

Envelhecimento: Processo Biopsicossocial

[Luzia Travassos Duarte](#)

Instantes...

- Se eu tivesse que começar a vida novamente, gostaria de errar mais vezes.
- De relaxar, de ser mais flexível.
- Teria mais simplicidade
- Poucas coisas faria com seriedade. Correria mais riscos, viajaria mais.
- Subiria as montanhas e nadaria em rios. Tomaria mais sorvetes e comeria menos feijão. Talvez agora estivesse com mais problemas. Porém, teria menos ilusões.
- Como vê, sou uma dessas pessoas que vivem com sensatez e juízo, hora após hora, dia após dia. Oh! Já tive meus momentos, e se os tivesse de novo eu os multiplicaria. De fato, eu tentaria não ter nada além deles. Só os momentos, um após outro, em vez de viver tantos anos sempre à frente dos dias.
- Fui uma dessas pessoas que nunca foi a nenhum lugar sem um termômetro, uma garrafa de água quente, uma capa de chuva e um pára-quedas. Se eu pudesse fazer tudo de novo, viajaria com mais

descontração.

- Se eu tivesse que começar a vida de novo, ficaria descalça bem cedo na primavera e permaneceria assim até o fim do outono. Iria mais vezes aos bailes e freqüentaria mais os parques de diversão.
- Escolheria o que fosse mais gratificante...
- Nadine Stair, 85 anos de idade.
- Louisville, Kentucky

1 - Introdução:

O homem durante muito tempo, no início da nossa história, não se preocupava com o envelhecimento. O tempo médio de vida do ser humano era muito pequeno, devido às condições precárias de vida, a fragilidade diante das doenças, o desconhecimento da etiologia das mesmas, como também eram presas fáceis dos predadores maiores. Mais tarde inicia-se uma luta contra as doenças e a morte e o seu grande desafio, vencer o envelhecimento. O livro da gênese fala que após o Dilúvio as pessoas passaram a viver mais. Vários poetas gregos escreveram sobre a longevidade. Hesíodo (poeta grego que viveu no oitavo século A.C.) descreveu uma raça dourada, constituída por um povo, que vivia centenas de anos sem envelhecer e que morria dormindo quando chegasse o seu dia. Os gregos acreditavam existir um povo que habitava em terras longínquas ao norte e que vivia milhares de anos (6)

Aristóteles (filósofo grego) e Galeno (médico grego, 129-199 AD) acreditavam que cada pessoa nascia com certa quantidade de calor interno que iria se dissipando com o passar dos anos, considerando então a terceira idade o período final desta dissipação de calor. Aristóteles (384-332 AC, o mais influente filósofo do pensamento do mundo ocidental) sugeria o desenvolvimento de métodos que evitassem a perda de calor, o

que prolongaria a vida, dando um certo cunho científico ao problema. (6) Em diversas culturas conhecemos relatos de rituais, banhos de ervas, banhos de leite, como nos conta a história da rainha Cleópatra, para manter a pele branca, suave e jovem. Na idade média surgiram os alquimistas, considerados os químicos antigos que utilizavam a alquimia (arte medieval que procurava descobrir o elixir da longa vida e a transformar qualquer metal em ouro) através de poções mágicas, filtros etc., buscando a imortalidade, a perfeição do ser humano.

Há alguns séculos atrás, o navegador espanhol Ponce de León enlouqueceu em sua exaustiva busca pela “Fonte da Juventude”. É uma utopia, pois se trata da busca da vida eterna em um corpo jovem. A maioria dos povos sempre apelou para a fantasia quando procurava a fonte da juventude. Alguns pensaram encontrá-la em longínquas ilhas, outros em rios caudalosos, alguns em extratos especiais extraídos de testículos de cães e outros ainda em ser a longevidade dependente de uma vida reta e disciplinada.

O primeiro trabalho científico sobre velhice, foi escrito por um médico francês no século XIX (Jean Martin Charcot, em 1867) intitulado “Estudo Clínico sobre a Senilidade e Doenças Crônicas”. Charcot não se preocupava em estudar a imortalidade, mas o processo de envelhecimento, suas causas e conseqüências sobre o organismo.

Ilya Ilyich Metchnikov, cientista russo, (1845-1916) prêmio Nobel de Medicina de 1908, acreditava que o processo de envelhecimento era resultado de venenos produzidos no intestino grosso pela deterioração dos alimentos. Preconizava a ingestão regular de leite ou iogurte e o uso freqüente de laxantes, hábitos que deveriam esterilizar o intestino.(6)

A história nos mostra que o desejo em prolongar a vida, retardar ou tentar controlar o envelhecimento é intrínseco ao ser humano, e faz parte de sua procura pela felicidade completa. A busca continua e quanto mais as pesquisas científicas avançam, os processos se modernizam abrindo espaços para que tenhamos uma vida mais saudável e plena, mais o

homem deseja a juventude, a beleza, o corpo sarado, buscando concretizar o mito da imortalidade ou da beleza e juventude apesar dos anos, como as ninfas que não eram imortais, mas permaneciam jovens e belas até a morte. O homem parece não suportar o limite, a velhice e a morte.

