

*Relato de experiência***Cuidados na moradia – um arranjo personalizado**

Por Maria das Graças Sobreira Leal

O sentido afetivo da palavra moradia, “a casa”, é o lugar destinado à construção de relações, vínculos, como um reservatório de lembranças que, a qualquer momento, um detalhe, um cheiro, um objeto, um olhar, são rapidamente evocadas e se apresentam da maneira como as ressignificamos. (Côrte e Mussi) ⁽¹⁵⁾.

Mesmo diante do rápido e progressivo envelhecimento da população brasileira, a sociedade e o estado não se prepararam adequadamente para cuidar dos idosos e menos ainda para atender aos velhos ‘mais velhos’. Por força da demanda voltada para esse segmento, existem serviços públicos e privados que oferecem atendimento gerontológico. Para Leal⁽¹⁾, os desafios são muitos, tanto pelo contínuo e significativo aumento do número de usuários – cada vez mais velhos e frágeis - como pela regulamentação incipiente dos serviços. As políticas públicas oferecem programas para indivíduos com mais de 60 anos, mas não há diferenciação entre serviços e planejamentos destinados aos idosos com 80 anos ou mais.

No entanto, estudos demográficos demonstram que a faixa de idade que tem crescido em muitos países é a população acima de 80 anos, mais do que o

segmento mais jovem dos idosos. De acordo com Minayo⁽²⁾, “é o caso do Brasil onde o grupo de 60 a 79 anos aumentou 24,5% na última década e o de 80 anos e mais cresceu 45%, tendo-se que em alguns municípios, o incremento chegou a 65% segundo o IBGE”.

Devido à heterogeneidade entre os idosos, alguns autores sugerem a distinção entre indivíduos da terceira e quarta idade através de uma avaliação pessoal e não só pela idade cronológica. Em um interessante artigo sobre a quarta idade Baltes e Smith⁽³⁾ relatam que “em contraste com os idosos jovens, os dados dos nonagenários e centenários mostram claramente algumas consequências negativas de adentrar a Quarta Idade”. Continuando, se levarmos em conta as extraordinárias necessidades e vulnerabilidades desta etapa, nos confrontamos com dilema colocado por estes mesmos autores: “uma questão crítica é que, se prosseguirem os investimentos em favor do aumento da extensão de vida na Quarta idade, talvez aumente também o número de idosos com pouca chance de viver e morrer com dignidade”.

Neste grupo de idade avançada, cada idoso vai personalizando a experiência da extrema velhice, apresentando singularidades neste caminho final. À família tem tocado arcar com os custos – financeiros e de apoio emocional – dos delicados cuidados que esta etapa exige. Na procura por proporcionar cuidados pessoais aos mais velhos, os familiares vêm tentando arranjos e novos formatos de convivência para enfrentar a responsabilidade desta tarefa.

É neste sentido que compartilho a seguir a solução que, construída à familiar longeva, exigiu suporte para usufruir os muitos anos que conquistou.

Bela

Conheci Bela aos 68 anos, em 1984, então já viúva há 10 anos, morando em frente ao mar em Guarujá, SP. Fisicamente muito bem e caminhando na praia todas as manhãs. Bela e o marido Bill já tinham o apartamento para férias e se mudaram para lá quando ele se aposentou. Após 10 anos em Guarujá Bill faleceu, aos 71 anos, e Bela decidiu continuar vendo as ondas e o burburinho da praia, e mantendo a convivência com os amigos que fizera - todos bons de carteado, que jogavam todas as noites. Importante ressaltar que ela sempre foi uma exímia jogadora de cartas, tendo ganhado vários torneios no Clube Paulistano/SP nas décadas de 1940 e 1950.

Após cerca de oito anos de nossas idas e vindas entre SP e o litoral meu marido, seu sobrinho, a convidou para voltar para a capital e morar a uma quadra de distância de nosso apartamento, para estar mais próxima de nós e do sobrinho-neto Daniel, que ela gostava muito de mimar. Na verdade estávamos bastante preocupados pelo fato dela morar só, e embora se sentisse com boa saúde, como comprovado por todos os exames, queríamos que fosse assistida por um geriatra.

