

O demente, a família e as suas necessidades

FILOMENA C. BAYLE (*)

1. INTRODUÇÃO

A população idosa duplicou nos últimos quarenta anos, devido à melhoria da qualidade de vida, das condições sociais e económicas e aos progressos da Medicina para manter o indivíduo no melhor estado de saúde possível.

Como refere Forette (2000), hoje é-se velho mais tarde e a tendência é envelhecer com mais saúde.

Pela primeira vez na história da Humanidade coexistem quatro gerações, modificando as estruturas sociais, as relações individuais e a dinâmica intergeracional. O perfil físico, fisiológico e psicológico das pessoas com 60 ou 80 anos hoje é completamente diferente daquele que existia nos anos quarenta. A longevidade trouxe atitudes diferentes e encara-se o envelhecimento de uma forma diferente da que se encarava ontem. Nos dias de hoje, deseja-se ser jovem durante mais tempo e para isso recorre-se a todo o tipo de estratégias que possam atrasar qualquer marca de envelhecimento. Utilizam-se as salas de ginástica para manter a forma, procura-se ter um bom aspecto físico e a saúde no melhor nível possível, recusa-se a mudança corporal recorrendo à cirurgia plástica, dando de novo um “look”

jovem e de actualidade, sobretudo se a indumentária acompanha a moda “new age”. Estas preocupações, existentes a princípio na mulher, estenderam-se posteriormente ao homem.

A sociedade actual, forte a nível dos meios de comunicação, retirou aos mais velhos o direito à palavra, sobretudo a sua identidade tradicional de cofre de sabedoria, de transmissor, veiculador do saber intergeracional. Pela sua experiência de vida, o idoso era um conselheiro que impedia, por vezes, decisões intempestivas. Os conhecimentos hoje mudam constantemente, acabando o idoso por ficar confinado a um papel secundário, ou mesmo desvalorizado. Ele já não sabe tudo e, por vezes, tem a impressão que já não sabe nada deste mundo em constante mudança. Estas transformações tiveram repercussões sobre a imagem social do idoso e, automaticamente, sobre os aspectos psicológicos. Enquanto trabalha tem um estatuto. Porém, a partir do momento que entra na reforma, perde a sua identidade social e se ele não transforma a perda do seu trabalho noutras actividades positivas, a sua saúde física e psicológica pode degradar-se.

Nos nossos dias, o olhar em relação ao idoso é angustiante, onde cada um se projecta neste sentimento insuportável da morte que se aproxima e da vida que chega ao fim, visualizando a morte: a sua e através do outro. Como medida de protecção, foram-se encontrando apelos diferentes para os momentos diferentes do envelhecimento, passando-se da terceira para a quarta e, brevemente, para a quinta idade, como se estes de-

(*) INUAF - Instituto Universitário D. Afonso III, Loulé.

graus permitissem pôr cada vez mais à distância um destino que é, para todos, incontornável.

A esperança média de vida sem incapacidade aumenta mais depressa que a esperança média de vida. Os especialistas em gerontologia dizem-nos que é uma sorte envelhecer hoje em dia, porque é-se velho mais tarde e a tendência é envelhecer com mais saúde; para outros (o senso comum), as reticências são grandes e é sem hesitações que consideram que o envelhecimento é a maior das infelicidades. Mas sobretudo, é o mau envelhecimento, a incapacidade, a dependência e a demência que causam medos e angústias por vezes superiores à própria morte.

O termo envelhecimento tem um duplo sentido: a senescência que remete para o biológico e o avanço de idade, que é um elemento cronológico. A idade biológica ou funcional e a idade cronológica nem sempre coincidem. Os factores exógenos podem fazer avançar a senescência, assim como as condições de vida difíceis, os traumas; no sentido inverso, a manutenção de actividade física regular, um bom equilíbrio psicológico podem evitar as suas consequências. Sabemos hoje que a senescência está na encruzilhada entre o património genético e o percurso da vida intelectual e colectiva.