2 - Dados Demográficos

O segmento da população que atinge a maior idade está crescendo e ocupando um grande espaço na nossa sociedade. Não faz muito tempo, e dizia-se que o Brasil era um país de jovens, parte da população tinha menos de trinta anos de idade. No entanto nos últimos anos vem ocorrendo uma mudança a nível mundial. No Brasil em 1990 havia cerca de 10 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade, e há uma previsão para o ano 2025 de 35 milhões de idosos, quando o nosso país ocupará o 6º lugar entre os demais. Hoje, o último censo nos mostra essa nova realidade, em 1990 a expectativa de vida do brasileiro era em média de 60 anos, já em 2000 houve um aumento para 68 anos e 7 meses. Para quem tem hoje 40 anos a expectativa atual é de 73 anos e 10 meses, para quem tem 60 anos é 77 anos e 9 meses. Segundo o IBGE as mulheres vivem mais, e a diferença entre homens e mulheres em 1991 era de 7 anos e 2 meses, em 2000 foi de 7 anos e 9 meses. A menor expectativa de vida do país é a do estado de Alagoas com uma média de 63 anos e 2 meses e a média mais alta situa-se no estado do Rio Grande do Sul com 71 anos e 7 meses. Na Espanha as mulheres que nascerem agora terão a maior expectativa de vida da Europa (82,7 anos), para os homens não é tão estimulante, ocupam o sétimo lugar com uma esperança de 75,5 anos. Os líderes vitais são os Islandeses, com 78 anos. Estes são dados atuais apurados pelo programa de Desenvolvimento demográfico do Conselho da Europa desenvolvido em 43 países membros e três não membros. Aqui, no Brasil, o setor de Previdência Social deverá ser violentamente atingido, e o setor de saúde, por sua vez está totalmente despreparado para esta realidade, pois ainda está muito voltado para as crianças e os jovens, quando a realidade nos indica novos dados em relação à população da terceira idade, onde já se pensa em criar uma nova faixa

etária que seria a 4ª idade, sem falarmos na formação médica que ignora totalmente o trabalho com os idosos. Medidas imediatas e dentro da nossa realidade, deverão permear as mudanças em todos os níveis da nossa sociedade e principalmente do nosso sistema de saúde e previdenciário. Este é um desafio que enfrentaremos para lidar com essa mudança de forma positiva, para que o nosso idoso seja mais saudável.

3 - Processo Biopsicossocial

São muitas as perspectivas através das quais podemos observar, estudar e analisar o processo de envelhecimento. Entre elas as perspectivas histórica, sociológica, cultural, psicológica, religiosa, biológica, demográfica, nutricional, habitacional, legal, etc.

Abordarei o tema enfocando de maneira simples os aspectos biopsicossociais do envelhecimento. Tema que merecerá posteriormente, um minucioso estudo.

O que acontece biologicamente à pessoa que envelhece?

O envelhecimento é um processo que apresenta algumas características:

- É universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. A vida é um constante processo de modificações e a cada fase de seu desenvolvimento ocorrem transformações múltiplas acompanhadas de seus próprios desafios.
- É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina em relação às descobertas e tratamentos das doenças, as novidades farmacológicas, o desenvolvimento de técnicas estéticas, etc. Nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter.
- É Heterogêneo e individual, em cada espécie há uma velocidade própria

para envelhecer, essa rapidez de declínio funcional varia desmedidamente de pessoa para pessoa e numa mesma pessoa de órgão para órgão.

- É deletério, danoso, pois leva a uma perda progressiva das funções e
- Intrínseco, único.

Modificações Gerais:

Diminuição da massa óssea;

- Atrofia da musculatura esquelética;
- Redução da água intracelular;
- Aumento e redistribuição da gordura;
- Diminuição da concentração de albumina sérica;
- Redução da taxa de metabolismo basal;
- Alteração do sistema de regulação de temperatura;
- Diminuição da imunidade celular e aumento da predisposição a formar auto-anticorpos e assim desenvolver doenças auto-imunes.

Modificações Sistêmicas:

- Pele – mais rugosa, seca e flácida;
- Ossos – atrofia, diminuição da espessura dos discos intercostais, anquilose das articulações, desgaste dos maxilares, perda da massa óssea;

