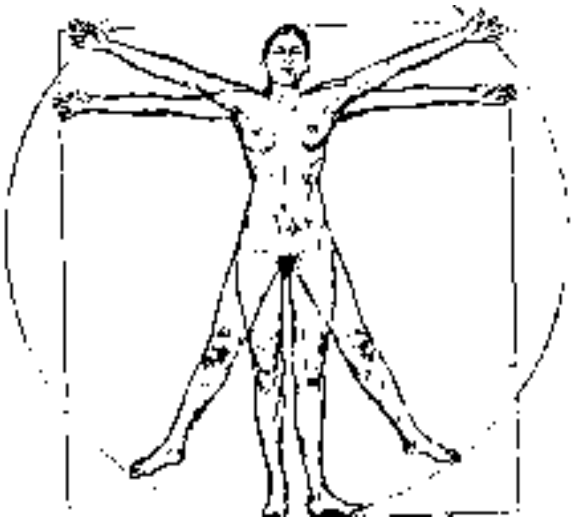
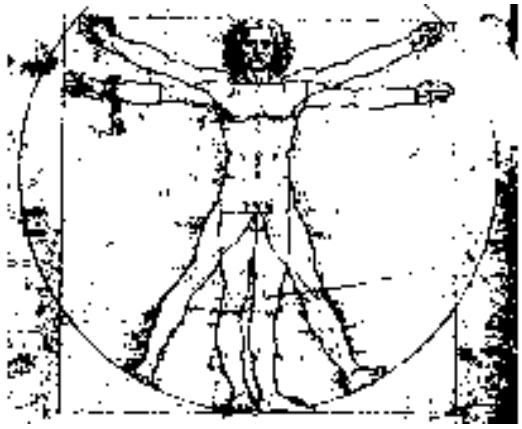
Envelhecimento: visão biopsicossocial

Caroline Bitencourt de Almeida
Heloísa Grubits



O número de idosos no Brasil vem crescendo, cada vez mais, como uma consequência do aumento da expectativa de vida, da diminuição dos índices de natalidade e das morbidades. Diante do aumento da expectativa de vida, o que corroborou para o crescente número de idosos, na sociedade, bem como das inúmeras mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, o idoso da contemporaneidade tem experenciado diferentes realidades e vivido mais. Essa longevidade do idoso aponta para a necessidade de compartilhar sua história de vida. Infelizmente, são poucas as pessoas que se colocam à disposição para ouvi-lo.



Os anos de experiência, no hospital, inspiraram-me a estudar histórias de vida. Quando adentrei o hospital, lembro-me de me sentir muito sozinha e despreparada para aquela realidade que se apresentava diante de mim. Dei início, então, aos meus estudos, buscando aprimorar a minha formação. Costumo dizer que o hospital é uma escola que nos prepara para a vida e nos forja em um ser humano melhor. No decorrer da minha trajetória profissional, tive o privilégio de escutar e compreender muitas histórias de vida.

Durante os atendimentos, percebi que, quando o paciente contava sua história de vida e rememorava acontecimentos do passado, parecia aliviar o impacto da hospitalização e, algumas vezes, contribuía na adesão ao tratamento, o que facilitava o vínculo com o paciente e seus familiares.

Escutar a história de vida de pacientes, no hospital e, concomitantemente, realizar a Pós-Graduação em Psicossomática, levou-me a dar início a este relato de experiência e a intuir que o idoso da contemporaneidade sente falta de

ouvidos que lhe deem atenção, já que, muitas vezes, querem compartilhar suas histórias, mas não há pessoas dispostas para ouvi-lo.

É necessário, segundo Côrte et al. (2009), fazer uma distinção entre os termos velhice e envelhecimento. O primeiro possui um sentido imóvel, sem movimentação, estático. Ele remete a uma etapa da vida como sendo algo permanente. Por sua vez, o segundo possui um sentido de construção, de movimento e aponta um inacabado e constante processo de subjetivação.

Atualmente, vive-se em uma sociedade capitalista, na qual as inovações tecnológicas e o consumismo desenfreado influenciam o processo de subjetivação dos idosos, impondo um ideal de beleza baseado na juventude, criando estereótipos. A forma de enfrentamento da velhice baseia-se no aperfeiçoamento e na recuperação do corpo perdido. Como afirma Simone Beauvoir (1990, *apud* Correa & Justo (2010), "o velho é sempre o outro, pois o sujeito não a imagina em si mesmo". Para ela, "o velho dificilmente se vê como tal, e o jovem ignora a velhice que já reside em seu corpo".