O resultado de sua consulta com um geriatra foi a diminuição dos remédios que tomava (no Guarujá ela e Bill iam aos mesmos médicos), e paradoxalmente, uma acentuada melhora em seus indicadores de saúde.

Desde que se mudou para São Paulo, Bela insistiu em morar só, apenas com uma faxineira semanal, concordando em almoçar conosco nos fins de semana e eventualmente sair para viajar ou jantar em nossa companhia. Seguindo sua origem europeia, mantinha firme a sua independência e autonomia aceitando poucas sugestões externas em seu estilo de vida. Exceção fazia para o neto Daniel, quando ia ao Shopping Ibirapuera próximo à sua casa para levá-lo aos brinquedos e lanches. Foi uma 'avó' muito presente, que lhe ensinou a jogar cartas e exercitar o inglês, e na verdade, ela repetiu com o 'neto' Daniel a mesma generosidade e carinho que deu ao meu marido Freddy, porque não teve filhos.

Daniel sabia quase todas suas histórias de vida de cor porque, depois dos 75 anos, ela sempre as recontava com a emoção e vivacidade de uma primeira vez. Só que quando ela começava a história, ele a terminava invariavelmente se defrontando com a surpresa dela: 'já contei'?

É comum os idosos contarem e recontarem o passado, e para Mucida⁽⁴⁾

[...] muitas vezes repetir é buscar um sentido perdido e importante. Há que saber escutar os caminhos da repetição, extraindo suas consequências. [...] Toda repetição guarda algo de novo, mas faz-se necessário que o contador escute também suas histórias. Buscar um ouvinte é saber, de alguma forma, que ao falar para alguém se experimenta o efeito da própria fala”.

Segundo Guimarães Rosa⁽⁵⁾:

[...] a lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento, uns com os outros acho que nem se misturam. Contar seguido, alinhavado, só mesmo sendo as coisas de rasa importância. [...] Tem horas antigas que ficaram muito mais perto da gente do que outras, de recente data.

Ao completar 80 anos comemoramos a data com um almoço para a família e para alguns amigos dela, na época ainda vivos. A partir deste período os comportamentos gradativamente começaram a mudar; os familiares já notavam algumas dificuldades que remetiam às fragilidades da idade, entretanto Bela as negava e fazia esforço para se mostrar sempre bem. Vaidosa, aceitou algumas vezes a retirada de manchas de sol no rosto que poderiam evoluir para um câncer de pele – como de fato posteriormente aconteceu.

Dos 60 aos 85 anos, portanto, Bela viveu sozinha - o que segundo a literatura gerontológica sinaliza um envelhecimento bem sucedido, pois mantinha boas condições de saúde e cuidados de si, e boa interação com familiares e amigos (embora não gostasse de visitas em sua casa, à exceção dos parentes mais próximos). Mantinha o hábito cotidiano de jogar paciência no final da tarde.

Mesmo tendo o privilégio de estar saudável ela não percebia o envelhecimento como o curso natural e esperado do ciclo vital. Igualmente, não apresentava a sabedoria de aceitar que precisava de auxílio, e com isso exibia comportamentos de risco que poderiam resultar em complicações. Alguns episódios mais sérios aconteceram e ainda que prontamente resolvidos, deixaram sequelas, tornando-a dependente da ajuda de terceiros.

Notadamente, embora relativamente bem, após os 85 anos Bela começou a ter problemas na visão, apesar de nunca ter usado óculos. Mas por uma característica pessoal muito forte de não relatar fraqueza a quem quer que fosse não aceitava o fato de não enxergar bem e, por causa disso, resistiu ao máximo fazer a operação de catarata que necessitaria. Quando, finalmente, foi convencida a aceitar a intervenção, o momento adequado para tanto já havia passado há anos – infelizmente, a operação nessa época tardia foi mal sucedida. Em consequência, sobreveio uma severa perda de visão, que prejudicou muito suas atividades externas e de vida pessoal, diante de que passou a contar com uma empregada em regime diário.

Além disso, mostram os estudos do envelhecimento cognitivo que após os 85 anos a memória funcional e a capacidade de julgamento estão debilitados a ponto de 45% de idosos dessa faixa etária apresentarem sinais evidentes de demência. O declínio mental é infelizmente uma sina dos longevos, e na idade avançada Bela não escapou desse padrão geral. A família sempre procurou amenizar este empobrecimento cognitivo ao máximo, adaptando o apartamento e estimulando suas habilidades residuais para administração do cotidiano.