- Sistema nervoso: diminuição do peso e volume do cérebro, diminuição dos neurotransmissores, diminuição dos reflexos tendinosos;
- Órgãos sensitivos – opacificação do cristalino, presbiopia, atrofia das papilas gustativas, etc..
- Sistema cardiovascular – aumento da resistência vascular e da pressão sistólica, diminuição do número de células do nó sinusal e átrio-ventricular, degeneração e calcificação das válvulas etc...
- Sistema respiratório – enrijecimento e calcificação das cartilagens traqueais e brônquias, aumento do volume residual pulmonar, maior risco de infecção ;
- Sistema digestivo – comprometimento da mastigação devido à falta de dentes, atrofia da túnica muscular do tubo digestivo, diminuição das células das glândulas digestivas, diminuição do número de hepatócitos etc...
- Sistema Urinário – diminuição do peso e do tamanho dos rins, no número de néfrons, da musculatura vesical e da uretra, dificuldade dos rins em excretar ácidos;
- Sistema Endócrino – atrofia das glândulas hipófise, tireóide, paratireóides e supra-renais. Atrofia acentuada do timo, redução da secreção de testosterona, é interrompida a secreção de estrógeno, resistência à insulina e diminuição da tolerância à glicose;
- Sistema urogenital feminino: atrofia ovariana, afrouxamento dos ligamentos que mantêm o útero em posição, diminuição do comprimento e largura da vagina;
- Sistema urogenital masculino: diminuição dos testículos e da fertilidade, diminuição da dimensão peniana, aumento do tamanho da próstata.

Algumas teorias são propostas para explicar o processo de envelhecimento. Goldstein e colaboradores dividem em duas categorias:

Teorias estocásticas que afirmam ser o processo, o resultado da soma de alterações que ocorrem de forma aleatória e se acumulam ao longo do tempo e que são:

1 - Teoria do erro catastrófico, propõe que com o passar do tempo se produziria uma acumulação de erros na síntese protéica, que finalmente determinaria prejuízos na função celular.

2 - Teoria do entrecruzamento, postula que ocorreriam uniões entre as proteínas e outras macromoléculas celulares, o que determinaria envelhecimento e o desenvolvimento de enfermidades dependentes da idade.

3 - Teoria do desgaste, afirma que cada organismo estaria composto de partes impermeáveis, e que a acumulação de falhas em suas partes vitais levaria à morte das células, tecidos, órgãos e finalmente do organismo como um todo.

4 - Teoria dos radicais livres é uma das teorias mais populares. Defende que o envelhecimento seria o resultado de uma inadequada proteção contra os danos produzidos nos tecidos pelos radicais livres.

Teorias não estocásticas sugerem que o envelhecimento seria a continuação do processo de desenvolvimento e diferenciação, que corresponderia à última etapa de uma seqüência de eventos codificados pelo genoma. São elas:

1 - Teoria do marcapasso, onde os sistemas imunológicos e neuroendócrino seriam “marcadores” intrínsecos do envelhecimento. Sua involução estaria geneticamente determinada para ocorrer em momentos específicos da vida.

2 - Teoria genética – o fator genético é um importante determinante do processo de envelhecimento, embora não se conheça exatamente os mecanismos envolvidos.(7)

Evidencias do controle genético da longevidade:

1. Existem padrões de longevidade específicos para cada espécie animal,
2. Melhor correlação na sobrevivência entre gêmeos monozigotos, que entre irmãos
3. A sobrevivência dos pais, têm correlação com a dos filhos,
4. A relação peso cerebral/peso corporal x metabolismo basal x temperatura corporal, mantém uma relação linear com a longevidade dos vertebrados.
5. e nas duas síndromes de envelhecimento prematuro (S. de Werner y progeria), nos quais as crianças morrem de enfermidades relacionadas ao envelhecimento, há uma alteração genética autossômica hereditária.(7)

No entanto até o presente, não existe nenhuma teoria que seja completa e explique tudo o que ocorre no referido processo.

Há mudanças físicas e fisiológicas definidas durante o ciclo vital. Estas não ocorrem no mesmo grau para todos os indivíduos, há amplas variações individuais. Paralelamente a estas mudanças e perdas normais desta etapa, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde e alguns estão mais relacionados a idade madura, isto é, são mais frequentes na terceira idade. Podemos citar:

- Osteoporose
- Alterações hormonais
- Doenças cardiovasculares
- Distúrbios da memória
- Demências (Alzheimer, escleroses múltiplas etc...)
- Depressões
- Incontinência urinária
- Parkinson etc...

Os fatores de risco para as doenças são:

- Estresse
- Sedentarismo
- Tabagismo
- Excesso de peso
- Hábitos alimentares prejudiciais

Algumas destas entidades patológicas podem ser prevenidas ou tratadas de maneira que não signifiquem incapacidade. A partir de uma educação para o envelhecimento, ou seja, partindo da consciência do que acontece ao organismo, é possível a quem envelhece ter uma melhor qualidade de vida. Nesse momento conhecer o que muda no próprio corpo é

fundamental para a adaptação. Onde aprender a envelhecer caminha junto a aprender a viver. Mudanças de atitudes permitem um posicionamento mais saudável:

- Zelar pela saúde, consultando periodicamente o médico;
- Conhecer as mudanças, as transformações físicas e emocionais que vivencia;
- Praticar exercícios físicos com frequência;
- Buscar atividades intelectuais (leituras, cursos, artes em geral);
- Estimular a memória (atividades lúdicas dirigidas ou programas de treinamento);
- Hábitos alimentares saudáveis;
- Contatos sociais e afetivos;
- Apoio psicológico, se necessário;

Como as mudanças físicas refletem no desempenho intelectual?

Apresento alguns dados principais:

Mudanças quanto à memória: tem sido consistentemente verificado que a habilidade de relembrar coisas por um breve período de tempo declina com a idade.

