiener, Shannon e Jakobson, Cervený (2013) desenvolveu uma estrutura no trajeto da comunicação que é representado na Figura 2:

Figura 2 – Esquema da comunicação



Fonte: (CERVENY, 2013, p. 14)

Legenda: a letra E faria o papel do emissor da mensagem, a letra M vestiria as vestes da mensagem que seria enviada a letra R. A letra R se incumbiria de ser a receptora através da letra C. A letra C carregaria consigo a função de ser o canal, possuindo um FB de *feedback*. Há obstáculos durante esse fenômeno, tanto em nível de emissor OE, que, geralmente, são constituídos de valores, julgamentos, crenças e etc., quanto em nível de receptor OR, que, normalmente, são o modo individual pelo qual ela é recebida (CERVENY,1980).

De acordo com Dias (2011) esses são os obstáculos da comunicação que geram instabilidades e desequilíbrios no sistema familiar, dificultando o seu entendimento. Os obstáculos, de emissor para receptor, são constituídos de vários tipos de ruídos na comunicação. Como Cervený (1980) pontua:

- em algumas ocasiões, ouvimos aquilo que desejamos, ao invés daquilo que realmente está sendo dito;
- tendemos a ignorar falas que são contrárias as nossas crenças e opiniões;
- quando comunicamos, podemos avaliar fontes - de onde a informação sai e para onde elas serão levadas;
- um mesmo fenômeno pode comunicar coisas diferentes para pessoas diferentes;
- da mesma forma, as mesmas palavras podem expressar coisas diferentes;
- podemos receber e encaminhar mensagem que são contraditórias;

- temos linguagens específicas que podem transformar nossos quadros de referência divergentes;
- podemos ter um comportamento de fala diferente de nossas ações;
- não sabemos o momento certo para falar ou calar;
- algumas vezes somos mais especialistas na comunicação dos outros do que com a nossa própria.

Cerveney (2013) pontua que vários outros empecilhos podem ser identificados e expõe algumas formas de evitar esses entraves na comunicação. Por exemplo, oferecer *feedbacks* para mostrar se a mensagem está sendo transmitida adequadamente, compreender o máximo possível o significado das comunicações que usamos, perceber os nossos preconceitos, fazer adaptações a elocuições de emissor e receptor, esquivar de comunicações triangulares e exercitar nossa capacidade de ouvir. As experiências individuais que dão o significado para os obstáculos.

Os teóricos da comunicação relatam que há um padrão de comunicação articulado em cadeias aditivas de estímulo e resposta. Essa proposta de modelo de causalidade possibilita aos psicólogos a lidarem com cadeias comportamentais como circuitos de *feedback*. No momento que o comportamento problemático de um membro da família impulsiona o conflito, ele é tido como um circuito de *feedback* positivo. Já quando há uma diminuição de movimento para mudanças, nós temos um *feedback* negativo. Ainda que identifiquemos o canal para o *feedback* positivo, é a comunicação que possibilita esclarecer as coisas de modo mais simples. As famílias mais sadias são capazes de se adaptar por causa da comunicação eficiente, fazendo-as flexíveis (NICHOLS, 2009).

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967 apud NICHOLS, 2009) através de uma série de axiomas acerca dos envolvimentos interpessoais da conversação, procuraram elaborar um cálculo sobre como se dá a comunicação humana. O primeiro axioma diz que os indivíduos sempre estão se comunicando, ou seja, é impossível não comunicar. Todo comportamento é uma forma de comunicação. Até mesmo um silêncio comunica; O segundo axioma reitera que todas as mensagens

tem objetivo de relatar e/ou comunicar (RUESCH, BATESON, 1951 apud NICHOLS, 2009); o terceiro axioma profere que a essência da comunicação está na contingência dos resultados na ordem dos acontecimentos entre os indivíduos; o quarto axioma afirma que os indivíduos se comunicam de forma verbal e não-verbal. Essa comunicação não-verbal ocorre mais por meio das expressões faciais, vestuário, gestos, entre outros, enquanto a verbal abrange mais o conteúdo da mensagem e *feedbacks*; o quinto axioma exprime que a interação da comunicação é simétrica, isto é, o indivíduo reflete o comportamento do outro e assim eles se complementam entre si (CERVENY, 2013). O relato de uma mensagem transmite dados, ao passo que o comando é uma afirmação sobre a definição do relacionamento (NICHOLS, 2009).

Ruesch e Bateson (1951 apud CERVENY, 2013) relatam que a comunicação é a raiz da união e estão presentes em todas as nossas interações, ou seja, é ela que liga pessoas a objetos e, mutuamente, a pessoas. Sendo assim, todo corpo é emissor e receptor de comunicação. A comunicação na família é interativa entre si, no qual os comportamentos dos membros é fator indispensável no resultado do comportamento dos demais membros. Os frutos são influenciados mais pelo processo comunicativo do que pelas experiências iniciais (DIAS, 2011).

Segundo Dias (2011) a comunicação na família orienta o indivíduo para a adaptação social. Caso isso não ocorra, a dinâmica familiar pode se tornar intolerável, assim como pode dificultar a integração do sistema familiar no sistema social. A autora relata ainda que a comunicação insere o indivíduo na família e na sociedade, através do sistema familiar que pode ajustar as alterações que se dão no ambiente. Mattos (2009) relata que quando há divergências entre o discurso e as ações da família, geralmente causa no idoso uma recusa de aceitar as considerações, tornando-se irritado, utilizando de chantagens emocionais para promover conflitos e diminuindo a fluidez no desempenho dos papéis, o que pode levar ao desequilíbrio do sistema. A autora pontua ainda que um diálogo sincero estimula uma escuta que cria novos diálogos, emergindo sentimentos profundos e questões que promovem a compreensão e a adaptação, além de suscitar novas expectativas para a vida.

Quando tratamos um contexto de doença, quem é incluído ou excluído durante os diálogos e discussões, sabemos como essa comunicação deve ser planejada durante a duração da doença. Por exemplo, quando a família conversa com a equipe médica sem a presença do paciente, atestando que o paciente não deve ser incluído nessa discussão (ROLLAND, 2016).

Rolland (1995) relata que para tentar compreender o contexto da doença crônica é fundamental entender o ciclo vital da doença no indivíduo e na família, para assim criar uma abertura no diálogo que utilize uma linguagem que ampare esses três aspectos.

Conclui-se que a comunicação é extremamente importante nas relações e interações que fazem, ela não compreende apenas o comportamento verbal, uma vez que todo comportamento é objeto de comunicação, e diálogos saudáveis propiciam uma melhor adaptação da família.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE DELINEAMENTO

De acordo com Gil (2002) o estudo de caso é um estudo aprofundado e exaustivo a respeito de um ou poucos objetos que permitam o seu amplo e detalhado conhecimento. A análise de dados dentro da pesquisa de caso é predominantemente qualitativa. O estudo de caso é aplicado ao visar os seguintes objetivos: compreender situações da vida real no qual as fronteiras não são delimitadas, defender o caráter único do objeto estudado, demonstrar a situação em que está sendo feita a investigação, desenvolver hipóteses e teorias e, por último, esclarecer as variáveis causais de um fenômeno específico que não permite a utilização de levantamentos e experimentos (GIL, 2002).

3.2 PARTICIPANTES

Os participantes foram um total de sete filhos cuidadores. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram filhos cuidadores que vivenciam a parentalidade invertida com as seguintes características: ser um filho adulto que tenha a função na família de cuidar do idoso por razão da sua doença crônica; os idosos devem estar na faixa etária dos 60 – 90 anos, estar morando com o filho em questão e possuir doença crônica progressiva.

Os critérios de exclusão serão: idosos que estejam institucionalizados em asilos e hospitais; cônjuges cuidadores.

A amostra foi realizada por conveniência e será caracterizada por perfil socioeconômico, tais como: sexo, idade, renda familiar, estado civil, nível de instrução e número de filhos. De acordo com Júnior (2009) esse tipo de amostra é caracterizada por usar elementos ou dados que estão à disposição. A amostragem, por conveniência, pode expor vícios de seleção. Contudo, há técnicas estratégicas que evitam essas variáveis intervenientes que possam aparecer.

3.3 PERFIL SOCIOECONÔMICO

De acordo com os dados coletados, foi possível apontar que os participantes que vivenciam a parentalidade invertida apresentam entre 28 a 65 anos, residem no interior do estado de São Paulo, além de nascerem no estado, salvo por uma participante que nasceu no Espírito Santo.

Cinco participantes possuem casas próprias, um mora em moradia alugada e outro em moradia cedida por parentes. A escolaridade dos participantes perpassa: um tem ensino médio completo, dois possuem formação técnica, uma possui ensino superior incompleto, uma possui ensino superior completo e duas possuem pós-graduação. Apontou-se que seis participantes são praticantes da religião católica, enquanto apenas um se declarou agnóstico.

Três participantes são solteiras, três participantes são casados e uma participante é divorciada. Mostrou-se que três são assalariados, duas são aposentadas e duas são autônomas. A renda familiar para três participantes varia de até cinco salários mínimos, enquanto para cinco participantes essa renda varia de 5 a 9 salários mínimos.

