Perspectiva biopsicológica do envelhecimento

FUTURIDADE

PLANO ESTADUAL
PARA A PESSOA IDOSA

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

José Serra
Governador

Rita Passos
Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

Nivaldo Campos Camargo
Secretário Adjunto

Carlos Fernando Zuppo Franco
Chefe de Gabinete

Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social – SEADS

Departamento de Comunicação Institucional – DCI
Paulo José Ferreira Mesquita
Coordenador

Coordenadoria de Gestão Estratégica – CGE
Cláudio Alexandre Lombardi
Coordenador

Coordenadoria de Ação Social – CAS
Tânia Cristina Messias Rocha
Coordenadora

Coordenadoria de Desenvolvimento Social – CDS
Isabel Cristina Martin
Coordenadora

Coordenadoria de Administração de Fundos e Convênios – CAF
Carlos Alberto Facchini
Coordenador

Fundação Padre Anchieta

Paulo Markun
Presidente

Fernando Almeida
Vice-Presidente

Coordenação Executiva – Núcleo de Educação
Fernando Almeida
Fernando Moraes Fonseca Jr.
Mônica Gardeli Franco

Coordenação de Conteúdo e Qualidade
Gabriel Priolli

Coordenação de Produção – Núcleo de Eventos e Publicações
Marilda Furtado
Tissiana Lorenzi Gonçalves

Equipe de Produção do Projeto

Coordenação geral
Áurea Eleotério Soares Barroso
SEADS

Fernando Moraes Fonseca Jr.
Fundação Padre Anchieta

Desenvolvimento
SEADS

Elaine Cristina Moura
Ivan Cerlan
Janete Lopes
Márcio de Sá Lima Macedo

Organização dos conteúdos/textos
Áurea Eleotério Soares Barroso

Colaboradores
Clélia la Laina, Edwiges Lopes Tavares, Izildinha Carneiro, Ligia Rosa de Rezende Pimenta, Maria Margareth Carpes, Marilena Rissuto Malvezzi, Paula Ramos Vismona, Renata Carvalho, Rosana Saito, Roseli Oliveira

Produção editorial
Maria Carolina de Araujo
Coordenação editorial

Marcia Menin
Copidesque e preparação

Paulo Roberto de Moraes Sarmento
Revisão

Projeto gráfico, arte, editoração e produção gráfica
Mare Magnum Artes Gráficas

Ilustrações
Adriana Alves

UMA REALIZAÇÃO

FUNDAÇÃO
PADRE ANCHIETA

Direitos de cópia

Serão permitidas a cópia e a distribuição dos textos integrantes desta obra sob as seguintes condições: devem ser dados créditos à SEADS – Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo e aos autores de cada texto; esta obra não pode ser usada com finalidades comerciais; a obra não pode ser alterada, transformada ou utilizada para criar outra obra com base nesta; esta obra está licenciada pela Licença Creative Commons 2.5 BR (informe-se sobre este licenciamento em http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/br/)

As imagens fotográficas e ilustrações não estão incluídas neste licenciamento.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pelegrino, Paulo Sergio
Perspectiva biopsicológica do envelhecimento / Paulo Sergio Pelegrino, Maria das Graças Sobreira Leal ; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. -- São Paulo : Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

Vários colaboradores
Bibliografia.

1. Administração pública 2. Cidadania 3. Envelhecimento 4. Idosos - Cuidados 5. Planejamento social 6. Política social 7. Políticas públicas 8. Qualidade de vida 9. Serviço social junto a idosos I. Leal, Maria das Graças Sobreira. II. Barroso, Áurea Eleotério Soares. III. Título.

09-09545 CDD-362.6

Índices para catálogo sistemático:
1. São Paulo : Estado : Idosos : Estado e assistência e desenvolvimento social : Bem-estar social 362.6
2. São Paulo : Estado : Plano Estadual para a Pessoa Idosa-Futuridade : Bem-estar social 362.6

Perspectiva biopsicológica do envelhecimento

[...] *nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.*

Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU.

Prezado(a) leitor(a),

Temos a grata satisfação de fazer a apresentação deste material elaborado pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (Seads) e pela Fundação Padre Anchieta – TV Cultura.

Um dos objetivos do Plano Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado de São Paulo – Futuridade, coordenado pela Seads, é propiciar formação permanente de profissionais para atuar com a população idosa, notadamente nas Diretorias Regionais de Assistência Social (Drads).

No total, esta série contém dez livros e um vídeo, contemplando os seguintes conteúdos: o envelhecimento humano em suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social; legislações destinadas ao público idoso; informações sobre o cuidado com uma pessoa idosa; o envelhecimento na perspectiva da cidadania e como projeto educativo na escola; e reflexões sobre maus-tratos e violência contra idosos.

Com esta publicação, destinada aos profissionais que desenvolvem ações com idosos no Estado de São Paulo, o Futuridade dá um passo importante ao disponibilizar recursos para uma atuação cada vez mais qualificada e uma prática baseada em fundamentos éticos e humanos.

Muito nos honra estabelecer esta parceria entre a SEADS e a Fundação Padre Anchieta – TV Cultura, instituição que acumula inúmeros prêmios em sua trajetória, em razão de serviços prestados sempre com qualidade.

Desejo a todos uma boa leitura.

Um abraço,

Rita Passos
Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

Sumário

Saúde e envelhecimento
Paulo Sergio Pelegrino e colaboradores: Alexandre Morikatsu Ogido, Elisangela Avanzo Ruiz Francisco, Graziela Luppi, Juliana Onofre de Lira, Karla Shimura Barea, Luciana Cassimiro, Maristela Ferreira Catão Carvalho, Mônica Cristina Brugnaro dos Santos, Patrícia Cotting Homem de Mello, Regis Alfredo Yatsuda *11*

O processo do envelhecimento *13*

Mudanças fisiológicas no envelhecimento *14*

Desafios para a atenção à saúde dos idosos *18*

Princípios básicos para a atenção à saúde das pessoas idosas *20*

Comunicação e envelhecimento *23*

Prevenção da dependência de idosos *23*

Atividade física para idosos *26*

O papel da educação em saúde bucal no combate às doenças da boca *29*

Saúde auditiva dos idosos *30*

Uso de medicamentos por idosos *31*

Reabilitação em gerontologia *33*

Referências bibliográficas *35*

Psicologia do envelhecimento
Maria das Graças Sobreira Leal *39*

Paradigmas importantes *43*

Ciclo de vida *43*

Curso de vida *46*

Padrões de envelhecimento *47*

Envelhecimento normal *47*

Envelhecimento patológico *49*

Planejar o envelhecimento *49*

Demência *52*

Tratamento *53*

Depressão 54
Causas da depressão 54
Tratamento 54
Atendimento psicológico ao idoso 55
Sugestões para atividades e discussão 58
Referências bibliográficas 59

Saúde e envelhecimento

Paulo Sergio Pelegrino

Paulo Sergio Pelegrino é médico, diretor técnico do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes e presidente do Conselho Estadual do Idoso de São Paulo (gestão 2008 e 2009).

Colaboradores

Alexandre Morikatsu Ogido é educador físico do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes.

Elisangela Avanzo Ruiz Francisco é educadora física do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes.

Graziela Luppi é farmacêutica do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes e especialista em Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica pelo Instituto Racine.

Juliana Onofre de Lira é fonoaudióloga do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes, especialista em Gerontologia pela Unifesp, mestre em Ciências pela Unifesp com a dissertação *Análise dos aspectos microlinguísticos de narrativas orais de pacientes com doença de Alzheimer*.

Karla Shimura Barea é fonoaudióloga do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes e especialista em Gerontologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Luciana Cassimiro é psicóloga do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes e especializanda em Neuropsicologia pela Santa Casa de São Paulo.

Maristela Ferreira Catão Carvalho é farmacêutica-bioquímica do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Mônica Cristina Brugnaro dos Santos é educadora física do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes.

Patrícia Cotting Homem de Mello é terapeuta ocupacional do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes.

Regis Alfredo Yatsuda é dentista do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes, especialista em Dentística pela USP e em Periodontia pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Paulista de Cirurgiões.

Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?
Teus ombros suportam o mundo
e ele não pesa mais do que a mão de uma criança.

Carlos Drummond de Andrade,
"Os ombros suportam o mundo".

O processo do envelhecimento

O envelhecimento é um processo contínuo, individual, universal e irreversível. Assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo, que se manifestam em graus e momentos diversos, o que lhe dá uma característica heterogênea, dinâmica e de grande variabilidade tanto inter como intraindividual. Contudo, o envelhecimento não deve ser entendido como sinônimo de perdas, já que algumas funções ou capacidades podem melhorar.