Uma das medidas padronizadas de memória a curto prazo é o teste da reprodução de números, no qual se lê uma série de números, no ritmo de um por segundo e pede-se ao sujeito que os repita na ordem direta ou inversa. Nesse tipo de tarefa, as pessoas mais velhas encontram maior

dificuldade quanto à repetição na ordem inversa na qual é necessário guardar todo o conjunto de números enquanto se faz algumas operações “de cabeça”.

Alguns estudos sugerem que as pessoas mais velhas têm maior dificuldade em lembrar algo que foi dito, enquanto elas faziam outra coisa. É mais ou menos como se alguém lhe dissesse a lista de coisas que você deve comprar, enquanto você está preparando o café da manhã. A manipulação de ambas as coisas ao mesmo tempo requer a habilidade de colocar a lista das coisas para comprar em algum tipo de “arquivo” de memória a curto prazo, ao menos enquanto você tem tempo de anotá-las. Para o idoso este processo de memorização a curto prazo interfere no processo de fazer o café da manhã, que também requer a memorização de algumas coisas.

Ao mesmo tempo parece que não há um declínio, com a idade, da memória a longo prazo. O reconhecimento de velhos amigos ou acontecimentos passados não é prejudicado, não há declínio das estratégias usuais de solução de problemas ou das palavras do vocabulário, e não há dificuldade no aprendizado de coisas novas contanto que seja dado o tempo suficiente.

Uma vez que algo tenha sido aprendido e a informação tenha sido armazenada, a pessoa idosa é capaz de lembrar da mesma forma como fazia anteriormente.

Habilidades perceptuais: há algumas habilidades perceptuais que mostram uma mudança sistemática em função da idade. Em alguns aspectos, há uma certa semelhança entre o desempenho das pessoas idosas e das crianças pequenas. Por exemplo: As pessoas idosas tendem a reagir a algumas ilusões perceptivas, da mesma forma como as crianças pequenas.

- Vocabulário e o raciocínio: há uma grande quantidade de dados

mostrando que em testes de vocabulário, informações gerais, reconhecimento de semelhanças e julgamento, os resultados médios dos adultos mais velhos é, ao menos tão bom quanto os dos adultos jovens, quando não são melhores.

- Assim sendo, os testes que captam a informação acumulada, mostram que, de fato, as pessoas mais velhas possuem um maior acúmulo de informações e que elas não se esqueceram de como usá-las. A habilidade de raciocinar em busca de uma boa solução não é perdida. Contanto que não seja imposto um limite de tempo para a tarefa.

- Q.I.: os estudos como um todo sugerem que não há declínio de QI total com o aumento da idade, pode até ocorrer um aumento entre os 50 ou 60 anos. No entanto a partir dos 60 anos pode haver um declínio na avaliação do QI total, talvez porque os testes de QI incluam muitos itens que requerem velocidade, boa memória a curto prazo e acuidade visual.

Concluimos que pode haver um declínio com a idade, em muitas tarefas intelectuais que requerem um excelente funcionamento físico do organismo. Na medida em que o corpo se deteriora num certo sentido, há uma deterioração equivalente no desempenho de tarefas que exigem velocidade ou boa memória a curto prazo. As tarefas que requerem, principalmente a experiência e o reconhecimento acumulado, declinam muito lentamente, se é que declinam.

Diferenças individuais

Há grandes diferenças entre os indivíduos, no que diz respeito ao ritmo e quantidade de declínio no funcionamento físico e nas habilidades mentais.

Tais diferenças parecem advir, em parte, das experiências durante a meia idade e a velhice, como também provêm, parcialmente, das diferenças na saúde física.

Entre os indivíduos idosos aqueles que são mais saudáveis geralmente também apresentam melhor funcionamento intelectual.

Diversos autores como Riegel sugeriram que não há um declínio no funcionamento intelectual geral até cerca de cinco anos antes da morte, quando há então uma queda final no desempenho.

Influências Sócio-Culturais

Vivemos em sociedade e nela desempenhamos determinado papel que influencia nossas ações e comportamento.

Dependendo da cultura em que vive o idoso ele pode ser considerado um sábio ou um inválido. Nas culturas orientais, o velho é tido como alguém que acumulou muita experiência, e é possuidor de um saber digno de respeito e admiração. Na nossa cultura, apesar de depender da educação de cada um, o velho pode ser um trambolho, um tirano, um aposentado sofredor, ou cortejado, se dispuser de boa situação financeira.

Há todo um complicado mecanismo de preconceitos contra a velhice, motivado principalmente pelas bases utilitárias e imediatistas em que está assentada a nossa civilização. E o idoso como quem cumpre sua sina, seu destino, incorpora os estereótipos culturais, significando-os:

- Doenças, inatividade, isolamento como aspectos “normais” da velhice;
- Envelhecimento como sinônimo de enfermidade;
- Ser velho é ser assexuado;
- Insanidade das reminiscências;
- Ser velho é ser passivo;

- Incapacidade para aprender;
- Menopausa é enfermidade e acaba o desejo sexual da mulher;
- Incapacidade para o trabalho etc.

Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

Quando o idoso pergunta-se de que forma pode ser útil, ou o que pode ainda esperar da vida, ou como pode viver, ele já se sente perdendo a sua própria identidade. Passou anos desempenhando vários papéis como filho, estudante, amigo, pai, profissional, avô, além de inúmeros outros, encontra-se agora como que abandonado, desligado, como se cometera um crime, o que é confirmado quando se pergunta o que deve fazer para ser aceito, para ser amado. Essas questões compreendem um aspecto mais profundo, pois existem os problemas de saúde, psicológicos, econômicos que influenciam na sua forma de envelhecer.

As mudanças que ocorrem com a idade são sentidas de forma própria por cada indivíduo. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende de como as perdas físicas são vivenciadas psicologicamente. Envelhecer é somar todas as experiências da vida, é o resultado de todas as decisões de todas as escolhas que foram feitas durante todo o percurso da vida.

Vale a pena salientar que o medo de envelhecer presente nos jovens e nos adultos é diferente da vivência de envelhecer. A ameaça é muitas vezes pior que a realidade e este fator emocional influi no processo e na aceitação da velhice.

Adapta-se adequadamente ao processo de envelhecer a pessoa que ao longo de toda a sua existência soube se manter sensível e aberta às

inúmeras mudanças internas e externas por que foi passando. Então adquiriu maturidade e vai progressivamente adaptando-se de acordo com as informações que vão chegando do próprio corpo, e do meio social respondendo na sua devida proporção sem ilusões nem desespero.

Psicologicamente a velhice é descrita como uma etapa da vida capaz de provocar depressão, sensibilidade às doenças, regressão.

Geralmente o idoso é deixado numa situação de carência de relacionamentos e de falta de estímulos, quando da redução de suas próprias capacidades de contato, faria necessária uma compensação adaptada por parte das pessoas que o cercam.

Nele são tolerados sinais de retraimento e de depressão que se ocorressem em alguém mais moço provocariam medidas terapêuticas – quimioterápicas e psicoterápicas e um maior apoio ambiental. No entanto o indivíduo mais jovem tem mais capacidade e oportunidades para encontrar por si mesmo uma saída. Esquece-se que os idosos são aqueles que mais tentam o suicídio com a probabilidade de sucesso.

Dois princípios poderiam guiar as atitudes terapêuticas com relação às pessoas idosas:

- A necessidade de um contato afetivo suficiente e adaptado às necessidades, para que sejam mantidas suas capacidades de investimentos e motivações, compensando assim através de um fornecimento exterior, a redução de suas potencialidades internas.
- A consciência de sua vulnerabilidade e, em função deste fato a necessidade de respeitar suas ligações e interesses, assim como as referências constituídas por seu quadro habitual de vida e por seus costumes. Toda perturbação brutal de seu ambiente é susceptível de desorganizar total e definitivamente seu funcionamento mental.

É preferível mantê-lo em casa junto a seus familiares mesmo com algum desconforto, que submetê-lo às instalações confortáveis de um asilo. Os animais e os objetos do seu mundo habitual podem ser igualmente, os portadores do seu narcisismo e de seus únicos vínculos afetivos.

Por tudo que vimos até agora não é fácil generalizar a reação da pessoa idosa frente ao processo de envelhecimento. Podemos nos referir a algumas reações diante de tal processo. Existem indivíduos que fazem uma adaptação relativa, ou seja, uma adaptação neurótica, outros que não se adaptam e alguns que se adaptam adequadamente.

Quando falamos em adaptação neurótica, vale salientar que os mecanismos neuróticos em certa medida podem exercer uma função positiva. Uma neurose pode ser um mecanismo positivo e produtivo na medida em que é um sinal de alerta para um conflito que existe e com o qual a pessoa precisa lidar. O indivíduo tem consciência do seu conflito e acentua mecanismos de defesa do ego até reencontrar o equilíbrio. Estes mecanismos têm nestas situações uma função muito saudável enquanto defendem o ego em desenvolvimento ou que está momentaneamente ameaçado. Neurose, portanto, não é um conflito, mas permanência do conflito, o conflito não resolvido.

Dentro do ponto de vista psicanalítico, são muitos os mecanismos de defesa empregados contra o medo de envelhecer, vou mencionar alguns deles:

- A Negação – é um mecanismo de defesa empregado contra a angústia, que pode ser inconsciente ou consciente. O mecanismo de negação é principalmente próprio de um ego frágil diante das pressões e impressões do mundo externo e que uma vez desafiado foge através da fantasia ou da insensibilidade.

O processo é simples, tudo aquilo que incomoda o indivíduo, o que ele não pode suportar, ele nega. Observamos tal processo no idoso com certa

frequência. Na tentativa de “não parecer velho”, ele desafia qualquer evidência em contrário. Procura então contornar os fatos reveladores do seu envelhecimento. Assim procura negar as mudanças que, apesar disso, estão acontecendo e com as quais precisa adaptar-se. Ex: O idoso que diante do espelho não reconhece o seu rosto enrugado, o espelho é traiçoeiro, mostra-lhe uma imagem que não é a sua, e tenta negar as evidências, dizendo que aquele espelho está precisando ser trocado, “pensando bem, ele sempre foi de má qualidade”.