No entanto, mesmo com a deficiência visual, ela insistia em sair só, sem acompanhamento, para pequenas compras. Nessa época recebi um telefonema do Pronto Socorro da Universidade de São Paulo pedindo minha presença. Ao chegar encontrei Bela em uma cadeira de rodas com a cabeça enfaixada, mas perfeitamente lúcida - e após os exames e tempo de observação recebeu alta no mesmo dia sem ter tido nenhuma fratura. Relatou que havia tropeçado e caído no passeio e, por sorte, um conhecido, segurança de uma loja próxima, a ajudou e chamou o socorro. Na ocasião lamentamos o ocorrido e demos crédito à sua história devido ao notório mau estado das calçadas de São Paulo.

Posteriormente, passei perto da loja e resolvi agradecer ao segurança pela ajuda quando ela caiu. Surpreso, o senhor informou que ela havia sido atropelada e jogada na calçada. Nunca comentamos o assunto com ela, mas depois disso só saía acompanhada da cuidadora, pois sua independência não pode mais ser sustentada, embora ela tentasse provar que podia.

Gerontólogos valorizam a autonomia e independência como condição central para o envelhecimento saudável, e cuidadores são treinados dentro desta vertente. Quando idosos frágeis com apenas resquícios desta condição tentam se manifestar - e não conseguem - toma lugar uma grande melancolia e sentimento de frustração. Inicia-se um período difícil com uma forte prevalência

de disfunção e reduzida capacidade de aprendizagem para melhorar a funcionalidade. Quanto mais avançada a idade propostas individualizadas devem ser pensadas, pois a qualidade do cuidado irá permitir a manutenção do senso de controle psicológico e identidade.

Depois deste episódio resolvemos conversar com Bela sobre seus desejos para o futuro, e lhe dar opções de escolha para o cuidado em seus últimos anos de vida. Então, numa manhã ensolarada em nossa varanda, como sempre fazíamos, bebericando algo antes do almoço, levantamos a questão e a ouvimos sobre esse assunto.

Pedimos sua decisão, por exemplo, se eventualmente desejaria ser alimentada por tubos ou agulhas quando não pudesse se alimentar sozinha? Desejaria ser internada em UTI e receber os tratamentos como intubação e respiração artificial? Desejaria ficar internada até o momento da sua morte? Bela reagiu dizendo com clareza que não queria morrer no hospital e nem ser mantida viva com tratamentos médicos invasivos e dolorosos. Levantamos inclusive a opção da ida para uma Instituição de longa permanência – o que recusou veementemente dizendo que *'lá tem muitos velhos'*.

Manifestou claramente como era importante continuar na sua casa, valorizando muito os cuidados da Val (cuidadora) no cotidiano. Ficou acordado então que Bela receberia todo o conforto para passar seus últimos momentos em casa, perto da família, com assistência médica e suporte de remédios. Acredito, a propósito, que além do medo da doença e da morte temos também o terror do isolamento no momento que se aproxima a finitude – e Bela demonstrou claramente essa condição.

Diante disso, comunicamos ao geriatra que a atendia há anos as decisões tomadas sobre o futuro, em face de que ele a passou para a equipe de Cuidados Paliativos de sua clínica, com o acordo de que faria toda assistência em casa e não haveria internação em hospital. Bela sempre teve boa saúde e seu estado apenas resultava de uma idade avançada com suas consequências. Não havendo nada para *"consertar ou fazer"* neste estágio, decidimos conduzir a situação dentro das possibilidades existentes. Resolvemos não encarar as questões de Bela como estritamente médicas e sim, que teríamos que ajudar e acolhê-la em tudo que precisasse para uma vida satisfatória, ainda que frágil e debilitada, porque a esta altura os medicamentos apenas controlavam os sintomas, mantendo-a em um estado geral de conforto.