Retrato de Victor Chocquet, 1877, de Paul Cézanne (Columbus Museum of Art, Columbus, EUA).

À medida que envelhecem, as pessoas tendem a distinguir-se ainda mais umas das outras, em decorrência do estilo de vida ao longo dos ciclos vitais, dos cuidados com a saúde e de fatores biológicos (genéticos e hereditários), entre outros aspectos. Também os sistemas orgânicos, em uma mesma pessoa, envelhecem em ritmos diversos, e o envelhecimento percebido em determinado órgão ou sistema não implica, necessariamente, modificação nos demais.

O envelhecimento é considerado normal (senescência) quando ocorre uma série de alterações inevitáveis no funcionamento do organismo relacionadas à idade, como o aparecimento de rugas na pele, mudanças na coloração dos cabelos e menor resistência física. Deve ser diferenciado do envelhecimento patológico ou doentio (senilidade), que se refere às consequências de certas doenças – por exemplo, catarata, mal de Alzheimer e osteoporose.

Independentemente da presença ou ausência de doenças, a promoção da saúde (física e psicológica) tem papel fundamental para que o envelhecimento seja desejável, satisfatório e gratificante. A prática adequada de exercícios físicos, o treino e o uso das capacidades cognitivas produzem efeitos positivos para a melhora da autoestima e para a manutenção de hábitos de vida saudáveis, evitando a dependência e o isolamento.

Mudanças fisiológicas no envelhecimento

Algumas alterações fisiológicas são comuns a todas as pessoas que envelhecem, porém seu início e sua intensidade variam. Verificadas tanto na aparência física como nos diferentes sistemas orgânicos, não comprometem a qualidade de vida se forem percebidas como situações próprias desse período vital, mas requerem a adoção de novas atitudes e adaptações.

O resultado negativo de tais mudanças advém fundamentalmente do fato de o indivíduo comparar a situação ou aparência atual com

ANGELO SHUMAN

a que teve quando mais jovem. Pode estar relacionado à autoestima, à autoimagem e, enfim, aos conceitos próprios de cada pessoa, distanciando-a, por vezes, de uma realidade idealizada, fruto do despreparo para o envelhecimento.

Dentre as alterações fisiológicas não caracterizadas como doentias ou patológicas destacam-se:

- **Composição corpórea –** A água representa 70% da constituição corpórea da criança e 60% da do adulto jovem; no idoso, cai para 50%, em decorrência da redução da massa celular, fato que deixa as pessoas mais velhas mais predispostas à desidratação. O componente gorduroso tende a aumentar e a apresentar distribuição mais centrípeta na região do abdômen e vísceras. O conteúdo mineral dos ossos também se apresenta reduzido no idoso em relação ao adulto jovem.

Independentemente da presença ou ausência de doenças, a promoção da saúde (física e psicológica) tem papel fundamental para o idoso.

- **Estatura** – A estatura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade, reduz cerca de um centímetro por década, acentuando-se após os 70 anos.
- **Alterações morfológicas** – Com o envelhecimento, a forma de diversas estruturas do organismo se altera, entre elas o aumento da circunferência do crânio e a amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, originando a conformação facial típica do idoso, assim como variações no diâmetro do tórax e do abdômen e na circunferência dos membros.
- **Função cardíaca** – A constituição celular do coração e dos vasos sanguíneos muda, com diminuição do número de células musculares e alterações nos componentes bioquímicos, deixando-os mais rígidos, com menor elasticidade, o que acarreta menor rendimento da função cardíaca. Mudanças no sistema de condução elétrica resultam em menor frequência dos batimentos cardíacos.
- **Função pulmonar** – A função pulmonar é afetada por alterações no controle da respiração no sistema nervoso central, por mudanças na conformidade da caixa torácica, pela diminuição da elasticidade do pulmão e pela dilatação dos bronquíolos, que são os responsáveis pelas trocas gasosas no sistema respiratório.
- **Função renal** – Os rins reduzem de tamanho e de peso, há diminuição do número de néfrons, que são as menores unidades funcionais dos rins, os vasos e túbulos renais sofrem mudanças, a irrigação sanguínea fica diminuída e a filtração e depuração renais caem de 35% a 50%, ocasionando alterações na capacidade de concentrar e diluir a urina.

- **Função digestiva** – Na cavidade oral há diminuição da saliva e modificações na motilidade da língua, palato e faringe. A contração do esôfago é afetada, podendo prejudicar a progressão dos alimentos. As células que recobrem a mucosa do estômago se alteram, observa-se menor acidez e o esvaziamento é mais prolongado. Os intestinos recebem menor fluxo sanguíneo e apresentam diminuição na motilidade e na capacidade de absorção de água e de certos nutrientes.
- **Sistema nervoso** – Com o envelhecimento, o peso é reduzido, chegando a diminuir cerca de 20% aos 90 anos. Após os 30, há perda diária de cerca de 50 a 10 mil neurônios, e essas reduções são mais significativas em áreas responsáveis pela regulação do equilíbrio (homeostase) do organismo, como temperatura, pressão arterial e frequência cardíaca.
- **Sistema endócrino** – Observa-se redução na produção de vários hormônios, entre eles: hormônio do crescimento; hormônio antidiurético, que regula o equilíbrio da água corporal; melatonina, responsável pela regulação do sono; hormônios sexuais tanto femininos como masculinos, cujas expressões máximas são os fenômenos da menopausa na mulher e da andropausa no homem; e hormônios que compõem o sistema renina-angiotensina-adosterona, que exerce papel muito relevante no controle da pressão arterial.

Perfil de um velho, de Leonardo da Vinci (Galleria degli Uffizi, Florença, Itália).

As alterações aqui descritas não são capazes de comprometer a saúde, exceto em situações de grande estresse e de esforço intenso ou, ainda, quando há

PAULO PELEGRINO

Atendimento no Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (CRIJEM).

associação com determinadas doenças nas quais o componente doentio pode se somar às mudanças resultantes do processo de envelhecimento.

Desafios para a atenção à saúde dos idosos

Além das alterações fisiológicas, com o envelhecimento aumentam as doenças crônicas e a dependência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1998, as principais doenças crônicas que acometiam as pessoas idosas no mundo eram: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, osteoporose, depressão, demência e alterações visuais. Ressalte-se, ainda, que cerca de 70% dos idosos apresentam alguma limitação para as atividades da vida diária, cujas principais causas são problemas osteoarticulares e *deficits* visuais e auditivos.

As novas demandas para a saúde decorrentes do envelhecimento populacional requerem práticas atreladas ao trabalho com as famílias e com os cuidadores dos pacientes. Os cuidados passam a ser oferecidos de forma continuada, em equipe, e é imprescindível o domínio

de conceitos como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação), que não constam, habitualmente, nos currículos de graduação de medicina.

O modelo médico tradicional focado na doença não privilegia os aspectos sociais, familiares, ambientais e econômicos, determinantes no processo saúde-doença da população idosa, não levando em conta que mais relevante que a cura é a manutenção da autonomia mesmo na presença de doenças crônicas. Apesar da atuação tecnicamente correta sobre problemas clínicos isolados, muitos profissionais de saúde não estão preparados para essa nova demanda. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Silvestre (1999) observou que os idosos internados em hospitais gerais não eram adequadamente avaliados quanto à presença de síndromes geriátricas ou limitações funcionais e não recebiam assistência médica e psicossocial de acordo com suas necessidades, acarretando perda de oportunidade para tratamento e/ou reabilitação.

Os gastos com a saúde tendem a aumentar progressivamente. Em 2000, as pessoas com mais de 60 anos representavam cerca de 9% da população brasileira, e 26% dos recursos de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) eram destinados a elas (Lima-Costa e colaboradores, 2000). No entanto, grandes gastos não garantem, por si sós, a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Motta, 2001). O desafio é cuidar de sua saúde, sobretudo dos mais pobres, com maior incapacidade, maior número de patologias e necessidade de abordagens diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação adequadas.

As novas práticas para a saúde dos idosos devem estar atreladas ao trabalho com as famílias e com os cuidadores dos pacientes.

Um dos entraves na atenção ao idoso ainda é a presença de estereótipos, atitudes negativas e discriminatórias em razão da idade na população em geral, nos meios de comunicação e até mesmo entre

idosos e profissionais. Embora o objetivo deste trabalho não seja abordar o assunto em profundidade, é importante frisar que em termos de saúde essas crenças refletem o desconhecimento sobre quem são as pessoas idosas; em consequência, subestima-se sua situação e se atribuem ao envelhecimento, equivocadamente, muitos dos problemas que podem ser abordados e tratados de modo adequado. Entre as principais questões negligenciadas estão a violência, a ansiedade, a depressão, as perdas cognitivas, o estresse cardiovascular e as oportunidades de reabilitação, gerando maior dependência, incapacidade e mortalidade prematura.