A temática do envelhecimento faz pensar nos esforços que o modelo biomédico tentou realizar, ao anunciar que a velhice poderia aparecer como uma doença, na nova versão CID 11 (Classificação Internacional de Doenças). Velhice não é sintoma de doença e, sim, uma condição humana. Ao ser considerada como sintoma, ela passa a ter um diagnóstico e, dessa forma, seria necessária a introdução de medicações, o que, consequentemente, fomentaria a indústria farmacêutica e os profissionais da área de tratamento antienvelhecimento. O preconceito contra a pessoa idosa também poderia proliferar.

Segundo Correa & Justo (2010), o idoso apresenta dificuldades de aceitação no que concerne ao processo de envelhecimento, pois a sociedade capitalista tem transmitido o ideal de um corpo perfeito. Ao se olhar, no espelho, muitos veem a imagem de um corpo cultivado pelas marcas do tempo e por inúmeras experiências. A percepção de jovialidade, que é conferida à imagem do idoso do século XXI, tem sido uma fonte propagadora para cirurgias plásticas, cremes rejuvenescedores e, entre outros, inúmeros cosméticos.

Com o advento da revolução industrial, o trabalhador passou a ser mais valorizado e o modelo biomédico, que tinha a doença como centro, passou a dar lugar ao modelo humanista. A Psicossomática começou a evidenciar as relações entre os aspectos psicológicos e orgânicos e, no período do movimento Renascentista (século XVI), ocorreu o rompimento com o pensamento religioso da Idade Média, concentrando seus interesses no homem (MARTINS, 2004).

A inter-relação entre os processos orgânicos e psicológicos começou a ser alvo de pesquisas. Os estudos em Psicossomática apontaram que o indivíduo constrói e estrutura formas de ser e reagir aos diferentes estímulos aos quais pode ser submetido, no sentido de manter sua homeostase. O adoecer começa a ser entendido como expressão de um conflito, resultante de dificuldades em lidar com tão complexas interações (RODRIGUES, et al. 2020).

A história de vida tem grande relevância nesse contexto, uma vez que se constitui como elemento de acolhimento das pessoas, bem como nomeação de afetos e construção de novos sentidos. (RODRIGUES, et al. 2020).

Isso ratifica a ideia do Pai da Medicina, Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), que já apontava a importância de conhecer o sujeito que tem a doença e, não, a doença do sujeito. Hipócrates trouxe o teor científico que a medicina precisava e já trazia a importância desse olhar integrador e conhecedor do ser humano. Ele também estava interessado nas emoções e nos pensamentos dos pacientes em relação à sua saúde e aos tratamentos, chamando a atenção para os aspectos psicológicos da saúde e da doença.

Objetivo

Descrever o envelhecimento em uma visão biopsicossocial.

Método

O idoso necessita ser compreendido e visto como um todo. Esse modo de compreensão não deve ser o de encaixá-lo em uma teoria. Por isso a anamnese biográfica é fundamental, pois ela irá contemplar vários aspectos da vida, ou seja, os fatores biopsicossociais. Na abordagem psicossomática, não se trata apenas um órgão do sistema humano e, sim, a pessoa que adoece. Ela vai além, procurando compreender a história do sujeito, os relacionamentos, os afetos, os dados de identificação, as aspirações, a vida financeira, a sexualidade, a gestação, a infância, as memórias do passado, as doenças pregressas e atuais, a naturalidade, o modo como a pessoa lidou com as situações estressoras no passado, se houve fatores desencadeadores dos sintomas, doenças orgânicas e a espiritualidade, entre outros aspectos (RODRIGUES, et al. 2020).

Resultados

Straub (2014) aborda saúde não como ausência de doença, mas como o equilíbrio entre vários sistemas, que estão inteiramente interligados e agem em conjunto, para promover o equilíbrio ou o desequilíbrio do corpo. Ambos afetam e são afetados uns pelos outros.

Falar de saúde-doença significa entrar em contato com questões do comportamento humano, com estilos de vida, com os aspectos internos, com a subjetividade, com o contexto sociocultural e com a rede de apoio.

É primordial que o idoso seja descoberto em sua complexidade física, psíquica, social e espiritual. É de suma importância que ele seja visto e compreendido a partir de uma perspectiva integral, biográfica, ativa, com direito à informação, com direito à autonomia, como participante das tomadas de decisões e como participante dos tratamentos (STRAUB, (2014).

Na prática do cuidado em saúde, percebe-se muito mais o modelo biomédico. Ele se pauta em extinguir ou tratar, prioritariamente, a doença, o que não é errado, porém pouco se vê sobre o alargamento do cuidado em saúde e,

também, um cuidado em saúde voltado para questões de prevenção em saúde. O cuidado em saúde não deve estar apenas baseado na cura, mas também em aliviar os problemas existentes, prevenir doenças, promover auto-realização, tratar o que for potencialmente reversível, cuidar dos detalhes, olhar, investigar, ouvir.