A meu pedido o geriatra que a acompanha fez um resumo do atendimento em contido em seu prontuário:

D. Bela Goldberg iniciou acompanhamento geriátrico com a equipe do Dr. João Toniolo Neto em 1992. Naquele momento tinha diagnóstico apenas de hipertensão controlada e artrose. Evoluiu durante o acompanhamento com o surgimento de alguns cânceres de pele que foram

retirados. Teve também o surgimento de catarata que prejudicou a sua visão e conseqüentemente a sua funcionalidade. Como era de se esperar com tantas perdas funcionais, apresentou quadro de depressão, que logo foi medicado com antidepressivos. Foi progressivamente evoluindo com perdas cognitivas, eventualmente sendo feito o diagnóstico de síndrome demencial. Mesmo com o avançar da medicina, ainda não possuímos tratamento curativo para a demência. Apenas tratamentos sintomáticos para preservação da dignidade e do comportamento. Estes têm sido utilizados para D. Bela desde então. Considerando o estado atual do declínio mental/funcional de D. Bela, continuamos com nosso acompanhamento, priorizando medidas de conforto e manutenção da dignidade.

Alternativa entre o cuidado com a família de origem e a Instituição de Longa Permanência – uma proposta individualizada

Em minha casa trabalhava há vários anos uma moça, Aldecira, que prefere ser chamada de Val, e de quem gostávamos muito. Val tratava Bela com carinho e por vezes assumia o posto de cuidadora principal durante nossa ausência. Ela então tinha uma filha pequena, Emily, que também morava conosco e interagiu com Bela.

Aos 90 anos Val preparou um delicioso almoço para comemorar o aniversário de Bela, dessa vez restrito apenas aos familiares. Não obstante, Bela usufruiu a data com alegria, de novo contando suas histórias – aliás, sempre e só ‘de sucesso’ - embora já confundisse datas e nomes. Sua vida então se restringia ao seu pequeno apartamento, e nos fins de semana era trazida e levada de carro para o almoço em família.



Bela comemorando seus 90 anos

Embora mostrasse a boa saúde física mencionada anteriormente, como nonagenária se acentuaram os sinais de declínio mental que nela já se evidenciavam em anos recentes: declínio cognitivo leve, depressão (controlada por medicação desde os 80 anos) e sintomas paranoicos. A demanda por cuidado resultou na contratação de cuidadoras (dia e noite) sendo uma delas a Val, e de quem ela gostava bastante. Até os 93 anos ainda se alimentava, tomava banho sozinha e gostava de atender e conversar por telefone. Já não conseguia ver TV nitidamente – ou via muito mal devido à capacidade visual muito limitada - e começou a resistir a sair de casa acompanhada, ainda que para uma volta no quarteirão. Apesar disso, mesmo em anos recentes nunca aceitou a visita de uma terapeuta ou fisioterapeuta; apenas o médico geriatra era bem-vindo. Nessa época seu recolhimento aumentou nitidamente, e já não saía mais para lugar algum. Daniel neste período revelou sua gratidão à avó sempre a visitando, almoçando com ela e levando as guloseimas de que ela gostava.

Val saiu de minha casa para ter sua segunda filha, mas depois voltou para acompanhar Bela. Demonstrou suas melhores qualidades no cuidado a ela, além de cumprir as orientações médicas relacionadas à sua rotina de vida. O mesmo não podemos dizer das outras cuidadoras que ficavam a dever, mesmo sob supervisão, com o celular e a TV sendo um complicador a mais. Bela estava em sua casa como pediu com conforto físico e assistência médica, mas sua vida havia piorado bastante: a essa altura apenas saía da cama para o sofá da sala, e deste para a cama.

Havia dia que não queria levantar nem se alimentar. Ao visitá-la quase sempre a encontrava dormindo e a cuidadora de plantão com a TV ligada e usando celular. Vi-me questionando todas as orientações que dei às cuidadoras e ao mesmo tempo pensei: ‘o que esta moça poderia fazer nesta situação?’ Ao analisar mais detidamente a situação, vi a necessidade de mudar toda orientação ao reconhecer nela essa nova etapa da velhice avançada: a quarta idade. Outra estratégia deveria ser adotada para lidar com os limites da capacidade biológica e o reduzido potencial da capacidade funcional.