Princípios básicos para a atenção à saúde das pessoas idosas

Nas últimas décadas, o conhecimento acumulado tem trazido significativa contribuição para a abordagem e tratamento dos idosos, possibilitando mudanças na tradicional assistência médica e introduzindo novos conceitos, como eficiência, evidência científica, rentabilidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e visão social. Concomitantemente a essa aproximação entre conhecimento e prática em saúde, observa-se o surgimento de inúmeros serviços especializados na atenção às pessoas idosas. O Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (Crijem), em São Miguel Paulista, zona leste de São Paulo, da Secretaria Estadual da Saúde, foi pioneiro no Estado e tem servido como modelo para diversas outras iniciativas bem-sucedidas.

As várias unidades e centros de referência de todo o país têm organização, funcionamento e até mesmo objetivos gerais diferentes, uma vez que cada um se adapta ao entorno, às peculiaridades gerenciais e administrativas, ao orçamento e aos recursos humanos disponíveis, encontrando, portanto, sua forma de atuação de acor-

PAULO PELEGRINO

Atividades no Crijem.

do com suas características. Não se discutirão aqui, no entanto, o funcionamento e a estrutura necessária, e sim os aspectos que podem contribuir para a disseminação de uma cultura que valorize o conhecimento e todas as possibilidades de entender o paciente idoso, suas doenças, as agravantes e os recursos necessários para melhorar sua qualidade de vida.

No atendimento à saúde dos idosos, deve-se levar em consideração, fundamentalmente, a necessidade de mantê-los no seio de sua família, em seu meio habitual e em comunidade com a máxima capacidade funcional alcançável e com o maior nível de independência possível. Para atingir tais objetivos, são necessários: a avaliação integral do idoso (diagnóstico clínico, funcional, social e mental); o trabalho com equipe multidisciplinar treinada (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista, educadores, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e outros); e a continuidade da assistência em todos os níveis (unidades de internação, prontos-socorros, ambulatórios), com uma relação muito afinada com a atenção básica.

Os cuidados com os idosos têm de ser integrais, contínuos, progressivos e preventivos, tornando-se imprescindíveis: a detecção dos idosos frágeis ou de alto risco; o trabalho interdisciplinar (que deve diferenciar-se da abordagem multidisciplinar, com aprofundamento, coesão e interação mais ampla e intensa entre as diversas disciplinas e profissionais); a disponibilidade de atuação nas diversas fases das doenças (aguda, convalescença, reabilitação, tratamento de longo prazo e cuidados paliativos); e a potencialização da assistência ambulatorial, evitando a hospitalização, a institucionalização dos pacientes e seus inconvenientes.

Já para a prática assistencial, determinados aspectos são relevantes no estabelecimento do prognóstico e da escolha terapêutica, entre eles: idade avançada dos pacientes; comorbidades importantes; perda funcional; complicações frequentes; mortalidade elevada; limitação no acesso aos serviços de atendimento; dificuldades de comunicação; doenças com sintomas atípicos; síndromes geriátricas decorrentes da superposição da manifestação de várias doenças associadas, gerando novos agravos, como alterações sensitivas, imobilidade, depressão, estado confusional agudo, desnutrição, quedas, incontinência; *deficit* cognitivo; violência intrafamiliar; condicionantes sociais relevantes; expectativa de vida curta; maior consumo de medicamentos e maior prevalência de problemas relacionados ao uso de medicações; conco-

Atendimento no CRIJEM.

PAULO PELEGRINO

mitância de doenças bucais decorrentes de má assistência odontológica em outras fases da vida e com repercussão no estado de saúde.

Sem a pretensão de abordar todos esses temas, apresentam-se a seguir alguns conteúdos relacionados à atenção aos idosos com importância prática.

Comunicação e envelhecimento

A comunicação, em qualquer fase da vida, tem função socializadora e, durante o envelhecimento, pode ser prejudicada por alterações como diminuição da acuidade auditiva e visual e do tato, problemas de memória, fatores psicológicos, entre outros, resultando em isolamento social e interferindo na qualidade de vida. Assim, para garantir uma comunicação efetiva e adequada com os idosos, é preciso adotar algumas medidas simples e práticas:

- Ficar de frente para que a pessoa possa ver o rosto.
- Reduzir o ruído ambiental.
- Falar de forma pausada e calma, sem gritar.
- Utilizar frases simples, claras.
- Conhecer o vocabulário usado pelo idoso.
- Estimular o uso de aparelhos auditivos e/ou óculos.
- Anotar uma informação quando necessário.
- Não infantilizar o idoso.

A comunicação para o indivíduo idoso é fundamental para que ele se sinta e permaneça social e psicologicamente íntegro.

Garantir uma comunicação efetiva e adequada com os idosos evita o isolamento social e melhora sua qualidade de vida.

Prevenção da dependência de idosos

Não se pode evitar o envelhecimento, mas é possível retardar o surgimento de doenças e diminuir suas consequências, sobretudo das doenças crônicas e degenerativas, que acarretam maiores perdas funcionais e depen-

LEAFAR

Pina Bausch
(1940-2009), bailarina e coreógrafa alemã, tornou-se a grande dama da dança-teatro, dirigindo sua companhia de dança na Alemanha.

ABBAS YARI

José Saramago
(1922), escritor português reconhecido internacionalmente, recebeu o Prêmio Nobel de Literatura em 1998. Sua obra mais recente, lançada em 2008, é *A viagem do elefante* (São Paulo: Companhia das Letras).

dência, necessitando de maior tempo de recuperação. Ações preventivas e de promoção da saúde contribuem para melhorar a qualidade de vida nessa fase, aumentando a expectativa de vida ativa, ou seja, a média de anos que uma pessoa pode viver com autonomia, boa saúde e vida independente (Galvão, 2006). Devem, portanto, iniciar-se precocemente, antes mesmo do surgimento das doenças.

Envelhecer de forma saudável está intimamente ligado à prevenção da dependência. Daí a importância de oferecer aos idosos informações sobre hábitos saudáveis e mostrar-lhes como agir para desfrutar um envelhecimento satisfatório com maior nível de saúde possível.

A manutenção da saúde das pessoas desse grupo etário permite melhorar tanto a qualidade como a quantidade de vida restante, sendo a primeira condição certamente muito mais importante que a segunda (Ploeg, 2005). Diversos estudos apontam que as intervenções preventivas contribuem para diminuir a mortalidade entre os idosos e aumentar a possibilidade de eles continuarem a viver em comunidade. A prevenção, tanto no nível individual como no coletivo, visa a evitar a instalação de doenças (prevenção primária) ou amenizar suas consequências (prevenção secundária ou terciária), e nela está implícita a atenção geriátrica e gerontológica, com avaliações e mensurações dos problemas de saúde.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) tem por objetivo avaliar o idoso nas perspectivas clínica, funcional, psicológica, social, econômica, familiar e ambiental. Procura também quantificar os problemas, as necessidades e os recursos disponíveis para que se possa construir um

plano de tratamento e acompanhamento de longo prazo. Com a ajuda dos instrumentos devidamente validados e estruturados que a compõem, os idosos devem ser submetidos a avaliações periódicas para identificar os principais riscos e problemas de saúde. A AGA é formada por: avaliação biomédica (diagnósticos novos e antigos, dados nutricionais, medicações em uso, função sensorial); avaliação psicológica (funções cognitiva e emocional); avaliação social (situação familiar, condições de moradia, renda, suporte social); e avaliação funcional (Atividades de Vida Diária – AVDs, Atividades de Vida Diária Instrumentalizadas – AVDIs).

Entre as questões que têm de ser obrigatoriamente investigadas estão:

- Hábitos de vida, como sedentarismo, alimentação, consumo de álcool e tabagismo.
- Histórico de imunizações.
- Identificação precoce das principais doenças, como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares, problemas odontológicos, DST/Aids e osteoporose.
- Rastreamento e avaliação das principais síndromes geriátricas, como quedas, alterações sensoriais, incontinência urinária, polifarmácia, demência, desnutrição, transtornos sensoriais e violência.
- Rastreamento de câncer de próstata, colo uterino, endométrio, cólon, boca e mama.

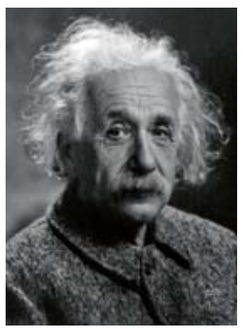
Cada condição ou risco presente deve possuir um protocolo específico, com rotinas e fluxos estabelecidos.