Também não se pode datar exactamente o princípio do envelhecimento psicológico. É um processo de decrescimento pulsional inverso ao que o indivíduo encontrou durante a adolescência e está interdependente da segurança de base adquirida durante a relação primária. A mudança é importante durante o envelhecimento, onde o indivíduo se vai confrontar com dificuldades a vários níveis, sobretudo quando ele tem menos utensílios de protecção:

- A *nível social*, o idoso passa da actividade (trabalho) à inactividade (reforma), o que implica necessariamente um olhar diferente em relação a si e aos outros, como a “utilidade” social com o seu leque de papéis, funções e estatutos. Como passar de uma vida ritmada pelas semanas de trabalho, a outra onde existe uma grande elasticidade e disponibilidade de tempo? Este período delicado pode trazer dificuldades importantes a nível familiar, sobretudo a nível conjugal, com uma necessidade de reestruturação das relações. A sua inadequação pode levar ao

divórcio, que tem aumentado ultimamente nesta faixa etária

- A *nível pessoal*, há a transformação física e um corpo que mostra progressivamente ou repentinamente os seus limites, sobretudo quando as doenças se manifestam; há a transformação psicológica com a perda das capacidades mnésicas a partir dos 50 anos, das capacidades de identificação perceptiva entre os 70-80 anos, e a linguagem após os 75 anos, afectando a capacidade de digressão associativa e, por vezes, deterioração a nível de outras capacidades intelectuais. O aumento da dependência e das doenças provoca necessariamente uma mudança a nível relacional, quer no casal quer dos pais em relação aos filhos, o que pode ser visto como algo de profundamente humilhante. Esta forma de tratar, de gerir estas dificuldades neste período de mudança – envelhece-se como se vive – vai depender da fragilidade e da vulnerabilidade do sujeito, sobretudo em caso de doença. Quando o indivíduo perdeu a sua “pulsão de vida” renuncia a qualquer projecto de ordem material, relacional, intelectual ou espiritual.

Se, para uns, os sintomas do mau envelhecimento estão relacionados com o sistema familiar, que evita o questionamento desta fase etária, deslocando a angústia de todos os membros sobre o paciente designado, para outros, o mau envelhecimento está somente ligado à deterioração biológica. Qual é a parte de responsabilidade de um e de outro neste processo de envelhecimento? Mas sobretudo como intervir para melhorar as condições de vida do idoso? O isolamento, as carências sociais, afectivas e económicas, podem levar muitos idosos ao suicídio por desespero, sobretudo se a dependência, as dificuldades sensoriais e de locomoção aumentam no quotidiano. É da nossa responsabilidade individual e colectiva devolver ao idoso o direito à palavra, à discussão e, sobretudo, a decisão relativa ao seu futuro e pensamos que a Psicologia da Saúde deverá intervir mais junto desta população. Em termos de saúde pública devemos falar de envelhecimento “otimizado”, num contexto social e cultural e não universal.

2. A PSICOLOGIA DA SAÚDE E O IDOSO

A Psicologia da Saúde tem um papel fundamental nos cuidados de saúde primários e, em particular, utilizando as palavras de Carvalho Teixeira (1999), poderíamos alargar também ao idoso: «no tratamento... promoção e manutenção da saúde, prevenção das doenças e interacção do sujeito com os técnicos e serviços de saúde.»

Esta intervenção começa cedo, diríamos mesmo sem exagerar que a garantia de um bom envelhecimento começa a nível dos cuidados de saúde primários (Bayle, 2002), isto é, para um bom envelhecimento é necessário ter um bom nascimento e, para isso, só a intervenção durante a gravidez e o parto vão permitir a tricotagem dos laços vinculativos entre os pais e o bebé, proporcionando a garantia de segurança de um bom desenvolvimento do indivíduo durante a sua vida e, por consequência, a obtenção de uma resiliência que garanta uma entrada e uma estadia de boa qualidade nas chamadas terceira e quarta idades.

Portanto, um primeiro aspecto fundamental da Psicologia da Saúde é uma intervenção precoce a nível da manutenção e promoção da saúde que terá repercussões a curto, médio ou longo prazos.