As doenças desenvolvidas são, na maioria dos idosos, doenças crônicas progressivas. Quatro participantes oferecem os cuidados apenas para a mãe e três participantes precisam dividir os cuidados com os dois pais.

Quadro 1 – Perfil Socioeconômico do participante

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Sexo	52	28	58	43	65	40	63
Idade atual	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Cidade que reside	Taubaté	Taubaté	Taubaté	Caçapava	Taubaté	Caçapava	Cachoeira Paulista
Estado de origem	SP	SP	ES	SP	SP	SP	SP
Tipo de moradia	Moradia alugada	Moradia Própria	Moradia com parentes	Moradia Própria	Moradia Própria	Moradia Própria	Moradia Própria
Arranjo familiar	Solteira	Casado 7anos	Divorciada	Solteira	Solteira	Segunda União 12 anos	Casada 47 anos
Escolaridade	Ensino Médio	Formação Técnica	Pós-graduada	Ensino Superior completo	Superior Incompleto	Pós- Graduada	Formação Técnica
Profissão	Autônoma	Assalariado	Aposentada	Assalariada	Autônoma	Assalariada	Aposentada
Renda familiar	Até 5 salários mínimos	Até 5 salários mínimos	5 a 9 salários mínimos	5 a 9 salários mínimos	5 a 9 salários mínimos	5 a 9 salários mínimos	Até 5 salários mínimos
Renda mantida por quem	Pela participante, mãe, irmão e auxílio do governo	Complementada por ambos	Por todos que residem na casa	Por todos que residem na casa	Pela mulher e complementada pelo restante	Pelo homem e complementada pela mulher	Por ambos igualmente
Quem reside na casa	Mãe	Esposa	Mãe e pai	Pai, mãe e irmão	Pai, mãe e irmão	Marido, filha e meus pais	Marido e a filha
Religião	Católica	Agnóstico	Católica	Católica	Católica	Católica	Católica
Doença acometida pelo idoso	Mãe- Diabetes, obesidade mordida e insuficiência cardíaca congestiva	Mãe-Câncer com mieloma	Mãe- Parkinson Pai - cegueira por diabetes	Mãe-Artrite Reumatoide	Mãe- Parkinson, Cardiopatia e Diabete Pai – Cardiopata	Mãe-Câncer Pai- transplantado de fígado	Mãe- Alzheimer, surdez e incapacidade de locomoção devido à queda

Fonte: Dados de pesquisa.

3.4 LOCAL DA PESQUISA

O local para realização da entrevista será na casa dos participantes, nas cidades do vale do Paraíba. De acordo com Cervený, Moreira e Costa (2018) é importante que durante essa entrevista o local escolhido seja tranquilo, livre de ruídos ou pessoas que possam atrapalhar o relato dos participantes, assim como pretende que a gravação seja nítida para realizar a análise de dados.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada a entrevista semiestruturada. De acordo Gil (2002) esse tipo de entrevista é caracterizado por temas de interesse do pesquisador que devem ser explorados durante o curso da entrevista. Foi realizado um encontro com cada participante, com duração prevista de até 50 minutos para cada um. Contudo, Uma das participantes deu uma entrevista com duração de 1h30 min, o que mostra também uma grande sobrecarga frente a esse fenômeno e uma falta de momentos para aliviar essa tensão, após um mês que a entrevista foi realizada a participante entrou em contato e relatou que chegou a ir pro hospital por conta de uma crise emocional. O roteiro de entrevista foi construído baseado nos objetivos desta pesquisa. (Vide Anexos)

3.6 COLETA DE DADOS

Para a pesquisa qualitativa de estudo de caso, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética via Plataforma Brasil e aprovada ante ao CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 29576320.0.0000.5501 (vide anexo C).

Na presente pesquisa, será utilizada a técnica amostral bola de neve. De acordo com Vinuto (2014) essa técnica é um tipo de amostra não probabilística, que usa de cadeias de referências. Esse tipo de amostragem atua inicialmente na busca de informantes chaves, com o objetivo de encontrar pessoas com perfis necessários ao estudo. Desse modo, por meio de indicações de pessoas que fazem parte da

rede do pesquisador, será feito o contato com os participantes, tendo como base o critério de inclusão que serão convidados a participarem da pesquisa.

Inicialmente, foi marcado previamente o dia e horário para a realização da entrevista na casa do participante. Ao confirmar a entrevista, o pesquisador foi sozinho à casa do participante com o gravador e o TCLE, no horário agendado ou será realizado através de plataforma de videoconferência, devido a pandemia do COVID-19. Antes de iniciar a aplicação do instrumento, foi lido para o participante o Termo de Compromisso e Livre Esclarecido e após o consentimento do mesmo mediante a assinatura do termo, foi dado o início a gravação de áudio para realizar a entrevista semiestruturada. Ao término da entrevista, foi desligado o gravador e então foi preenchido pelo participante, o perfil socioeconômico para caracterizar a amostra. Após a realização da entrevista foi realizado a transcrição na íntegra na gravação, e em seguida esse áudio será apagado. Duas entrevistas foram realizadas pessoalmente, respeitando as normas exigidas pela OMS, e as demais cinco entrevistas foram realizadas por meio de videoconferência.

Dois participantes que correspondiam ao perfil da pesquisa não puderam participar, um dos participantes se recusou a participar por timidez e a outra relatou que o idoso havia falecido por suspeita de Covid-19, e por isso não quis mais participar.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Essa pesquisa trabalha com análise de dados qualitativa. Por meio da entrevista, foi realizado categorização para verificar se houveram alterações na distribuição de papéis, se aconteceram impactos significativos no ciclo vital individual e familiar, se disfuncionalidades foram promovidas e como se deu a comunicação entre os membros do sistema. Segundo Gil (2002) consiste organizar os dados de modo que o pesquisador possa decidir e tirar conclusões a respeito deles.

De acordo com Gil (2002) a categorização é uma maneira de organizar os dados coletados de forma que possibilite ao pesquisador tomar decisões e atingir conclusões sobre eles. Com base nos objetivos da pesquisa, foram criadas três

categorias e todas as falas que se relacionavam com a categoria foram consideradas.

As categorias foram organizadas da seguinte forma:

Quadro 2 – Categorias para análise de dados

Categoria 1	Meios utilizados pelos filhos cuidadores e o sistema familiar para lidar com os cuidados atribuídos a idosos com doenças crônicas
Categoria 2	Os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença ao idoso.
Categoria 3	A comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso.

Fonte: Dados da Pesquisa

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os objetivos da pesquisa, as falas dos participantes foram organizadas em categorias que serão apresentadas a seguir. Após a apresentação das falas, apresenta-se uma discussão frente a literatura visando compreender o fenômeno da parentalidade invertida e o relato dos participantes.

Quadro 3- Categorias de pesquisas e os elementos coletados

CATEGORIAS		ELEMENTOS
Categoria 1	Meios utilizados pelos filhos cuidadores e o sistema familiar para lidar com os cuidados atribuídos aos idosos com doenças crônicas	<ul style="list-style-type: none">• ampliação das redes de apoio;• organização uma rotina;• busca por prestadores de serviços;• Suporte nos procedimentos médicos• Realização de atividades profissionais e recreativas;• Religião como fonte apoio.
Categoria 2	Os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença ao idoso	<ul style="list-style-type: none">• Mudanças nos papéis familiares:• Insistir em possuir uma função dentro da família;• A escolha pelo membro que irá assumir o papel de cuidado principal.
Categoria 3	A comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades para conversar a respeito da divisão de cuidados;• Dificuldade de receber a

		<p>mensagem por causa de alguma doença que afetou o idoso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrariedade ao comunicar a respeito das novas práticas tanto aos idosos quanto aos membros da família • Abertura para contextos de comunicação mais afetuosa e de gratidão.
--	--	---

Fonte: Dados de pesquisa.

4.1.1 Categoria 1- Meios utilizados pelos filhos cuidadores e o sistema familiar para lidar com os cuidados atribuídos a idosos com doenças crônicas

Frente aos objetivos dessa categoria foram coletadas as seguintes falas das entrevistas como os participantes:

Quadro 4 – categoria 1: Meios utilizados pelos filhos cuidadores e o sistema familiar pra lidar com os cuidados atribuídos a idosos com doenças crônicas

P1	<p><i>“a vizinha me disse que tinha encontrado ele na rua lá debaixo né, e ele subiu com ela e ele também não conseguia achar a chave do portão né, e foi aí que percebi que tinha algo de errado acontecendo com ele né.”</i></p> <p><i>“Eu tenho tido muita ligação do meus clientes também, meus parentes... alguns parentes meus ...é que me dão um retorno de amor [...] eu me sinto acolhida, eu me sinto ...como eu vou dizer...aquele aconchego né, de você desabafar com alguém que te alavanca”</i></p> <p><i>“A minha vizinha que fica olhando a minha mãe aqui pela janela pra mim.”</i></p> <p><i>“Então nossa eu sou tão grata Deus por isso, sabe, pelas</i></p>
----	---

“pessoas que ligam e perguntam como que tá e dá uma força.”