Qual a melhor forma de prover cuidados domiciliares de longa duração para os mais idosos? Como atender, por exemplo, ao desejo de Bela ficar em casa, quando os cuidados nesse ponto eram fonte de insatisfação para todos? Neste estágio o processo de otimização da condição determinada pela velhice é difícil e complicado: a competência física e mental chega ao seu limite de possibilidades, revelando um quadro bem distinto da terceira idade onde as reservas funcionais e cognitivas ainda apresentam competências para investimento.

Com o passar do tempo os cuidados de Bela foram ficando crescentemente mais complexos e exigentes, e com exceção de Val as cuidadoras, mesmo supervisionadas, começaram a ter dificuldades devido às crises de paranoia, agitação, negação para tomar medicação e tentativas de sair do apartamento

para “ir para sua casa”, comportamento que é comum entre as pessoas demenciadas, sendo conhecido como “síndrome de sundown” (pôr do sol). As chamadas de socorro ocorriam em momentos imprevisíveis e tínhamos que encontrar formas de ir ajudar - ou na nossa ausência, Val muitas vezes vinha de sua casa para resolver as complicações. Numa dessas ocasiões Val disse: “*se minha casa fosse maior eu a levaria para cuidar e morar comigo*”. Esta frase ficou na minha mente, e falei com Freddy a respeito e, oportunamente, voltei a conversar com Val e pedi que ela avaliasse a ideia de procurar uma casa maior do que a que morava.

Abreviando o que se passou, efetivamente Val e seu marido encontraram em 2013 uma casa com boa disponibilidade de espaço, em um bairro simples, mas tranquilo, logo após o autódromo de Interlagos (SP). Ajudamos com os contatos junto ao banco e facilitando-lhe o acesso à quantia necessária para na Caixa Econômica, que eventualmente financiou a compra da casa em um prazo de 25 anos. Como a casa tinha terreno, Daniel - a esta altura já arquiteto formado - fez as adaptações necessárias ao projeto, e Bela ficou com um pequeno quarto e banheiro, privativos e adaptados. Orientou a construção de uma expansão da área construída da casa em virtude de que Val e as duas filhas passaram também a ter quartos separados com banheiro.



Bela, Graça e Daniel

Em poucos meses fizeram a mudança do apartamento para a casa, ocasião em que boa parte da mobília, quadros e outros pertences de Bela foram juntos para a nova moradia. Dessa forma, Bela continuou em seu sofá predileto, e gradativamente assumiu por sua conta que a casa era dela e, o mais importante, manteve seu papel social. Existe uma estreita relação do indivíduo com sua função social, seu papel, e sua identidade assume um determinado perfil em consonância com o lugar que lhe é conferido na casa e junto aos familiares. Segundo Péres Nanclare, citador por Prado e Licht,⁽⁶⁾ “para muitos idosos, o espaço social acaba sendo tudo o que possuem, sendo importante

destacar os laços estabelecidos com os objetos, as pessoas e o ambiente para a manutenção de seu equilíbrio e de sua própria identidade”.

Para garantir a continuidade do atendimento uma das cuidadoras continuou a assisti-la sob a orientação da Val (que por sua vez passou a receber um salário maior). Fizemos os cálculos e o gasto financeiro para a casa correspondeu a dois anos de anuidade de uma Instituição de longa Permanência para idosos – ILPI, sem as despesas extras de cuidadora, remédios, médico, etc.

Voltamos a ter tranquilidade para trabalhar e viajar, sabendo que os cuidados estavam garantidos. Quando conversávamos com o geriatra que a assistia este só tinha elogios para a conduta da Val, considerando-a inteligente e excepcional nos cuidados prestados. Mas o melhor de tudo foi que Bela renasceu socialmente: voltou à sua alegria de contar suas histórias, opinar sobre a casa, dar as ordens que julgava necessárias, interagir quando estimulada pelas crianças e participar da vida da família, estímulos que ela jamais teria numa instituição ou mesmo em seu apartamento caso fosse somente assistida pelas cuidadoras.

Nessa situação a ida para uma instituição, um ambiente desconhecido e contrariando sua opção, poderia ser altamente prejudicial a seu frágil equilíbrio e poderia desencadear situações traumáticas e desorganizar ainda mais seu precário funcionamento psicológico. Como demonstra Kamkhagi,⁽⁷⁾ “a ausência de pertencimento, a falta de lugares que sempre foram parte de seus referenciais, leva a uma sensação de despersonalização e de estranhamento”.