Muitas vezes, o encaminhamento e a condução dos casos dependem da organização da rede de serviços, já

VALTER CAMPANATO/ABr

Oscar Niemeyer, um dos mais importantes nomes da arquitetura moderna, completou 100 anos em 2007 lúcido e ativo.

OREN JACK TURNER



Albert Einstein
(1879-1955), físico alemão que propôs a teoria da relatividade, tornou-se o mais célebre cientista do século XX e ganhou o Prêmio Nobel de Física em 1921.

que a complexidade da situação pode requerer recursos que extrapolam as possibilidades de atuação de um serviço isoladamente. Como é grande a gama de variação de estados de saúde dos idosos, para organizar a demanda e otimizar os serviços, os idosos costumam ser assim classificados:

- Independentes ou saudáveis – Aqueles que, mesmo apresentando doença crônica, não possuem limitações funcionais nem estado de vulnerabilidade para padecer de eventos adversos na saúde, como incapacidade, dependência, institucionalização e morte.
- Frágeis – Aqueles que correm risco de perda funcional ou de sofrer eventos adversos na saúde, apresentando, geralmente, algum dos seguintes fatores: idade superior a 80 anos, hospitalização recente, *deficit* cognitivo, suporte social inadequado, quedas ou polifarmácia.
- Em situação de total dependência ou com doença crônica em fase terminal, com alto grau de dependência e reduzidas possibilidades de recuperação da saúde.

Essa classificação é importante na definição do plano de tratamento e acompanhamento. Assim, os idosos saudáveis têm suas demandas em saúde em um nível de atenção mais básico; os frágeis necessitam potencializar os aspectos de mobilidade e habilidades físicas e diminuição de riscos, e a reabilitação física tem demonstrado importante papel em sua recuperação; aqueles em situação de total dependência ou com doença terminal requerem um plano de cuidado que valorize a qualidade de vida e privilegie as rotinas compartilhadas com a família e com o cuidador.

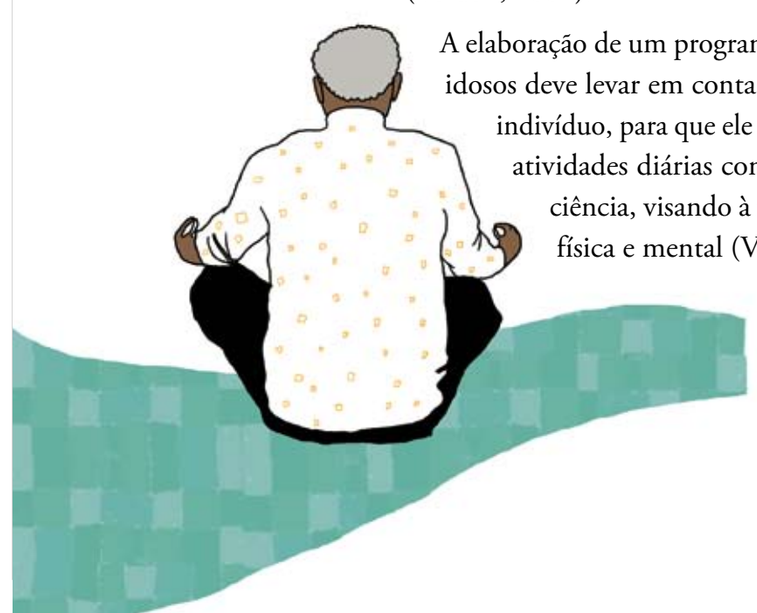
Atividade física para idosos

O sedentarismo gera um estilo de vida negativo e representa uma das principais causas de queda da qualidade de vida e/ou morte prematura, particularmente nos países industrializados (Nahas, 2003). A atividade e a aptidão físicas foram associadas à melhora da qualidade

de vida dos indivíduos de todas as faixas etárias, sobretudo dos idosos. Qualquer atividade física é um recurso muito importante para minimizar as degenerações provocadas pelo envelhecimento, ou seja, as perdas do domínio cognitivo e as limitações físicas, que podem levar a pessoa idosa à dependência em várias funções do aparelho locomotor, impedindo-a de viver satisfatoriamente e limitando sua participação na sociedade.

Entende-se por atividade física toda forma de movimentação corporal com gasto energético acima dos níveis de repouso, incluindo deslocamentos, afazeres domésticos e atividades laborais e de lazer. Já o exercício físico é uma atividade física planejada, sistemática e repetitiva, que tem por objetivo a manutenção, o desenvolvimento ou a recuperação de um ou mais componentes da aptidão física. O exercício físico regular atua de maneira eficaz sobre a tensão emocional, a angústia e a depressão, tão comuns em idosos. Após o exercício, há sensação de bem-estar e até de euforia, elevando a autoestima.

Ao profissional de educação física cabe interagir com os idosos, possibilitando e tornando prazerosa a convivência em grupo, adequar as atividades propostas às necessidades e anseios do grupo e, assim, estimular o aumento da autoestima, criando estratégias para isso (Verderi, 2004).



A elaboração de um programa de atividade física para idosos deve levar em conta as possibilidades de cada indivíduo, para que ele consiga desempenhar suas atividades diárias com autonomia e autossuficiência, visando à manutenção de sua saúde física e mental (Verderi, 2004).

Antes de iniciar uma atividade física, é necessário realizar uma ava-

Aula de ginástica, projeto da ONG Melhor Idade, Ginásio do Ibirapuera, São Paulo.

MARCIA ALVES

liação médica, para garantir que o idoso encontra-se bem clinicamente. Um questionário (anamnese), uma avaliação física e uma funcional podem identificar a atividade adequada às limitações e ao grupo de risco, frequência e intensidade, resgatando as seguintes capacidades físicas: coordenação, ritmo, velocidade, agilidade, resistência cardiorrespiratória, flexibilidade, resistência muscular localizada e equilíbrio.

Para maior envolvimento dos idosos, as aulas precisam ser dinâmicas, alegres, criativas, com uso de materiais diversos e equipamento de som, de modo que eles realizem os exercícios propostos com bem-estar e naturalidade. Depois de cada aula, o profissional de educação física deve questioná-los sobre como se sentiram e qual era sua expectativa sobre a aula dada. A avaliação subjetiva de esforço é muito importante para alunos novos.

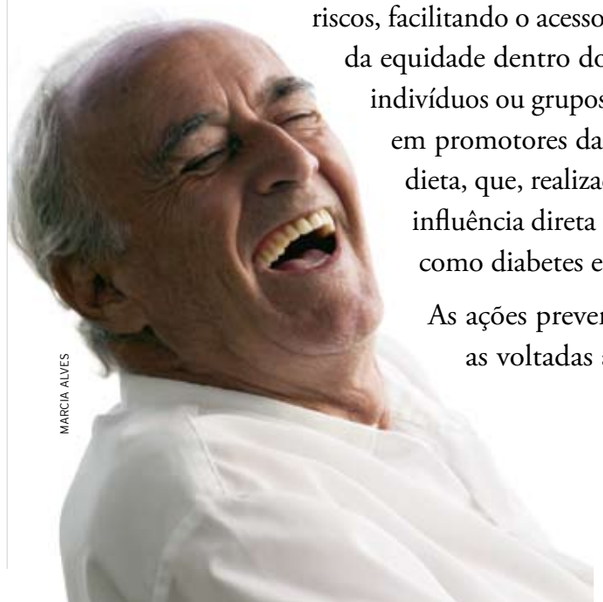
Entre as atividades físicas para pessoas idosas destacam-se: caminhada, hidroginástica, ginástica, natação, alongamento, exercícios resistidos, dança sênior e técnicas complementares como *lion gong*, *tai chi chuan*, *tai chi li pan*, ioga e meditação.

O papel da educação em saúde bucal no combate às doenças da boca

Na área de odontologia, tão importante quanto as técnicas operatórias e restauradoras é a educação em saúde bucal no combate às doenças da boca. Seu objetivo é fornecer às pessoas meios para fortalecer sua autonomia no controle do processo saúde-doença, devendo levar em conta, para ser eficaz, a cultura regional, as características do grupo social envolvido, como faixa etária, escolaridade e gênero, o conhecimento das principais doenças bucais que acometem a população local, como elas se manifestam e de que modo preveni-las (Pinto, 2000). Portanto, educar em saúde envolve ações pedagógicas que transmitem aos usuários, em linguagem popular, conhecimentos e práticas para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

Educar em saúde envolve ações pedagógicas que transmitem aos usuários, em linguagem popular, conhecimentos e práticas para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

A promoção da saúde visa a melhorar a qualidade de vida e reduzir riscos, facilitando o acesso aos serviços públicos, atuando em prol da equidade dentro do SUS, estimulando as habilidades dos indivíduos ou grupos comunitários para que se transformem em promotores da saúde. Um exemplo é a orientação de dieta, que, realizada em grupos ou individualmente, tem influência direta na cárie dentária e em doenças crônicas como diabetes e obesidade.



