



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E CULTURA

**A ARTE DE ENVELHECER:
UM ESTUDO SOBRE HISTÓRIA DE VIDA E ENVELHECIMENTO**

PRISCILLA MELO RIBEIRO DE LIMA

Brasília
Junho de 2008



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E CULTURA

**A ARTE DE ENVELHECER:
UM ESTUDO SOBRE HISTÓRIA DE VIDA E ENVELHECIMENTO**

PRISCILLA MELO RIBEIRO DE LIMA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Decnop Coelho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília

Junho de 2008



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E CULTURA

Banca examinadora

Dra. Vera Lúcia Decnop Coelho (presidente)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília-UnB

Dra. Isolda de Araújo Günther
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília-UnB

Dr. Pedro Humberto Campos
Departamento de Psicologia – Universidade Católica de Goiás-UCCG

Dra. Gláucia Ribeiro Starling Diniz
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília-UnB

*A Maria e Adelson (in memoriam), e
Maria e Antonio, avós amados e avô
saudosos.*

*A Ana Gabriela, esperança de um
mundo mais digno para todos, em
todas as etapas da vida.*

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida e por ter me dado capacitação e força para continuar lutando pelos meus sonhos.

Ao meu amado Sóstenes pelo companheirismo, suporte emocional, e pelo colo em todas as horas.

À minha Aninha pela paciência em esperar a mamãe escrever a dissertação, e pela inspiração e motivação em buscar dias melhores.

Aos meus pais, Adilson e Ebe, pelo apoio e suporte, em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Israel e Débora, que mesmo à distância estão sempre presentes em minha vida, com apoio e amizade.

À minha orientadora Vera pela paciência, incentivo, confiança, conselhos, apoio e exemplo de cuidado pelas pessoas.

Aos colegas Marjorie e Roque pelo apoio e valiosas contribuições nas reuniões de orientação.

À Bruna pela disposição e ajuda sempre presentes.

Aos queridos José Nivaldo, Silvério e Ricardo por sempre apoiarem minha atuação profissional, e abrirem as portas da Betesda para a coleta de dados.

Ao Centro de Medicina do Idoso por ter possibilitado a coleta de dados.

À Maristela pela ajuda no Centro de Medicina do Idoso.

Aos idosos do Centro de Medicina do Idoso e da Betesda por terem compartilhado suas histórias de vida e ensinado sobre a arte de viver e envelhecer.

Ao CNPq pelo suporte financeiro sem o qual não teria sido possível a realização do curso de Mestrado.

Sumário

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário	iii
Resumo	v
Abstract	vi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: A Velhice Ontem e Hoje	4
1.1. Representação social e sua contribuição para o estudo do envelhecimento	5
1.2. Contextualização histórico-sócio-cultural da velhice	6
1.3. A velhice hoje	9
CAPÍTULO 2: Algumas Perspectivas do Envelhecimento	13
2.1. Psicologia do Envelhecimento	13
2.2. Precursor da Psicologia do Envelhecimento – A velhice saudável	14
2.3. Modelo epigenético do ciclo de vida	15
2.4. Psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida	19
2.5. Envelhecimento e subjetividade	22
CAPÍTULO 3: Qualidade de Vida na Velhice	24
3.1. Conceituação de qualidade de vida	25
3.2. Qualidade de vida na velhice	27
3.3. Um modelo de envelhecimento bem-sucedido	29
3.4. Envolvimento vital na velhice	32
3.5. Formas paradigmáticas de ordenação psíquica patológica na velhice	36
CAPÍTULO 4: Como ouvir histórias	41
4.1. Definição do problema, objetivos e hipóteses	41
4.2. Participantes	42
4.3. Instrumentos de pesquisa	44
4.3.1. Entrevista	44
4.3.2. Mini-Exame do Estado Mental – MMSE	45
4.3.3. Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15	46
4.3.4. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde Módulo Idoso – WHOQOL-Old	46

4.4. Procedimentos.....	48
4.5. Cuidados éticos	48
4.6. Método de análise dos dados	49
CAPÍTULO 5: Histórias de vida.....	50
5.1. Geraldo: a arte de vislumbrar um futuro possível.....	50
5.2. Luíza e a elaboração do luto pelos sonhos que não realizou	55
5.3. Joaquim: satisfação no cuidado pelas pessoas	60
5.4. Helen e a dificuldade de superar a estagnação.....	64
5.5. Joana e a manutenção do senso de cuidado e produtividade	68
5.6. Ivonete: superação das perdas corporais.....	72
5.7. Isaura e o envolvimento social.....	76
5.8. Lúcio e a falta de objetivos pelos quais lutar	80
5.9. Síntese dos dados obtidos	84
CAPÍTULO 6: Aprendizados sobre a arte de envelhecer.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	102
Anexo 1: Roteiro de entrevista	103
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido	105

Resumo

O presente trabalho teve como objetivo conhecer aspectos do processo de envelhecimento à luz das histórias de vida de idosos. Tendo como base a Teoria Epigenética do Ciclo de Vida de Erik Erikson e colaboradores, e a Perspectiva da Psicologia do *Lifespan* desenvolvida por Paul Baltes e colaboradores, oito histórias de vida foram analisadas. Procurou-se investigar o modo como as estratégias de seleção, otimização e compensação, e o envolvimento vital se manifestam na velhice, e investigar as contribuições da geratividade e da participação social no processo de envelhecimento. Além da entrevista semi-estruturada composta de itens referentes a vários aspectos da história de vida, outros instrumentos foram utilizados: o Mini-exame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e a Avaliação da Qualidade de Vida – Módulo Idoso (WHOQOL-Old). Entre os dados obtidos e analisados, constatou-se a influência de vários fatores, presentes ao longo da vida, para a construção de um envelhecimento bem-sucedido ou com a presença de sintomas patológicos. Participação social e geratividade desenvolvidos ao longo da vida parecem ser, entre outros, grandes contribuintes para a vivência de envolvimento vital na velhice. Por outro lado, a estagnação e carência de flexibilidade adaptativa podem acarretar conseqüências negativas e contribuir para surgimento de sintomas depressivos e demenciais.

Palavras-chave: História de vida, Envelhecimento bem-sucedido, Modelo Epigenético do Ciclo de Vida, Envolvimento Vital na Velhice

Abstract

The aim of the present study was to understand aspects of the aging process as of the elderly life histories. Based on Erik Erikson's Life Cycle Epigenetic Model and Paul Baltes' Lifespan Psychology, eight life histories were analyzed. So it was investigated the way selective optimization with compensation strategies and vital involvement aspects appear in old age, and the contributions of generativity and social participation to the aging process. The research instruments included a semi-structured interview that assessed life history aspects, the Mini-mental State Exam (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and the World Health Organization Quality of Life Assessment – Old Module (WHOQOL-Old). Among the results, the influence of several factors presented during lifetime on the construction of a successful aging or an aging with the presence of pathological symptoms was observed. Social participation and generativity during lifetime seem to be, among others, great contributors to experience of vital involvement in old age. In contrast, stagnation and lack of adaptive flexibility could bring negative consequences and contribute to the appearance of depressive and demencial symptoms.

Keywords: Life History, Successful Aging, Life Cycle Epigenetic Model, Vital Involvement in Old Age

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo do envelhecimento ocorreu, primeiramente, a partir do contato cotidiano com alguns idosos e da observação do modo como vivenciam o envelhecimento. Durante conversas informais acerca de suas histórias, algumas questões foram levantadas sobre possíveis influências da maneira como viveram na qualidade de vida atual.

Do mesmo modo, o estudo de bibliografias específicas sobre o envelhecimento e sobre psicopatologias que comumente aparecem nessa etapa da vida, como depressão e demência (Stoppe Junior & Louzã Neto, 1996), levaram a um questionamento sobre a forma como a velhice é encarada, atualmente, pela sociedade ocidental. As representações sociais que comumente permeiam as relações sociais do idoso carregam, diversas vezes, preconceitos e a associação da velhice com doença e decrepitude. Dessa forma, essa percepção de que o velho tem sido relegado a um lugar alienado da sociedade conduziu ao estudo de autores que tenham outra forma de olhar para a velhice. Pensar o processo de envelhecimento como uma fase com ganhos e perdas tem sido um desafio atual da Gerontologia e dos profissionais que trabalham na promoção de saúde do idoso.

O envelhecimento, por si só, levanta questões marcantes a serem elaboradas pelo idoso: enfrentamento do tempo que passa e deixa suas marcas, mudança nos padrões e papéis familiares, aposentadoria e abandono de algumas atividades sociais, luto pela perda de pessoas queridas, mudanças no corpo, entre outras. Além disso, muitas vezes é necessário encarar o desprezo e rejeição da sociedade perante a idade já avançada. Enfim, é uma fase da vida em que se deve elaborar o presente e o passado, e encarar o futuro que traz a concretude da finitude humana (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986). Compreender a história de vida a partir da visão do idoso constitui-se um dos objetivos desta dissertação.

Todo esse processo pode ser vivenciado de forma bem-sucedida quando há qualidade de vida presente na vida atual do idoso. Esta necessita envolver os domínios físico e psicológico, nível de independência, relações sociais adequadas que supram necessidades do sujeito e lhe forneçam suporte social e emocional, ambiente físico adequado com acesso a cuidados da saúde física e emocional, entre outros aspectos (Erikson e cols., 1986; Baltes & Baltes, 1990; Goldfarb, 2004). Dessa forma, os fatores que envolvem uma boa qualidade de vida na velhice são múltiplos e englobam a trajetória de vida e de saúde do indivíduo, atividade, produtividade, lugar ocupado pelo idoso na sociedade e ambiente social no qual está inserido

(Diogo, Neri & Cachioni, 2004).

A fase da velhice necessita ser compreendida como continuidade do processo de desenvolvimento que acontece desde a concepção. Influências ontogenéticas, assim como históricas e idiossincráticas, ocorrem em todas as etapas do ciclo vital e necessitam ser observadas e investigadas. Igualmente, Baltes e Baltes (1990) afirmam a importância de um ambiente social adequado para a construção de um envelhecimento bem-sucedido, e Erikson (1982/1998) levanta a questão da necessidade de se revisitar o passado e resolver questões pendentes para que a última fase da vida seja elaborada de forma saudável. Igualmente, compreender o fenômeno do sofrimento psíquico no idoso levanta questões sobre sua história de vida e as dimensões de sua existência que estão sendo afetadas pela doença.

Assim, com a intenção de compreender aspectos idiossincráticos e universais do processo de envelhecimento, utilizou-se como recurso metodológico a entrevista de história de vida. Este foi escolhido porque percebeu-se que ao idoso tem sido relegado a um lugar marginalizado no cotidiano da vida. Dar voz ao velho e ouvir sua trajetória existencial pode lhe conceder a oportunidade para falar de si, suas frustrações e conquistas, assim como receber algum reconhecimento sobre quem foi e quem é. Uma das idosas entrevistadas declarou para a pesquisadora: *“Me senti tão amada quando você me telefonou!”*.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos, sendo três dedicados ao referencial teórico utilizado, um aos recursos metodológicos, um ao tratamento dos dados e um às considerações finais. No Capítulo 1, “Velhice ontem e hoje”, é abordada a definição de representações sociais e suas contribuições para a compreensão do envelhecimento. Adicionalmente, faz-se uma contextualização histórico-sócio-cultural da velhice com o intuito de auxiliar a compreensão da evolução do conceito de velhice e a forma como esta é vista e tratada na atualidade. O Capítulo 2, “Algumas perspectivas do envelhecimento”, trata de abordagens teóricas a partir dos estudos de Paul Baltes e colaboradores, Erik Erikson e colaboradores e Lígia Py. O Capítulo 3, “Qualidade de vida na velhice”, investiga as definições de qualidade de vida, e especificamente, como esta pode ser cultivada nessa etapa. Aborda-se ainda neste capítulo a manifestação de sintomas demenciais e depressivos na velhice. No Capítulo 4, “Como ouvir histórias” apresentam-se objetivos, hipóteses, participantes e metodologia utilizada na coleta e análise dos dados.

O Capítulo 5, “Histórias de vida”, enfoca a descrição e a análise dos dados obtidos a partir da entrevista semi-estruturada, do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e da Avaliação da Qualidade de Vida – Módulo Idoso (WHOQOL-Old). Reflexões geradas durante o estudo do tema através do levantamento

bibliográfico e do contato com os idosos e suas histórias são abordadas no Capítulo 6, “Aprendizados sobre a arte de envelhecer”. São feitas considerações sobre o que já está sendo realizado no que diz respeito ao atendimento do idoso e o que pode ser desenvolvido, assim como propostas de trabalhos de pesquisa e atuação clínica a serem desenvolvidas posteriormente.

CAPÍTULO 1

Velhice Ontem e Hoje

Há quem diga serem os velhos morosos, ansiosos, irascíveis e rabugentos. Acrescentar-se-ia ainda: avarentos. Esses defeitos, na verdade, são produtos dos costumes e não da velhice como tal. A morosidade e demais defeitos citados têm suas desculpas, pouco legítimas, por certo, mas compreensíveis. Tais indivíduos julgam-se desprezados, depreciados e caídos no ridículo. De outro lado, para um corpo debilitado repugna qualquer agressão. Aliás, são coisas que o bom caráter e o jeito tornam mais suportáveis. Na vida real como no teatro é compreensível o que ocorre com os dois irmãos na comédia Adelfos de Terêncio. Na casa de um, conflitos; na casa do outro, cortesia. Tal como nem todo vinho vira vinagre, assim nem todo indivíduo azeda com a velhice.

Aprovo certa severidade na velhice, mas com moderação. Áspera, nunca. Avareza nos idosos, eu não entendo. Nada mais absurdo que, no fim da vida, aumentar a provisão.

Cícero
De Senectude

A vida não pára. O tempo não pára. Apesar de vivermos como se a vida durasse para sempre e pensarmos apenas no presente e no futuro próximo quando somos jovens, em algum momento da vida perceberemos que ela passou. Para alguns, o envelhecer trará desespero e conflitos, pois não se preparam para a velhice e para a morte. Para outros, trará satisfação e plenitude. Tudo depende de como vivemos e construímos nossa vida.