Além disso, quem a vê ou conversa durante pouco tempo talvez nem mesmo perceba os sinais da demência, visto que seu raciocínio continua aceitável para trocas que exijam respostas simples e o discurso coerente. Na realidade, Bela apresenta perdas de duas funções do sistema da memória declarativa: uma é a memória de trabalho, que lhe dificulta a retenção de informações de curto prazo e outra que é a memória de prospecção, sem a qual não consegue fazer planos ou formular intenções. Entretanto, as outras duas funções da memória declarativa se apresentam razoavelmente preservadas: a memória episódica, que é a: rememoração da experiência sem ordem temporal, quando encanta as pessoas contando suas histórias, e a quarta função, sua memória semântica, que é o: conhecimento consolidado na ausência de referências espaciais e temporais, em seu caso claramente revelado pelo inglês fluente quando solicitada a ouvir e falar nessa língua. Consegue assim manter uma conversação neste idioma bastante aceitável em boa parte do tempo, e em alguns momentos, até mesmo uma interação quase que totalmente ‘normal’.

Segundo Parente,⁽⁸⁾ “memória explícita é também conhecida como memória declarativa. Consiste em um sistema de memória acessível à consciência e a outros processos cognitivos, que armazena eventos, fatos ou conhecimento. Deste sistema, fazem parte os sistemas de memórias episódica e semântica”. Este sistema é o mais afetado pelo envelhecimento normal e pelas patologias neurológicas, e dele fazem parte as quatro funções mnemônicas da vida diária antes citadas. As maiores queixas dos idosos se referem principalmente a duas

funções deste sistema: trabalho (retenção temporal de curto prazo) e prospecção (planejamento); as demais, como dito, se referem às memórias episódica e semântica.

Quanto à sua vida social, esta é efetivamente muito pequena: o que se percebe é uma interação funcional com o outro, porque ela gosta de falar de si demonstrando satisfação em fazê-lo. Esta sensação de bem estar é notada quando participa com moderação dos acontecimentos da casa, sendo espontaneamente estimulada. Percebe-se que o enriquecimento contido nesta convivência familiar fez uma grande diferença na vida de Bela, e levanta a questão importante quanto a se poder confiar o bem estar do idoso (a) a outra família regularmente constituída e operacional em seus afazeres próprios. Esta observação - ainda que sobre uma experiência pontual - afirma a importância da família como lugar do cuidado ao relatar esta proposta individualizada e inovadora.

Entretanto, mesmo medicada, Bela continua com a síndrome demencial, eventualmente apresentando comportamentos paranoicos, desconhecimento da casa e recusa a tomar a medicação e alimentação, por exemplo, alegando tratar-se de veneno ainda que não consiga explicar as razões de porque julga que alguém desejaria envenená-la. Com experiência e paciência, Val a acolhe, contorna os surtos e liga para o geriatra quando necessário, simultaneamente dividindo conosco os acontecimentos.

Um conceito chamou-me a atenção quando fui introduzida aos estudos de sabedoria desenvolvidos por Baltes & Smith⁽⁹⁾ onde compreendi que a sabedoria em ação combinava inteligência e virtude, e Val claramente preenche estes critérios. E ao observá-la cuidando de Bela percebi como ela também retirava dali benefícios de crescimento pessoal construindo oportunidade de aprendizagem em cada obstáculo com o qual se deparava. Alguns fatores foram importantes nesta interação, dentre os quais a boa relação prévia entre Val e Bela antes dos cuidados e a lenta instalação da deterioração física e mental, permitindo-lhe a aprendizagem como cuidadora.

Val foi aprendendo a cuidar de Bela com supervisão e aos poucos sua competência pessoal facilitou o trabalho. Segundo Neri e Sommerhalder,⁽¹⁰⁾ tanto a literatura internacional como a brasileira apontam indicadores de sentimentos positivos relatados por cuidadores, como: o aumento do sentimento de orgulho, percepção de reconhecimento pessoal, aumento da capacidade para encarar desafios, sentimentos de retribuição, aumento do senso de controle, realização e significado na vida.

A seguir o depoimento de Val revela um pouco de si e torna visíveis suas principais características.