“Ele (pai) me ajudava na minha mãe né.”

“Dessa internação... meu pai... eu fiquei com ele 2 meses dentro de um hospital. Foi aí que a minha comadre veio pra me ajudar, porque eu tava tomando conta dos dois aqui sozinha dentro de casa né.”

“A minha cunhada. A minha cuidada veio pra eu poder ... na verdade ela veio pra eu poder ir pra minha casa dá uma olhada e voltar.”

“Mas eu vou contar pra você uma coisa: a minha família na verdade quem fica muito mais junto comigo aqui dentro de casa quando vem me ajudar é o meu irmão mais velho.”

“E o mais velho é o que me dá mais suporte porque ele tá mais presente, tudo, então ele vem de vez em quando ele me ajuda a fazer algumas coisas por exemplo hoje mesmo ele veio aqui pra me dar uma força né.”

“Olha, faz tantos anos já que eu tô cuidado da minha mãe. No começo não foi nada fácil não, porque ... pelo assim eu tinha a cuidadora né. A cuidadora ainda me ajudava então eu voltava pra Taubaté, ficava em Taubaté até trabalhava.”

“Então assim o trabalho ajudava a espairer um pouco desse mundo de confinamento de doença. De você ver sua mãe ali naquela situação então eu...parece que fugia um pouco.”

“Como eu tenho percebido... olha o prazer de assim, eu quando eu tô ... eu estou fazendo esses cursos online, eu viajo né (risos). Eu navego naquilo que eu tô fazendo, eu me dedico totalmente ...”

“Eu tenho que eu faço cursos online né, eu faço cursos online da hora que a minha mãe dorme, eu faço especialização na minha área de maquiadora. Eu tô sempre fazendo, porque eu amo fazer. Faço curso de culinária também, que eu tô fazendo também. Então como eu amo fazer e acaba me ajudando bastante.”

	<p><i>“O meu meio é a minha fé. As minhas orações que eu entrego a Deus. Que eu sou uma pessoa que eu creio muito no poder de Deus sobre a minha vida, a vida da minha família e eu trabalho muito a minha mente e eu sempre fui assim.”</i></p> <p><i>“Então nossa eu sou tão grata Deus por isso, sabe, pelas pessoas que ligam e perguntam como que tá e dá uma força.”</i></p>
P2	<p><i>“Eu e os meus irmãos sempre tamo conversando e tentando estimular ela de alguma forma, sendo que no passado ela sempre foi assim com a gente.”</i></p> <p><i>“Quando a gente vai pra São José, três vezes no mês que é pra fazer exame consulta e a quimioterapia. A gente se reveza nesse dia, ou se acontece alguma coisa eu tô trabalhando, não posso sair, eu já ligo pra ela e ela consegue resolver ou em vice-versa. Um ajuda o outro a cuidar da minha mãe.”</i></p> <p><i>“A irmã é a que mais ajuda, os outros dois são mais dispersos da situação.”</i></p>
P3	<p><i>“Eu tenho ajuda da minha irmã. tenho ajuda do meu irmão, do meu irmão é pouco. Da minha irmã é bastante.”</i></p> <p><i>Cuidador é eu e a minha irmã só se precisar eu vou chamar o meu irmão se precisar de sair uma coisa assim de fim de semana. A gente quase não ta saindo mesmo, então não tem o que precisar, mas se precisar a princípio é ele que eu vou chama.”</i></p> <p><i>“ah, é tranquilo. Toda vez que eu peço alguma coisa eu tenho o retorno. Se eu falar que eu preciso, eu tenho o retorno. Se eu ficar quieta, eu não tô precisando de nada mesmo. Então não tem jeito. Mas tudo o que eu preciso... “Ah, vou levar no médico” a sempre meu irmão vem e ajuda.”</i></p> <p><i>“Enquanto não sai fora do ritmo, tudo vai acontecendo normalmente. Agora entrou no normal. Agora quando tá internado essas coisas a gente tem que mudar todo o ritmo. Preciso de alguém pra ficar com a minha mãe, pra poder fazer o revezamento no hospital. Mas agora assim ta muito tranquilo,</i></p>

	<p><i>porque entrou no ritmo, tá nada saindo fora.”</i></p> <p><i>“Eu acho que a gente tem que até trabalhar isso na gente pra poder aceitar a parte de cuidar, porque não é fácil, mas a gente tem que aceitar e trabalhar e ir aceitando tudo direitinho dentro da gente, colocando as rotinas que tudo vai encaminhando e vai dando certo.”</i></p> <p><i>“Vou falar parte religiosa, porque eu tenho q falar. Pois eu rezei muito pedi muito a Deus pra me dar sabedoria. Porque eu acho que a gente tem que ajudar, porque a gente vai envelhecer. Então aos poucos eu fui aprendendo a lidar. Rezei muito, pedi muito a Deus e aos poucos eu fui aprendendo a lidar com a situação.”</i></p> <p><i>“Pedi muito a Deus. Consegui. Eu pedia sabedoria, rezava, pedia muita força, porque assim eu acho que chega uma hora que os pais fizeram tanto pela gente que a gente tem que fazer por eles.”</i></p>
P4	<p><i>“Eu já tentei fazer muito tratamento com ela, os tratamentos alternativos, tradicionais com médico, com remédio, mas assim nenhum teve eficácia.”</i></p> <p><i>“Eu tenho bastante assim amigas que são fisioterapeutas, que sempre estão falando de novos métodos pra poder está ajudando, pra poder tá complementando o tratamento com os remédios. Então eu acredito muito nessa parte alternativa. Eu acho que, por exemplo, ela já fez o Reiki, não se você já ouviu falar? [...] A gente realmente vai tentando pra ver se em algum momento ela vai ter um alívio nas dores dela.”</i></p> <p><i>“Os meios assim a gente vai ao médico, com medicamento mesmo. [...]Então ela fica mesmo com os convencionais que são os tradicionais com a medicação mesmo.”</i></p>
P5	<p><i>“uma pessoa que me ajuda nos serviços domésticos mesmo pra poder me liberar um pouco. Mas ao mesmo tempo a pessoa também ajuda a cuidar, lembrar dos remédios. Porque uma das coisas mais difíceis que eu acho assim... antes eles conseguiam tomar o remédio sozinho. Mas eles não conseguem mais. Então</i></p>

	<p><i>você tem que estar atenta e ela, por exemplo, toma 21 comprimidos por dia, ele toma 14 e são em horários espaçados.”</i></p> <p><i>“Tenho uma pessoa que vem duas vezes na semana para me ajudar.”</i></p> <p><i>“Meio físico tenho que pagar meu convênio. Tenho... Olha, eu enfrento...não sei dizer exatamente como, mas assim passa mal, leva no médico, faz acompanhamento médico periódico dos dois. Levo periodicamente fazendo acompanhamento. Se passa mal levo no pronto socorro.”</i></p> <p><i>“Pedindo pra Deus me dar paciência, porque olha é muito difícil. Muito difícil. Porque as vezes os dois passam mal ao mesmo tempo.”</i></p>
P6	<p><i>“É mais com os horários mesmo, conta os horários das medicações que as vezes esquece um pouquinho.”</i></p> <p><i>“Na verdade, é o dia-a-dia mesmo, se organizar, ter um planejamento de horário, cumprir o horário certinho de deixar a comidinha pronta. Mas se organizar no sentido de horário mesmo, de rotina.”</i></p> <p><i>“Não é fácil, mas a pessoa quando ela quer se organizar, tem dedicação assim, ela consegue sim. É mais a pessoa ficar tranquila e ficar se adaptando.”</i></p> <p><i>“Acho que é pra famílias que estão lidando com essa situação é conseguir se organizar, divisão de tarefas e tal.”</i></p> <p><i>“Até o momento não foi necessário. Sempre teve como ... O meu marido saiu, ou a minha filha sai, procuro nunca deixar sozinho. Sempre tem alguém em casa, por causa da pandemia, ou também porque meu marido é aposentado, e ele não tem assim que cumprir um horário assim todos os dias. Eu trabalho só no período da tarde. Da uma às 5, acaba que o horário tá sendo bem flexível.”</i></p>
P7	<p><i>“Também eu sou bastante assim ativa. Gosto de mexer com horta, crochê, essas coisas ajuda bastante. Pode indicar pra pessoas. Aprenda a fazer palavras cruzadas, ou atira no</i></p>

bordado, no crochê, porque todo mundo precisa extravasar.”

“Sim, isso. Sair um pouquinho e dar uma desligada. Enquanto ela dorme eu vou pro meu crochê.”

“Ajuda muito. Sim, Graças a Deus. Também você tem que é... A gente não pode ser muito egoísta também. No caso se você tá em uma situação assim precária, pouca coisa já tem que te dar uma ... então agora a gente tá com ela e tem que ficar sozinha com ela na casa dela, que os outros tem a vida pra cuidar. Então você não pode ser egoísta, e dizer: “essa fase vai passar, é provisório, daqui a pouco a outra irmã chega”. Isso te dá um alívio, te dá uma meta que você vai sair daquilo. Você não agarrar e dizer isso é o final do mundo. Ter esperança que vai passar rapidinho.”