Na sociedade em que vivemos pensar a velhice traz, diversas vezes, sentimentos negativos e necessidade de negação. Parece que ainda não estamos preparados para pensar sobre ela. Porém, não somos mais um país de jovens; o Brasil e todos nós estamos envelhecendo. Portanto, faz-se necessário investigar os aspectos que compõem o envelhecimento e tentar compreender como se dá esse processo. Diversos autores e pesquisadores, no Brasil, nos Estados Unidos, na Suécia, na França e em outros países do mundo, têm realizado pesquisas e estudos sobre a velhice e levantado questões fundamentais sobre o que é e como se dá o envelhecimento.

Entretanto, antes de apresentar as correntes teóricas que embasam este trabalho, é relevante fazer uma contextualização da velhice a fim de que possamos entender como se deu

a formação do conceito de velhice que permeia a sociedade ocidental atual. Além disso, a compreensão das representações sociais do idoso e da velhice são importantes para que se entenda como o idoso vivencia a própria velhice. Segue-se, então, a conceituação de representação social e sua contribuição para o estudo do envelhecimento, e a contextualização histórico-sócio-cultural da velhice e do idoso.

1.1. Representação social e sua contribuição para a compreensão do envelhecimento

A teoria das representações sociais foi elaborada primeiramente por Serge Moscovici que definiu representação social como um grupo de conceitos, afirmações e explicações originadas a partir do cotidiano e que equivalem aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Constituem formas de conhecimentos elaborados a partir do âmbito social por grupos de indivíduos com o objetivo de comunicação e compreensão daquilo que lhe é estranho e não familiar (Moscovici, 1981, citado por Teixeira, Schulze & Camargo, 2002). Assim, a representação social é um conjunto organizado de conhecimentos que permite que a realidade seja compreensível aos indivíduos que dela participam. Além disso, prepara o indivíduo para a ação e, reciprocamente, é modificada pela interação dessas ações no mundo social (Moscovici, 1978, citado por Guimarães, 2005).

Pode-se considerar a representação social como sendo “uma visão funcional do mundo que, por sua vez, permite ao indivíduo e ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nessa realidade” (Abric, 1998, citado por Guimarães & Campos, 2007, p. 190). As representações sociais se manifestam em falas, atitudes e condutas que se naturalizaram no contexto social e no cotidiano dos indivíduos. São naturalizações da maneira de agir, pensar e sentir que se apresentam e se modificam a partir das estruturas sociais e das relações coletivas e grupais (Minayo, 2007). Portanto, permeiam as relações sociais e são construídas com o intuito de organizar e compreender a realidade. São passíveis de mudanças e alterações, sendo que, a cada momento histórico, sofrem mudanças, pequenas ou grandes.

O envelhecimento é construído não apenas como consequência de uma construção individual, mas também como resultante de forças psicossociais. Destarte, compreender as representações sociais da velhice pode nos auxiliar a entender a forma como se dá a construção do envelhecimento em nossa sociedade.

A velhice e o processo de envelhecimento, da mesma forma que muitos outros aspectos da vida humana, estão intrincados por representações sociais. A forma como a sociedade

interpreta a velhice e lida com seus idosos é, entre outros fatores, resultante das representações sociais que foram construídas. Da mesma forma, o idoso poderá lidar consigo mesmo e com o seu processo de envelhecer de acordo com o que é representado em seu contexto sócio-cultural. Com objetivo de compreender de forma mais ampla a construção do envelhecimento e suas representações sociais é importante fazer uma contextualização histórico-sócio-cultural da velhice.

1.2. Contextualização histórico-sócio-cultural da velhice

Ao longo do percurso existencial do indivíduo, as concepções de juventude e de velhice se transformam radicalmente. Essas concepções são interpretações sobre a trajetória da existência e não concepções absolutas. Por isso, se constroem e se transformam historicamente, se fundam em um campo de valores e se inserem ativamente na dinâmica das culturas. Esse campo de valores está permeado pelas concepções inseridas em seu contexto sócio-cultural, e é construído pela mediação de conceitos regulados por representações sociais que definem a maneira pela qual a juventude e a velhice devem ser tratadas. Portanto, se analisarmos cada era da história humana, perceberemos que a forma como a juventude e a velhice são pensadas e abordadas vai ser alterada a cada novo momento da história da humanidade e a cada nova etapa da história de vida do indivíduo (Birman, 1995).

Estudos históricos e sociológicos mostram que a velhice nem sempre foi vista da forma como nosso século e a cultura ocidental a vêem. Até a passagem do século XVIII para o XIX, na maioria das sociedades ocidentais, os velhos eram os depositários sociais da sabedoria, dos costumes e lendas, dos valores locais, e ocupavam lugar de prestígio nos conselhos comunitários das sociedades ocidentais (Hillman, 2001). Nas sociedades tradicionais a figura do idoso era envolvida por uma “aura simbólica” que fazia do idoso o representante da sabedoria, da memória coletiva, dos valores da ancestralidade, e a encarnação da família. As perdas da força física, da capacidade reprodutiva e da capacidade de produção de bens materiais eram trocadas pelo lugar de detentor do poder da tradição (Beauvoir, 1990; Birman, 1995).

Com a transformação social acontecida entre os séculos XVIII e XIX, os governos passam a formular que a riqueza maior do Estado está na qualidade da população. Essa mudança de paradigma leva ao investimento nas condições biológicas dos cidadãos e nas condições sanitárias com o objetivo de aumentar suas riquezas materiais. Outra consequência foi a progressiva medicalização do Ocidente com a introdução de novos métodos medicinais (vacinas, técnicas de pasteurização, esterilização etc.) e de programas de saúde pública

(fornecimento de água potável, tratamento de esgoto etc.). A história social do homem passou a ser regulada pela intervenção maciça da medicina no espaço social, e a longevidade e baixas taxas de mortalidade passaram a estar relacionadas com o progresso e a riqueza da sociedade (Hillman, 2001). Com o fortalecimento da medicina, ocorre a biomedicalização da saúde, da vida e da velhice, e a conseqüente associação entre velhice e doença.

Sob a influência do evolucionismo, surge, no século XIX, a concepção do desenvolvimento humano como uma seqüência empírica de etapas fundadas biologicamente e a Psicologia do Desenvolvimento. Essa ciência começa a pesquisar os processos psíquicos humanos, as estruturas cognitivas e afetivas dos indivíduos de acordo com a seqüência das faixas etárias, e a traçar as responsabilidades sociais de cada indivíduo nas suas relações com os outros e com o mundo. Como *locus* principal das pesquisas dessa época estavam a infância e a adolescência, pois concebia-se o desenvolvimento apenas em termos de ganhos e como um movimento unidirecional rumo à maturidade (Baltes, 1995). Essa concepção era marcada pela idéia de ascendência do desenvolvimento durante a infância e a adolescência, de estagnação na maturidade e decadência na velhice. Velhos são os que já viveram e realizaram o seu projeto de vida e cujo único destino é a morte (Scharfstein, 2004; Hillman, 2001).

Portanto, na medida em que o sujeito já realizou os seus potenciais evolutivos, ele perde o seu valor social e está impossibilitado de produção de riqueza. A velhice, então, perde também o seu valor simbólico e passa a estar relacionada com decrepitude e morte. A experiência de envelhecer passa a estar tão marcada pelos números de anos que ainda restam de vida, que o caráter individual e a qualidade de vida ficam relegadas apenas à juventude e esquecidas, ou negadas, na velhice. Além disso, o aumento crescente do número de idosos fez com que a idade deixasse de ser determinante para um *status* social importante e diminuísse a importância do papel social do idoso dentro da sociedade, que passa a ocupar um lugar marginalizado junto à existência e à essa sociedade (Ruschel & Castro, 1998; Mouragas, 1997).

A modernização das culturas ocidentais a partir do século XIX rompeu com as tradições, com as redes sociais tradicionais e com a estrutura familiar dos séculos anteriores. Na família moderna, só havia lugar para a família nuclear e a reprodução só se delineava nos limites de uma única geração. O idoso passa a ocupar um lugar periférico nessa nova família. O progresso moderno ao mesmo tempo em que acrescentou anos à existência humana, diminuiu o valor dos idosos em várias sociedades.

A partir do século XX, o interesse pelo idoso e pelo estudo do processo de envelhecimento começa a surgir na Psicologia do Desenvolvimento ainda de maneira tímida.

Até a década de 1940, pouco havia sido estudado sobre o idoso. Destacaram-se apenas algumas contribuições visionárias como a de Metchnicoff que em 1903 defendeu a idéia da criação de uma nova disciplina científica, a *gerontologia*, e a de Nascher que em 1909 introduziu o termo *geriatria*. Outra obra visionária foi a de Stanley Hall em sua publicação de 1922 sobre a senescência. Nesta obra Hall ressalta a variabilidade individual da velhice e enfatizou o conceito de sabedoria e sua inter-relação com o idoso (Neri, 1995). Porém, as pesquisas na metade de século continuaram focadas na psicologia da infância e da adolescência. Os preconceitos sociais e científicos acerca do idoso ainda persistiam e a velhice era compreendida como fase de declínio cognitivo.

O final da Segunda Guerra Mundial trouxe mudanças para as sociedades ocidentais. Houve um decréscimo populacional dos homens em idade reprodutiva, e conseqüente diminuição das taxas de natalidade e aumento da longevidade. O idoso começou a ser alvo da preocupação dos governos e da sociedade em geral no que diz respeito à saúde e às condições de vida. Porém, ainda não existia um lugar social ativo para o idoso no século XX. Ele ainda era definido por uma ausência de *práxis* e começou a ser objeto de exploração. Surgem as casas de repouso e asilos para os idosos que pudessem pagar pelas despesas, mas muitos eram relegados a uma velhice pobre e alienada da existência (Burger, 1970/1990).

Mesmo com o aumento da população idosa ocorrido a partir da metade do século XX até os dias de hoje, a sociedade ocidental continuou a fechar os olhos para o velho. Na vida cotidiana e privada, não havia a preocupação com o destino das gerações mais velhas. Beauvoir (1970/1990) afirma que a velhice nas últimas décadas do século XX inspira repugnância biológica e é rejeitada de forma sutil. A família passou a oprimir seus velhos de forma velada, com cuidados exagerados que os paralisam e benevolência irônica.

As marcas deixadas pelo tempo no corpo do idoso, representadas pelas rugas e pela flacidez, deixam de ser as marcas da sabedoria e da experiência de vida, passam a ser vistas como sinônimos de vergonha e de fraqueza moral e devem ser combatidas a todo custo com produtos cosméticos, vitaminas e plásticas (Dourado, 2000). Este padrão comportamental ainda persiste no século XXI e é reforçado pelo paradigma da biomedicalização que rejeita a velhice tal como ela se constitui e tenta combatê-la através da medicina anti-envelhecimento. Essa representação social da velhice, além de entremear as relações sociais, muitas vezes é incorporada pelo idoso que pode se tornar dependente e doente, ou assumir os estereótipos e comportamentos considerados próprios dessa etapa (Neri, Born, Grespan & Medeiros, 2006).

A relação dos membros da sociedade com a memória também mudou no século XIX. Ao invés de possuir a dimensão de evocação e de resgate do passado através do idoso, a memória

passou a ocupar apenas o lugar de informação, tornando-se isenta de aspectos afetivos e simbólicos. A memória começou a ser aplicada conforme as demandas produtivas do ambiente social e deixou de ser fundamentada na potencialidade de evocação e transmissão dos valores da ancestralidade. Essa forma de lidar com a memória reforça ainda mais a ausência de lugar e função do idoso na sociedade (Birman, 1995). Por conseguinte, a dimensão da história particular e familiar se perde.

As noções de história e temporalidade começam a ser ocupadas pela noção do lugar que o indivíduo ocupa no cenário existencial. Os vínculos passam a ser espacializados, perdendo sua significação histórica, e a identidade do indivíduo perde o seu fundamento principal – a historicidade. A perda desse fundamento leva à perda do sentimento de continuidade temporal, o que favorece a instalação do sentimento de vazio no final da vida e conduz o idoso ao desinvestimento do mundo e da realidade (Goldfarb, 2004). Como consequência, instala-se o isolamento social do indivíduo que, por sua vez, gera psicopatologias. Equivocadamente, essas psicopatologias passaram a ser vistas como propriedades intrínsecas da velhice.

O idoso que adentra o século XXI é, então, marcado pela ausência de lugar e papéis ativos na sociedade. Conseqüentemente, é estigmatizado pelas representações sociais que o descartam como sujeito psíquico que ainda possui um futuro pela frente.

1.3. A velhice hoje

Pelo histórico que se acabou de traçar, percebe-se o quanto a velhice foi investida de valores negativos na modernidade. Apesar desse pensamento paradigmático da velhice como etapa de decrepitude e vergonha ainda persistir em nossa sociedade ocidental atual, a velhice está sendo objeto de cuidado e atenção especiais, objeto de piedade e filantropia na passagem do século XX para o XXI. São tentativas de fazer calar os valores negativos que a modernidade inscreveu na velhice. Nos países desenvolvidos e recentemente no Brasil, um novo movimento de conscientização social tem mudado o olhar sobre a velhice, fazendo com que esta comece a receber um reconhecimento social que ainda não existia na memória social da modernidade ocidental (Birman, 1995).

Estudos no campo da Psicologia e da Gerontologia mostram que o desenvolvimento é multidirecional e multidimensional, envolvendo um movimento dinâmico entre ganhos e perdas, desde o início até o fim da vida (Baltes, 1995; Baltes & Baltes, 1990; Erikson, 1950/1963, 1982/1998). Um fator que tem contribuído para essa mudança paradigmática no campo de estudos e em alguns setores da sociedade é o aumento da população idosa ativa e

produtiva que vem ocorrendo há algumas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

O aumento da curiosidade dos psicólogos, a partir dos anos 70 do século passado, em investigar qual a repercussão da infância e da adolescência no desenvolvimento posterior do indivíduo também contribuiu para o aumento do interesse pelo envelhecimento. Além disso, a necessidade de se propor questões sobre os fatores precursores da velhice, ou seja, eventos de vida que ocorreram ao longo da vida que podem ou não levar a uma velhice bem-sucedida, levaram a Psicologia do Desenvolvimento a iniciar pesquisas sobre a velhice e suas particularidades (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986; Baltes, 1995; Fortes & Neri, 2004).