Bela, Val e Graça

Falar da vó Bela é sempre um prazer e tê-la em nossa companhia é uma grande experiência, um aprendizado diário. Quando assumi esse compromisso sabia que era uma grande responsabilidade, mas graças a Deus tenho uma família abençoada que aceitou embarcar comigo nessa missão, uma longa e incrível missão.

Ao trazê-la para a nossa casa descobri uma paciência que nem eu sabia que possuía, claro que tem dias difíceis, mas o que sempre peço a Deus é paciência e muita sabedoria para cuidar bem dela. Nunca fui uma pessoa carinhosa, de ficar abraçando e beijando, porém o meu cuidado com ela assim como com as minhas filhas é sempre o melhor possível, afinal de contas ela faz parte da nossa família, é a avó que não tivemos.

É um cuidado que envolve toda a família, o Rodolfo meu marido, que ela sempre reconhece como o rapaz da camiseta vermelha, a Duda que até um tempo atrás não falava com ela, mas que hoje lhe serve água e oferece biscoito de chocolate, que, aliás, é o que ela mais gosta e a Emilly com quem ela fala e ensina o inglês e que me ajuda muito nos cuidados com ela.

Ouvir as histórias sobre as idas dela aos Estados Unidos e Argentina, a época em que vivia na Europa, terra gelada, a amizade com os jogadores do Vasco da Gama que segundo ela o campo era praticamente no seu quintal. Mesmo que repetidas vezes é sempre interessante, pois ela as conta com tanta empolgação como se fosse a primeira vez.

Cuidar é uma atitude de amor e interesse por outra pessoa. Cuidar de alguém é geralmente considerado um atributo positivo – um sinal de comportamento maduro e civilizado. A capacidade de uma sociedade cuidar de seus

membros menos afortunados é a marca do seu desenvolvimento. (Brotchie & Hills)⁽¹¹⁾

O que está ajudando Bela a enfrentar as perdas inevitáveis desta última fase da vida, e ainda permitindo alguma interação com o ambiente que a cerca, é o esforço feito por duas famílias para facilitar sua adaptação a todas as transformações e mudanças da velhice avançada. Apesar das ameaças contidas em viver muito, este relato comprova que é possível fazê-lo com dignidade.

Quando perguntada por sua idade ela responde 58 anos. Neste ano de 2016, Bela completará 98 anos. Com certeza comemoraremos seu centenário nos próximos dois anos.

Considerações finais

Cuidar de familiar idoso é uma tarefa que nenhum de nós pode recusar, ainda que ocasione grande demanda emocional e financeira. E além de tudo, na maioria das vezes estes cuidados não conseguem ter um desfecho satisfatório, como tem sido o de Bela até esse momento.

O cuidado com os velhos 'mais velhos' é uma hipótese que poucos consideram, mas que se torna a cada dia mais provável tendo em vista o aumento da ocorrência da velhice longeva, seja acompanhada ou não de doença. A lista de dificuldades crescentes que a família do idoso enfrenta é apresentada por Born⁽¹²⁾ "perdas anuais no valor da aposentadoria, caso seja do Regime da Previdência Social, e, de outro, despesas contínuas com assistência médica, medicamentos, aluguel de equipamentos, pagamentos de cuidadores ou empregadas domésticas, mensalidades de ILPI e outras mais".

A população mais idosa apresenta uma grande prevalência para doenças crônicas e degenerativas que exigem um acompanhamento por muitos anos, conseqüentemente com altos custos para esse tipo de assistência. O modelo de atenção à saúde utilizada na etapa etária anterior, por si só precário e insuficiente, não poderia ser estendido à nova demanda porque não se adapta a este difícil desafio. Segundo Baltes,⁽¹³⁾ "a justiça etária na alocação de recursos é um dilema nos países em desenvolvimento, onde planos de longo alcance priorizam a alocação de recursos já escassos para a população infantil, para os jovens e adultos".

É interessante notar que a geração da terceira idade que muito lutou por atendimento médico e serviço chega à quarta idade sem nenhum tipo de apoio ou arranjos que possam sustentar esta fase, por definição ainda mais demandadora de cuidados e atenção.