“Isso aí. Isso é um meio (dividir com as irmãs). Um meio muito importante. Ninguém pode ficar um tempo todo limitado, sozinho. E também tem os recursos de qualquer coisa eu ligo pra um, certo? Tem uma ligação do outro. “Faltando isso, por favor faz isso”. Funciona bastante. Cada hora assim, quando dá um espaço pra qualquer uma delas vem tomar um café com a minha mãe. E com ela (mãe) também a gente fica fazendo umas terapias doidas de colocar milho no feijão e dar os feijões pra ela escolher. Pega roupa do varal, já peguei até roupa da gaveta dela amassei tudinho, virei do avesso pra ela virar e dobrar de novo. A gente tem uns truques aí pra dar certo senão não vai.”

“Essa divisão de tarefa no começo a gente fez até uma escalinha. “Oh, tal dia é fulano...” agora a gente tá... as pessoas tão um pouco apertada, porque uma trabalha, a outra tá de neto novo. Então tá ficando mais um pouquinho sobrecarregado pra mim, certo? Mas dá certo. Dá certo. Só tem esse problema, você tem que entender que o outro não tá tão disponível quanto você. Então a gente dá uma desdobra pra acertar o lado dela. Sozinha não pode ficar. No momento a gente ainda não tá considerando [não foi possível identificar] pra acompanhar ela,

porque é muito complicado a gente tá esperando pra ver se ela melhora a caminhada dela, se ela consegue com o andador, pra facilitar, pra gente ter mais confiança pra deixar com alguém.”

“Tem uma fisioterapeuta que vem uma vez por semana, aliás até amanhã é o dia dela. Ela tá passando pelo ortopedista de dois em dois meses, então é isso que a gente tem de esperança de que ela melhore.”

“Três que estão na ativa agora. Uma trabalha então ela fica mais no final de semana sabe e eu com rosa, que no caso tá de netinho novo estamos revezando mais e a outra de cirurgia de catarata.”

“Minha cunhada ajudava, agora minha cunhada tem medo: “Ah não eu tenho medo. E se ela cai comigo?”.”

“No começo a gente queria ter a mamãe forte, animada, valente como ela sempre foi. Mas a gente o como é injusto cobrar isso de Deus.”

“Sempre pratiquei a minha religião, as coisas que eu gosto de fazer, colaborar com as pessoas isso aí nunca me atrapalhou não.”

Fonte: Dados da pesquisa

Foi possível verificar, frente às falas dos participantes, quais são os meios utilizados para enfrentar e adaptar a parentalidade invertida: ampliação da rede de apoio que incluem vizinhos, amigos e demais familiares; estabelecer uma rotina de cuidados no dia-a-dia; buscar prestadores de serviços como cuidadores até para afazeres domésticos, para assim poder se dedicar melhor a tarefa do cuidar; para lidar melhor com a doença, apoio nos tratamentos e procedimentos médicos; recorrem a cursos, atividades profissionais e atividades recreativas como forma de aliviar a tensão frente ao cuidado, além de buscarem apoio em questões espirituais e religiosas.

Segundo Schwartz, Muniz, Burille, Zillmer, Silva, Feijó e Bueno (2009) é dentro desse contexto família/indivíduo que se desenvolvem as relações, inter-relações e interconexões, favorecendo assim o desenvolvimento de mudanças. Os autores ainda observam que o cuidador principal pode receber um forte apoio, de uma rede formada por vizinhos, amigos e parentes. Preservar essa rede é fundamental para manter uma qualidade de vida, tanto ao doente quanto para família. Em diversos relatos é apontando que os participantes recebem apoio e auxílio de irmão, amigos e até mesmo de vizinhos.

A questão do senso de controle frente a doença pode ser vista através da rotina como um meio de enfrentamento como é possível observar nos relatos das participantes P3 e P6, em que relatam a rotina e organização como uma forma de enfrentar essa situação de cuidado. Rolland (2016) diz que as crenças do domínio influenciam muito na relação doença/sistema de saúde, demonstrando que a volta do paciente para casa pode reafirmar aos membros da família sobre suas capacidades de liderança.

Utilizar a medicina como meio de enfrentamento pode exigir dos médicos e da equipe de saúde um dever de conhecimento, até que todas as possibilidades sejam extintas, indiferentes as chances de progresso (ROLLAND, 2016). No relato dos participantes foi possível perceber as atividades profissionais, cursos e atividades recreativas são utilizados como uma forma de distração e alívio da tensão frente a constante demanda de cuidados. Roland (2016) defende mudanças que proporcionem equilíbrio entre trabalho e recreação.

A assistência oferecida por cuidadores formais profissionais contratados pela família, oferecem apoio frente aos cuidados com o idoso (BATISTA, ALMEIDA, LACMAN; 2014). Na fala dos participantes podemos identificar esse aspecto quando relatam que recorrem ou já necessitaram de cuidadores ou de domésticas para auxiliar nos afazeres domésticos e assim se dedicar melhor ao cuidado.

De acordo com Rolland (2016), as questões étnicas, raciais e espirituais são importantíssimas e influenciam os valores familiares diante da doença. É possível observar que no caso dos participantes relataram possuírem alguma religião, muitas vezes eles citam a religião como um meio, pois recorrem a orações e a utilizam

como forma para compreender a situação. A fé e a ligação com Deus são um meio de lidar com as dificuldades, desenvolvendo esperança, dando significado e suporte para quem está enfrentando uma situação de doença, assim como as mudanças e perdas que ocorrem (SCHWARTZ et al., 2009).

4.1.2 Categoria 2 - Compreender os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso

Frente aos objetivos dessa categoria foram coletadas as seguintes falas das entrevistas como os participantes:

Quadro 5 – Categoria 2: Compreender os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso.

P1	<p><i>“Cair a ficha e tudo isso, porque é aquela coisa o filho não foi preparado pra olhar o pai e a mãe. E não foi nada isso. A mãe é mulher, foi feita pra maternidade aquela coisa que a gente vê. Ter filhos, cuidar dos filhos, né. Agora os filhos para cuidar dos pais, olha, é escolhida a dedo.”</i></p> <p><i>“O cuidador dele não é fazer tudo que quer, por isso que se inverteu os seus valores. É a mesma coisa, tô pequenininha ainda, minha mãe tá cuidando de mim, ela também vai falar: “filha, não faz isso porque isso faz mal”. Não é, a gente não é tratado assim. “Não vai comer doce, porque estraga os dentes”, o pai e a mãe da gente quando pequenininho. Então “não coloque o pé no chão, vai ficar doente”, e a mesma coisa com eles. A gente inverteu os seus valores. A gente cuida deles como eles cuidaram da gente. De falar “olha, não faz isso”, “ta errado, não faz assim”.”</i></p> <p><i>“Eu vou ser bem realista. Com relação a minha família teve algumas que me entristeceram. Que essa parte dos seus pais ficarem doentes, quando você tem mais irmãos, o natural é o que eu tinha te falando antes ...é ter essa divisão entre os filhos. Cada um se doando um pouco “Olha, hoje fico eu. Amanhã fica você” deveria ser assim, mas não é assim [...]. É o</i></p>
----	--

	<p><i>desentendimento de cuidar. [...] Eu acredito que é pelo fato de eu ser solteira. Eu acho que não deveria ser assim. “eu tenho meus compromissos, minha vida, minha família, meus filhos. Você é solteira, então vai e cuida”.</i></p> <p><i>“Eu acredito que o quê me impactou foi assim... perante tanto filhos, essa foi a parte que mais me impactou, não foi de ter cuidado e tá cuidando da minha mãe e ter cuidado do meu pai não foi não. O que mais me impactou é ...assim de não ter tido essa divisão, do “olha, hoje é você amanhã sou eu”.</i>”</p>
P2	<p><i>“Sempre que tava meio mal, ou alguma coisa incomodava, ela vinha, ela conversava, ela mimava e hoje a gente tá trocando esses papéis, né ?”</i></p> <p><i>“O caçula sempre tem um pouco a mais, sempre tá, as vezes em uma condição melhor porque o tempo, a gente vai melhorando de acordo com o tempo, né? E quando os meus irmãos tinham a mesma idade que eu, foi muito mais difícil a infância deles pra mim já foi um pouco mais fácil então acarretou um certo tipo de ciúmes e desse lado do cuidado.”</i></p>
P3	<p><i>“Mas tudo o que eu preciso... “Ah, vou levar no médico” a sempre meu irmão vem e ajuda. Porque por ser homem eu acho que é mais assim acomodado e daí sobra mais pra gente aqui.”</i></p> <p><i>“É agora eles são meus filhos.”</i></p> <p><i>“No começo eu achei que eu não fosse dar conta., que eu não ia suportar fazer isso, que ia ser muito difícil. [...] Porque eu acho que a gente tem que ajudar, porque a gente vai envelhecer. Então aos poucos eu fui aprendendo a lidar. [...] eu acabei de aposentar e tive que participar. Eu pensei que eu fosse descansar e foi assim muito pesado de”</i></p>
P4	<p><i>“A gente sempre morei aqui em casa. Nunca casei então sempre estive em contato diretamente com ela. A gente vê a dificuldade, vai ficando mais debilitada então por isso, a gente começa a realmente inverter os papéis. A gente começa a ajudar mais, hoje o que ela faz aqui em casa ela gosta de fazer muito comida,</i></p>