Outro mecanismo de defesa é a Restrição do Eu, uma espécie de encolhimento que o idoso faz em torno de si mesmo: frente às dificuldades externas, ele se retira de todas as situações que possam trazer-lhe o temido confronto com aquilo que é difícil de suportar. Um exemplo, é a dificuldade de aprendizagem, natural da fase e que ele generaliza, dizendo que já não pode aprender mais nada, e se recusa a novas experiências. E assim vai abandonando atividades que poderiam ser gratificantes, restringindo seu campo psicológico e de ação. Afasta-se dos contatos sociais, festas, reuniões, onde suas perdas visuais, auditivas ou de memória possam ser constatadas.

Enquanto na Negação o idoso não tem consciência do que ocorre, na Restrição ele percebe suas perdas e sofre com elas.

Um outro aspecto desse mecanismo de defesa é o do relacionamento sexual. Realmente, existem modificações hormonais que provocam alterações orgânicas com o encolhimento do tecido muscular dos órgãos genitais, certa flacidez muscular e menor resistência física. Estas causas orgânicas variam muito de pessoa a pessoa às vezes mal ocorrem. E a diminuição da atividade sexual se dá muitas vezes, mais por problemas psicológicos e tabus sociais em relação às manifestações afetivas na velhice. No entanto, o relacionamento sexual, mesmo que não seja completo, pode ser muito gratificante pelo que traz em termos de aproximação afetiva, carinho, contato físico etc.

Um outro mecanismo de defesa é o da “Identificação com o Agressor”:

quando alguém se sente impotente e angustiado diante de um agressor, pode ser levado a se identificar com ele. Assim se sente segura diante do que o ameaça: “não tenho medo dele, pois sou como ele”. Algumas formas desse mecanismo se processam na velhice, envolvendo sentimentos de inferioridade e tentativas de compensação. É o que se verifica freqüentemente em velhos que se tornam dominadores, ranzinhas, implacáveis e avaros, porque assim, menos exigente e ameaçador parece o mundo a sua volta. Este mecanismo pode manifestar-se sob uma forma totalmente oposta em que o agressor é sentido como a própria velhice. Então o idoso se identifica com a velhice e assume obsessivamente este agressor tão forte, tão destrutivo, em busca de vantagens. Tristes vantagens: Começa a se fazer mais velho do que realmente é, para ter pena da sua própria situação, sente-se excluído mais do que os fatos demonstram: percebe-se pouco querido, pouco capaz, assumindo uma situação falsa e forçada, buscando através da comiseração, a aliança e o apoio dos outros, frente a este agressor.

Voltemos ao início e analisemos como se comportam os Inadaptados, eles se abandonam ao processo como quem se deixa morrer, uma espécie de suicídio lento.

Assim, as mudanças orgânicas passam a ser vivenciadas como insuportáveis e o idoso prefere recusar-se à vida em vez de procurar reformular sua nova situação. Este caso é freqüente nas pessoas que superestimam uma única função em detrimento das demais, e ao perdê-la em decorrência da idade é como se não fosse possível fazer nada mais.

Nas formas de desadaptação costumam aparecer processos de somatização que podem em alguns casos ser extremamente violentos e até levar à morte. Neste processo, o idoso transforma seus medos em problemas físicos, como hipertensão, diabetes, colites ulcerativas, enfarte, asma brônquica, enfisemas, histerias de conversão nas suas diferentes formas de paralisias, cegueira etc... A hipocondria vai se acentuando de tal maneira que acaba por não admitir que o indivíduo tome parte da vida, reduzindo-a a um estado vegetativo. Embora não sejam freqüentes esses

casos extremos, essas perdas orgânicas podem ser sentidas como insuportáveis e levam ao suicídio. Vale aqui ressaltar a necessidade de acompanhamento psicológico, psiquiátrico ou ambos.

Quanto ao Adaptado, é aquela pessoa que ao longo da sua existência, soube manter-se sensível às inúmeras mudanças internas e externas pelas quais foi passando.

Com a maturidade adquirida, não foge, não se fecha, não nega e vai adaptando-se, criando novas formas de atividades compatíveis com suas capacidades atuais. Desenvolvem cuidados que lhe garantam bom estado de saúde, engaja-se em formas igualmente satisfatórias de ocupação. Avalia suas limitações e a elas adapta seus hábitos.

Estas adaptações são possíveis quando o idoso tem uma percepção aguçada de si mesmo e do seu ambiente. Mantém-se aberto às novas propostas do seu meio social, e é capaz de reformular valores. Existe nela uma conformidade que representa uma adaptação dinâmica às condições reais e concretas e não um conformismo que seria estagnação, e esterilidade.