Um segundo aspecto é a constituição de uma rede de intervenção que englobe os médicos de família, os geriatras e o pessoal dos serviços de saúde que ponham a funcionar sistemas de intervenção de forma a melhorar a qualidade de vida do idoso. Para isso, há que formar os técnicos de uma forma acelerada sobre as especificidades da psicologia do envelhecimento e reflectir sobre as modalidades de intervenção a nível social e comunitário.

2.1. Eixos de intervenção

Vários eixos fundamentais podem ser delineados, quer a nível individual, quer a nível comunitário:

- Promoção de saúde e prevenção de doenças visando a modificação do comportamento das populações de forma a diminuir o envelhecimento patológico
- A nível de saúde pública, sabemos que tratar a hipertensão arterial, não fumar e ter uma actividade física, contribuem para prevenir os acidentes vasculares cerebrais; utilizar

os óculos de sol diminui os problemas de catarata e outras patologias oculares; o tratamento hormonal de substituição na menopausa evita um certo número de doenças. A hormona anti-envelhecimento talvez traga um dia melhorias a nível do funcionamento fisiológico que permita dar ao Homem um melhor conforto de vida

- A nível psicológico é necessário sensibilizar a população, após a reforma, para que invista em novas áreas, novas representações, sobretudo de si próprio, de forma a desinvestir pretensões anteriores e investir novas à medida das suas capacidades, para que não fique mentalmente paralisado com a perda de juventude e o medo da morte que se aproxima
- A nível social, motivar o idoso para outras ocupações quer intelectuais, sociais e físicas e salientar o benefício do desporto e a sua consequente melhoria da condição física e da saúde em geral.

Neste eixo de intervenção social é importante implicar cada indivíduo em rastreios que promovam a saúde e a prevenção, intervir nas crises de vida e de envelhecimento (é um momento que vai necessitar a adaptação do próprio idoso, assim como da família) e, ainda, identificar os indivíduos de risco e orientá-los para as consultas de avaliação e de diagnóstico.

2.2. Papel dos técnicos de saúde

Os médicos de família têm um papel importante a este nível, orientando os idosos a partir dos primeiros sintomas; e se os sinais são detetados precocemente, mais fácil vai ser a intervenção, melhorando notavelmente a sintomatologia do paciente. A instalação de consultas psicológicas de avaliação do estado psicológico do indivíduo, possibilitará também a informação sobre a doença e a sua eventual evolução.

O diagnóstico precoce do idoso em vias de demenciação é fundamental, pois permite pôr a funcionar programas que façam face ao défice cognitivo, sobretudo perturbações da memória, raciocínio, dificuldades a nível da linguagem e do pensamento abstracto, distúrbios do comportamento, da percepção e da personalidade, levando a dificuldades individuais e familiares.

O diagnóstico precoce da depressão do idoso parece-nos também importante em termos de Saúde Pública. Ela é, frequentemente, sub-avaliada mas faz parte das patologias psiquiátricas mais frequentes, sobretudo num período onde a fragilidade e a vulnerabilidade aumentam. Há que distinguir entre depressão propriamente dita e sintomas depressivos ligados a dificuldades de adaptação ao meio, às modificações funcionais ou intelectuais, à transformação da identidade social e os lutos ou dificuldades da vida de um ser humano. Nessa altura, há que avaliar o lugar que ele ocupa a nível das interações familiares. Deixar a família com este paradoxo “como mudar sem nada mudar”, deveria ser como transformar as relações actuais noutras diferentes, encontrando uma distância diferente que não traga sofrimento a uns e outros, intervindo no momento do anúncio de uma doença que vai levar a curto, médio ou longo prazo, à dependência e à demência, que é incapacitante não só para o indivíduo, mas também para as pessoas à sua volta, como os familiares.

É necessário intervir junto da família, dando as informações necessárias para a compreensão da doença do familiar para que a visão do seu comportamento mude; mude, mas também no acompanhamento do utente e familiares, implicando-os na mudança de comportamento, ajustamento e stresse face à doença; e comunicando a existência dos serviços que poderão intervir junto do doente como alternativa possível para evitar o esgotamento das famílias ou, pelo menos, manter o estado do doente, evitando assim a sua deterioração e dando-lhe a melhor qualidade de vida.