É muito enriquecedor ver a linha do tempo, desde a medicina pré-histórica até o século XXI, marcado pela aurora de uma nova era, consoante cita Straub (2014). De acordo com as descobertas dos pesquisadores, percebe-se que, conforme essa linha do tempo avançava, o pensamento predominante da época era refutado por outro. Podemos notar que, no início, a linha do tempo era baseada no empirismo e, com o avanço das tecnologias, foi dado um caráter científico aos processos de saúde-doença. Percebe-se que essa linha do tempo é cumulativa, pois os novos pesquisadores que iam surgindo traziam as experiências dos anteriores e desenvolviam algo ainda maior, a partir daquelas observações e conhecimentos.

Com isso, entende-se que cada pesquisador, cientista, estudioso teve papel fundamental para a compreensão do processo saúde-doença. Sem eles, seria impossível chegar ao modelo de compreensão biopsicossocial tão presente, atualmente, em psicologia da saúde. O modelo biomédico, centrado na doença, ainda é o grande vilão que tem dificultado a expansão e a fluidez do modelo biopsicossocial, nas práticas profissionais.

É preciso refletir e ampliar a visão sobre o modelo biomédico em saúde, refletindo os prós e os contras da sua expansão. É provável que exista uma lógica perversa nas indústrias farmacêuticas, bem como o estímulo à medicalização em larga escala, além do não reconhecimento do sofrimento da pessoa (DELUQUE & COSTA, 2020).

O modelo biomédico tem aplicabilidade e funcionalidade, porém é necessário pensar sobre um modelo de cuidado, em saúde, que leve em conta as necessidades da pessoa, as quais não devem ser apenas através dos procedimentos, mas também por meio do acolhimento. (DELUQUE & COSTA, 2020).

Outro aspecto importante que vale ressaltar é a apropriação particularmente perversa das noções ampliadas de saúde, correndo-se o risco de culpabilizar as pessoas por não saberem cuidar de si e, por isso, adoecerem. (DELUQUE & COSTA, 2020).

Falar em relação dialógica entre médico e paciente parece um retorno àquilo que deveria ser óbvio, mas que, infelizmente, não é. Deluque e Costa (2020) propõem a construção do cuidado em saúde à luz da hermenêutica Gadameriana, pois a essência passa pela interpretação e apreensão daquilo que o outro está tentando comunicar e isto é o que consiste em, realmente, conhecer a verdadeira natureza humana.

Na prática, percebe-se que é cada vez mais comum o ocultamento da subjetividade das pessoas, tanto nos contextos clínicos, como hospitalares e

ambulatoriais. Os profissionais de saúde devem se atentar ao outro, ter uma escuta ativa. Isso envolve levar tudo o que o outro contou para dentro de si, elaborar, refletir e devolver para o outro. Deve existir uma troca de saberes, respeito e generosidade uns para com os outros (QUEIROZ, 2019).

A comunicação é essencial no cuidado em saúde e ela é um processo. Por isso, é muito importante conhecer a biografia das pessoas. Essa comunicação deve se basear no respeito, afirmando-se que paciente e familiares podem dirimir suas dúvidas várias vezes quantas precisarem, passando, assim, a sentir segurança. Cada paciente tem uma história, "um segredo", uma dinâmica. Ele precisa ser visto, ouvido e conhecido (QUEIROZ, 2019).

Pensar a saúde como ausência de doença é criar uma situação de bipolaridade, pois é afirmar a saúde pela negação da doença. Faz-se necessário pensar em saúde não como objeto, mas como um processo de educação permanente. Por isso é muito importante enxergar as condições da doença. É necessário ter uma visão ampla do fenômeno biopsicossocial (DELUQUE & COSTA, 2020).

Só é possível pensar em saúde a partir das relações humanas. O que se enfrenta, na prática, é um distanciamento nessa relação. É necessária uma modificação na cultura, na forma de ver saúde e doença, bem como o comprometimento de todos os envolvidos no cuidado em saúde. Talvez, em um primeiro momento, alguém poderia dizer que dar vazão à subjetividade das pessoas seria só atitude de psicólogo; porém, podemos perceber que é algo que ultrapassa a atuação do psicólogo e afeta todos os envolvidos no cuidado ao paciente. Existe uma demanda, também, como estímulo à criatividade de cada profissional, às iniciativas individuais, à valorização do potencial humano, bem como à compreensão de equipe e às condições de trabalho dos profissionais, o que envolve carga horária de trabalho, condições de trabalho, benefícios, salário, entre outros (ESPINOLA, 2014).