Como vimos, essa representação social que se teve sobre a velhice durante muito tempo negou-lhe o reconhecimento simbólico e qualquer forma de relação com o futuro, pois o idoso estava desinvestido no seu presente. Durante muito tempo, ao idoso só restava o lugar e o papel de rememorar o passado e suas lembranças, e esperar pelo confronto com a morte. Com a mudança progressiva do lugar social da velhice, começa a surgir a possibilidade de reconhecimento do velho como sujeito psíquico e como agente social (Birman, 1995). Assim sendo, o idoso começa a vislumbrar a possibilidade de se relacionar de forma diferente com o futuro, de redimensionar sua inserção na ordem da temporalidade, e ter sua subjetividade reconhecida.

Pesquisas realizadas atualmente pela Gerontologia e as perspectivas do desenvolvimento da personalidade que serão discutidas no próximo capítulo muito têm contribuído para que o envelhecimento deixe de estar relacionado com decrepitude e morte. Algumas mudanças sociais já podem ser observadas no Brasil, como as Universidades Abertas à Terceira Idade, centros de apoio ao idoso com demências e seus familiares (p. ex. Centro de Medicina do Idoso, do HUB na Universidade de Brasília; ambulatório de Neuropsiquiatria e Saúde Mental do Idoso, no HC da Unicamp, entre outros), projetos de pesquisa sobre o envelhecimento saudável – Pensa (coordenados por Neri e colaboradores na Universidade Federal de Juiz de Fora) entre outros.

Mas muito ainda há para ser feito. Infelizmente, o idoso ainda é tratado, em muitas situações, com desrespeito e descaso, seja pelos órgãos públicos destinados ao seu acolhimento quando doente, seja pelas suas próprias famílias. Como ainda existe, na representação social da velhice, uma relação direta entre envelhecimento e doença, muitos sintomas experimentados pelo velho são interpretados como elemento comum e normal da velhice, e não como um presságio de alguma doença, seja ela fisiológica ou psicológica. Assim o sujeito idoso deixa de existir dando lugar a uma pessoa que não é mais objeto de

desejo (Messy, 1999). Deste modo, muitos velhos são abandonados e vivenciam o final da vida como fonte de amargura e desespero, ao invés de vivê-lo como uma fase de sabedoria e busca da plenitude (Nouwen & Gaffney, 1974/2000).

Cícero (2006), em sua obra do período helênico e reeditada recentemente, afirmou que o ser humano identifica-se não pelo corpo e sim pelo espírito ao escrever: “Tu não és aquele que apareces pela tua forma exterior, não és o aspecto que se aponta com o dedo, mas és tua alma. Ela é tua identidade” (p. 105). Erikson (1982/1998) ressaltou a necessidade de se repensar o papel e o lugar da velhice na sociedade ocidental. Porém, o que observamos atualmente é que a mudança de foco ao se olhar a velhice tem ocorrido com mais frequência no âmbito acadêmico. No cotidiano da vida, o olhar ainda continua no que se vê exteriormente e nos aspectos negativos da velhice, e não na pessoa que está habita esse corpo que envelhece e se acaba. A própria tentativa de demonstrar uma visão menos estereotipada pela substituição da palavra “velho” por “idoso” e, depois, por “terceira idade” e esta por “melhor idade”, já conota o preconceito e a dificuldade da sociedade em aceitar a velhice e suas características que diferem do referencial de beleza da juventude (Neri & Freire, 2000; Peixoto, 1998; Araújo, Coutinho & Santos, 2006). No presente trabalho os termos “idoso” e “velho”, “velhice” e “terceira idade” serão utilizados de forma indiscriminada e sem qualquer conotação de valor.

Sócrates em *A República* declara: “Eu considero os velhos como aqueles que vieram antes de nós pela estrada em que todos estamos, e seria bom se perguntássemos a eles sobre a natureza dessa estrada” (citado por Erikson, Erikson & Kivnick, 1986, p. 325). Perguntar aos idosos sobre suas trajetórias de vida poderá nos ajudar a compreender como o envelhecimento pode ser construído. Entretanto, antes disso e tendo em vista as contribuições ocasionadas pela Psicologia e pela Gerontologia, o próximo capítulo trará algumas perspectivas do envelhecimento como etapa multidimensional do desenvolvimento. As perspectivas que serão abordadas têm contribuído, juntamente com outras, para que o idoso seja visto como um sujeito psíquico que possui potencialidades a serem desenvolvidas, e para que o envelhecimento seja compreendido como uma fase que também possui ganhos e não apenas perdas.

CAPÍTULO 2

Algumas Perspectivas do Envelhecimento

*Nada do que foi será
De novo do jeito que já foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará*

*A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito*

*Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo*

*Não adianta fugir
Nem mentir
Pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre
Como uma onda no mar*

Lulu Santos e Nelson Motta

Apesar do paradigma biomédico e do modelo de envelhecimento surgido na modernidade ainda permearem o discurso e as ações da sociedade contemporânea, a velhice pode ser pensada de forma diferente. Alguns autores trazem uma forma de pensar e vivenciar a velhice diferente daquela que ainda é apregoada. O envelhecimento é visto, em todas as perspectivas que serão apresentadas neste capítulo, como multidirecional e multidimensional, e como consequência de vários fatores presentes no ciclo de vida e no ambiente psicossocial do indivíduo. Essas abordagens tratam de aspectos positivos e saudáveis da velhice, assim como de aspectos psicopatológicos que poderão ocorrer.

2.1. Psicologia do Envelhecimento

O interesse pelo desenvolvimento humano sempre esteve presente na história da humanidade. Apesar de, durante muito tempo, o estudo e as pesquisas nesta área se concentrarem quase que exclusivamente nos períodos da infância e da adolescência, estudos sobre o envelhecimento remontam à Idade Antiga, e vêm aumentando significativamente.

O caminho percorrido por esse campo do conhecimento tem sido marcado por diversas formas de pensamento, que variam entre os modelos reducionistas e os organísmicos. Apesar de todas as formas de se pensar, estudar e pesquisar a velhice terem a sua importância para a história da Psicogerontologia, no presente trabalho enfocaremos apenas alguns dos modelos existentes. A escolha dos modelos teóricos foi feita à luz da idéia de que a velhice faz parte de um todo que é a trajetória de vida do sujeito. Destarte, foram escolhidas perspectivas teóricas que apreendem a velhice como uma etapa do complexo ciclo do desenvolvimento humano, que possui ganhos e perdas próprias e que é construída ao longo da história de vida do indivíduo. Portanto, várias outras perspectivas importantes no contexto do desenvolvimento não serão abordadas no presente trabalho.

2.2. Precursor da Psicologia do Envelhecimento – A velhice saudável (De senectude)

Um dos precursores do pensamento atual sobre envelhecimento e velhice é o filósofo e estadista romano Cícero que viveu entre 106 e 94 a.C.. Segundo Baltes e Baltes (1990), Cícero produziu talvez a primeira grande exposição sobre a natureza do bom envelhecimento em dois livros: *A velhice saudável* e *Da velhice e da amizade* (ambas sem data de publicação do original).

A velhice é vista por Cícero como um fenômeno variável e plástico que oferece a possibilidade do indivíduo se desfocar dos prazeres e necessidades do corpo (que não é mais o mesmo) e focar-se nas virtudes da mente. Este autor exalta o potencial de força da velhice e critica as expectativas negativas quanto à perda de memória, o afastamento de atividades sociais, a debilidade do corpo, a proximidade com a morte e a privação da vida sexual (Cícero, 2006).

Sua visão sobre a velhice é bastante idealizada e utópica e baseia-se na premissa do poder da mente humana em planejar e controlar pensamentos, sentimentos e aspirações para além das restrições do biológico. Porém, já traz a idéia do envelhecimento como uma fase boa da vida e não apenas como uma etapa que antecede a morte (Baltes & Baltes, 1990). Cícero também enaltece a velhice que consegue extrair de sua juventude os fundamentos necessários para usufruir o que a vida pode oferecer. Afirma que, na velhice, “não são os cabelos brancos e as rugas que conferem, por si só, imediata autoridade, mas é a idade vivida na honestidade que recebe os frutos do merecimento” (Cícero, 2006, pp. 61-2), e que “a consciência de uma vida bem vivida e a lembrança de muitos benefícios realizados são agradabilíssimos” (Cícero, s.d.). Portanto, para Cícero, o que foi construído pelo indivíduo ao longo de sua vida pode oferecer o suporte necessário para a fruição de uma velhice saudável.

Apesar da obra de Cícero ser muito antiga e anteceder o pensamento científico, essa não foi a concepção acerca da existência humana que sempre prevaleceu no axioma do estudo sobre o desenvolvimento humano. Apesar disso, algumas correntes teóricas se destacam como formas diferenciadas de tratar o processo de envelhecimento. Dentro dessas perspectivas, a velhice é vista como o resultado de uma construção fundamentada em todas as fases do ciclo vital do sujeito.

2.3. Modelo epigenético do ciclo de vida

Um dos primeiros modelos teóricos sobre a Psicologia do Desenvolvimento que englobou todo o curso da vida foi o de Erik Erikson (1902-1994). Esse autor estabelece um diagrama com nove etapas do desenvolvimento humano, desde o nascimento até a velhice. Cada fase é caracterizada por uma crise, ou, como ele mesmo ratificou anos depois, por um balanço dinâmico entre um componente sintônico e um distônico. O elemento sintônico é caracterizado pela tendência à harmonia e busca pelo equilíbrio interno. Contrariamente, o distônico tenderá à desarmonia e ao desarranjo.

Deste modo, cada etapa do desenvolvimento é marcada por uma dinâmica entre dois opostos e sua resolução leva à aquisição de uma virtude ou força psicossocial. A fim de se alcançar a força psicossocial própria de cada etapa, a crise necessita ser resolvida. Porém, o indivíduo sempre tem a possibilidade de retomar uma crise que não foi resolvida satisfatoriamente em outro momento da vida e alcançar a virtude resultante dela (Erikson, 1982/1998). Além disso, para Erikson, o desenvolvimento humano se dá em função do contexto social, e cada fase se resolve de forma individual, apesar da universalidade das etapas.

As fases propostas por Erikson (1950/1963, 1982/1998) seguidas pelas virtudes/forças psicossociais a serem adquiridas são as seguintes:

- 1^a) Confiança básica *versus* desconfiança básica: esperança
- 2^a) Autonomia *versus* vergonha e dúvida: força de vontade
- 3^a) Iniciativa *versus* culpa: propósito
- 4^a) Diligência, realização *versus* inferioridade: competência
- 5^a) Identidade *versus* confusão de identidade: fidelidade
- 6^a) Intimidade *versus* isolamento: amor
- 7^a) Geratividade *versus* estagnação: cuidado
- 8^a) Integridade do ego *versus* desespero, desgosto: sabedoria
- 9^a) Ressurgimento das crises anteriores com predominância dos elementos

distônicos: gerotranscendência

Para esse modelo teórico, os desafios associados ao envelhecimento são resolver os conflitos do passado e investir no presente. A entrada na oitava etapa gera a necessidade de uma consideração retrospectiva da vida. A percepção do sujeito acerca do quanto se engajou e conquistou na sua trajetória existencial, e acerca dos arrependimentos de oportunidades perdidas, contribuirá para o nível em que este indivíduo experimentará o desespero nessa etapa. Esse desespero expressa o sentimento de que o tempo agora é curto demais para recomeçar e tentar outros caminhos (Erikson, 1950/1963, 1982/1998). “A etapa designada por integridade *versus* desespero representa a relação entre os acontecimentos, experiências e comportamentos do passado e do presente, e a dinâmica interna gerada a partir deles” (Novo, 2003, p. 164). Sendo assim, a força psicossocial da sabedoria que é decorrente da resolução da crise da oitava etapa corresponde à capacidade resultante dos esforços em equilibrar o sentido de coerência e plenitude pessoal com o desespero perante a finitude e a proximidade da morte, além de aceitar falhas e omissões do passado (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986).

É durante a oitava etapa que o ciclo da vida começa a se fechar e a integrar as virtudes conquistadas da esperança, vontade, propósito, competência, fidelidade, amor e cuidado em um senso abrangente de sabedoria. O idoso é, então, desafiado a “se inspirar em seu próprio ciclo vital e consolidar o senso de sabedoria a fim de viver o restante da vida e se colocar em perspectiva entre as gerações presentes, e aceitar seu lugar na progressão histórica infinita” (Erikson e cols., 1986, p. 56).

Para Erikson, o elemento sintônico da geratividade necessita estar presente no oitavo estágio, pois ele suscita um envolvimento vital no idoso o suficiente para fazê-lo sentir-se vivo. A falta ou carência desse envolvimento vital gera sintomas psicopatológicos no indivíduo que envelhece, aumentando a força do elemento distônico do desespero e a contínua sensação de estagnação (Erikson, 1982/1998). A participação na vida dos filhos e dos netos, juntamente com a oportunidade de poder ensinar algo para as próximas gerações, produzem e aumentam o engajamento vital do idoso. Além disso, as atividades cotidianas, como cuidar da casa, do jardim ou da horta, participar de atividades da comunidade, fazer pequenos reparos na casa, podem também contribuir para o aumento desse envolvimento vital necessário para enfrentar o final da vida (Erikson e cols., 1986).