2.3. Papel dos recursos comunitários

O apoio domiciliário é importante, sobretudo para aqueles que mantêm uma certa autonomia mas necessitam de um determinado apoio, pois encontram-se isolados, por vezes em zonas rurais, ou mesmo em zonas urbanas. Eles necessitam de alguém que os acompanhe aos serviços de saúde e aos serviços públicos e os apoie na aquisição dos bens de primeira necessidade.

A institucionalização dos idosos provoca rejeições para o próprio idoso que, de repente, tem o sentimento de ser abandonado pelos familiares e, muito particularmente, pelos filhos que os levam

para um lugar desconhecido para eles. Estes rejeições podem provocar agressividade, o que é culturalmente inaceitável, sobretudo se o idoso começa a manifestar sinais de demência que podem ser interpretados como a extremização do mau carácter do familiar e não como uma doença que se instala, por vezes lentamente, outras de uma forma abrupta. Para evitar desgastes desnecessários, programas de informação sobre esta doença degenerativa deveriam ser implementados de uma forma sistemática, assim como reuniões entre os familiares para eles poderem identificar-se também com as vivências dos outros intervenientes. Isto evita sentimentos de culpabilidade nos próprios filhos e eventuais desgastes em termos de saúde, sobretudo para aquele que se ocupa do doente.

São também importantes, os Centros de Dia que poderão integrar os doentes crónicos, tendo uma função de protecção de dia em relação aos indivíduos dependentes, e também um centro de actividades que têm como finalidade manter se não mesmo melhorar o estado destes utentes.

Finalmente, em relação ao tratamento, reabilitação e adaptação à doença há necessidade de alargar as estruturas de centros de dia e de internamento temporário para os indivíduos isolados que necessitam um certo tipo de cuidados, mas também para prevenir o cansaço das famílias e para elaborar parâmetros de qualidade das instituições, afim de evitar maus tratos do idoso a nível institucional, e alargar os cuidados paliativos, para minimizar o sofrimento no fim de vida.

Devemos dar ao idoso a segurança do nosso apoio, dando-lhe ajuda e assistência, respeitando a sua integridade física e psicológica, valorizando a sua opinião e o seu empenhamento para uma melhor qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde considera que a qualidade de vida é o bem estar físico, mental e social completo e não se define pela ausência de doença (Ribeiro, 1994).

3. O DEMENTE

A doença de Alzheimer tornou-se uma preocupação de Saúde Pública, devido às incidências epidemiológicas a nível do idoso e as repercussões a nível da família.

O tempo médio de evolução desta doença, ronda os 8 anos e meio, levando por vezes a problemas financeiros e a dificuldades de organização, sobretudo porque nas estruturas familiares actuais a mulher tem um papel activo no exterior da família e não pode, como no passado, ocupar-se do familiar, trazendo-o para a sua própria casa.

O diagnóstico da doença de Alzheimer é feito através de dados clínicos e neuropatológicos. É considerado como um distúrbio neurovegetativo, com uma evolução variável segundo os indivíduos, onde aparece o declínio a nível cognitivo, sobretudo o raciocínio e o pensamento abstracto, o declínio da memória a curto prazo, os défices a nível da linguagem, dificuldades de adaptação a nível social, familiar e individual. A demência é irreversível, pode ser súbita, por vezes com uma evolução rápida.

Representa entre 50 a 70 % das demências e existem actualmente estudos sobre os factores de risco que podem levar a este tipo de demência, como os factores externos e também os genéticos. Pode aparecer por volta dos 40 anos, mas a prevalência aumenta a partir dos 65 anos, atingindo nesta altura os 30-40 %, e é mais frequente em indivíduos do sexo feminino.