MARCIA ALVES

As ações preventivas de saúde bucal, principalmente as voltadas ao autocuidado, têm grande impacto

sobre os agravos. Entre elas, destacam-se: orientações de higiene bucal; aplicação tópica de flúor, que fortalece as estruturas dos dentes; informações sobre cuidados com fluorose; cuidados imediatos após traumatismo dental; autoexame da boca, para prevenção do câncer bucal; prevenção à exposição excessiva ao sol; prevenção de danos à saúde pelo uso de drogas (Soares, 1988).

A prática da educação em saúde bucal é ainda um desafio, principalmente quando se constatam a alta prevalência mundial das doenças da boca (odontopatias), o elevado custo dos tratamentos odontológicos reparadores, assim como a dificuldade do indivíduo de perceber a própria saúde e de compreender que apenas o tratamento sintomático não a garante. É importante salientar, por fim, que a saúde bucal reflete na fala, na mastigação e no convívio social pela estética (Yatsuda, 1998; Pauleto, 2004).

Saúde auditiva dos idosos

A perda auditiva associada ao envelhecimento, denominada presbiacusia, tem sido apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com prevalência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos. O problema afeta não apenas a comunicação com outras pessoas, podendo prejudicar a interação familiar e social, mas também atividades como ouvir rádio e assistir à televisão, falar ao telefone, ir às compras, tocar instrumentos musicais, ouvir música e cantar, fazer aulas de ginástica, ioga e hidroginástica, participar de cursos, seminários e palestras.

O diagnóstico e a intervenção precoce da perda auditiva associada à idade são fundamentais para a boa qualidade de vida do indivíduo idoso. Para o diagnóstico, são necessárias avaliações otorrinolaringológicas e audiológicas completas, realizadas por fonoaudiólogos, enquanto a intervenção deve contemplar a adaptação de aparelho de amplificação sonora individual (AASI), bem como o estabelecimento

de um programa de reabilitação auditiva. O acesso ao AASI é garantido por lei. Segundo o Decreto nº 1.948/1996, que regulamenta a Lei nº 8.842/1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, compete ao Ministério da Saúde fornecer órteses e próteses necessárias à recuperação e reabilitação da saúde do idoso, entre elas o AASI, classificado pelo sistema de saúde como prótese auditiva.

O diagnóstico e a intervenção precoce da perda auditiva associada à idade são fundamentais para a boa qualidade de vida do indivíduo idoso.

A reabilitação auditiva inclui o treinamento auditivo e a instrução para a compreensão da fala. Esse trabalho é fundamental para reduzir as barreiras de comunicação das pessoas com perda auditiva, ajudando-as a enfrentar melhor os impactos psicossociais, ocupacionais e educacionais da perda.

É urgente, no atual cenário demográfico, estabelecer diretrizes para o desenvolvimento de programas de diagnóstico, de aquisição de aparelhos de amplificação sonora individual e, principalmente, de reeducação auditiva para os idosos com esse problema, para que eles possam participar e desfrutar as relações sociais, mantendo boa qualidade de vida.

Uso de medicamentos por idosos

A idade é fator preditivo do uso de medicamentos, e a chance de utilizá-los aumenta a partir dos 40 anos (Rozenfeld, 2003).

Como há maior prevalência de doenças cardiovasculares, o consumo de medicamentos para tratá-las também é maior. No Estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), verificou-se que 33% dos idosos do município de São Paulo fazem uso de medicamentos cardiovasculares, e este é o principal agravante à não adesão ao tratamento (Carvalho, 2007). Vieira (2004) relata

ISTOCKPHOTO

que 40% dos idosos hipertensos não aderem ao tratamento, sobretudo quando não apresentam cuidador.

Um dos mais importantes fatores que levam à não adesão se refere ao alto consumo de medicamentos. No município de São Paulo, dos 81,1% dos idosos que utilizam pelo menos um medicamento, 21% fazem uso de quatro ou mais, a chamada polifarmácia (Carvalho, 2007). Esta é uma das principais dificuldades da terapia medicamentosa dos idosos (Aronson, 2004), justamente porque a idade avançada os leva a apresentar diversos sintomas e múltiplas doenças, fazendo com que procurem várias especialidades médicas, o que acarreta duplicidade de prescrição e aumento do custo do medicamento (Carvalho e Luppi, 2007). Costa (2003) observou que os idosos gastam 23% do salário mínimo em medicamentos de uso regular, ou seja, durante 30 dias. Esse problema é ainda maior quando a prescrição não corresponde ao padrão de medicamento de uso essencial. Rozenfeld (2003) relata que, dos então 5 bilhões de habitantes da população mundial, 1,3 bilhão a 2,5 bilhões tinham acesso limitado aos fármacos essenciais ou não o tinham, o que significa que 30% da população total não contava com assistência farmacêutica completa.

Outros fatores relacionados aos problemas da terapia medicamentosa dos idosos referem-se à falta de orientação quanto ao uso correto do medicamento, principalmente quando se trata da população com baixo nível de escolaridade (Carvalho, 2007).

Nesse contexto, é necessário verificar que efeitos o medicamento vai proporcionar ao idoso, trabalho que pode ser desenvolvido pelo farmacêutico. O Crijem conta com o serviço de Atenção Farmacêutica desde sua inauguração, em outubro de 2001, cuja proposta inovadora é a atuação do farmacêutico centrada no paciente. A ideia nasceu na Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, em 2001, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos, a adesão ao tratamento medicamentoso, a prevenção, detecção e resolução de

problemas relacionados a medicamentos, visando a melhorar a qualidade de vida do paciente.

Alguns aspectos relevantes da atenção estão na adequação do padrão de medicamentos, levando em conta o fato de que existem medicamentos inapropriados a idosos, a ficha de orientação e símbolos coloridos que ajudam a identificá-los. O serviço também faz parte do programa Farmácia Notificadora, que tem por finalidade reconhecer as suspeitas de reação adversa a medicamentos, trabalho conjunto com o Centro de Vigilância Sanitária e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Reabilitação em gerontologia

A reabilitação em gerontologia agrega valores além dos aspectos físicos e mentais do envelhecimento saudável. Considerando as importantes implicações sociais de envelhecer (perda do poder aquisitivo, dos papéis sociais e ocupacionais antes desempenhados etc.) e o de-

WALTER CRAVEIRO

Atendimento no Crijem.

sejo do idoso, busca resgatar suas atribuições de agente da própria vida, por mais comprometido que esteja funcionalmente. Ao reabilitar o idoso, pode-se, de acordo com suas possibilidades, melhorar sua capacidade funcional e autonomia, reinseri-lo socialmente, auxiliá-lo a desenvolver novos projetos e interesses, contribuir para que se adapte a uma situação nova.

Para isso, a reabilitação tem de ser feita por uma equipe multiprofissional, que procure agregar ações interdisciplinares com foco na melhoria de questões específicas (reabilitação física, psicoterapia etc.) e dos aspectos gerontológicos mais gerais aqui citados. A intervenção na família deve ser seriamente ponderada como parte da reabilitação, instrumentalizando-a para o cuidado e o convívio com o idoso.

Referências bibliográficas

Aronson, J. K. In defence of polypharmacy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 57, n. 2, p. 119-120, 2004.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Indicadores e dados básicos. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006.

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, n. 237-E, seção 1, p. 20-24, 13 dez. 1999.

Brunetti, R. F.; Montenegro, F. L. B. *Odontogeriatria.* São Paulo: Artes Médicas, 2002.

Camarano, A. A. et al. *Como vai o idoso brasileiro?*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), 1999.

Carvalho, M. F. C. *A polifarmácia em idosos no município de São Paulo*: Estudo Sabe – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. Tese (Mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

_____; Luppi, G.; Reis, M. P. Atenção farmacêutica. In: Papaléo Netto, M. (Org.). *Tratado de gerontologia*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 719-727.

_____; _____; Santos, C.; Bizerra, E. A.; Nunes, M. A. B.; Medeiros, S. A. G. *Perfil dos idosos atendidos na Atenção Farmacêutica do Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes*. Artigo de conclusão de curso. São Paulo: Crijem/Secretaria da Saúde de São Paulo, 2009.