Já no final de sua vida, Erik Erikson, juntamente com sua esposa, Joan Erikson, acrescentaram uma última fase à sua teoria. A nona etapa compreende o período da vida que se inicia aos 80 anos. Nesse período, apesar de todos os esforços do indivíduo em manter a força vital e o controle sobre a própria vida, o corpo continua a perder, gradativamente, sua

autonomia. O elemento distônico desespero, que é constituinte da etapa anterior, está ainda mais presente na nona etapa devido à imprevisibilidade e às perdas nas habilidades físicas. Por conseguinte, na medida em que a independência e o controle são contestados pelo tempo, a auto-estima e a segurança adquirida durante toda a vida podem se enfraquecer. Muitas vezes as forças psicossociais adquiridas ao longo do desenvolvimento, como a esperança e a confiança, não são mais suportes fortes como eram anteriormente (Joan Erikson, 1998).

Durante todas as etapas do desenvolvimento da teoria eriksoniana, o elemento sintônico é apresentado em primeiro plano, pois ele dá o suporte para o desenvolvimento e expansão, além de sustentar o indivíduo na medida em que é desafiado pelos elementos distônicos. Em contraposição, na nona etapa, Joan Erikson coloca o elemento distônico em primeiro plano, na tentativa de ressaltar sua proeminência e força nessa fase. A autora descreve, então, a nona etapa tendo em mente o reaparecimento dos potenciais distônicos e sintônicos das etapas anteriores (J. Erikson, 1998).

O aparecimento de fragilidades corporais e o enfraquecimento da autonomia após os 90 anos tornam a vida um terreno fértil para o ressurgimento dos elementos distônicos das etapas anteriores. Entretanto, o indivíduo que tiver superado anteriormente as crises e estiver inserido em um contexto psicossocial que o ajude a superar as dificuldades dessa etapa, não permitira que o desespero tome conta de sua existência. Se o idoso conseguir superar os elementos distônicos das experiências da nona etapa, provavelmente ele conseguirá trilhar o caminho que leva à gerotranscendência.

A resolução da crise da nona etapa está relacionada com a capacidade do idoso em transcender as limitações corporais próprias da velhice. Com isso, o indivíduo tem a oportunidade de experimentar uma compreensão mais universal da vida e focalizar nos aspectos iminentes da própria morte (J. Erikson, 1998; Verbraak, 2000; Tornstam, 1997, 2003), ou seja, conquistar a força psicossocial da nona etapa que é a gerotranscendência. Esta abarca, de acordo com Tornstam (1997, 1999) uma mudança na perspectiva da vida e implica em construir uma realidade diferente daquela vivida na meia-idade e que normalmente é projetada para a velhice. Além disso, é o estágio final de um processo natural rumo ao amadurecimento e à sabedoria, e está normalmente relacionada à satisfação com a vida (Tornstam, 2003)

A gerotranscendência envolve uma nova compreensão das questões existenciais fundamentais, que são separadas em três níveis. O primeiro é o nível da dimensão cósmica da vida e ocorrem mudanças nas definições de tempo e espaço, aumento na sensação de conexão com as gerações anteriores, nova compreensão da vida e da morte, aceitação da dimensão

misteriosa da vida e se regozijar com uma gama de eventos e experiências (J. Erikson, 1998; Tornstam, 1999, 2003).

O segundo nível é o da mudança em alguns aspectos do *self*. Na gerotranscendência há a descoberta de aspectos encobertos do *self*, diminuição do egocentrismo, diminuição da obsessão pelo corpo, aumento do altruísmo, redescoberta da criança interior e integridade do ego com a totalidade da vida. O terceiro nível envolve mudanças nos relacionamentos sociais e individuais do idoso. Nessa etapa, o indivíduo se torna mais seletivo e menos interessado em relacionamentos superficiais, há um aumento na necessidade de ficar sozinho, nova concepção da diferença entre *self* e papel, entendimento reconfortante do que vem a ser a necessidade de papéis na vida e compreensão da dificuldade em se definir o que é certo e errado, evitando julgamentos e a distribuição de conselhos (Tornstam, 1997, 1999, 2003).

A teoria da gerotranscendência apresenta aspectos positivos presentes em idosos muitos velhos, ou como Baltes e Smith (2004) denominaram, idosos da quarta idade, sem negar a presença da dependência e dificuldades físicas resultantes do processo de envelhecer. Tornstam (1997) faz uma releitura e uma reinterpretação da teoria do desapego, afirmando que o desapego na terceira idade descrito pelos gerontologistas como um aspecto negativo da velhice é, muitas vezes, um desenvolvimento positivo rumo à gerotranscendência (Bruyneel, Marcoen & Soenens, 2005).

Apesar de ser uma teoria recente, introduzida na década de 80 do século passado, ela possui vários estudos qualitativos e quantitativos que provêm descrições detalhadas das mudanças ocorridas nessa fase da velhice que levam à gerotranscendência. Porém, ela se foca apenas nos indivíduos que não desenvolveram nenhuma psicopatologia, não trazendo referências à possibilidade de se atingir a gerotranscendência ou aspectos dela mesmo com a presença de alguma doença mental.

A teoria de Erikson consegue trazer uma visão globalizante do que é o ciclo de vida. Cada crise surge em resposta a uma demanda psíquica e uma demanda psicossocial. Assim, esse autor faz um entrelaçamento dos mundos interior e exterior do indivíduo e suas influências em cada etapa do desenvolvimento. Nas duas últimas etapas que correspondem à fase da velhice, o ambiente social se faz ainda mais preponderante no auxílio à superação dos elementos distônicos. Erikson (1982/1998) afirma que “a falta de um ideal culturalmente viável da velhice, faz com que nossa civilização não tenha realmente onde ancorar um conceito de totalidade da vida” (p. 114). Na medida em que a sociedade não consegue valorizar o idoso e lhe proporcionar um ambiente saudável e motivador, todos perdem, pois precisamos ter um senso de completude e totalidade da vida. Esse senso só é possível quando

começarmos a valorizar todas as fases da vida, do início ao fim, e encararmos cada uma delas como sendo a melhor idade.

Outra perspectiva que também concebe o desenvolvimento humano como um processo contínuo, com seus ganhos e perdas em todas as etapas, é a perspectiva da Psicologia do *Lifespan*, ou do desenvolvimento ao longo de toda a vida, desenvolvida por Paul Baltes e seus colaboradores.

2.4. Psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan psychology*)

A partir da década de 1970, temos a perspectiva do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*) desenvolvida por Paul Baltes (1939-2006) e colaboradores. Segundo essa perspectiva, três tipos de influências atuam sobre o indivíduo ao longo do seu desenvolvimento (Neri, 1995, 2006). São elas:

- Influências normativas graduadas por idade ou ontogenéticas: eventos que tendem a ocorrer na mesma época e com a mesma duração para a maioria dos indivíduos de uma dada sociedade ou subcultura (p. ex., infância, adolescência, primeira menstruação, casamento etc.).
- Influências normativas graduadas por história: eventos macroestruturais vividos pelos indivíduos de uma dada unidade cultural que dão origem a mudanças biossociais que atingem grupos etários inteiros (guerras, crises econômicas, violência, surgimento de novas tecnologias).
- Influências não-normativas: são idiossincráticas, podendo ser de caráter biológico ou societal; não atingem todos os indivíduos de um grupo etário ao mesmo tempo; sua época de ocorrência é imprevisível; interrompem a seqüência e o ritmo do curso de vida esperado; geram condições de incerteza e desafio (perder o emprego, divorciar-se, ganhar na loteria, adoecer gravemente, receber uma oferta de emprego súbita e tentadora).

Tendo em vista essas influências, o desenvolvimento dentro desta perspectiva é concebido a partir do que é comum a todos os membros de determinada sociedade, mas também a partir do que é individual. Assim, Baltes e Baltes (1990), principais teóricos dessa perspectiva, ao estudarem sobre o envelhecimento sugerem sete proposições sobre a natureza do envelhecer humano a partir de um ponto de vista psicológico.

Proposição 1: Há diferenças importantes entre o envelhecimento normal, ótimo e doentio (patológico): o envelhecimento normal diz respeito ao envelhecimento sem patologias mentais ou biológicas; o envelhecimento ótimo se refere a um tipo de utopia, ou seja, um

envelhecimento sob condições ambientais favoráveis e que proporcionem melhorias no desenvolvimento do indivíduo; e o envelhecimento patológico caracteriza um processo de envelhecer com a presença de patologias.

Proposição 2: Há muita heterogeneidade no envelhecimento: o envelhecimento é caracterizado por ampla variabilidade em nível, medida e direção das mudanças, além de ser um processo muito individual e possuir diversas diferenças inter-individuais quanto a aspectos mentais, comportamentais e sociais.

Proposição 3: Há muita reserva latente: muitos estudos sugerem que os mecanismos do sistema cognitivo continuam a funcionar na velhice da mesma forma como nas fases anteriores da vida, apesar de experimentar perdas próprias dessa fase. Sendo assim, idosos possuem capacidade de reservas cognitivas que são o potencial do indivíduo para o máximo desempenho em atividades do cotidiano e aquisição de novos conhecimentos (Staudinger, Marsiske & Baltes, 1995). Isso pode gerar mudanças positivas na velhice como menos necessidade de domínio, geratividade social, e integridade emocional. Quando inseridos em ambientes sociais e condições favoráveis de saúde, muitos idosos continuam a ter o potencial para funcionar em elevados níveis e para adquirir novos domínios de conhecimento associados à inteligência prática ou níveis avançados de funcionamento social e da personalidade.

Proposição 4: Há perdas na velhice próximas aos limites da reserva: apesar da existência de reservas durante a velhice, diminuição e perdas dessas reservas são evidenciadas nos comportamentos em que são exigidos níveis de funcionamento cognitivo além dos limites disponíveis.

Proposição 5: O conhecimento prático e a tecnologia podem compensar o declínio dos mecanismos cognitivos ligados à velhice. O conhecimento prático adquirido ao longo da vida a partir de experiências próprias ou oferecido pelo ambiente cultural, e as tecnologias disponíveis (aparelhos auditivos, cirurgias, tratamentos médicos e psicológicos) podem auxiliar o idoso a compensar o declínio cognitivo próprio do envelhecimento.

Proposição 6: Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas se torna menos positivo: O desenvolvimento em qualquer etapa da vida reflete uma interação dinâmica entre ganhos e perdas, sendo que na velhice há uma crescente oscilação menos positiva devido à redução do campo de capacidade de reserva motivacional e cognitiva. Assim, as obrigações cotidianas excedem mais facilmente os limites de capacidade de reserva.

Proposição 7: O self permanece resiliente na velhice. Apesar da imagem estereotipada que

muitas vezes se tem sobre o velho e que afirma que ele possui um ponto de vista menos positivo sobre si mesmo e que possui pouca eficácia no controle da própria vida, pesquisas têm mostrado que isso não é verdade. Em estudos sobre a capacidade de resiliência do *self* em idosos demonstraram que eles possuem grande eficácia no ajustamento a diversas situações da vida. Outro fator que contribui para essa elasticidade do *self* é a mudança em objetivos e níveis de aspirações na vida, além do processo de comparação social e a tendência do idoso em se comparar com outras pessoas que estão em situações similares que a dele.

A partir dessas proposições, Baltes e Baltes (1990) estabelecem estratégias para um envelhecimento bem-sucedido. Esses autores afirmam que é desejável o engajamento por um estilo de vida saudável a fim de reduzir a probabilidade de condições patológicas na velhice. O fortalecimento das capacidades cognitivas dos indivíduos através da educação, motivação e atividades relacionadas à saúde assim como a formação e manutenção de redes sociais de apoio são muito importantes na construção de um envelhecimento bem-sucedido.

Outro princípio é o de que devido à diminuição na capacidade adaptativa, particularmente da capacidade de reserva cognitiva, pessoas idosas terão especial necessidade de apoios compensatórios. Dessa forma, o estabelecimento de ambientes favoráveis que provêm melhorias nas condições desenvolvimentais, e que exijam menos das capacidades de reserva cognitiva do indivíduo, são muito importantes para a construção de um envelhecimento bem-sucedido.

Além disso, a mudança no equilíbrio da relação ganhos e perdas e a contínua resiliência do *self* sugerem levar-se em consideração a elaboração de estratégias para facilitar o ajustamento do idoso à realidade objetiva sem perda de si mesmo. A grande questão será a de dar assistência aos indivíduos para a aquisição de estratégias eficazes envolvendo as mudanças nas aspirações, nos desejos e na gama de objetivos. Para tanto, Baltes e colaboradores propuseram o princípio da otimização seletiva com compensação como processo de adaptação a mudanças ocorridas ao longo da vida que será apresentada no próximo capítulo.

Outro aspecto importante a ser estudado, é a dimensão subjetiva do idoso e suas nuances. O processo de envelhecer necessita ser entendido também a partir da voz e da visão do próprio indivíduo. Compreender como este vivencia seu envelhecimento a partir de sua subjetividade é importante para que os aspectos pessoais da velhice sejam levados em consideração.

2.5. Envelhecimento e subjetividade

Ao se pensar a velhice, é importante levar em consideração a dimensão subjetiva do indivíduo que envelhece. Lígia Py (2004) analisa o envelhecimento a partir da subjetividade do corpo que carrega a historicidade do sujeito. Apesar de o envelhecimento acontecer em um contexto social comum a muitas outras pessoas, este é também marcado pelas vivências e identificações específicas de cada indivíduo.

As ciências biológicas e a Psicologia refletem de forma diferente sobre o corpo humano. Enquanto a Biologia objetiva o corpo humano e o envelhecimento como simplesmente a etapa de decadência das funções celulares e maior suscetibilidade a doenças e à fragilidade, a Psicologia vê o “corpo subjetivado nas instâncias do imaginário que o faz eterno” (Py, 2004, p. 111). O corpo é, então, constituído para além da percepção objetiva. A abstração que o indivíduo faz do seu corpo, a imagem corporal internalizada, a cadeia de significações construída ao longo da vida são alguns dos fatores que constituem esse imaginário corporal. Portanto, se levarmos em consideração apenas a dimensão objetiva do corpo, a subjetividade humana é desprezada. O aniquilamento da subjetividade do indivíduo pode causar efeitos graves na vida psíquica dos idosos, como respostas depressivas e persecutórias ou o aumento do grau de ansiedade frente ao mundo que os despreza enquanto sujeitos que envelhecem.