	<p><i>então a gente deixa ela fazer.”</i></p> <p><i>“Não, eu sou mais. Eu acabou fazendo mais por ela. Não sei é por causa de ser filha mulher.”</i></p> <p><i>“Acho que não. Que nem eu falei é uma família pequena, uma família unida. Um apoia o outro, um ajuda o outro. Eu acabo fazendo mais por causa de ser filha mulher, tô mais próxima. Mas assim, de forma alguma todo mundo tem consciência que ta tudo certo e é assim que tem que ser mesmo.”</i></p> <p><i>“A gente fica muito preocupada que a gente sabe que a idade vem chegando e que vai ficando cada vez mais debilitada, mas assim eu sou uma pessoa que assim estou abrindo mão da minha vida pra poder realmente ficar em casa e ter todo o cuidado com ela. Eu trabalho, saio de trabalho e tudo que ela pede eu faço”</i></p> <p><i>“Olha, acredito que não porque foi uma opção minha. Fui eu que escolhi, então de forma alguma. Eu acho que a gente tem que se doar sim pro próximo, principalmente pra pessoas da família. Mas assim foi uma escolha totalmente minha, então de forma alguma.”</i></p>
P5	<p><i>“O meu pai tem um pouquinho de resistência porque ele ainda acha que ele é o chefe da família e aí eu deixo ele pensando que é isso nas entrelinhas. Porque na prática não é isso e ele sabe disso, as faz bem pra ele achar que ele ainda é o chefe de família.”</i></p> <p><i>“Eu que faço compra, eu que faço farmácia, faço mercado e faço tudo. E ainda tenho uma necessidade de administrar o dinheiro. Olha, que coisa engraçada, eu dou um dinheiro por mês, além de pagar os convênios e tal. Porque ele ganha pouco e não daria pra manter a casa e ai ele vai dando esse dinheiro pra ele fazer as compras porque ele acha que assim ele tá...administrando a casa e é muito engraçado que já me perguntou porque você da o dinheiro pra ele se você vai fazer a compra. Porque pra ele é importante se sentir como chefe da casa. Ele ainda fala: eu sou o</i></p>

	<p><i>chefe da casa. É isso. Com isso eu não tenho nenhum problema também e eles aceitam muito bem tudo o que eu fizer. Eles têm muita confiança no que eu faço. Isso às vezes acaba até pesando, porque eu tenho que tomar decisões por eles. Porque eles não tomam a decisão ai eles deixam que eu decida.”</i></p> <p><i>“Às vezes muito mal, porque você pode tá tomando a decisão errada.[...] É horrível você ter que tomar decisões que muitas vezes é a vida da pessoa que tá em jogo. Não é uma decisão que venha de: vou passear, não vou passear. Não. É uma decisão de vida mesmo.”</i></p> <p><i>“Eu não tenho mais vida própria, nem vida própria e nem, por exemplo, ela tá com muita dificuldade de andar e ele passou 3 meses com dificuldade de levantar da cama. Às vezes você tá tomando banho e eles gritam que tá precisando de alguma coisa. Hoje mesmo eu tava fazendo aquele “artesanatozinho” lá e eu tive que parar 3 vezes pra tirar ela da cama, pra depois levar ela no banheiro, pra depois levar ela no sofá.”</i></p> <p><i>“Nossa, eu sempre amei viajar. Sempre viajei muito. Já faz muito tempo que eu não viajo. Até pra ir pra São Paulo passar dois dias, até o ano passado não teria. Agora tá difícil até pra ir 2 dias lá, pra resolver algumas coisas, pra rever alguns amigos, que eu não tenho amigos aqui em Taubaté. Não tenho amigo nenhum, é só a família mesmo, nem isso também. Porque aí você tem que primeiro fazer todo o monólogo, combinar com o meu irmão, vê se ele vai poder ficar os dois dias de direto, combinar com a mulher que vem, vê o dia certo que ela. Tem toda uma estratégia, toda uma logística pra você poder sair de casa dois dias.”</i></p>
P6	<p><i>“Na verdade, a gente tem mais uma atribuição durante o dia. Assim, é mais uma tarefa durante o dia.”</i></p> <p><i>“Eu acho que o ideal é a pessoa que cuida se organizar pra não ficar vivendo só em função dos cuidados. Ela também precisa ter o lazer, o tempo dela. Não deixando de fazer a obrigação que é cuidar dos pais, mas também não se sobrecarregando. Sabendo</i></p>

	<i>delegar algumas tarefas, mas sempre supervisionando. Então eu acho que esse é o caminho do futuro.”</i>
P7	<p><i>“Olha, eu por ter trabalho já no hospital, eu já tinha um pouco de prática, mas não é fácil você ficar 24h ou então uma semana. 12 dias que eu já fiquei com ela direito, sem revezar com ninguém. Eles exigem muito.”</i></p> <p><i>Tem três irmãos, antes da mãe sofrer essa queda tinha mais colaboração deles e muitas vezes a gente só acompanhava.”</i></p> <p><i>“Aceita. No começo a gente passou por um período assim quando ela ficou bem ruinzinha da cabeça, dava até tristeza. Porque ela falava as vezes: “Nossa, você parece até minha filha ‘Até ela mesmo brinca comigo, não sei se tem muito sentido o que eu vou falar pra você. “Nossa, parece que você é minha mãe agora”, “Você virou mãe”.”</i></p> <p><i>“Lidei bem sim, acho que por eu ter trabalhado um bom tempo no meio da saúde, vendo os filhos sofrendo, já tinha experimentado, [não foi possível identificar], certo? [...] A gente quer que as pessoas fiquem eternamente bem. Eternamente bem. Não é o caso.”</i></p> <p><i>“Enquanto a gente cuidava dela e a gente tava trabalhando era muito sacrifício. Plantões de hospital e plantões com a mãe. Era muito difícil.”</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com Minuchin (1982) a estrutura familiar é composta por funções que arranjam a maneira pela qual os membros se relacionam. Frente a isso, nos relatos dos participantes foi possível observar os papéis familiares: alguns familiares insistem em possuir uma função dentro do sistema familiar, apesar de estarem em uma situação de doença e escolhem pelo familiar que irá assumir essa função de cuidar do membro idoso.

Minuchin (1982) pontua que a organização do sistema familiar fornece um processo muito importante no processo de diferenciação. Isso ocorre porque os pais idosos se vêem ainda no papel de lidar com essas funções que eram exercidas

anteriormente. Esse costume pode até auxiliar na autoestima, pois faz com que se sintam úteis e importantes dentro da dinâmica familiar. De acordo com Rolland (2016) o impacto é influenciado pela doença de que o membro foi acometido, por qual era o seu papel antes da doença, pela habilidade de cada membro para se adaptar a essa situação, sendo ela influenciada pela fase desenvolvimental, como também pelo papel que apresentam no sistema familiar.

A doença motiva o sistema familiar a flexibilizar papéis, assim como mudar de ideia quanto ao membro do sexo feminino necessariamente precisar ser o cuidador, ampliando para uma equipe que colabore entre si para oferecer esses cuidados ao ente acometido pela doença (ROLLAND, 2016).

Frente ao papel de cuidador, o principal membro é o idoso, caso não haja uma articulação e distribuição de cuidados. Para Augusto, Silva e Ventura (2009) o cuidador pode se sobrecarregar por ter de lidar com outras atividades além da prestação de cuidados para com os membro doente, acabando por desleixar-se dos cuidados voltados a si próprio. Ainda de acordo com os autores, os filhos cuidadores se deparam com vários desafios e enfrentam várias mudanças quando assumem esse papel. Esse papel traz tensão e responsabilidade que não é escolhido, porém é designado. Nichols e Schwartz (2007) relatam que: em grupos que há uma inflexibilidade de papéis e estrutura, tendem a ser disfuncionais quando lidam com mudanças. Falcão (2012) diz que os fatores que levam a assumir determinado papel são: condições financeiras, padrões e regras da família, disponibilidade de tempo, sentimento de obrigação filial, proximidade geográfica e afetiva, entre outros.

Augusto, Silva e Ventura (2009) afirmam que essas condições fazem emergir um sentimento de retribuição de favores, além de geralmente eles nunca pensaram que algum dia teriam de devolver atividades cotidianas aos pais. Contudo, McGoldrick (2016) afirma que apesar disso, não se pode infantilizar o idoso e dizer que há uma inversão, pois apesar de suas incapacidades os idosos ainda são mais experientes e modelos para as próximas gerações.