Na maioria dos casos, os primeiros sintomas passam despercebidos, na medida em que os familiares vão interpretá-los, por um lado, como um traço de carácter negativo sobretudo se o indivíduo anteriormente era alguém de relacionamento difícil ou banalizando, atribuindo a responsabilidade ao envelhecimento; por outro lado, a ideia de que «os velhos têm comportamentos iguais aos das crianças», leva muitas vezes a atitudes de tolerância importantes por falta de informação das características desta patologia. Irremediavelmente o diagnóstico da deterioração aparece mais tarde, quando os sintomas começam a ser bastante visíveis ou insuportáveis pelos familiares, como a amnésia, com perturbações graves a nível da memória, que pode ir até ao não reconhecimento dos familiares próximos, como os cônjuges, filhos ou netos, a desorientação espacial, por vezes com fuga ou a perda temporal (já não sabe a idade dele próprio, ou dos outros à sua volta, não sabe o dia, o mês, o ano). Aparecem as apraxias, afasias ou agnosias, levando a dificuldades importantes a nível da comunicação. O pensamento deteriora-se e podem aparecer delírios, alucinações e depressões, tra-

zendo dificuldades de adaptação e problemas de ordem afectiva. Os distúrbios do comportamento aumentam progressivamente, com inconsciência de qualquer tipo de perigo, agressividade, desinibição sexual e perda das regras sociais adquiridas anteriormente.

As perturbações da demência, levam o indivíduo a um sentimento de insegurança que se traduz por reacções agressivas, problemas comportamentais e disfuncionais que poderão ser lidos de uma forma multicausal. Os primeiros sintomas, o anúncio do diagnóstico, o agravamento dos défices e a entrada em instituição, levam a novas relações familiares que alternam entre a culpa e a agressividade, a angústia e a vergonha, trazendo sofrimento a nível dos diferentes membros da família.

É necessário fazer um acompanhamento com uma equipa especializada pluridisciplinar no campo da gerontologia. Estes cuidados visam diminuir o sofrimento psicológico, aceitar a doença, favorecer a adaptação ao doente, prevenir o isolamento, o esgotamento, o mau trato, e há que desenvolver habilidades no doente de forma a diminuir os sintomas.

4. O DEMENTE, A FAMÍLIA E AS SUAS NECESSIDADES

Minuchin (1981) definiu a estrutura familiar como um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os elementos da família interagem uns com os outros. A partir destas interacções, formulam-se regras que vão padronizar as condutas no seio da família.

A família é um sistema, e uma mudança num dos membros provoca necessariamente repercussões sobre todos os membros da célula familiar (*ibid.*). A doença crónica provoca um mal estar familiar, sobretudo devido à mudança progressiva, mas por vezes abrupta do familiar que, a pouco e pouco, muda de comportamento ou perde capacidades. Ele que antes foi um modelo de referência e de imitação, torna-se de repente dependente, levando a uma inversão de papéis entre os filhos e pais, ou por vezes a nível conjugal.

A situação de crise provocada pela doença vai levar as famílias ou a atitudes de desadaptação, mantendo a homeostasia, ou então a mudanças que levarão necessariamente a uma adaptação

em relação à doença, redefinindo fronteiras, reestruturação as funções e atitudes comportamentais. As mudanças estruturais a nível da família, das suas funções, dos seus deslocamentos, leva a que é hoje difícil ocupar-se de um idoso e, muito em particular, do demente.

Frequentemente, trata-se o sintoma expresso pela lesão psíquica, esquecendo-se o ser humano e os seus familiares. A doença do familiar traz necessariamente sofrimento variável, pois o indivíduo existe num contexto biopsicosocial, com expressões emocionais de medo, ansiedade, depressão, desespero e ameaças, por vezes indescrevíveis, e uma realidade que se aproxima – a morte. Pode levar, mesmo, ao isolamento do cônjuge ou dos outros membros.

Porém, não cabe só à família ocupar-se do demente. A sociedade também tem uma responsabilidade, através do desenvolvimento de apoio a nível social, psicológico às pessoas e familiares.