Costa, M. F. L.; Barreto, S. M.; Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e idoso com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 735-743, 2003.

Galvão, C. Actividades preventivas no idoso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n. 22, p. 731-737, 2006.

Iñaki, M. L. Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria. *Informes Portal Mayores*, Madrid, n. 44, 2006. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade, ambos os sexos, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2007/defaulttab.shtm>. Acesso em: 20 jul. 2009.

Lima-Costa, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

Motta, L. B. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente as demandas da população geriátrica. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 3, n. 6, p. 47-77, 2001.

_____. *Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso*: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

_____ et al. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

Moura, E. Canção. In: *Poesias de Emílio Moura*. São Paulo: Art Editora, 1991, p. 72.

Nahas; M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. ed. rev. e atual. Londrina: Midiograf, 2003.

Papaléo Netto, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: _____ (Org.). *Tratado de gerontologia*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 3-14.

Pauleto, A. R. C. et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

Pinto, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

Ploeg, J.; Feightner, J.; Hutchison, B.; Patterson, C.; Sigouin, C.; Gauld, M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at

older people: metaanalysis of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*, n. 51, p. 1244-1245, set. 2005.

Ramos, L. R. Os fármacos e o idoso. In: Gorzoni, M. L; Toniolo Neto, J. *Terapêutica clínica no idoso*. São Paulo: Sarvier/Associação Paulista de Medicina, 1995, p. 3- 4.

Rozenfeld, S. Prevalência, fatores associados e maus uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 717--724, 2003.

Silvestre, J. A. *Capacitação em saúde do idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

Soares, E. L. *Educação em saúde bucal nas escolas estaduais do 1º grau do município de São Paulo*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988.

Verderi, E. *O corpo não tem idade*: educação física gerontológica. Jundiaí: Fontoura, 2004.

Vieira, D. F. C. *Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos*. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

Yatsuda, R. A.; Ramos, D. L. P. O papel do educador em saúde bucal na pré--escola. *O Mundo da Saúde*, v. 22, n. 1, p. 15-22, 1998.

Psicologia do envelhecimento

Maria das Graças Sobreira Leal

Maria das Graças Sobreira Leal é mestre e doutora em Psicologia na área do envelhecimento, coordenadora do curso de aperfeiçoamento em Gerontologia Social e do curso para cuidadores de idosos do Instituto Sedes Sapientiae/SP.

As coisas que não conseguem ser
olvidadas continuam acontecendo.
Sentimo-las como da primeira vez,
sentimo-las fora do tempo,
nesse mundo do sempre onde as
datas não datam.

Mario Quintana,
"Uma alegria para sempre".

Na história da psicologia do envelhecimento, o foco no declínio era tão forte que o envelhecimento era relacionado a perdas e a prejuízos funcionais após a maturidade. Como aponta Néri (2005, p. 69):

> *Até os anos 70 a psicologia e a gerontologia consideravam o desenvolvimento e o envelhecimento como processos opostos, mas hoje ambos são vistos como processos que coexistem ao longo do ciclo vital, embora com pesos diferentes na determinação das mudanças evolutivas que vulgarmente identificamos como perdas e ganhos.*

Várias décadas foram dedicadas à observação e ao estudo da criança e do adolescente, resultando na valorização dessas etapas e na preciosa acumulação de dados e interpretações.

ANGELA MENDES

Senhora cochilando, 1656, de Nicolaes Maes (Musées Royaux des Beaux-Arts, Bruxelas).

Em contraste, os estudos sobre as crises da idade adulta e das idades mais avançadas só começaram a ser privilegiados no final do século XX. Os psicólogos que trabalhavam com a vida adulta passaram a estender os conceitos e as investigações de tal fase para o envelhecimento, também propondo questões sobre os fatos precursores da velhice ao longo do curso da vida. No entanto, as possibilidades de vida e do potencial para demarcar estágios são nitidamente distintas em uma sociedade com expectativa de vida de 50 anos e outra com expectativa de 80, realidade que transformou o estudo do desenvolvimento psicológico do envelhecimento.

O interesse pela segunda metade da vida não alterou apenas os campos da psicologia do desenvolvimento e da psicologia clínica e cognitiva; os pesquisadores igualmente demonstraram a emergência de outras faces do envelhecimento – ele pode, por exemplo, envolver avanços selecionados, como a sabedoria, que poderiam ser ampliados se a sociedade se dispusesse a investir mais em uma cultura positiva do envelhecimento.

A psicologia do desenvolvimento concentra-se no estudo da constância e da mudança no comportamento ao longo da vida, desde a concepção até a morte (ontogênese), e, de acordo com pesquisas na área, ela nunca terá uma única proposta, e sim será apoiada em vários campos de especialização diante da complexidade das mudanças no ciclo vital.

CATHERINE YEULET/ISTOCKPHOTO

Paradigmas importantes

Ciclo de vida

O postulado organicista-evolucionista, segundo Néri (1995), foi consolidado nas teorias de estágios do desenvolvimento infantil estabelecidas até 1950 e nas teorias de estágios da vida adulta surgidas nos anos 70. As teorias clássicas de estágios possuem pressupostos de sequencialidade, irreversibilidade e universalidade e privilegiam a natureza estrutural qualitativa das alterações evolutivas, mostrando um padrão de mudança ordenada.

A psicologia do desenvolvimento concentra-se no estudo da constância e da mudança no comportamento ao longo da vida.

A teoria psicanalítica foi ampliada por Erikson (1963), que por essa razão é considerado o precursor da perspectiva do curso de vida em psicologia. Segundo esse autor, que consagrou o uso da expressão

"ciclo de vida", o desenvolvimento psicológico ocorre por toda a vida e cada estágio apresenta crises normativas, assim caracterizadas:

1º estágio (bebê) – Confiança *versus* desconfiança básica, que se alteram de acordo com o meio social em que o sujeito vive e as pessoas que o atendem. Confiança em si e nos outros. Valor emergente: esperança.

2º estágio (infância inicial) – Autonomia *versus* vergonha e dúvida. Início do controle do esfíncter. O meio favorece a autonomia, sem acentuar os sentimentos de vergonha e dúvida, já que ambos fazem parte do desenvolvimento, mas não podem ser predominantes. Valor emergente: domínio.

3º estágio (idade do brinquedo) – Iniciativa *versus* culpa. Exploração do mundo. Iniciar sugere mover-se, que pode ser uma jornada solitária ou um movimento que atraia a participação dos outros. Dependendo do meio, pode criar sentimento de culpa e bloquear a iniciativa. Valor emergente: propósito.

4º estágio (idade escolar) – Diligência *versus* inferioridade. Busca de aprovação realista. O sujeito faz e produz para mostrar quanto é capaz. A ação exige um padrão de competência para ser aceita. Valor emergente: competência.

5º estágio (adolescência) – Identidade *versus* confusão de identidade. Possuir um senso genuíno, de quem sou, de onde estou e do que represento. Quem eu sou *versus* quem ele ou ela pensa que eu sou. Valor emergente: fidelidade.

6º estágio (idade adulta) – Intimidade *versus* isolamento. Capacidade de amar e ser amado. Um senso de isolamento e privação acomete aqueles que não conseguem viver estes anos de intimidade e amor. Valor emergente: amor.

7º estágio (período mais longo no gráfico: 30 anos) – Generatividade *versus* estagnação. Variedade de obrigações, interesses e celebrações; generatividade para si e para os outros; procriação (não só física), produtividade e criatividade. A estagnação pode ser traduzida em trabalho e relações alienantes. Valor emergente: cuidado.

8º estágio (velhice) – Integridade *versus* desespero. Como foi minha vida? Inclui uma revisão retrospectiva da existência até o momento em que, quando bem vivida, o sujeito se põe a lamentar as oportunidades perdidas. O desespero expressa o sentimento de que o tempo agora é curto para tentar iniciar outra vida. Valor emergente: sabedoria.

As pessoas mais velhas usam uma espécie de "concha protetora" contra as adversidades associadas ao envelhecimento.

No final da década de 1990, Erikson e Erikson (1998) acrescentaram um nono estágio ao ciclo de vida: a velhice avançada, depois dos 80 anos, com novas exigências, reavaliações, conflitos e dificuldades diárias. Nesse período, surge a necessidade de retrair-se e diminui a energia vital, assim como a capacidade de ajustamento à mudança. O isolamento e a privacidade propiciados pelo afastamento levam o indivíduo à solidão e o fazem voltar-se para si com o objetivo de enfrentar as tarefas existenciais da velhice.