4.1.3 Categoria 3 – A comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso.

Frente aos objetivos dessa categoria foram coletadas as seguintes falas das entrevistas como os participantes:

Quadro 6 – Categoria 3: A comunicação na parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso.

P1	<p><i>“A gente quebrava o remédio pra ele engolir e ele prendia o remédio na boca e cuspia. Eu falava: “Meu Deus meu pai ta com infecção de urina, não engole o remédio e como é que vai fazer né?”.”</i></p> <p><i>“Nós tivemos muitos problemas também com a minha irmã mais velha também no passado, por isso que ela também se afastou da família e dos cuidados com a minha mãe.”</i></p> <p><i>“Porque a minha irmã ela foi a que mais assim, mais mimada pelos meus pais, né. Meu pai, ele tem mais assim pra um né, e teve um conversar entre famílias tudo. Que deixou a gente meio estremecido.”</i></p> <p><i>“Certo o pai e a mãe ajudar filho, eu acho isso ótimo “ajudar”. Agora você cobrar por ajudar? Não. Tá numa idade avançada aí, então tem que procurar... você contou com os seus pais pela vida inteira, então você tem que aprender a estar dispostos a correr por suas coisas.”</i></p> <p><i>“Eu acredito que o quê me impactou foi assim...perante tanto filhos, essa foi a parte que mais me impactou, não foi de ter cuidado e tá cuidando da minha mãe e ter cuidado do meu pai não foi não. O que mais me impactou é ...assim de não ter tido essa divisão, do “olha, hoje é você amanhã sou eu”.”</i></p> <p><i>“É necessário também eu tá mais perto da minha mãe, porque nós tínhamos a nossas indiferenças também hoje é mais compaixão nós duas. Foi necessário também essa proximidade, entre mãe e filha também. Eu tô passando a conhecer melhor a minha mãe hoje, cuidando mais dela assim como eu conheci melhor o meu pai.”</i></p> <p><i>“O meu pai era um cara muito durão. Meu pai militar naquela</i></p>
----	--

época, ele sempre foi fechado. [...] Ele lembro uma vez que fui ao supermercado com ele, porque ele andava devagarinho, passo por passo. Eu lembro que me deixou muito feliz no supermercado, os amigos dele perguntaram “quem essa moça seu Joaquim?”. Aí ele falava assim: “ah, essa daqui é a minha filha, companheira”.”

“Mas no finalzinho da vida dele, que a gente ficou mais próximo. Eu percebi o jeito carinhoso, ele pedia as coisas pra mim que ele não era muito de pedir. A gente ia no quintal de casa, ele mostrava as plantas: “olha, se faz assim”, me ensinou como plantar isso, ou plantar aquilo. Ai pegava as fotos antigas e mostrava. [...]Essa doença nos aproximou muito como mãe e filha, como com meu pai também enfim. Algo doloroso de vê-los sofrendo, porém gratificante a nível de proximidade dessa afetividade, que eu acho que os filhos hoje que tem seus pais nessa situação eu diria a eles, se me perguntassem o que diria aos filhos, eu diria pra eles aproveitassem ao máximo os pais na velhice, e tentar entendê-los. Hoje, eu consigo entender mais o pai, consigo entender mais a minha mãe.”

“A dificuldade de comunicação foi mais com o meu pai. Porque o meu pai, ele foi como se tivesse uma barreira entre nós dois, sempre foi assim. Aqui em casa sempre foi assim, o respeito... certas palavras tinham que ser muito rígido. Muito aquela educação da gente né. Hoje eu agradeço pela educação que meus pais deram pra gente, mas foi tiram essa barreira, sempre escolhia as palavras sabe. As pessoas que chegavam também, não era todo mundo que chegava dentro de casa que podia. Então essa proximidade foi assim...quebrouse muitas coisas, muitas barreiras foram quebradas aqui em casa com relação a essa... É como se fosse uma dura ali né, digamos assim, o amor falou mais alto (risos).”

“Eu tenho a minha irmã que eu já te falei. Nós temos as nossas diferenças sempre tive dificuldades com ela. Ainda tenho até hoje

	<p><i>com uma diferença assim.”</i></p> <p><i>“Então você se vê ali como ... eu chamo ela de minha bebê. Manhosa e eu, como diz, “raí” com ela. “Mãe, não pode” “Mãe, não pode fazer isso”. Ela é teimosa e faz as coisas escondido (risos)”</i></p> <p><i>“Quando você caminha de coração pra coração, de pai pra filho, de mãe pra filha, de filha pra mãe, de filha pra pai. Então essa proximidade quando você ta cuidando dos dois sabe.”</i></p> <p><i>“Agora o gratificante é quando ele pegou na minha mão e ele apertou a minha mão. Apertou a minha mão e a honra que tive de cantar pra ele. Eu nunca cantei pro meu pai e eu cantei pro meu pai, peguei na mão dele e cantei pra ele.”</i></p>
P2	<p><i>“Ah, é muita conversa, passo muito tempo com ela fazendo artesanato.”</i></p> <p><i>“Ah birra dela. Ela começou a fazer muita... é não digo birra. É mais uma...um jeito de querer chamar a atenção. Daí a gente aprendeu a lidar com essa forma dela, depois da doença, porque ela já vinha tendo um diagnóstico meio depressivo, daí a gente viu que era o câncer, que deu uma derrubada mais nela.”</i></p> <p><i>“Ah, ela foi bem receptiva. Ela compreendeu a situação dela, compreendeu que aquilo que a gente tava fazendo era o que tinha que ser feito e não tinha pra onde correr. Então, ela aceitou bem a situação dela e a nossa posição em relação a situação dela também.”</i></p> <p><i>“Não, que eu sempre fui bem próximo da minha mãe, então a gente nunca teve barreira na hora de conversar, a gente sempre foi muito aberto, sempre se deu bem. Então tudo o que incomoda ela, ela me fala, e tudo o que me incomoda eu falo pra ela e a gente se resolve bem.”</i></p> <p><i>“A passa pro M. que ele não é o filhinho? Ele não é o mais novinho? Eles agem dessa forma, não sei o porquê.”</i></p>
P3	<p><i>“T: Mas você fica chateada quanto a esse seu irmão que não te ajuda tanto? P3: Tem dia que eu fico. Agora não que eu to numa</i></p>

	<p><i>parte bem assim tranquila, mas no começo que o pai tava muito ruim. Meu pai ficou 4 meses ruim, eu achava sim, principalmente durante a noite que não tava dormindo. Aí eu ficava, mas eu não sabia como chegar perto e falar, mas passou. Passou.”</i></p> <p><i>“meu pai é muito tranquilo, ele super agradece. Tinha dia que ele ficava muito nervoso no começo quando começou a usar fralda, agora já nem ta usando mais. Ficava meio nervoso, não dormia direito a noite, que eu acho que tava tendo uma mudança no organismo dele. Agora minha mãe é difícil de cuidar dela, eu até brinco assim, eu fico mais pra poder ta com a companhia do dia-a-dia. Mas, cuidar diretamente dela, ela não deixa, ela não aceita, ela reclama de tudo, ela tem muita dor no corpo, ela não aceita a ajuda da gente.”</i></p>
P4	<p><i>“Sempre foi muito aberta. Sempre contei muito com ela. A gente sempre teve um bom relacionamento. O tempo todo eu tô conversando com ela, mostrando pra ela sempre o que é bom pra gente ter uma qualidade de vida melhor.”</i></p> <p><i>“Não, todos eles assim segue o mesmo jeito. O cuidado, que nem o meu irmão ajuda bastante aqui em casa né. Ele também ajuda nos afazeres da casa, então nesse ponto ela tá bem aparada.”</i></p> <p><i>“Eu sei que é difícil por ser uma doença crônica, mas eu acredito que eu vou continuar conversando com ela pra que a gente possa fazer outros tratamentos pra que ela tenha um alívio dessas dores.”</i></p>
P5	<p><i>“Confortável pra eles e eles se acomodaram.”</i></p> <p><i>“Não, porque é só o meu irmão. A gente nesse ponto se dá bem. Um colabora com o outro. Por exemplo, a gente já não pode deixar os dois sozinhos. Se um vai sair, o outro ... A gente ta sempre, trocando isso. Porque não dá pra você simplesmente falar vou sair e largar ai. Não. A gente tem que tá trocando.”</i></p> <p><i>“Mas um entende muito bem o outro e sabe das dificuldades que cada um tá.”</i></p> <p><i>“Se a gente morasse em casa separada seria diferente.”</i></p>