É nessa dimensão subjetiva que o indivíduo se apresenta ao mundo, fala de si e representa sua história que é marcada pelo sentido de existência obtido da articulação e associação dos acontecimentos da vida. Sendo também uma criação social, a subjetividade absorve as significações e representações que o ambiente psicossocial utiliza para marcar os velhos. Quando o idoso se vê inserido em um contexto social onde tudo o que é velho é descartável e inútil, e onde o novo e o jovem são sempre valorizados e almejados, pode acabar por se identificar com esse estereótipo. Nesse contexto, o corpo do idoso que carrega marcas dos anos vividos e sofridos passa a ser percebido através de um olhar permeado de significações e conotações negativas. Portanto, ao se falar em subjetividade da velhice, é necessário re-significar o corpo do idoso e reintegrá-lo à vida (Py, 2004).

Outra questão que se torna marcante e muito relevante durante a velhice são os lutos a serem elaborados. Entre estes estão o luto pelo corpo que perde o vigor e o padrão de beleza da juventude, o que não quer dizer que deixa de ser belo; luto pela perda da capacidade laborativa, visto que existe a aposentadoria; luto pelas pessoas próximas a ele e da sua geração que morrem. A elaboração dessas perdas vai exigir, então, do idoso, a aquisição de novas significações e o redirecionamento dos afetos depositados nesses vínculos que se desfizeram. Isso tem como objetivo propiciar a formação de uma nova imagem corporal e

aceitação de um novo corpo com necessidades e limitações próprias da velhice; a dedicação a novas atividades que possam substituir a atividade laborativa; a vinculação a novas pessoas e novas amizades; e a reflexão sobre a própria existência e ao rearranjo psíquico que possa lhe proporcionar o vislumbamento de perspectivas futuras (Py, 2004; Py & Trein, 2006).

Py reafirma a necessidade de se olhar a velhice a partir de um ponto de vista holístico, e pensar as elaborações psíquicas do idoso dentro do decurso total da vida. A autora afirma que “é na história inteira de cada um que são engendrados os conteúdos apavorantes ou tranquilizadores presentes no envelhecimento” (2004, pp. 125-6). Portanto, a forma como o indivíduo vivencia a sua velhice está em acordo com o que construiu e vivenciou durante toda a sua história de vida. Tal como aponta Messy (1999): “Envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior. Trata-se de uma noção de equilíbrio entre essas duas noções” (p.22).

A partir das perspectivas apresentadas neste capítulo, trataremos a seguir sobre a qualidade de vida na velhice. Destarte, primeiramente serão apresentadas as definições de qualidade de vida e os aspectos que a compõe, sucedidas pela concepção de envelhecimento bem-sucedido sob a ótica da Psicologia do *lifespan* e de envolvimento vital na velhice desenvolvida por Erikson e colaboradores. Outrossim, algumas psicopatologias que podem surgir durante o envelhecimento também serão tratadas no final desse próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

Qualidade de Vida na Velhice

*A vida é uns deveres que nós
trouxemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são 6 horas:
Há tempo...
Quando se vê, já é 6ª feira...
Quando se vê, passaram 60 anos...
Agora, é tarde demais para ser reprovado...
E se me dessem – um dia – uma
outra oportunidade,
Eu nem olhava o relógio
Seguia sempre, sempre em frente...
E iria jogando pelo caminho a casca
dourada e inútil das horas.*

Mario Quintana

*E de tudo fica um pouco.
Oh abre os vidros de loção
e abafa
o insuportável mau cheiro da memória.*

Carlos Drummond de Andrade

Muito se tem dito sobre qualidade de vida. Apesar de ser um conceito relativamente recente, tem estado presente em todos os segmentos da sociedade. Seja nas propagandas sobre novos condomínios e residenciais, novos produtos da indústria alimentícia, clínicas de estética, seja no setor de recursos humanos de empresas, seja nas discussões sobre políticas públicas. Apesar de o termo *qualidade de vida* aparecer constantemente no discurso cotidiano, nem sempre há referências sobre o que vem a ser e como promovê-la. Na área da saúde coletiva e políticas públicas, práticas assistenciais dos serviços de saúde, acompanhamento da sobrevivência de pacientes com doenças crônicas, entre outros, o termo é muito empregado, mas com pouco ou nenhum significado, pois, mesmo nos estudos e pesquisas acadêmicos, não há consenso na definição de qualidade de vida por ser um conceito abrangente e subjetivo (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Rolin & Forti, 2006; Seidl & Zannon, 2004).

Desse modo, o conceito de qualidade de vida é uma noção polissêmica que varia de acordo com o momento histórico e o lugar sócio-cultural ocupado pelo indivíduo. Pressupõe, igualmente, a capacidade individual em sintetizar os aspectos culturais que envolvem os

padrões de conforto e bem-estar além do grau de satisfação experimentado em sua vida social, amorosa, familiar e ambiental. É, portanto, um conceito que carrega uma relatividade cultural e individual (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

Para se formular um conceito fidedigno à sua cultura de origem, três parâmetros precisam ser levados em consideração: o tempo histórico; a especificidade cultural, pois a hierarquização dos valores e necessidades varia de cultura para cultura; e a classe social. Além disso, a fase da vida em que se situa o indivíduo igualmente influencia sua percepção do que compõe a qualidade de vida (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Rolin & Forti, 2006).

Portanto, a definição do que é a qualidade de vida tem mudado no decorrer dos anos. Na década de 1970 foi definida como “a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados” (Seidl & Zannon, 2004, p. 582). Nos anos de 1980, o termo apareceu envolvendo diferentes dimensões e resultante das condições de vida social, biológica e cultural, e das relações estabelecidas pelo indivíduo, mediante o trabalho, com os outros e com a natureza (Paim, 1986). Nessa década iniciaram-se estudos empíricos na tentativa de validação das dimensões e indicadores da qualidade de vida. Já nos anos 90, parece ter início um consenso de que a qualidade de vida envolve aspectos subjetivos e é multidimensional (Seidl & Zannon, 2004).

3.1. Conceituação de qualidade de vida

Apesar da polissemia inerente ao termo *qualidade de vida*, alguns parâmetros conceituais serão apresentados de forma a tentar clarificar o que vem a ser esse conceito. Existem duas tendências atuais quanto à conceituação e, conseqüentemente, à elaboração de medidas de qualidade de vida (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Seidl & Zannon, 2004). A primeira envolve um conceito mais genérico, pois não se atém a especificidades como as que envolvem o padrão econômico ou médico. Dentro desta categoria temos a definição do grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS) responsável pelos estudos e pesquisas em qualidade de vida, o WHOQOL-group (World Health Organization Quality of Life Group).

O WHOQOL-group postula que a qualidade de vida está especialmente relacionada com bem-estar, sentimentos positivos e saúde (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006) e possui três domínios: o psicológico, o físico e o social, e cada um desses domínios possui níveis intermediários de organização, chamados de facetas (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD-Group, 2005). Para esse grupo, a qualidade de vida é

a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos

sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (...) e afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relação com as características saliente do seu ambiente (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Além disso, a forma como o indivíduo percebe e avalia sua qualidade de vida vai depender do seu contexto sócio-cultural, da etapa de vida em que se encontra e da sua história de vida.

Outra definição genérica foi dada por Rufino Neto (1994 conforme citado por Minayo, Hartz & Buss, 2000). Este autor afirma que qualidade de vida boa ou excelente é “aquela que oferece o mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes” (Minayo, Hartz & Buss, 2000, p. 8).

Portanto, a qualidade de vida não é refletida em termos de presença ou ausência de doença, mas em termos do desenvolvimento das potencialidades ou capacidades do indivíduo no contexto em que está inserido. Além disso, reflete, também, a percepção individual das necessidades que estão sendo satisfeitas e as oportunidades que lhe estão sendo negadas (Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006).

As definições genéricas deram origem instrumentos de avaliação da qualidade de vida com ampla aceitação como: WHOQOL-100, WHOQOL-Brief (forma abreviada), WHOQOL-OLD (para avaliação da população idosa), Escala Flanagan, Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey e o Sickness Impact Profile (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006; Seidl & Zannon, 2004; Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

A segunda tendência atual de definição do termo em questão envolve um conceito mais específico. A mais comumente encontrada e difundida é a que se atém a conceitos médicos como saúde, doença e intervenções em saúde. A Qualidade de Vida Ligada à Saúde – QVLS pode ser influenciada por três correntes de pensamento: o funcionalismo, que define um estado normal de execução de atividades para determinada idade; a teoria do bem-estar, que envolve as reações subjetivas perante eventos traumáticos da vida de forma a minimizar o sofrimento; e a teoria da utilidade, que pressupõe a escolha do sujeito ao se comparar um estado de saúde e outro. Embora os instrumentos de avaliação da QVLS tentem manter a amplitude e multidimensionalidade da qualidade de vida, a tendência é focalizar os sintomas, incapacidades e limitações resultantes de doenças (Seidl & Zannon, 2004; Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Apesar da ampla aceitação da avaliação da QVLS e de suas contribuições para a

compreensão de fenômenos ligados à eventos traumáticos, por exemplo, é necessário ter em mente algumas questões. A qualidade de vida envolve não apenas setores da vida, como saúde e doença, pois a vida não se resume à presença ou ausência destas. Existem vários componentes que irão contribuir para a avaliação da qualidade de vida, como: experiências vividas ao longo da vida, relacionamentos familiares e sociais, saúde física e mental, posição do indivíduo na constelação familiar, entre outros. Além disso, a utilização de instrumentos para a avaliação dessa qualidade de vida necessita ser utilizado de maneira criteriosa de forma a levar em consideração aspectos da subjetividade do indivíduo. Não se pode negar que mesmo o instrumento mais rigoroso e criterioso seja isento de influências da individualidade de quem está sendo avaliado.

De acordo com Pereira e cols. (2006), a qualidade de vida deve ser avaliada em três níveis: o da satisfação geral do indivíduo com a vida e sua percepção de bem-estar; o dos domínios da qualidade de vida separadamente, isto é, se em cada domínio o indivíduo vivencia satisfação; e o nível das facetas de cada domínio. Portanto, apesar de ser um conceito global e abrangente, a análise qualitativa da qualidade de vida é imprescindível, pois ela varia individualmente e mesmo entre as diversas fases do desenvolvimento (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2006). Igualmente, uma velhice bem-sucedida e uma velhice patológica vão depender da história de desenvolvimento que é marcada por diversos fatores: genético-biológicos, psicológicos e socioculturais, controláveis e não-controláveis pelo indivíduo e seu meio psicossocial (Paschoal, 2006).

3.2. Qualidade de vida na velhice

Pensar em qualidade de vida na velhice requer questionar estereótipos e preconceitos sociais que associam velhice e doença e que muitas vezes não conseguem vislumbrar a velhice como uma fase da vida em que ocorre bem-estar físico, psicológico e social (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). Neri, Born, Grespan, e Medeiros (2006) apontam algumas distorções cognitivas que, muitas vezes, permeiam o contexto sócio-cultural e suas relações com os idosos. Essas distorções impedem, freqüentemente, que a velhice seja vista como de fato é, com seus ganhos e perdas: *supergeneralização*, a crença de que a velhice é sinônimo de doença; *supersimplificação*, onde o envelhecimento é visto como um processo homogêneo; *reducionismo* que elege os a ciência médica como a única que explica o envelhecimento de forma satisfatória.

A gerontologia vem tentando combater essa visão da saúde e da velhice. Pesquisas vêm sendo realizadas tendo como objetivo mostrar a velhice como parte integrante de um

continuum da vida, e que condições genéticas, ambientais e comportamentais, além de fatores intrínsecos, situacionais e da história de vida influenciam de forma positiva ou negativa o envelhecimento (Paschoal, 2006; Neri, Born, Grespan & Medeiros, 2006).

Em estudos multicêntricos para a validação do instrumento de avaliação da qualidade de vida em idosos do grupo WHOQOL, mostrou que os idosos relatam, quando comparados com indivíduos adultos, uma maior satisfação em facetas relacionadas com suporte social, relacionamentos familiares, finanças, alguns aspectos do seu ambiente em casa, além de relatarem uma melhor saúde psicológica, o que contradiz muitos dos estereótipos sociais gerados pela biomedicalização (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD-Group, 2005). Outras mudanças observadas foram na faceta que envolve a imagem corporal e aparência em que os idosos enfatizam as mudanças ocorridas no corpo e valorizam o seu bom funcionamento em detrimento da aparência; em relação à capacidade para o trabalho, os idosos enfatizaram a ocupação do tempo com atividades úteis e prazerosas, entre outras (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Outros estudos, como o de Blane, Higgs, Hyde e Wiggins (2004) e o de Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy e Moriguchi (2003) estabelecem os seguintes domínios para a avaliação da qualidade de vida nos idosos: controle, autonomia, auto-realização e prazer. Assim, para esses autores, a qualidade de vida envolve controle da ambiente, autonomia para realizar o que desejar, ter auto-realização a partir de objetivos alcançados, e ter atividades que proporcionem prazer. Fatores como o aumento da expectativa de vida, a ausência de responsabilidade em ter que formar uma família, a aposentadoria, e a ausência de dependência física são os grandes colaboradores para que o idoso usufrua de uma qualidade de vida. Esses autores associam eventos da história de vida como a não-elaboração de perdas antigas; privações materiais e psicossociais na infância; altos índices de stress no ambiente de trabalho; o contato com a família; suporte financeiro razoável, como fatores que necessitam ser levados em consideração ao se avaliar a qualidade de vida do idoso. Na visão desses autores, a trajetória de vida possui um papel importante na forma como o indivíduo vai viver sua velhice, além de fatores presentes na velhice como situação financeira, dependência física e saúde.