Curso de vida

Os estudiosos dos modelos do curso de vida não adotaram o critério de estágios como princípio organizador do desenvolvimento. Segundo Néri (2001), os postulados do curso de vida representam uma ruptura com o argumento organicista, surgido ainda no

WALTER CRAVEIRO

século XX, quando os cientistas do desenvolvimento perceberam que as explicações clássicas não abordavam toda a emergente complexidade do envelhecimento. Essa concepção, flexível e dialética, considera o desenvolvimento produto da interação de eventos normativos, graduados por idade (influências biológicas) e por história (influências sociais), com eventos não normativos que não podem ser previstos.

Baltes e Smith (1995), teóricos do curso de vida, afirmam que o indivíduo possui notável capacidade adaptativa para a plasticidade e manutenção do senso positivo do ego. Há evidências de que, de modo geral, as pessoas mais velhas tornam-se mais eficazes no uso do aspecto adaptativo de seu sistema pessoal, como se ele fosse uma espécie de "concha protetora" contra as adversidades associadas ao envelhecimento. Elas fazem uso de um processo operacional que se constitui na seleção, otimização e compensação de comportamentos. Em outras palavras, diante de várias opções, o indivíduo decide abrir mão dos domínios nos quais não pode mais atuar e, portanto, tenta compensá-los buscando outros domínios em que isso se faça possível. Embora possa ser visto como universal, tal processo depende de fatores como contexto cultural, história de vida e circunstâncias pessoais que cada um vai enfrentando à medida que envelhece.

Atualmente, a concepção de curso de vida tem sido considerada a perspectiva típica da psicologia do envelhecimento, embora possa ser aplicada às demais etapas.

Padrões de envelhecimento

Envelhecimento normal

O envelhecimento normal (senescência) é um processo dinâmico e progressivo que envolve alterações físicas, psicológicas e sociais. Com

ISTOCKPHOTO

o passar dos anos, o indivíduo apresenta menor capacidade psicológica de adaptação ao meio ambiente (reação a mudanças), além de acentuada vulnerabilidade (maior fragilidade física e psicológica).

No entanto, vale lembrar que se considera normal o declínio gradativo de habilidades individuais com o envelhecimento, e a tendência é que os processos cognitivo, motor e perceptivo se tornem mais lentos, desde que isso não comprometa a vida pessoal e não traga incapacidades para as atividades diárias.

A noção de **independência** está ligada à capacidade funcional, que, em sua expressão máxima, é a capacidade para sobreviver sem ajuda para as atividades do dia a dia, da vida prática e de autocuidado.

Autonomia consiste na capacidade necessária para identificar e hierarquizar necessidades e atuar para satisfazê-las, lançando mão dos suportes emocional/social e físico. Néri (2005) acrescenta que esse

conceito abarca também outras noções, como liberdade individual, privacidade, autorregulação e independência moral.

Dependência se traduz na incapacidade para viver satisfatoriamente sem ajuda, seja por limitações físicas ou cognitivas, seja por uma combinação dessas duas condições.

Envelhecimento patológico

O envelhecimento patológico (senilidade) está relacionado a alterações originadas por enfermidades associadas ao envelhecimento em si, que, portanto, não se confundem com as mudanças normais desse processo.

O avanço das doenças crônicas e degenerativas, segundo Leal (2007), expõe a fragilidade do idoso, que tem de enfrentar os limites impostos pela nova condição de vulnerabilidade e dependência. A doença ameaça a integridade da pessoa também pela dor ou sofrimento, além de desorganizar o cotidiano e instalar o medo e a insegurança. A consequência é a mudança radical na vida dos familiares que cuidam do idoso, com um custo pessoal muito alto diante do envelhecimento senil.

O idoso deve conscientizar-se de que os ideais de juventude não mudam; muda a forma de persegui-los.

As pessoas idosas frequentemente ficam apreensivas com a possibilidade de perder a memória, a lucidez ou a capacidade mental. Nesse caso, o encaminhamento psicológico costuma se apoiar em duas grandes suspeitas: queixas de falta de memória e sinais de depressão.

Planejar o envelhecimento

Predomina entre vários autores o enfoque de que o envelhecimento não é apenas um encargo pessoal; ele depende da interação entre o

indivíduo e a conjuntura social, os quais estão em constante mudança. Além disso, os limites desse envelhecer podem constituir um ideal, uma referência sujeita a condições da realidade cultural.

É necessário dar atenção a outros fatores além da saúde: situação econômica, habitação e transporte, acesso a serviços essenciais e tudo o que influencia o envelhecimento com reflexos perceptíveis na saúde mental. O idoso prefere ter seu espaço preservado em contato com amigos e com a comunidade à qual se habituou, porém, se a saúde já não o permite, a mudança para uma instituição pode ser mais uma delicada e necessária decisão pessoal e familiar.

Nesse quadro, sobressaem vários desafios:

- A velhice não é só biológica, mas também biográfica, pois cada indivíduo tem sua história, que deve ser levada em conta em intervenção individual ou social.
- Os estereótipos relacionados à velhice dificultam a convivência com a diversidade de padrões e estilos de vida dos idosos.
- Os indicadores físicos e mentais do envelhecimento são variados e não correspondem necessariamente à idade cronológica.
- Os principais eventos da vida ocorrem em épocas distintas para pessoas diferentes.
- Um idoso pode lidar com uma doença pessoal por muitos anos ou cuidar de um familiar dependente por longo período.

O que significa planejamento pessoal para o envelhecimento?

- Estar informado sobre o processo de envelhecimento.
- Manter boa saúde física (capacidade funcional).

- Preservar e desenvolver a autonomia psicológica.
- Controlar as finanças; ter atividade profissional ou voluntária após a aposentadoria.
- Dedicar-se a projetos que não pôde fazer na juventude.
- Evitar o isolamento e cultivar interações sociais.

Algumas estratégias psicológicas podem ser objeto de reflexão na maturidade:

- Possuir projetos, mesmo pequenos, e manter interesses além do trabalho privado.
- Estar envolvido em novos afazeres, cultivando a atividade mental.
- Ter conhecimento do que vai acontecer consigo mesmo, o que orienta e ajuda na prevenção. Se a perda está prevista no plano de vida, a aceitação é melhor.
- Ressignificar o passado, de modo que as lembranças tenham sentido positivo.

- Conscientizar-se de que os ideais de juventude não mudam; muda a forma de persegui-los.
- Envolver-se com as pessoas, amar e ser amado.
- Estar disponível para o outro: é importante ter pessoas para ouvir e conversar.
- Ser voluntário, atuando em causas de qualquer dimensão.
- Ter lazer ou atividades que gerem interesse.
- Evitar o estresse, buscando ajuda profissional diante de dificuldades físicas ou psíquicas.

Demência

O processo de envelhecimento traz alterações físicas e cognitivas que podem ser indício de demência quando muito acentuadas, comprometendo as capacidades intelectuais, sociais e profissionais. Segundo Stella (2004), as várias causas da doença ainda não são totalmente conhecidas, e, como os mesmos sintomas podem resultar de causas passíveis de tratamento, é muito importante o diagnóstico pelo geriatra, neurologista ou psiquiatra.

Os sintomas mais comuns são: perda progressiva de capacidades ao longo de meses ou anos; perda de memória manifestada pelo esquecimento de fatos recentes, trajetos, recados e compromissos; falta de orientação para locais e datas; dificuldade com cálculos; dificuldade em compreender ordens ou instruções; dificuldade em expressar-se; alteração de traços de personalidade; mudança de comportamento, como não reconhecer familiares, e no estado de humor; delírios de cunho paranoide e persecutórios. Existem mais de 50 tipos de demência (Hamilton-Stuart, 2000), que, dependendo das causas e formas de evolução, podem ser divididos em dois grupos: **demências degenerativas ou primárias**, decorrentes de um processo de atrofia cerebral progressiva, cujo tipo principal é a

demência de Alzheimer; e **demências adquiridas ou secundárias**, causadas por processos infecciosos, acidentes vasculares, trauma cranioencefálico, uso excessivo de álcool ou drogas e outras formas de acometimento cerebral.

Tratamento

Caovilha e Canineu (2003) afirmam que o tratamento é sintomático, ou seja, os medicamentos atingem diretamente os sintomas e não as causas. Na fase inicial da demência, o indivíduo consegue se adaptar, e sua rotina diária sofre moderadas alterações, porém o quadro de doença é progressivo.

JOSEPH JEAN ROLLAND DUBÉ/ISTOCKPHOTO

O processo de envelhecimento traz alterações físicas e cognitivas que podem ser indício de demência quando muito acentuadas.