P6	<p><i>C: Ah, eu sinto um pouco. Porque eu tenho um irmão e ele não me ajuda em nada. Na verdade, ele tá bem tranquilo lá na casa dele.”</i></p> <p><i>“É um pouco sei lá, desinteresse. Eu não sei, mas logicamente se ele se oferece pra tá acompanhando ao médico, tá fazendo mais coisas, eu iria deixar, eu iria gostar né. Mas se a pessoa não quer também eu não vou ficar obrigando.”</i></p>
P7	<p><i>“Tem. Essa irmã mais velha é muito autoritária. Ela sempre é a dona da razão, ela sempre que ta certa. Então com ela é mais difícil. As outras não, as outras duas que estão mais próximas agora, graças a Deus, ta indo bem.”</i></p> <p><i>“Dos cuidados. Ela se põe assim que ela que cuidava da mãe da melhor forma, ninguém conseguiria. “Nossa, eu preciso fazer a cirurgia do olho, mas tô tentando adiar”. Até que um dia eu tomei a frente e falei: “Não, a mãe vai pra casinha dela. Já passou a pandemia”. Porque ela mora em um sítio (irmã) e minha mãe tava lá. Era o maior sacrifício pra gente ta indo pra casa dela, ficou bem complicado mesmo, mas mesmo assim a gente aguentou 5 meses.”</i></p> <p><i>“Com a minha mãe não. A dificuldade dela é ela não entender as coisas, a surdez. Eu esqueci de comentar também que ela tem uma surdez bem grave, mas do contrário não. Sempre fomos bem... Até o tempo que ela era uma mãe brava, severa eu sempre me entendi bem com ela.”</i></p> <p><i>“Mais visita sabe. Se interessasse mais pra saber do tratamento. Eu já vivi uma experiência quando o meu pai morreu [não foi possível identificar] veio questionar: “Os exames do pai? O que deu?”. Exigindo uma coisa que podia ter dito enquanto o meu pai tava vivo, depois que morre não tem mais o porquê querer... então eu acho que tem falta de interesse.”</i></p>

Fonte: Dados da pesquisa

Nessa categoria, no discurso dos participantes, podemos verificar algumas dificuldades no sistema familiar, tais como: quando é preciso comunicar à respeito da divisão dos cuidados, quanto aos obstáculos para receber a mensagem devido a doença, à medida que desafios surgem quando comunicamos novas práticas de cuidados aos idosos e aos demais membros da família. Contudo, apresentam falas que remetem a um contexto de comunicação mais aberta a demonstração de afetividade e gratidão.

De acordo com Nichols e Schwartz (2007) as famílias que conservam uma comunicação mais efetiva e usufruem de uma capacidade de flexibilidade, são as mais funcionais. Caso isso não ocorra, frustrações e perturbações somáticas podem vir à tona em um dos membros do sistema. Podemos ver essa necessidade dos participantes de comunicação frente a organização dos cuidados com os irmãos. Contudo, muitas demonstram ter dificuldades frente a esses desafios, como também apresentam dificuldade de chegar a um consenso juntos.

Devido às condições de saúde do membro doente, novos hábitos como alimentação, tratamentos, entre outros se originam, compondo assim o cuidado geral do doente. Diante disso, é possível perceber que em alguns relatos há conflitos, tanto dos membros idosos quanto com os outros familiares. Segundo Dias (2011) o sistema familiar pode não coincidir entre o conteúdo da mensagem emitida e o conteúdo da mensagem recebida, podendo levar a conflitos e desequilíbrios.

A parentalidade invertida e a relação de cuidado gerou uma maior intimidade entre pais e filhos, além de trazer à tona sentimentos como gratidão. Para Mattos (2009) um diálogo franco promove uma escuta que gera novos entendimentos, exteriorizando sentimentos e proporcionando adequação e discernimento.

Algumas dificuldades de comunicação frente ao cuidado levaram ao rompimento emocional entre irmãs e o sistema familiar, pois essa se comprometeu a auxiliar nos cuidados apenas se fosse paga para isso. Em outros relatos, foi possível observar uma falta de interesse de participação. De acordo com Augusto, Silva e Ventura (2009) e Falcão (2012) um dos fatores que colaboram para que esse cuidado seja prestado aos pais é a proximidade afetiva. Falcão ainda argumenta que

por mais que os pais tenham cuidados dos filhos, nada assegura que receberão essa atenção de volta.

No relato de uma participante, podemos ver que: devido a idade avançada, o idoso pode apresentar surdez. De acordo com o esquema da comunicação de Cerveny (2013) essa questão orgânica pode afetar como essa mensagem será recebida pelo emissor e impedir um entendimento claro do seu conteúdo.

Uma das participantes relatou que a mãe idosa não acredita na eficiência dos tratamentos não convencionais. Mesmo assim, a participante ainda quer convencê-la a realizá-los. De acordo com Cerveny (2013) isso se configura com um dos obstáculos da comunicação, quando tendemos a ignorar informações que afrontam as nossas crenças.

Enquanto é possível notar que, em outra fala de um dos participantes, há uma boa comunicação com a mãe idosa e ambos se entendem muito bem. De acordo com o esquema de comunicação indicado por Cerveny (2013) isso pode se observar quando ambos estão atentos para os feedbacks um do outro, confirmando que há entendimento entre eles. Conseguindo assim atingir uma boa comunicação para a interação de ambos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parentalidade invertida é um fenômeno que possui a tendência de tornar cada vez mais comum, devido ao aumento do número de idoso diante de um aumento da longevidade. Junto a isso, aumenta-se a possibilidade de desenvolver doenças e/ou incapacidades. Diante disso, há uma necessidade da família de se adaptar a essa nova demanda do membro idoso doente. Por consequência disso, é essencial uma comunicação clara e funcional para o sistema, além de buscarem meios para enfrentar essa situação de doença e cuidados intensos.

Nesta pesquisa, buscou-se conhecer o fenômeno da parentalidade invertida e como o sistema familiar enfrenta e adapta a situação da doença crônica no idoso. Por meio das entrevistas, foi possível conhecer os meios que os filhos cuidadores e o sistema familiar que eles utilizam para lidar com os cuidados atribuídos a idosos com doenças crônicas, compreendendo os papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso e como a família se comunica frente a situação de cuidados.

Foi possível compreender os meios de adaptação diante da parentalidade invertida, sendo eles: ampliação das redes de apoio; estabelecer uma rotina de cuidados; buscar por prestadores de serviços; apoio nos tratamentos e procedimentos médicos; recorrem a cursos e atividades profissionais e buscam apoio em questões espirituais e religiosas. Foi possível, em seguida, notar as alterações e dinâmicas dos papéis familiares no sistema familiar quando ocorre a doença no idoso, sendo eles: insistir em possuir uma função dentro do sistema familiar, a escolha pelo familiar que irá assumir essa condição de cuidador para com o membro idoso. Por último, compreende-se a comunicação na família diante da parentalidade invertida. Sendo elas caracterizadas por: conflitos dentro do sistema familiar quando é necessário dialogar sobre a divisão dos cuidados, impedimentos de receber a mensagem ocasionados por alguma incapacidade, desafios ao se comunicar a respeito das novas práticas de cuidados, tanto aos idosos quanto com outros membros da família. No entanto, apresentar contextos de comunicação mais aberta se torna uma demonstração de gratidão e afetividade.

Diante aos resultados aqui obtidos, vê-se a necessidade de criar políticas públicas para oferecer apoio aos idosos e seus familiares, de mostrar que o cuidado não é uma tarefa exclusivamente feminina, assim como deve possuir colaboração dos demais membros da família, de forma igualitária, estimulando a comunicação do sistema familiar de forma clara para lidar melhor com as mudanças advindas desse fenômeno da parentalidade invertida.

A partir dos resultados coletados, sugere-se para futuras pesquisas, explorar e ampliar nos seguintes assuntos: como o processo nega a oferecer cuidados para com os pais e porquê isso ocorre? Porque algumas famílias optam por terceirizar esses cuidados? Como o idoso se sente tanto a frente da situação da doença, quanto ao fenômeno da parentalidade invertida.

O fenômeno da parentalidade invertida traz grandes mudanças nas relações familiares. Desse modo, exige-se que o sistema familiar, como um todo, comprometa-se e busque formas de lidar com essa nova demanda, oferecendo um maior bem-estar pra os seus membros.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana Correia e col. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.

ANDRADA, Edla Grisard Caldeira de. **Família, escola e a dificuldade de aprendizagem: intervindo sistemicamente.** ABRAPEE, v.7, n.2, p.171 – 178, 2003.

AUGUSTO, Fernanda Maria Fávere; SILVA, Ivanete Pereira da; VENTURA, Maurício de Miranda. **Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios.** Rev. Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 12, p. 103-118, 2009).

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; LANCMAN, Selma. **Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro.** Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 879-885, 2014.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

CASTRO, Gisela Granjeiro da Silva. **Precisamos discutir o idadismo na comunicação.** Comunicação & Educação, v. 20, n. 2, p. 101-114, 2015.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **Visitando a família em diferentes fases do ciclo vital.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CERVENY, Ceneide Maria Oliveira.; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa.** 2. ed. 3º reimpressão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **Família e...: comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; MOREIRA, Maria Arlene de A; COSTA, Christina Mello A. Reflexões sobre os retratos do envelhecimento. Perfis e/ou paradoxos revelados em história de vida de idosos. In: MACEDO, Rosa Maria Stefanini de.; KUBLIKOWSKI, Ida.; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo (org.).