O que se questiona em avaliações da qualidade de vida que englobam os domínios acima, é que idosos que se encontram em situações de dependência e estejam tolhidos em sua autonomia não gozam de boa qualidade de vida. Além disso, privações na infância e pouco suporte financeiro podem não ser preponderantes para que o idoso usufrua de qualidade de vida. Apesar de dependentes, muitos idosos podem construir um envelhecimento bem-sucedido, pois “lidar e enfrentar os eventos produtores de dependência; incorporar a

dependência, aceitá-la e se adaptar a ela quando e onde necessário – e evitá-la quando desnecessária – é parte integral do envelhecimento bem-sucedido” (Margret Baltes, 1996, p. 23). Da mesma forma, situações de privação e baixas condições financeiras também podem ser enfrentadas e superadas.

Uma pesquisa realizada por Pereira e cols. (2006) mostra a importância do ambiente físico e da capacidade funcional na qualidade de vida global dos idosos. Ambientes inseguros que não motivem o idoso em sua independência são agravantes da qualidade de vida, podem aumentar o isolamento social e facilitar o desencadeamento de processos depressivos. Além disso, a capacidade funcional também exerce grande influência na habilidade do indivíduo em usufruir de um bem-estar físico e psicológico, pois a possibilidade e a oportunidade de produzir algo podem elevar a auto-estima e, também, contribuir para a participação social do idoso.

Portanto, analisar a qualidade de vida na velhice requer ir além do já estabelecido como geral e comumente encontrado em indivíduos adultos. Dar voz ao idoso e ao que ele percebe como importante para a sua qualidade de vida é de extrema importância, pois como já foi dito anteriormente, além da variabilidade individual, há também a variação em cada etapa da vida (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003; Minayo, 2007).

Diante do fato de que o desenvolvimento é um processo contínuo e de que a velhice não é sinônima de estagnação, Baltes e colaboradores se dedicaram ao estudo do envelhecimento bem-sucedido. Dentro dessa perspectiva, eles trazem um modelo de adaptação baseado no princípio da otimização seletiva com compensação que será discutido a seguir.

3.3. Um modelo de envelhecimento bem-sucedido

O desenvolvimento ontogenético do indivíduo, ou seja, o seu desenvolvimento desde a fertilização até a morte, é pautado em três objetivos (Neri, 2006; Baltes & Baltes, 1990):

- ✓ Crescimento, que se caracteriza pela busca por altos índices de funcionamento psíquico e capacidade adaptativa;
- ✓ Manutenção: do adquirido pelo crescimento, da estabilidade dos níveis de funcionamento em face de novos desafios do ambiente ou perdas, e inclui a resiliência;
- ✓ Regulação ou manejo das perdas decorrentes de mudanças internas e/ou externas e que acarreta o funcionamento psíquico em níveis mais baixos.

Enquanto a distribuição de recursos disponíveis para o crescimento decresce com a idade, há maiores investimentos na manutenção do que foi conquistado pelo crescimento, e na

regulação das perdas (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). Esses recursos disponíveis podem ser oriundos de fontes internas, como por exemplo, a inteligência e os substratos neurológicos, e de fontes externas, como a educação. A distribuição e redistribuição de recursos só é possível devido à plasticidade comportamental que permite o indivíduo se adaptar frente a mudanças internas e externas (Neri, 2006).

Tendo em mente o desenvolvimento ontogenético e a plasticidade comportamental, Baltes e colaboradores propuseram um modelo de otimização seletiva com compensação (SOC – seleção, otimização e compensação). A partir desse modelo, Baltes e colaboradores procuraram estabelecer como os indivíduos, em qualquer fase da vida, podem “efetivamente manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem em oportunidades e em restrições para os seus níveis e trajetórias de desenvolvimento” (Neri, 2006, p. 68). Para esses autores, um desenvolvimento bem-sucedido é aquele que consegue articular de forma satisfatória, durante todas as etapas de desenvolvimento, a maximização de ganhos – objetivos e resultados desejáveis, como funcionamento físico, capacidade de memória, bem-estar subjetivo; e a minimização das perdas – objetivos e resultados indesejáveis, como perda de habilidades sensoriais, pois nenhuma fase da vida é marcada apenas por ganhos ou perdas. Esses objetivos e resultados são condicionados culturalmente e por fatores pessoais como a etapa que o indivíduo se encontra no desenvolvimento, sendo, portanto, determinados psicossocialmente (Baltes, 1987).

Tendo como pressuposto a concepção de que o curso da vida consiste em uma constante mudança nos objetivos e meios para alcançá-los, e a fim de orquestrar todas as demandas e pressões, o indivíduo lança mão do processo de SOC (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 2000; Baltes & Smith, 2004; Neri, 2006). A *seleção* envolve a identificação dos objetivos a serem alcançados que variam a cada etapa da vida, e o estreitamento das potencialidades a fim de buscar o resultado desejado. Esses objetivos ou resultados abrangem a conquista de um melhor funcionamento psíquico, e podem ser exemplificados pela necessidade de aprender novos comportamentos, ou adquirir novas habilidades sociais ou artísticas. A seleção também pode ser orientada para a recuperação de perdas de determinadas capacidades e vai requerer do indivíduo o remanejamento de prioridades e metas.

A *otimização* abrange a aquisição ou articulação de meios, internos ou externos, a fim de viabilizar a conquista dos alvos estabelecidos, e buscar contextos que melhor se adaptam ou favorecem a obtenção desses resultados. Isso implica na distribuição e redistribuição dos recursos internos e externos para que a aquisição do que foi selecionado se torne realidade. O indivíduo, então, poderá lançar mão de recursos da educação e do suporte social, por

exemplo, em direção à sua saúde, habilidade sociais, entre outros.

A *compensação* se constitui na reação à perda dos meios obtidos pela otimização para a conquista dos objetivos idealizados, seja devido à perda das fontes disponíveis, a mudanças nos contextos adaptativos ou ao reajuste das estruturas dos objetivos. Lançar mão da compensação envolve o recrutamento de novas maneiras para atingir o mesmo objetivo. Assim, ao se deparar, por exemplo, com dificuldades em memorização, o indivíduo pode lançar mão de deixas ao dar uma palestra, ou utilizar de bilhetes afixados em lugares estratégicos para se lembrar de compromissos.

Os resultados obtidos ao final do processo de SOC são: maximização dos ganhos objetivos e subjetivos, minimização das perdas, desenvolvimento bem-sucedido como consequência de objetivos importantes alcançados, manutenção de funções adquiridas incluindo resiliência, e regulação das perdas. As estratégias de seleção, otimização e compensação são utilizadas a cada mudança ocorrida no curso de vida do indivíduo, seja em decorrência de influências normativas graduadas por idade, pela história ou não-normativas. A maneira pela qual esses três componentes de adaptação serão desenvolvidos dependerá das circunstâncias pessoais e sociais específicas que o indivíduo enfrentará e produzirá enquanto se desenvolve (Baltes & Baltes, 1990).

Um exemplo citado por Baltes e Smith (2004) do processo de SOC vem das entrevistas do pianista octogenário Arthur Rubinstein. Ao lhe perguntarem como ele ainda conseguia continuar sendo um excelente pianista e concertista, ele enumerou três razões: ele tocava menos peças (seleção), mas as praticava com mais afinco (otimização) e aumentava o contraste do tempo da música, diminuindo o ritmo momentos antes das partes mais difíceis de maneira a esconder sua perda na habilidade em movimentos rápidos com os dedos (compensação).

Apesar de ser um processo adaptativo que ocorre por toda a vida, durante o envelhecimento os processos de otimização e compensação se tornam mais evidentes. Assim, tanto o indivíduo quanto o seu ambiente social necessitam estar engajados na busca por recursos que facilitem os processos de otimização e de compensação. Como já foi destacado anteriormente, o engajamento por um estilo de vida saudável, o encorajamento de flexibilidades individuais e sociais, a elaboração e manutenção de protetores sociais, como ambientes que valorizem o idoso são formas de auxiliar o idoso a compensar as perdas enfrentadas na velhice. O fortalecimento do indivíduo através de atividades educacionais, motivacionais e ligadas à saúde também corroboram para que o indivíduo, ao entrar na fase de envelhecimento, tenha ferramentas para fazer dela uma fase bem vivida (Baltes & Baltes,

1990). Portanto, a possibilidade de experimentar um envelhecimento bem-sucedido depende tanto do indivíduo quanto do seu ambiente social, e de todo o seu curso de vida.

A arte da vida na velhice consiste em uma busca criativa por um novo território, muitas vezes menor, mas que esteja cheio de uma intensidade semelhante à experimentada no passado. O mesmo é verdadeiro para o ambiente cultural. Ambientes culturais que ofereçam aos idosos caminhos para seleção, otimização e compensação são as culturas que melhor ajudarão na maximização dos ganhos na velhice (Baltes & Smith, 2004, p. 137).

Portanto, envelhecer bem dependerá da construção realizada pelo indivíduo em conjunto com seu ambiente social durante seu percurso de vida. As oportunidades de usufruir de condições apropriadas de educação, urbanização, saúde, moradia e trabalho durante toda a sua trajetória de vida são muito relevantes para que o sujeito possa envelhecer bem (Neri, 1995). Associadas a essas condições ambientais, recursos internos como o aproveitamento de oportunidades de crescimento, o engajamento pessoal para a construção de uma boa velhice, capacidade de manutenção de vínculos familiares e sociais, entre outros, também têm muita contribuição para a estruturação de um envelhecimento bem-sucedido.

Por ser de uma tradição cognitivista, Baltes e seus colaboradores enfatizam os processos cognitivos importantes e necessários para experimentar um envelhecimento bem-sucedido com qualidade de vida. Procurando ampliar a visão do que vem a ser uma velhice com qualidade de vida, discute-se a seguir a forma como Erikson e colaboradores entendem o envelhecimento bem-sucedido.

3.4. Envolvimento vital na velhice

Para Erikson, desfrutar de uma velhice saudável, com qualidade de vida e com envolvimento vital vai depender de fatores intrínsecos à história de vida do indivíduo e do suporte social que ele possui. Esse autor ressalta a importância de durante o ciclo vital, o indivíduo antecipar e planejar seu futuro como uma forma de preparação para os anos de vida que ainda virão, pois na velhice o futuro se torna cada vez mais incerto (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986). Assim, existem alguns fatores preponderantes e resultantes de cada etapa do ciclo de vida que irão contribuir para que o processo de envelhecimento aconteça da melhor forma possível.

As últimas etapas do ciclo vital (oitava e nona) envolvem a retomada dos elementos sintônicos e distônicos das etapas anteriores com o objetivo de integrar as formas maduras das forças psicossociais resultantes das crises resolvidas durante o ciclo de vida com um

abrangente senso de sabedoria. Assim, o idoso é desafiado a se inspirar em seu percurso vital e extrair dali os componentes que precisa para enfrentar a finitude da vida. É necessário e vital aceitar a inalterabilidade do passado e o enigma do futuro, reconhecer erros e omissões passados, e contrabalancear o conseqüente desespero com o senso de integridade. Não é tarefa fácil, principalmente quando o indivíduo não teve um ambiente psicossocial adequado e saudável durante a sua vida. Porém, para Erikson nunca é tarde demais, pois o sujeito sempre tem a oportunidade de retomar crises não resolvidas e adquirir a força psicossocial perdida (Erikson e cols., 1986; Erikson, 1982/1998; Novo, 2003).

A entrada na velhice desencadeia o reaparecimento de conflitos psicossociais passados, resolvidos ou não, e que vai demandar do idoso um processo de conciliação entre os elementos sintônicos e distônicos a fim de alcançar as duas últimas forças psicossociais: a sabedoria e a gerotranscendência. A conciliação entre a geratividade e a estagnação vai exigir do idoso a revisão dos seus próprios anos de responsabilidade ativa na criação de seus filhos, além da retomada de experiências de cuidado em relação à geração de seus pais. Assim, a frustração e o arrependimento pelo abandono de projetos de estudos e carreira em função do casamento e dos filhos, muitas vezes é substituída pelo orgulho em ver as conquistas dos próprios filhos e netos. Alguns idosos conseguem, após a aposentadoria e a saída dos filhos de casa, voltar a investir em seus talentos e projetos abandonados, mas devidamente adaptados para a fase atual da vida. O relacionamento com os netos também pode oferecer ao idoso uma segunda oportunidade de geratividade e cuidado, e a possibilidade de ser lembrado pelos netos após a morte (Erikson e cols., 1986). O vislumbre de poder dar algo para a posteridade e deixar sua marca na história auxiliam o sujeito a enfrentar o desespero da última etapa e a se sentir como parte integrante da própria dimensão histórica da vida (Tornstam, 2003; Erikson, 1982/1998).

Com a aposentadoria e a saída dos filhos, o idoso necessita continuar mantendo o senso de geratividade, realização e competência conquistados na infância e que perduraram durante anos em sua vida. Para tanto, é necessário se envolver com novos aprendizados e atividades que se ampliem sobre o já conquistado e ajudem na transformação de interesses latentes em novas capacidades manifestas. A participação em novos desafios e projetos contribui para o envolvimento vital do idoso, assim como reascende a força psicossocial da competência.

A possibilidade iminente da morte e a perda do cônjuge ou de amigos de longa data retomam o conflito entre intimidade e isolamento. Dessa forma, manter o senso de mutualidade e companheirismo se torna algo doloroso e difícil, pois a intimidade desfrutada com o companheiro participa de todas as facetas do senso de integridade pessoal. Destarte, em

muitos casos, perder o parceiro é para o sujeito, como ter perdido parte de si mesmo, e a morte de amigos de longa data significa a perda daqueles que foram testemunhas da sua existência, que construíram e mudaram juntos a realidade circundante e se constituíram como cúmplices de um existir (Jerusalinsky, 2001; Erikson e cols., 1986). Todavia, a viuvez pode possibilitar ao idoso o investimento em si mesmo, pois muitas vezes o casamento foi sinônimo de renúncia e sofrimento, mais do que anos de felicidade e realização. Assim, alguns indivíduos encontram o senso de intimidade e mutualidade que não experimentaram no casamento na dedicação ao bem-estar de outras pessoas, e no envolvimento nas atividades da comunidade da qual participa.