Deve-se, portanto, fazer um diagnóstico precoce para garantir melhor qualidade de vida ao portador, à família e aos cuidadores. O estágio inicial é o que suscita maiores problemas de convivência, e, à medida que a doença avança, a supervisão passa a ser total, em razão da perda da autonomia, da comunicação e da interação social, assim como do surgimento da dependência para a realização das atividades vitais.

Como pondera Leal (2007), uma fase particularmente difícil dos cuidados com o portador de demência é que isso força os familiares a enfrentar questões sensíveis. Ressentimentos entre pais e filhos, rivalidades entre irmãos, culpa, raiva, medo – tudo isso vem à tona durante uma crise de saúde, quando decisões importantes devem ser tomadas. É um momento delicado para a família, que necessita de ajuda para rever papéis e valores, definir quem vai fazer o que e quando, adaptar a casa e conseguir o comprometimento de todos para cuidar do familiar afetado.

Depressão

A depressão é uma síndrome psiquiátrica cujas características são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (Batistoni, 2005). Ela tem de ser reconhecida e tratada, porque não faz parte do envelhecimento normal.

Os sintomas podem se manifestar após uma perda ou uma mudança na vida e os mais comuns são: tristeza ou irritação; falta de interesse ou prazer; energia reduzida; alterações do sono e do apetite; perda de interesse sexual; diminuição da concentração; pensamentos irracionais; baixa autoestima; perda de esperança; diminuição do autocuidado; incapacidade para o convívio social e profissional.

ANNE DE HAAS/ISTOCKPHOTO

A depressão tem de ser reconhecida e tratada, porque não faz parte do envelhecimento normal.

Causas da depressão

A depressão pode ser desencadeada por fatores facilitadores ou desencadeantes (Bottino, Stoppe Jr. e Scalco, 2001). Os facilitadores mais comuns em idosos incluem: presença de doenças físicas, especialmente as crônicas, que levam à incapacitação; uso de grande quantidade de remédios; piora nas condições de vida; diminuição de contatos com os familiares e amigos; falta de objetivo e satisfação com a vida. Os fatores desencadeantes estão relacionados a eventos estressantes, repentinos ou não.

Tratamento

Considerar a depressão "normal" para a idade elevada pode significar manter sofrendo uma pessoa que poderia melhorar com tratamento. Em geral, as depressões leves prescindem do uso de remédios, bastando tratamentos psicológicos, ocupacionais e mesmo modificações orientadas no estilo de vida. As moderadas ou graves necessitam de

SCOTT GRIESSEL/ISTOCKPHOTO

medicação, associada ou não a outros tratamentos. Cabe ao médico avaliar o caso e indicar o tratamento mais adequado.

Atendimento psicológico ao idoso

De que idoso falamos? O de nossa imagem interior? O da representação social? O do imaginário coletivo? Dada a singularidade do processo de envelhecimento, emerge um indivíduo também singular, que depende de sua estrutura psíquica, de como viveu e elaborou suas experiências. O envelhecimento é um constante movimento de subjetivação. Quem é velho? Como deve ser reconhecido o envelhecimento em cada um de nós? "O velho é o outro… Somos sempre o velho de alguém", afirma Messy (1990, p. 10). Esse autor pondera que a imagem da velhice parece uma representação externa a nós, uma imagem que nos captura e produz uma impressão inquietante na qual não nos reconhecemos.

Na terapia individual, o idoso revê sua vida, expressa sua história, expõe sentimentos, trabalha medos do futuro e prevê possibilidades e alternativas.

Envelhecer, ter boa saúde, estar doente são noções que transbordam de significados, processos subjetivos e individuais vivenciados de maneira única e diferenciada. Com o envelhecimento, a pessoa lida com sentimentos de perda, vulnerabilidade e angústia, o que pode eventualmente abalar seu equilíbrio psíquico e emocional.

No trabalho psicológico, a elaboração pessoal é delicada e muitas vezes evitada. Trata-se de mudanças internas, nas quais o indivíduo ocupa posição ativa. É um momento de reflexão, de aquisição interna e de expansão da vida interior. O psicólogo escuta, acompanha, oferece possibilidades, aceita o momento vivido, ajuda a reorientar, a ressignificar a vida.

A crise da pessoa idosa pode se manifestar de inúmeras formas: físicas, sociais, existenciais, permeadas por perdas objetais. Goldfarb (1988) pondera que se trava um duelo privado com o passar dos anos, gerado por funções cognitivas modificadas e por uma imagem

CHRIS SCHMIDT/ISTOCKPHOTO

corporal rejeitada: um ser desejante, livre diante de um corpo que limita, a transcendência do ego e a preocupação com o corpo, o psiquismo livre, com o tempo, porém, marcado pela finitude, tudo isso impregnado por afetos e emoções.

O envelhecimento não é só corporal, pois muitos outros fatores causam sofrimentos psíquicos, entre eles: a aposentadoria e suas consequências econômicas, sociais, de um tempo livre, mas desocupado; perdas sucessivas de vínculos; mudanças de papéis; perda de poder e espaço dentro da família; doenças. Todos esses fatores geram insegurança, sensação de inutilidade, solidão e desinteresse pela vida.

O atendimento psicológico proporciona: espaço de elaboração das vivências e fantasias; auxílio para lidar com os entraves psíquicos que impedem atingir a melhora; compreensão da dinâmica da personalidade para desenvolver um plano de desenvolvimento pessoal; identificação de capacidades residuais e incapacidades; avaliação da dinâmica familiar e como esta pode afetar a evolução da doença/tratamento; informações sobre o processo de envelhecimento; orientação à família e ao cuidador; atendimento domiciliar; terapia focal, breve e de apoio; avaliação psicológica; encaminhamento para outros profissionais etc.

Na terapia individual, o idoso revê sua vida, expressa sua história, expõe sentimentos, trabalha medos do futuro e prevê possibilidades e alternativas. No grupo, o aparato psicológico se sustenta na relação com o outro e abre oportunidades para novos relacionamentos, novos projetos, nova cultura, novo patamar de contato com a realidade, permitindo o reconhecimento de "quem sou eu". O benefício do grupo é o encontro de temas comuns à faixa etária, como relacionamento intergeracional e revisão de papéis e de projetos.

O conhecimento para essa etapa da vida baseia-se na gerontologia, que reúne diversas especialidades para o estudo da velhice e do pro-

cesso de envelhecimento, e é importante que os profissionais envolvidos no trabalho com a população que envelhece conheçam esse campo do saber.

Sugestões para atividades e discussão

1. Notícias sobre o tema publicadas na mídia nos últimos seis ou doze meses.
2. Observação e relato de atividades para idosos.
3. Dinâmicas em que o aluno se coloque no papel do idoso.
4. Filmes que apresentem variados estilos de vida e problemas dos mais velhos.
5. Visita a Centros de Referência do Idoso.
6. Visita a instituições de longa permanência.

Referências bibliográficas

Baltes, B. P.; Smith, J. Psicologia da sabedoria: origem e desenvolvimento. In: Néri, A. L. (Org.). *Psicologia do envelhecimento*: leituras selecionadas numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

Batistoni, S. S. T. Depressão. In: Néri, A. L. *Palavras-chave em gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2005.

Bottino, C. M. C.; Stoppe Jr., A.; Scalco, M. Z. *Depressão na terceira idade*: um guia para pacientes e cuidadores. São Paulo: Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas/FMUSP, 2001.

Caovilha,V. P.; Canineu, P. R. (Org.). *Você não está sozinho.* São Paulo: Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), 2003.

Erikson, E. H. *Childhood and society*. New York: W. W. Nostrand, 1963.

_____; Erikson, J. M. *O ciclo de vida completo.* Porto Alegre: Artmed, 1998.

Figueiredo, S. C. S.; Wagner, E. C. A. M. A avaliação pelo psicólogo. In: Maciel, A. (Org.). *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico.* Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

Goldfarb, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

Hamilton-Stuart, I. *A psicologia do desenvolvimento*: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Leal, M. G. S. O poder das decisões antecipadas: providências antes da crise chegar. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 18, n. 40, out. 2007.

Messy, J. *A pessoa idosa não existe*: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1990.

Neri, A. L. *Desenvolvimento e envelhecimento*. São Paulo: Papirus, 2001.

_____. *Palavras-chave em gerontologia*. São Paulo: Alínea, 2005.

_____ (Org.). *Psicologia do envelhecimento*: leituras selecionadas numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

Stella, F. Funções cognitivas e envelhecimento. In: Py, L. (Org.). *Tempo de envelhecer*: percursos e dimensões sociais. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA
E DESENVOLVIMENTO SOCIAL