A visão de que a equipe de saúde é que detém todo o saber é outro empecilho para uma relação dialógica no cuidado em saúde. Não é sobre saber interpretar os manuais internacionais de doença e, sim, sobre compreender os significados dos fenômenos humanos. Não ter a percepção da integralidade do ser humano, a negação do outro e o atendimento de forma mecânica são barreiras que podem dificultar essa relação dialógica. A postura de escuta do profissional demonstra o comprometimento com o outro. É importante ressaltar, também, que o ato de escuta é diferente do ato de bondade. Ele é um momento de construção de transferência e o acolhimento requer que o profissional utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades do outro (QUEIROZ, 2019).

Erik Erikson (1902-1994) foi um dos estudiosos da análise do ciclo de vida que trouxe contribuições teóricas significativas para uma melhor compreensão do envelhecimento. Como pai fundador da teoria psicossocial do desenvolvimento, ele enfatizou a importância da interação entre o ambiente social e o indivíduo, no amadurecimento físico e psicológico do ser humano. O desenvolvimento psicossocial de Erikson é dividido em oito fases, sendo o último estágio relativo ao envelhecimento. Cada estágio possui suas peculiaridades e virtudes, que costumam ser mais predominantes conforme o período vivenciado. Nenhum

deles é inteiramente independente, pois, com o avanço de cada estágio, estão presentes as características do estágio anterior e, assim, vai se desdobrando o amadurecimento psíquico e físico do indivíduo (HALL et al, 2000).

O oitavo estágio tem por nome Integridade versus Desespero. É definido como um estado que os idosos atingem depois de terem vivido várias situações de fragilidade, insucesso, alegrias, incertezas, conflitos existenciais e terem se adaptado a essas situações e zelado por pessoas, coisas e ideias. O idoso possui a sensação, a experiência e o reconhecimento de numerosas atividades que colaboraram, indiretamente ou diretamente, para a integridade da sua personalidade. Contudo, ele também vai se deparar com o sentimento de desespero que começa a surgir e do qual ele tenta fugir. Sentimento esse que aborda a inevitável morte que se aproxima, nessa fase. Erikson também fala da presença de uma virtude, em cada estágio. Nesse último, a virtude resultante é a sabedoria (HALL et al, 2000). Quando Erik Erikson (1902-1994) já estava em uma idade bem avançada, sua esposa resolve rever o seu livro O Ciclo de Vida Completo (1998) e criar o nono estágio, o qual vai enfatizar o sentimento e a consciência de finitude dos idosos.

Bosi (1994) traz, em sua obra, algo que chamou a sua atenção nas histórias de vida narradas pelos idosos da sua pesquisa: a sucessão de etapas na memória, percebendo que ela é dividida por marcos, sendo neles que o significado da vida se concentra. Exemplos: mudança de casa ou de lugar, morte de um parente, formatura, casamento, empregos, festas. Esses eventos dividem a história em períodos e nem sempre é possível fixar as divisões na data de um tempo exterior. Isso faz lembrar as unidades de eventos de vida (Units Events Life) descritas no questionário do professor Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, o qual foi adaptado e reformulado a partir das variáveis do teste de Holmes and Rahe (1967). Ele contém uma lista com 48 eventos que podem ter, ou não, ocorrido na vida do ser humano, nesses últimos tempos. Isso demostra que os eventos de vida trazem o sentido da vida. Segundo Bosi, (1994) ao olhar para o passado, é possível localizar os marcos do tempo biográfico, no tempo solar decorrido:

> À medida que o tempo social se empobrece de acontecimentos, se afina e esgarça, vai pondo a nu aquele tempo vazio, sem aparas, como um chão infinito, escorregadio, em que os passos deslizam. Tempo que muda e vence os seres mais resistentes (p. 416).

Diferente do que acontece na vida adulta e na juventude, onde há muitos marcos ocorrendo constantemente, na velhice isso tende a ser menos frequente. O idoso passa a ter menos marcos de vida. Com o passar do tempo, a vida tende a ficar monótona. Isso fica patente em um relato de um dos entrevistados de Bosi: “com o olhar perdido no pátio do asilo, o Sr. Ariosto confessa: “Sábado, domingo, leio o jornal que o barbeiro traz; fico conversando com os outros velhinhos e assim vai passando o tempo. Mas eu não gosto de passar o tempo” (p. 416).