Além da perda de pessoas queridas, outro fator que colabora para o aumento do isolamento é a diminuição natural da energia vital e conseqüente arrefecimento ou abandono de atividades e do senso de determinação presentes anteriormente. No entanto, se o senso de propósito e iniciativa tiverem sido desenvolvidos e estimulados durante toda a vida, eles continuaram presentes na velhice também. É necessário encontrar um acordo entre a necessidade de produção, realização e determinação com as exigências da velhice de diminuição das atividades e de revisão da própria vida. Destarte, a necessidade de selecionar as atividades que almeja participar e os relacionamentos íntimos de amizade que deseja manter ou iniciar, torna-se mais presente na vida do idoso, o que pode ser uma contribuição grandiosa na conquista pela gerotranscendência (Erikson e cols., 1986; Joan Erikson, 1998; Verbraak, 2000). Saber o que é preciso deixar e abandonar, e o que é necessário manter, fazem parte do envolvimento vital desejável nessas etapas do ciclo vital.

Igualmente importante para o envolvimento vital na velhice é o acordo entre a identidade e a confusão da identidade. É necessário reavaliar o próprio senso de identidade e, conseqüentemente, rever e reconhecer os erros e omissões cometidos, encarar as chances perdidas e as oportunidades desperdiçadas. Se sentir confortável com sua própria identidade e ter convicção de que fez o que deveria ter feito, conduzem ao prazer da auto-confirmação. Mesmo aquelas pessoas que se desapontaram consigo mesmas podem se identificar com o sucesso dos filhos e netos nas áreas em que falharam e reafirmar sua identidade a partir dessa identificação. Além disso, o questionamento sobre os próprios valores e princípios concorre para gerar um fortalecimento da identidade do idoso, principalmente quando o idoso identifica nas gerações posteriores princípios ensinados por ele. A reformulação de valores antigos e a readequação deles com novos valores também são importantes para a integração do senso de identidade (Erikson e cols., 1986).

A perda gradativa da autonomia sobre certos aspectos corporais e a vergonha

conseqüente de não mais ter controle sobre o próprio corpo também marcam as duas últimas etapas da vida. Durante toda a vida, capacidades comportamentais, sentimentos individuais de autodeterminação e de desamparo permanecem conectados ao corpo e reaparecem em situações de danos ao corpo devido a doenças ou ferimentos, às mudanças corporais na puberdade e às perdas na velhice. Assim, na velhice o idoso se depara com limitações provenientes de fontes internas – capacidades físicas; e externas – expectativas e estereótipos sociais, e luta para manter sua independência, autonomia e a força psicossocial da força de vontade frente às novas limitações impostas pela idade (Erikson, 1982/1998; Erikson e cols., 1986).

Significações pessoais e sociais associadas às habilidades e incapacidades influenciam a forma como o idoso irá lidar com elas e reajustar seu senso de independência e auto-respeito. Por isso, mesmo em meio à dependência de outras pessoas para a realização de atividades diárias, conservar e respeitar a liberdade e a autoconfiança do idoso é de fundamental importância para a sua qualidade de vida. Para tanto, o ambiente psicossocial do idoso necessita ajudá-lo a desenvolver sua independência mesmo diante de situações de dependência (Margret Baltes, 1996).

A última tensão que é revivida durante as últimas etapas do desenvolvimento psicossocial do indivíduo é a que ocorre entre confiança básica e desconfiança básica. A força psicossocial que dela emerge, a esperança, amadurece na medida em que o indivíduo se esforça para integrar, ao mesmo tempo, o senso de confiança e fé no universo e na vida, e em sua previsibilidade inerente, com a precaução e o ceticismo em relação às suas imprevisibilidades e falibilidade. Sendo assim, durante o ciclo da vida, essa tensão envolve o comprometimento com alguma religião ou considerações filosóficas sobre o mundo e a vida ou ideologias, e a força psicossocial da esperança se torna um compromisso com os domínios da experiência que são menos acessíveis ao conhecimento racional. Durante as últimas etapas da vida, a esperança pode ressurgir como forma de preocupação com o mundo e o universo, com o futuro das próximas gerações, com o significado da existência humana, assim como a reafirmação ou reformulação de princípios religiosos que sempre estiveram presentes na vida do indivíduo. (Erikson e cols., 1986).

Ao final dessas últimas etapas, se o indivíduo conseguir conciliar o desespero frente a vida que se finda e integrar as forças psicossociais do seu ego de forma a alcançar a sabedoria, e rever sua história de vida de forma a superar os elementos distônicos, ele alcançará a força psicossocial da gerotranscendência. Essa última força o ajudará a experimentar o final da vida com consciência de si e dos outros, da vida e da morte. Deixar fisicamente o mundo não será

desesperador, pois ele terá consciência do que viveu e do que é perante seu mundo psicossocial e perante as pessoas que estiveram presentes em sua vida.

A vida necessita ser pensada e vivida com a visão da totalidade que ela é. Experiências vividas, virtudes alcançadas, otimizações e compensações adquiridas, e tudo o que foi experimentado em todo o percurso da vida constituem a vida como um todo e refletem na vida atual do indivíduo. É necessário ter em mente que o desenvolvimento e o envelhecimento estão presentes em toda a vida e que os indivíduos constroem seu próprio curso de vida a partir de suas escolhas e ações, e de acordo com o que foi oferecido pelo seu ambiente psicossocial (Guimarães, 2006, 2007).

Experimentar um envelhecimento saudável e usufruir de uma velhice digna é conseqüência também do que foi proporcionado ao indivíduo durante a sua vida e também na velhice. Oferecer condições sócio-educacionais para um bom desenvolvimento psicossocial também é necessário no período da velhice. Um ambiente acolhedor que auxilie o idoso no processo de revisão de vida, na elaboração de projetos para o futuro (mesmo que esse futuro signifique o dia de amanhã ou a próxima semana), no envolvimento com atividades da comunidade, no enfrentamento de debilidades do corpo e dificuldades cognitivas, que compreenda sua necessidade de estar sozinho em alguns momentos e o auxilie a compensar as perdas e otimizar os ganhos, é essencial para a construção de uma velhice bem-sucedida.

Entretanto, nem sempre o processo de envelhecer acontece da melhor forma. O desespero pode aparecer frente ao passado que não volta e ao futuro que é limitado. Desse modo, sofrimentos psíquicos podem configurar-se e o idoso talvez não consiga desfrutar de um envelhecimento bem-sucedido. Dentre as formas de sofrimento psíquico que afetam o idoso, serão tratadas no presente trabalho aquelas se mostram através da depressão e das demências, por se constituírem as que mais comumente aparecem na velhice e serem motivos freqüentes de procura de assistência médica e psicológica (Stoppe Júnior & Louzã Neto, 1996).

3.5. Formas paradigmáticas de ordenação psíquica patológica na velhice

Durante a velhice, o equilíbrio dinâmico entre ganhos e perdas se torna menos positivo e o indivíduo começa a vivenciar um número maior de perdas do que as enfrentadas durante outras fases do ciclo vital (Baltes & Baltes, 1990). A forma como o idoso lida e enfrenta essas mudanças e perdas varia individualmente, e dependerá do seu percurso vital e ambiente psicossocial.

Essas perdas associadas a fatores como: falta de integração social, fragilidades pessoais, estressores crônicos, ausência de conquistas na vida e agentes provocadores podem ser

preponderantes para o aparecimento de psicopatologias (George, 1999; Erikson, 1982/1998). Igualmente, a carência de mecanismos de auto-regulação que auxiliam o sujeito a manter sua integridade psicológica pode dificultar a adaptação frente às mudanças decorrentes do envelhecimento (Freire, 2006). Esses mecanismos envolvem as estratégias de seleção, otimização e compensação que propiciam maior flexibilidade comportamental diante novas situações discutidos anteriormente.

Outro fator que pode contribuir para o surgimento de psicopatologias é o contexto social e as representações sociais nele presentes. Apesar de um início de mudança paradigmática do pensamento atual sobre a velhice estar ocorrendo, o idoso ainda é considerado como uma pessoa que existiu em um passado, realizou seu percurso psicossocial e espera o momento da morte para sair inteiramente da cena do mundo. Dessa forma, o velho é lançado no passado para revisitá-lo através das lembranças, mas sem possibilidade de articulação do presente e de se relançar adiante no futuro. Essa representação social produzida pela modernidade ocidental retira do sujeito idoso a possibilidade de elaboração de um projeto possível de futuro e traz efeitos simbólicos para o psiquismo (Birman, 1997).

Diante disso, Birman (1995) esboça três formas paradigmáticas de ordenação psíquica do idoso, ou seja, formas de lidar e manejar o impasse de sua situação: depressão, paranóia e mania. Esses termos não são utilizados dentro da descrição psiquiátrica de quadros clínicos, mas são compreendidos como *estilos psíquicos* diferenciados do sujeito se defrontar com a morte e a inexistência de um futuro possível. Dessa forma, esse autor propõe uma releitura das psicopatologias que surgem durante a velhice. Dentre os três estilos propostos, trataremos apenas da depressão por ser um dos focos desse trabalho.

Tendo em vista a maneira como o envelhecimento muitas vezes é compreendido no mundo ocidental em que vivemos, a ‘pessoa idosa’, como afirma Messy (1999), não existe. Essa ‘pessoa’, freqüentemente, é tratada como um amontoado de anos, com usos e costumes característicos, temperamento e defeitos próprios da idade em que se encontra. Além disso, “adquire um aspecto de bicho-papão do ego” (p. 25), um morto em vida, já que a morte é a única coisa que o velho deve aguardar. Assim, a depressão pode surgir quando a pessoa idosa revisita seu passado e, se não encontra a possibilidade de elaboração de um projeto possível para o futuro, perde a oportunidade de retificar erros e omissões e, conseqüentemente, de rearticular o presente. O psiquismo do sujeito se foca, então, apenas nas perdas e faltas de sua existência.

É evidente que, com o envelhecimento, o indivíduo se defronte com uma possibilidade mais real da morte, diminuição de suas perspectivas futuras, e mudanças no âmbito físico e

cognitivo. Além da diminuição e perda do vigor da juventude, o corpo do idoso perde os padrões de beleza e capacidade reprodutiva cultivados pela sociedade atual. Torna-se, então, inevitável a realização de um trabalho de luto. Se o ambiente social proporcionar possibilidades de substituição simbólica das perdas enfrentadas pelo idoso por ganhos em outras dimensões da existência, haverá oportunidade de elaboração psíquica (Py, 2004).

A depressão no idoso possui manifestações, muitas vezes, diferentes das verificadas em adultos jovens. Além da tristeza, desânimo e apatia, queixas somáticas e déficits cognitivos também são freqüentes (Stoppe Junior & Louzã Netto, 1996). Portanto, deve-se levar em consideração diversos aspectos para se fazer um diagnóstico de depressão. Além dos fatores presentes em sua vida atual, como as alterações comportamentais, é importante atentar para situações vividas ao longo de sua vida. Mudanças normativas ligadas ao processo de desenvolvimento assim como as não-normativas causadas por fatos inesperados devem ser analisados (Linhares, 2002; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

Goldfarb (2004) propõe a classificação das formas de envelhecimento em vias elaborativas e vias regressivas. As vias elaborativas permitem a instalação de nova posição subjetiva do indivíduo frente ao envelhecimento através da reordenação de seu psiquismo e adaptação frente às mudanças. Essas vias têm como fundamento a sublimação através da arte, religião, projetos possíveis, serenidade. As formas regressivas englobam os estilos psíquicos propostos por Birman (1995) e um quarto estilo proposto pela autora, o demencial.

Este seria uma forma de articulação psíquica através da qual foge-se da depressão e recusa-se o passado através do esquecimento de tudo o que for ligado à dor da perda e da sensação de finitude (Goldfarb, 2001, 2004). Aposentadoria, perda de alguns papéis sociais e de pessoas próximas, isolamento, ausência de lugar no ambiente social e na família, sentimento de finitude podem ser vivenciadas como perdas insuportáveis. Juntamente com outros aspectos presentes na história de vida, podem contribuir para o desencadeamento de um processo demencial como tentativa de driblar a angústia e o terror frente ao que provoca a dor (Messy, 1999).

Apesar da importância em se levar em consideração os aspectos individuais e da trajetória de vida para compreender o desenvolvimento da demência na velhice, não podemos desconsiderar aspectos neurológicos dessa enfermidade psíquica. Seu diagnóstico baseia-se no declínio cognitivo persistente, com comprometimentos na linguagem, praxias, gnosias, funções executivas e memória, independente de alterações na consciência e que interferem nas relações e atividades do indivíduo (Nitrini, 2006).

As demências possuem várias prováveis etiologias, dentre as quais podemos citar:

distúrbios metabólicos, tóxicos ou carenciais; lesões estruturais do Sistema Nervoso Central decorrentes de vários fatores como doença vascular cerebral, hidrocefalia, entre outros; doenças degenerativas primárias no Sistema Nervoso Central, como Doença de Alzheimer, degenerações fronto-temporais e demência com corpos de Lewy (Machado, 2006).

Além dos sintomas já apresentados, outros também são comuns nas demências decorrentes de doenças degenerativas. Alterações comportamentais como desinibição social, ausência de autocrítica e dificuldade em falar de si mesmo são sintomas marcantes nessas demências. Pesquisas têm demonstrado que concomitantemente ao tratamento farmacológico, o acompanhamento psicoterapêutico tem obtido resultados quanto ao retardamento e estagnação de alguns dos sintomas presentes (Messy, 1999; Goldfarb, 2004; Nitrini, 2006).

Portanto, é importante e essencial tentar encontrar um equilíbrio quanto à análise que se faz das demências e sua etiologia. O olhar multidisciplinar e uma postura que reflita sensatez e ausência de austeridade contribuem para que se possa intervir e auxiliar de forma mais eficaz o idoso que sofre.

A partir das reflexões feitas nos Capítulos 1, 2 e 3, algumas entrevistas foram realizadas com idosos com o propósito de compreender suas trajetórias. Além disso, outros instrumentos de pesquisa foram utilizados. Aspectos relacionados à metodologia de coleta e análise dos dados obtidos, assim como a apresentação e discussão dos dados serão apresentadas nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 4

Como Ouvir Histórias

Eu considero os velhos como aqueles que vieram antes de nós pela estrada em que todos estamos, e seria bom se perguntássemos a eles sobre a natureza dessa estrada.