A adaptação adequada pode enfim ocorrer por etapas, mas se processa um conjunto harmônico em seus resultados finais obtidos a curto ou longo prazo. Para isso, é necessário que os mecanismos de defesa não se estructurem rigidamente, paralisando o ego em sua constante capacidade de realização e auto-aperfeiçoamento.

Entre os idosos da nossa época que têm certamente características distintas dos outros de outras gerações, há diferenças entre homens e mulheres. Para o homem é mais pesada a perda do papel profissional e da potência sexual, que a mulher não sente tanto. O que mais a faz sofrer é tudo quanto não fez, tudo o que foi aceitando sem questionar, o potencial que poderia ter desenvolvido e que só agora percebe. Não fez isso por si mesma, foi cedendo seu espaço, dedicando-se aos outros e quase anulada

chega à velhice.

Acostumada a agir mais em função do que os outros esperam de si do que de acordo com suas próprias intuições. Quando só cada um sabe o que é melhor para si mesmo. Na velhice, este se conformar às expectativas alheias é especialmente perigoso. Porque o idoso corre o risco de desrespeitar o próprio bem estar, descuidar-se de suas maiores necessidades e possibilidades para tornar-se o velho em vez de ser ele próprio. Para evitar isso, é necessário que se aperceba de suas verdadeiras condições e vivencie de forma pessoal e intensa uma idade que é apenas uma outra fase da vida, sempre em contato íntimo com suas necessidades e aspirações

Qual é o papel do Médico?

“O envelhecimento é a resposta do corpo às condições que lhe são impostas, tanto por dentro quanto por fora”. (Deepak Chopra)

O ideal seria que os idosos tivessem um sistema de saúde acessível, cuidados em casa, um lar seguro, serviços legais e sociais.

Entretanto, cada vez mais freqüentemente aparece a questão dos maus-tratos, abusos e abandonos.

A violência física e os atos realizados com intenção de ferir ou provocar dor podem ser considerados maus-tratos aos idosos. Os mais freqüentes são as pancadas com objetos, causando fraturas, hematomas, queimaduras ou feridas. A literatura também inclui o abuso psicológico ou emocional como uma categoria de maus-tratos. Geralmente, o abuso físico e o emocional acontecem juntos. O abandono ou a sua ameaça é uma outra forma de abuso psicológico, assim como a apropriação de dinheiro ou bens. As pesquisas mostram no Canadá, Grã-bretanha e Estados Unidos que a incidência da violência física alcançam 2,2%, a agressão verbal 1,1% e o abandono 0,4%. O cônjuge é responsável por dois terços do

abuso, sendo os adultos jovens responsáveis pelo restante.

Alguns fatores de risco favorecem os maus-tratos:

- Saúde deficiente e dano funcional do idoso – a fragilidade física sempre foi considerada o fator mais importante, entretanto, é provável que ela apenas impeça a pessoa de se defender e escapar da situação, além de aumentar sua vulnerabilidade.

- Alterações cognitivas do idoso – pensamento, memória, atenção, concentração etc...

- Abuso de drogas ou doença mental da pessoa responsável por seus cuidados – o idoso encontra-se em uma situação de dependência de alguém que não responde por seus próprios atos.

- Dependência daquele que maltrata em relação à vítima – ou seja, o idoso corre riscos de maus-tratos quando a pessoa que cuida de si é seu dependente física ou economicamente.

- Problemas de moradia – ambiente carente de segurança, higiene, conforto etc...

- Isolamento social – deve ser evitado, pela necessidade de afeto, contato humano, compreensão e apoio que estimularão o idoso.

As situações que podem alertar o médico sobre a possibilidade de maus cuidados e abuso podem ser:

- A demora entre a produção de uma ferida ou doença e a solicitação de atendimento médico;

- Diferença entre a história contada pelo paciente e a contada por seu acompanhante que pode ser o suposto autor do abuso;

- Explicações vagas de ambas as partes;
- Visitas freqüentes ao pronto-socorro devido à piora de uma doença crônica, apesar de tratamento e medicação corretos;
- Dano funcional no paciente sem responsáveis que o acompanhe;
- Achados de laboratório discrepantes com a história relatada.

Todas as fontes de informações possíveis são importantes, é necessário investigar rotineiramente, se possível escutar outros familiares, vizinhos, enfermeiros ou outras pessoas que possam do paciente cuidar. Quando houver suspeita desse tipo de tratamento, é preferível interrogar o paciente individualmente. Algumas perguntas poderiam ser feitas: Sente-se seguro no lugar onde mora? Quem prepara sua comida? Espera muito tempo para receber sua medicação ou alimentação? As pessoas que cuidam de você lhe batem, insultam ou empurram? Em geral os médicos consideram estas perguntas difíceis de serem feitas, porém esta é a única maneira de detectar os maus-tratos.

Quanto a interrogar os supostos abusadores, é melhor que o médico deixe por conta de um profissional com experiência no assunto, como o assistente social da instituição. Caso não seja possível, nunca deve chegar a um confronto com essas pessoas, até porque pode ser mais prejudicial ao paciente.

Os procedimentos clínicos para se descobrirem os maus-tratos nesse tipo de paciente são:

- A história clínica completa (forma individual) – avaliação dos fatores psicológicos, sociais, econômicos etc... Perguntar diretamente sobre as diversas formas de abuso.