Pesquisa qualitativa no contexto da família e comunidade: experiências, desafios e reflexões. 1ª ed. Curitiba, PR: CRV, 2018.

COSTA, Christina Mello Amorim. **A parentalidade invertida em famílias com idosos à luz das lealdades invisíveis.** Dissertação (Dissertação em Psicologia) PUC-SP, São Paulo. 2017

CUNHA, Jurema Alcides org. **Psicodiagnóstico-V.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIAS, Maria Olivia. **Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica o processo de comunicação no sistema familiar.** Gestão e desenvolvimento.v.19, p. 139 – 156, 2011.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. A pessoa idosa no contexto familiar. In: Baptista, Makilim Nunes; Teodoro, Maycoln L. M. **Psicologia da Família: teoria, avaliação e intervenção.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ªed. São Paulo: Atlas,2002.

GOLDENBERG, Mirian. **Velho é lindo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

JUNIOR, Carlos Alberto Mourão. **Questões de bioestatísticas: o tamanho da amostra.** Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais. v. 1, p. 26-28, 2009.

KARSCH, Ursula M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KREPPNER, K. **The child and the family: Interdependecde in developmental pathways.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2000.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. Artmed Editora, 2009.

MATTOS, Eliete Teixeira Belfort. Famílias com idosos. In: OSORIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth Pascual (org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MORATALLA, T.; CARRERAS, A.; VILLEGAS, J. **Apuntes sobre ciclo vital individual y familiar**. 1992.

MOREIRA, Maria Arlene de Almeida; FLUENTES, Sônia Azevedo Menezes Prata e Silva. A família e o idoso. In: MOTTA, Ivonice Fernandes de; ROSSAL, Anna Silvia Rosal de. SILVA, Cláudia Yaísa Gonçalves da. **Psicologia: relações com o contemporâneo**. São Paulo: Ideias & Letras, 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 12. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PAZES, Maria Catarina Esteves; NUNES, Lucília; BARBOSA, António. **Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspectiva do cuidador principal**. Rev. Enf. Ref. Coimbra, v. serIV, n. 3, p. 95-104, 2014.

ROLLAND, John S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

SANCHEZ, Fátima Abad. A família na visão sistêmica. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; TEODORO, Maycoln L. M. **Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SCHWARTZ, Eda; MUNIZ, Rosani Manfrin; BURILLE, Andréia; ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; SILVA, Danubia Andressa da; FEIJÓ, Aline Machado; BUENO, Maria Emília Nunes. **As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica.** REME- Rev.Min. Enferm., v.13, n.2, p. 193- 201, 2009.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica.** 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. **Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 10, n. 4, p. 552-560, 2002.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas, 2014.

WALSH, Froma. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Qual a doença que seu pai e/ou mãe desenvolveu? Quanto tempo faz que isso aconteceu?
- 2- Como você tem enfrentado a situação de cuidados com seu pai e/ou mãe?
- 3- Quais os meios que você tem usado como recurso para enfrentar esta situação?
- 4- Como você tem percebido sobre os meios de como você tem se adaptado a cuidar do idoso com doença crônica?
- 5- Como você tem percebido sobre os meios de como a sua família tem se adaptado na situação do idoso com doença crônica?
- 6- Como você percebe as mudanças nos papéis familiares quando o idoso (seu pai e/ ou sua mãe) foi acometido pela doença crônica? Se sim, como essas mudanças o impactaram?
- 7- Qual a sua percepção na comunicação com seu pai e/ou mãe quando assumiu os cuidados para com ele (a)?
- 8- Você sente alguma dificuldade na comunicação com seu pai e/ou mãe quando assumiu os cuidados para com ele (a)?
- 9- Você sente alguma dificuldade com os demais membros da sua família ao comunicam a respeito das necessidades de cuidados do idoso?
- 10-Você considera que o cuidado para com o seu pai e/ou mãe alterou planos seus individuais? Planos familiares?
- 11-Houveram alterações em algumas perspectivas que você tinha junto a sua família?
- 12-Depois desta conversa, qual dos assuntos você considera mais importante?

ANEXO B - PERFIL SOCIOECONÔMICO

Perfil socioeconômico fornecido pela orientadora Profa. Dra. Andreza Maria Neves Manfredini

1- Cidade onde reside? _____

2- Estado?

Estado de origem do homem: _____

Estado de origem da mulher: _____

3- Tipo de moradia?

Moradia própria

Moradia cedida

Moradia alugada

Moradia com parentes

4- Religião adotada pela família?

Católica

Sem religião

Espírita

Outra: _____

Evangélica

Judaica

5- Arranjo familiar atual:

Vivendo a primeira união.

Há quanto tempo? _____

Vivendo a segunda união.

Há quanto tempo?_____

() Vivendo a terceira união.

Há quanto tempo?_____

() Solteiro com filho

() Viúvo

Há quanto tempo?_____

() Divorciado/ Separado

Há quanto tempo?_____

6- Tempo de união?_____

7- Quem reside na casa atualmente?_____

8- Tem filhos na relação atual?

() Sim () Não Quantos:_____

9- Tem filhos de outra relação?

() Sim () Não Quantos:_____

10-Idade do homem? _____

11-Idade da mulher?_____

12-Idade dos filhos?_____

13-Escolaridade do homem?

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Formação técnica
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós Graduação
- Mestrado
- Doutorado
- Pós Doutorado

14-Escolaridade da mulher?

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Formação técnica
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós Graduação
- Mestrado
- Doutorado

Pós Doutorado

15-Profissão do homem?

Profissional liberal Assalariado

Autônomo Aposentado

Não trabalha

16-Profissão da mulher?

Profissional liberal Assalariado

Autônomo Aposentado

Não trabalha

17-Renda familiar?

Até 5 salários

5 a 9 salários

10 a 20 salários

21 a 30 salários

Mais que 31 salários

18-Esta renda é mantida por quem?

Somente pelo homem

Somente pela mulher

Pelo homem e complementado pela mulher

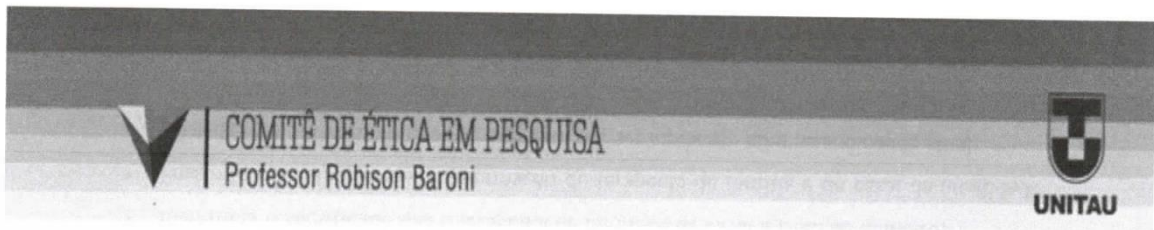
Pela mulher e complementado pelo homem

Por ambos igualmente

complementado pelos filhos

Outro:_____

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “Parentalidade invertida e doença crônica do idoso: enfrentamento e adaptação da família”, sob a responsabilidade do pesquisador Andreza Maria Neves Manfredini. Nesta pesquisa pretendemos investigar e compreender o fenômeno da parentalidade invertida em situação de doença crônica do idoso, em famílias que residem na região do Vale do Paraíba, pertencentes a classe média. Por meio da pesquisa qualitativa, será utilizada como método a entrevista semi-estruturada. A entrevista será gravada, e em seguida será transcrita na íntegra e imediatamente o áudio será apagado. Os participantes deverão ser filhos cuidadores que vivenciam a parentalidade invertida com as seguintes características : ser filho adulto que tenha a função na família de cuidar do idoso por razão da sua doença crônica; os idosos devem estar na faixa etária dos 60 - 90 anos, estar morando com o filho em questão e possuir doença crônica.

Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em compreender o fenômeno da parentalidade invertida e como o movimento do sistema familiar é importante para proporcionar uma melhor qualidade de vida tanto ao idoso quanto aos demais membros da família. Os riscos são mínimos como responder a questões sensíveis para o sujeito ao revelar sentimentos e pensamentos nunca revelados. Entretanto para evitar que ocorram danos, será feita uma escuta e uma orientação para que o participante busque o CEPA – Centro de Psicologia Aplicada (Clínica de psicologia da UNITAU) para que tais demandas sejam trabalhadas de forma saudável e adequada. Caso haja algum dano ao participante será garantido ao mesmo procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização. Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo (incluir forma de ressarcimento) nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar

e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com o pesquisador por telefone (12) 99141-3334 e (12) 99115-5598, inclusive ligações à cobrar ou e-mail andreza.m@uol.com.br.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br O pesquisador responsável declara que a pesquisa segue a Resolução CNS 466/12.

Rubricas:

Pesquisador responsável Andreza Maria Neves Manfredini participante _____ 2/2

Andreza Maria Neves Manfredini

Consentimento pós-informação

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Parentalidade invertida e doença crônica do idoso: enfrentamentos e adaptação da família”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) participante

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, located in the lower right quadrant of the page.