Novo trecho, na fala de outro idoso entrevistado, evidencia a perda de marcos:

> A mim não ia acontecer nada mais. A única coisa que me pode acontecer agora é ficar doente e morrer. Quem disse essas

> palavras é a professora que liderou os colegas na luta salarial, que costurou as bandeiras do comício de Prestes, que defendeu o casal Rosemberg (p. 417).

As memórias são afetadas pelas experiências, pelos afetos, pelas convenções singulares de cada sujeito. Segundo Bosi (1994), o idoso teria mais facilidade de rememorar, pois diferentemente do adulto e do jovem, que estão constantemente ocupados e tendem a viver a vida em uma correria sem fim, o idoso tende a desfrutar de uma vida mais contemplativa. A autora faz uma crítica em relação ao *modus operandi* em que as pessoas vivem, citando a correria como impedimento para a contemplação das coisas. Halbwachs (1956), citado por Bosi (1994), descreve assim:

> Bem outra seria a situação do velho, do homem que já viveu sua vida. Ao lembrar o passado ele não está descansando, por um instante, das lides cotidianas, não está se entregando fugitivamente às delicias do sonho: ele está se ocupando consciente e atentamente do próprio passado, da substância mesma da sua vida (p. 60).

Conclusão

Escutar a história de vida de idosos parece ser algo que é feito com pouca frequência e tem se constituído, atualmente, em um desafio frente às mudanças de papéis e à aceleração das pessoas no dia a dia. Em uma sociedade que preza a velocidade, a aceleração do tempo e a compressão dos espaços, a experiência narrativa e a escuta parecem estar condenadas.

Diante de tantas mudanças físicas, emocionais e sociais, aproveita-se do idoso o braço servil, mas não o conselho. O idoso sente-se um indivíduo diminuído e faz esforços para continuar sendo um homem. São muitos os desafios que eles enfrentam e essa fase da vida, considerada de transmissão de experiências, passa a não ter essa função social (BOSI, 1994).

São inúmeros os aprendizados, as vivências, as experiências, o conhecimento acumulado que os idosos possuem. Bosi (1994) diz: “É a impotência de transmitir a experiência, quando os meios de comunicação com o mundo falham. Ele não pode mais ensinar aquilo que sabe e que custou toda uma vida para aprender”.

Desse modo, percebe-se a importância de ampliar o conceito de saúde e levar em consideração a história de vida dos idosos, pois ela pode constituir um instrumento de acolhimento.

É preciso ter os delineamentos da “demora” na relação entre o profissional de saúde e o paciente, pois é esse aspecto que permite escutar as demandas do cuidado e trazê-las para dentro das estratégias e políticas de atenção em saúde. A interpretação do que é dito pelo outro se dá através do encontro genuíno entre paciente e profissional, sendo assim o pressuposto para o cuidado terapêutico humanizado.

Referências

BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembranças dos velhos*. 10. ed. São Paulo: Companhia das letras, 1994.

CÔRTE, B. GOLDFARB, D.C. LOPES, R.G.C*. Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Curitiba: Juruá, 2009.

CORREA, M.R. JUSTO, J.S. Oficinas de Psicologia: memória e experiência narrativa com idosos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 1, n. 2, p. 249-256, dez. 2010.

DELUQUE, JR., R.; COSTA, M. L. Construindo sentidos sobre o cuidado em saúde à luz da hermenêutica de gadameriana. *SAPIENTIAE: Revista de Ciencias Sociais, Humanas e Engenharias*, v. 6, n. 1, p. 56-69, 2020.

ESPINOLA, Henrique Lopes. A Equipe da Enfermagem e o Acolhimento ao Paciente: Humanização Hospitalar. Orientadora: Prof.ª Fabiana Marchetti Castro. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar Centro Universitário de Araraquara – Uniara, 2014.

HALL, C. S; LINDZEY, G; CAMPBELL, J. B. *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MARTINS, V. P. A humanização e o ambiente físico hospitalar**.** IV Seminário de Engenharia Clínica, 2004.

QUEIROZ, Monica. *Curso de atenção à saúde.* [2019]. Araras: INSTITUTO PALIAR, 2019.

RODRIGUES, L.A; coordenadores CAMPOS, P.M.E [et al.]. *Psicologia da saúde – hospitalar: abordagem psicossomática*. Barueri, Manole, 2020.

STRAUB, R. *Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial*. 3. ed. Porto Alegre-RS: ArtMed, 2014.

Data de recebimento: 20/01/2023; Data de aceite: 18/03/2023

Caroline Bitencourt de Almeida - Mestranda em Psicologia da Saúde. Universidade Católica Dom Bosco. E-mail: carolpsico@outlook.com. Orientação: Profa Heloísa Grubits.