- Observação do comportamento – do paciente e do seu acompanhante.
- Aparência geral – higiene, roupas.
- Pele e mucosas – cicatrizes, hematomas, lacerações, queimaduras, úlceras de decúbito.
- Sistema músculo-esquelético – procurar possíveis fraturas ocultas ou dor.
- Estado neurológico e psiquiátrico – sintomas depressivos, ansiedade ou outros sintomas psiquiátricos.
- Estudos por imagens ou laboratoriais.
- Apoio social e financeiro.

Quando se confirma a presença de maus-tratos, o essencial é preservar a segurança da vítima e o respeito por sua autonomia. É importante separar o idoso de quem abusa dele. Em alguns casos é possível internar o paciente, embora não seja a melhor solução. Em outros, o paciente pode insistir em permanecer em seu meio e, se não houver alterações cognitivas, deve-se respeitar seu desejo. Quando o paciente for capaz de decidir, os tribunais devem nomear um responsável por sua guarda, que tome suas decisões econômicas e cuidados. As vítimas, muitas vezes têm medo de denunciar as condições em que vivem, por medo do agressor ou para não serem levadas a lugares especiais, o que às vezes é uma medida necessária. No entanto, se o mesmo aceita uma intervenção, deve-se estabelecer um plano de segurança, informá-lo de que os maus-tratos podem piorar com o tempo, providenciar assistência que alivie as causas dos maus-tratos.

Quando o paciente não estiver capacitado para decidir, é possível solicitar uma conversa com assistentes sociais ou denunciar o caso ao tribunal

competente para designar um responsável.

Concluimos que atingir a idade madura significa o início de uma nova etapa da vida, que se bem preparada e estimulada pode ser promissora em termos de realizações de projetos, planos e sonhos que foram adiados e que se o idoso considerar o seu potencial de experiência e sabedoria acumuladas terá grandes benefícios.

Velhice está deixando de ser sinônimo de doença e há uma tendência mundial de mudar o nome Terceira Idade para “Idade do Poder” e a idéia é a valorização deste período da vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “o importante é não apenas acrescentar anos à vida, mas sim, acrescentar vida aos anos”.

Lembremos que: Cervantes contava 68 anos quando terminou o Dom Quixote; as melhores composições de Bach aconteceram quando ele já tinha uma idade avançada; Beethoven superou a si mesmo em seus últimos quartetos; Rembrandt passava dos 60 anos quando pintou seus quadros mais famosos; Galileu, aos 72 anos mostrou ao mundo sua obra definitiva; Sigmund Freud, considerado o pai da Psicanálise, escreveu e fez descobertas, até bem pouco tempo antes de sua morte, em 1939 aos 83 anos; nossa compositora e escritora Chiquinha Gonzaga escreveu 77 partituras de peças teatrais e mais de 2000 composições em todos os gêneros e compôs a música da opereta, Maria, de Viriato Corrêa, aos 80 anos de idade; Rui Barbosa aos 72 anos escreveu a sua famosa “Oração aos Moços”, que é uma de suas grandes peças.

Segundo Felipe González, “Un viejo que muere es una biblioteca que arde”.

Nota

defesa - Ver Texto sobre o Funcionamento do Aparelho Psíquico, da professora Luzia Travassos Duarte, nesta biblioteca.

Bibliografia

1. ABREU, Elvira. É a idade, sim. E daí? Psicologia Atual. Ano I – Nº 9 – Grupo Editor Spagt.
2. ALVARENGA, M. Rogério, Envelhecimento Sob o Ponto de Vista Estético (www.vitamins.com.br/news/news.asp?cmd=view&artcleid=18)
3. BEE, Helen. A Criança em Desenvolvimento. São Paulo. Harper e Row do Brasil – 1977.
4. CARVALHO, Vlândia. O que você vai ser quando envelhecer? Psicologia Atual – Ano
5. D.Azevedo, João Roberto – Ficar Jovem Leva Tempo....Um Guia para Viver Melhor – Editora Saraiva
6. D. Azevedo, João Roberto – Privilégio de Ser Idoso (www..ficarjovemlevatempo.com.br)
7. Poletti, Eurique J. Envelhecimento
8. Trindad, M.Hoy l- Envejecimiento Biológico. Capítulo II. Proceso de Envejecimiento: sus implicancias biológicas y sociales. Manual de Geriatria.
9. Viguera, Virgínia – Es Útil Aprender a Envejecer ? – La Educación para el envejecimiento – Clase 3 – Curso Virtual.
10. Viguera, Virginia – Los Fantasmas del Envejecer – La Educación para el Envejecimiento – Clase 8 – Curso Virtual.
11. Viguera, Virginia – Prejuicios, Mitos e Ideas Erróneas Acerca del

Envejecimiento y la Vejez – Temas de Psicojerontologia – Tema 1.

12. Stair, Nadine – Instantes – Poesia

(www.secret.com.br/jpoesia/jlbo2e/autoria.html#)