A medicina tem sido obstinadamente solicitada a promover a longevidade, mas ainda não conseguiu aliviar o sofrimento de determinadas enfermidades típicas dos mais velhos. A questão dos cuidados chegou então a outro momento, com mais e novas perguntas também sem respostas apropriadas. Como gerir a dependência dos últimos anos, o bem estar físico e emocional sem o qual o

idoso (a) tenha sua integridade danificada ou desrespeitada por si mesmo ou por outrem? “Como fazer com que a vida continue valendo a pena mesmo quando estamos fragilizados, debilitados e não podemos mais nos virar sozinhos”? (Gawande)⁽¹⁴⁾

Tendo em vista a realidade brasileira, vejo pouca perspectiva dos governos municipais e estaduais tomarem iniciativas nas questões ligadas a esse segmento. Este desafio novamente deverá ser enfrentado pelas iniciativas da sociedade, pelos próprios idosos e pelas entidades que os representam como os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais da Pessoa Idosa, para gradativamente proporcionar a criação de programas e serviços que atendam adequadamente a esta população longeva.

Referências

1. LEAL, M.G. S. O poder das decisões antecipadas: providências antes de a crise chegar. In: *Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Corte, B. Mercadante, E. F. Lopes, R. G. (org.). Curitiba: Juruá Editora, 2009.
2. MINAYO, M.C. S. Violências visíveis e invisíveis contra pessoas idosas em idade avançada. In PAPALETTO NETTO, M. e KITADAI, F. T. (Editores). *A Quarta Idade – desafio da longevidade*. São Paulo: Editora Ateneu, 2015. p.111.
3. BALTES, P.B. e Smith, J. Novas fronteiras para o estudo do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *Rev. A Terceira Idade*, São Paulo, vol. 17, (36), jun. 2006. p.10 e 17.
4. MUCIDA, A. *Atendimento psicanalítico do Idoso*. Rio de Janeiro: Zagodoni. Editora, 2014. p. 38-39.
5. ROSA, J. G. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora. 1956. p. 77-78.
6. LICHT, F.B. e PRADO, A. R. A. Idosos, Cidade e Moradia: Acolhimento ou confinamento? *Rev. A Terceira Idade*, São Paulo, v. 15, nº29. 80 -91, jan, 2004. p. 86.
7. KAMKHAGI, D. *Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera, 2008. p. 21-37.
8. PARENTE, M. A. P (Org.) *Cognição e envelhecimento*. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2006. p. 68.
9. BALTES, B. P. e SMITH, J. Psicologia da Sabedoria: origem e desenvolvimento. In: A. L. Neri. (Org.) *Psicologia do envelhecimento. Leituras Seleccionadas numa perspectiva de curso de vida*. Campinas: Ed. Papyrus, 1995.

10. NERI, A. L. (Org.) *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Editora Alínea, 2012 (3ª edição).
11. BROTHIE, J & HILLS, D. Equals shares in caring. *Socialist Health Association*, London, 1991. p. 33.
12. BORN, T. Insuficiência familiar – A dificuldade no cuidar do idoso muito idoso. In PAPALETTO NETTO, M. e KITADAI, F. T. (Editores). *A Quarta Idade – desafio da longevidade*. São Paulo, Editora Ateneu. p.157.
13. BALTES, P.B. e Smith, J. Novas fronteiras para o estudo do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *Rev. A Terceira Idade*, São Paulo, vol. 17, (36), jun. 2006. p.10 e 17.
14. GAWANDE, A. *Mortais – Nós, a medicina e o que realmente importa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2014. p. 79
15. CÔRTE, B. & MUSSI L. H. O significado afetivo “daquilo” que chamamos “casa”: uma reflexão através do cinema. In: *Caderno Temático Kairós Gerontologia*, 8. (ISSN 2176-901X, São Paulo, 2010) novembro 231-242. p. 234.

Data de recebimento: 30/05/2016; Data de aceite: 30/05/2016.

Maria das Graças Sobreira Leal – Psicóloga. Mestre em Psicologia Aplicada e doutora em Psicologia Clínica na área do envelhecimento. Coordenadora e docente do Curso de Aperfeiçoamento em Gerontologia Social do Instituto *Sedes Sapientiae*. Tem experiência na área de Psicologia do Envelhecimento e atua em projetos, cursos e intervenções em Instituição de Longa Permanência com equipe multidisciplinar. E-mail: gracas.leal@gmail.com