Trabalhar com os familiares para integrar o demente a nível social, manter as suas competências, reduzir as lacunas entre o que ele era antes, o que é hoje e o que será amanhã, para levar ao luto do passado, à realidade do presente e a uma expectativa concreta em relação ao amanhã. Calman (1984) considera que para melhorar a qualidade de vida do doente é necessário: primeiro, ter objectivos realistas; segundo, avaliar e definir o problema e as prioridades do doente; planejar os cuidados, o que implica o fornecimento de informação e discussão do problema com o doente e a sua família; implementar planos de acção pelo doente e técnicos de saúde – objectivo que pode ser alcançado melhorando os sintomas físicos e psicológicos; e, por último, avaliar os resultados da intervenção e avaliar o problema de novo.

Os modelos de intervenção psicológica com este tipo de doentes podem ser distinguidos (1) pelo grau de directividade (não directivos ou directivos) e (2) pelo formato (individual ou grupo). Nessa base, as técnicas directivas relacionam-se com as terapias comportamentais ou cognitivas e as técnicas não directivas relacionam-se com as terapias de apoio e dinâmicas.

A nível grupal, vários modelos podem ser apresentados segundo o grau de deterioração. A arte-terapia é um dispositivo interessante para este tipo de doentes que, a um dado momento, se vão centrar sobre um objecto a construir, ou um

outro tipo de actividades manuais. Promover a integração dos doentes em grupos para desenvolver ou manter as capacidades cognitivas. Os grupos de discussão também são importantes, para dar um enquadramento temporal e espacial e levá-los a uma realidade da vida quotidiana.

Os cuidados à família levam a um sistema de apoio para a auxiliar a adaptar-se durante a doença do familiar e de acordo com a sua evolução. Para isso, há que adaptar os cuidados em relação às suas necessidades específicas, e as informações sobre a doença e a sua evolução são fundamentais. Trabalhar com a família, para que seja um colaborador potencial na prestação de cuidados ao doente, pois ela é o elemento de afecto essencial.

5. CONCLUSÃO

A Psicologia da Saúde tem um papel fundamental nos cuidados de saúde do idoso, pois através das suas intervenções poderá: sensibilizar a população para a sua vida após a reforma; permitir a reflexão sobre novos objectivos de vida, de forma a manter a actividade física, social e mental; apoiá-lo e acompanhá-lo no decurso do seu envelhecimento, de forma a promover e manter a saúde prevenindo as doenças; orientar no tratamento do paciente e intervir junto da família, e, finalmente, colaborar com os técnicos e serviços de saúde.

Mas a garantia de um bom envelhecimento começa a nível dos cuidados de saúde primários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayle, F. C. (2002). *O Passado Presente – o « Presente » do Passado e o Presente no Passado. O Idoso em 2000 – actualidades e perspectivas na Intervenção Psicossocial*. Loulé: Inuaf-studia.
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of Medicine and Ethics*, 10, 124-127.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1999). Formação em psicologia e cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 17 (3), 577-582.
- Forette, F. (2000). Libération, 22 e 23 de Abril.
- Minuchin, M. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, 179-191.

RESUMO

A população idosa duplicou nos últimos quarenta anos devido à melhoria da qualidade de vida e aos progressos da Medicina, aumentando não só a longevidade, como a esperança média de vida sem incapacidade. No entanto, é o mau envelhecimento, a incapacidade, a dependência e a demência que causam medos e angústias por vezes superiores à própria morte.

A Psicologia da Saúde tem um papel fundamental junto do idoso e em particular do demente à volta de um eixo individual e outro colectivo, que abordaremos neste trabalho. As famílias dos dementes isoladas chegam por vezes ao esgotamento. Tentaremos dar alternativas possíveis para melhorar a qualidade de vida do demente e da família, dando um especial relevo às suas necessidades.

Palavras-chave: Idoso, demente, família.

ABSTRACT

In the last forty years, the percentage of the elderly in the population doubled due to a better quality of life and to a higher medical efficiency, resulting in a longer life and an improved expectation of life without disability. Still, aging in bad conditions such as a handicap, disability, dependency and dementia frequently causes fear and anguish, sometimes superior to those caused by death itself.

Health Psychology is essential for aging people, and specially the demented, in two ways: individually and, as shown hereafter, collectively. Isolated families of demented people sometimes get totally "burnt out". The purpose of this work is to focus on the needs of the demented and their families in order to improve their quality of life.

Key words: Elder people, insane, family.