Sócrates
A República

Se não houvesse linguagem, aquilo que discerne o corpo, este nem mesmo se constituiria. Se não pudesse falar o homem não cogitaria nem do corpo, nem do real, nem da realidade.

Jacques Lacan

Diante do estudado nos primeiros capítulos dessa dissertação, questionou-se qual seria a melhor forma de investigar os as dimensões do processo de envelhecimento. A pesquisa qualitativa demonstrou ser a que melhor responderia às questões a serem investigadas, pois suas estratégias de análise de dados ocupam-se da interpretação dada pelo sujeito ao seu mundo interno e externo (Minayo, 2007). Uma das características fundamentais dos métodos qualitativos é o enfoque no caráter singular e subjetivo do aspecto estudado, e dos processos que o geraram (González Rey, 2002).

A análise qualitativa de dados de pesquisa pode ser realizada a partir do que foi obtido através de entrevistas, narrativas, avaliações psicológicas, textos e imagens, entre outros. Isso é possível porque seu objetivo é compreender peculiaridades inerentes a cada sujeito estudado (Bauer & Gaskell, 2002; Moura & Ferreira, 2005). Dessa forma, compreender o processo de envelhecimento à luz da história de cada idoso apenas seria possível a partir de uma abordagem qualitativa.

4.1. Definição do problema, objetivos e hipóteses

A revisão da literatura realizada nos capítulos anteriores gerou diversas questões, dentre as quais destacaram-se:

1. Quais as influências da história de vida no envelhecimento?
2. Quais as contribuições da geratividade e da participação social ao longo da vida para o envolvimento vital na velhice?

3. Como se dá o processo de otimização seletiva com compensação na velhice?

Portanto, os seguintes objetivos nortearam a realização do presente trabalho:

1. Conhecer aspectos do processo de envelhecimento à luz da história de vida relatada pelos idosos.
2. Investigar como se dá o envolvimento vital e o processo de otimização seletiva com compensação dos idosos durante suas trajetórias de vida e no momento atual de suas vidas.
3. Investigar as contribuições da geratividade e participação social ao longo da vida no processo de envelhecimento.

Destarte, diante do estudado anteriormente, dos questionamentos e objetivos propostos, algumas hipóteses foram elaboradas a fim de serem investigadas:

1. Indivíduos que conseguem manter um senso de geratividade e pertencimento social durante sua trajetória de vida tendem a vivenciar um envelhecimento com envolvimento vital, sendo o oposto também verdade. Isto é, indivíduos que não conseguiram manter um senso de geratividade e pertencimento social não conseguem vivenciar um envolvimento vital na velhice.
2. A aposentadoria, quando seguida de estagnação contribui para o aparecimento da depressão e do declínio cognitivo.
3. Indivíduos que conseguem utilizar-se da otimização seletiva com compensação ao longo da vida têm a possibilidade de vivenciar um envelhecimento com envolvimento vital, de forma a minimizar as perdas decorrentes da velhice.

4.2. Participantes

A pesquisa realizada teve como participantes oito idosos, sendo:

- ✓ quatro pacientes do Centro de Medicina do Idoso (CMI), sendo dois do sexo feminino e dois do sexo masculino com idades entre 74 e 81 anos, uma viúva e três casados;
- ✓ quatro residentes em Anápolis e membros de uma instituição religiosa, um do sexo masculino e três do sexo feminino com idades entre 68 e 75 anos, uma viúva e três casados.

Na tentativa de conhecer a experiência de idosos que estavam inseridos em um contexto hospitalar e recebiam atendimento médico psiquiátrico e/psicológico optou-se por selecionar indivíduos pacientes do CMI que, além de receberem um atendimento multidisciplinar, também têm oportunidades de convívio social como os que são oferecidos pelos grupos terapêuticos.

A escolha do Centro de Medicina do Idoso (CMI) como um dos campos de coleta de dados se deu pelo fato de que é um centro de referência no atendimento e acompanhamento de pacientes com queixas de memória e demência. O CMI conta com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da Medicina, Psicologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição, Farmácia, entre outros, e que oferece atendimento ao idoso em sofrimento e também aos seus familiares cuidadores (Coelho, Falcão, Campos & Vieira, 2006).

Objetivando compreender a experiência de vida e de envelhecer em idosos que não estavam em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, foram selecionados participantes moradores na cidade em que a pesquisadora reside. Assim, os sujeitos foram selecionados com o objetivo de conhecer indivíduos que estavam inseridos em uma comunidade que oferecesse opções de atividades sociais.

Inicialmente a intenção era entrevistar e aplicar os instrumentos de pesquisa em dez idosos. Entretanto, diversos fatores dificultaram essa meta. Primeiramente, foram selecionados os participantes do Centro de Medicina do Idoso a partir de uma lista de pacientes fornecida pela terapeuta ocupacional da instituição e que haviam sido avaliados na triagem multidisciplinar. Esses indivíduos já tinham sido submetidos ao Mini-exame do Estado Mental (MEEM). Devido à falta de clareza quanto ao nível de escolaridade de cada paciente, foram selecionados indivíduos que tivessem obtido um escore de, no mínimo 20 pontos, no MEEM. Esse critério de exclusão foi utilizado porque indivíduos com escores abaixo de 20 estariam em uma fase mais grave de um processo demencial e, portanto, impossibilitados de responder às perguntas da entrevista e falar sobre si de maneira a fornecer informações sobre sua história de vida (Bertolucci, Brucki, Caampacci & Juliano, 1994).

Durante esse primeiro momento, algumas dificuldades já se apresentaram. Grande parte dos pacientes tinha um escore abaixo de 20 pontos no MEEM, o que restringiu o grupo de possíveis participantes para 19. Dentre esses, quatro não compareceram ao encontro agendado, cinco afirmaram que não poderiam participar devido à impossibilidade do cuidador responsável levá-los ao CMI ou por terem se mudado para outra cidade, seis não atenderam ao telefone. Dessa forma, apenas quatro compareceram ao encontro agendado.

Igualmente, na instituição religiosa em Anápolis, algumas dificuldades foram enfrentadas. Antes de escolher essa instituição como campo de coleta de dados, a pesquisadora tentou contato diversas vezes com uma Universidade Aberta à Melhor Idade na referida cidade. Porém, esse contato não foi possível, pois o diretor responsável não atendeu aos telefonemas e nem respondeu aos recados deixados pela pesquisadora. Outra dificuldade

se deu pelo fato de que a instituição escolhida é freqüentada pela pesquisadora. Assim, buscou-se selecionar idosos que tinham pouco ou nenhum contato com a pesquisadora, o que diminuiu a amostra de dez, para sete participantes. Dentre esses, um não tinha condições de comparecer ao encontro, pois não havia quem o levasse; um não atendeu o telefonema, e um não compareceu ao encontro agendado. Portanto, obteve-se também quatro participantes.

Cabe destacar que o objetivo do trabalho não era a comparação entre os dois grupos de idosos, e sim a investigação de aspectos do envelhecimento e da qualidade de vida de cada um desses idosos.

4.3. Instrumentos de pesquisa

4.3.1. Entrevista

A entrevista realizada foi semi-estruturada com base em um roteiro composto por itens sobre a história de vida. Esse instrumento teve como objetivo oferecer ao idoso a oportunidade de falar sobre sua história de vida. Os aspectos a serem investigados englobaram fatos relevantes sobre a trajetória existencial do indivíduo, seu ambiente psicossocial, sua participação social, vivência e enfrentamento de perdas, atividade ocupacional e aposentadoria, a vivência da velhice, entre outros aspectos (Linhares, 2002) (ver Anexo 1).

A escolha desse instrumento se deu pela riqueza de informações presentes em situações onde a narrativa de história de vida é proposta. Teve-se como pressuposto que a narrativa não é apenas um relatório de acontecimentos, mas a totalidade de uma experiência que é comunicada (Bueno, 2002). As narrativas são representações e interpretações da realidade e revelam a subjetividade do indivíduo (Rolim Neto & Rocha, 2005; Minayo, 2007).

Bassit (2002) afirma que os depoimentos pessoais de história de vida possibilitam o registro de várias experiências individuais e o estabelecimento de pontos que estejam em acordo e desacordo com as perspectivas teóricas do envelhecimento. Além disso, valorizar a trajetória pessoal auxilia na compreensão do envelhecimento como parte de um processo contínuo do desenvolvimento humano.

A utilização do roteiro de entrevista não foi feita de forma rígida, pois primou-se pelo estabelecimento de um clima favorável que incentivasse o participante a falar sobre sua vida. O roteiro serviu de guia para a pesquisadora motivar e estimular o sujeito a falar sobre si e seu percurso existencial. As informações fornecidas foram gravadas com a autorização por escrito do participante e depois transcritas pela pesquisadora.

4.3.2. Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (Mini Mental State Exam)

O MEEM foi desenvolvido para auxiliar no diagnóstico de demência e é composto por 30 itens que visam avaliar cinco áreas da cognição: a orientação, o registro, a atenção e o cálculo, a recuperação e a linguagem. Esse instrumento é utilizado com a função de rastrear de forma global as perdas cognitivas e, portanto, não deve ser utilizado sozinho para o diagnóstico de demência (Nitrini, Caramelli, Bottino, Damasceno, Brucki e cols., 2005). Foi traduzido e validado no Brasil por Bertolucci e seus colaboradores (Bertolucci, Brucki, Campacci & Juliano, 1994).

Foram verificadas influências significativas da idade e nível de escolaridade nos resultados do mini-exame. Destarte, foram estabelecidos diferentes pontos de corte dependendo do grau de escolaridade. Os pontos de corte estabelecem um limite para distinguir os sujeitos que apresentam e não apresentam declínio cognitivo. Esses pontos de corte são variáveis, pois quanto menos tempo de estudo formal o indivíduo tiver maior dificuldade encontrará em responder adequadamente as questões do MEEM (Almeida, 1998). Apesar das discordâncias quanto aos pontos de corte mais adequados, no presente trabalho optou-se por utilizar os pontos de corte sugeridos por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994): 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para indivíduos com 1 a 7 anos de escolaridade, e 26 pontos para indivíduos com 8 ou mais anos de escolaridade. O ponto de corte nessa etapa da pesquisa diferenciou-se da anterior porque já era possível saber claramente o nível de escolaridade do participante.

A escolha deste instrumento foi feita com o objetivo de identificar possíveis declínios cognitivos e excluir da pesquisa aqueles sujeitos que apresentassem comprometimento cognitivo moderado ou grave. Isso foi feito porque indivíduos com alto declínio cognitivo não conseguiriam responder às perguntas da entrevista de forma a falar sobre si e sobre sua história de vida. Sintomas presentes na fase moderada e grave da demência como os distúrbios de linguagem caracterizados pela dificuldade de nomeação, perda de conteúdo e dificuldade de compreensão comprometeriam a entrevista e impossibilitariam a coleta de informações sobre a história de vida do indivíduo (Machado, 2006).

Apesar de todos os pacientes do Centro de Medicina do Idoso selecionados já terem sido previamente avaliados pelo MEEM, optamos por refazer a avaliação. Essa decisão foi feita com o objetivo de que todos os indivíduos fossem avaliados por uma única pessoa a fim de se evitar possíveis vieses na coleta e interpretação dos dados.

4.3.3. Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15 (Geriatric Depression Scale)

A EDG é uma escala elaborada especificamente para identificar sintomas depressivos em indivíduos idosos, tendo sido traduzida e validada no Brasil por Stoppe Júnior, Jacob Filho e Louzã Neto (1994). A versão original constitui-se de 30 itens e a versão breve 15, ambas validadas internacionalmente e muito utilizadas na avaliação global de idosos.

A avaliação de sintomas que envolvem insatisfação com a vida, sensação de desamparo e desesperança, medo de acontecimentos ruins, afastamento social e perda de energia está presente em ambas as escalas. Na EDG-30 ainda são abordados sintomas como sentimento de tédio, sensação de culpa, vontade frequente de chorar, agitação, tristeza, dificuldades de tomar decisões e diminuição da capacidade mental. É uma escala de fácil e rápida aplicação e interpretação. Cada item apresenta duas opções de resposta: sim ou não, o que diminui a dificuldade de escolha do idoso. Além disso, as perguntas são de fácil compreensão, e a escala pode ser aplicada por um entrevistador ou auto-aplicada (Frank & Rodrigues, 2006; Sousa, Medeiros, Moura, Souza & Moreira, 2007; Ferrari & Dalacorte, 2007). Os itens presentes na EDG-15 foram selecionados a partir dos itens da escala original que mais apresentaram correlação com o diagnóstico de depressão (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

A escolha da versão abreviada da EDG para o presente estudo foi feita devido à sua praticidade e rapidez na aplicação e interpretação. Buscou-se identificar possíveis sintomas depressivos nos idosos entrevistados e compreender o significado desses sintomas no contexto da história de vida do indivíduo. O uso da escala não objetivou, portanto, o estabelecimento de diagnóstico de depressão nos participantes.

4.3.4. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde Módulo Idoso – WHOQOL-Old

No início da década de 1990, o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Group) começou a desenvolver estudos sobre a avaliação da qualidade de vida em adultos a partir de uma perspectiva transcultural. Assim, surgiu o WHOQOL-100 e, posteriormente, o WHOQOL-Brief (forma abreviada) que leva em consideração o caráter subjetivo da qualidade de vida e sua natureza multidimensional (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

O WHOQOL estabeleceu como domínios da qualidade de vida os seguintes: físico, psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, ambiente, e espiritualidade, religião e crenças pessoais. Cada um desses domínios possui facetas, ou subdivisões próprias (The WHOQOL Group, 1998). Porém, questionamentos sobre a validade desses questionários

na população idosa começaram a surgir. Ao se analisar questionários aplicados em idosos, constatou-se que aqueles não eram adequados para a avaliação do nível de independência, e do domínio físico nessa população. Além disso, questionou-se a existência de áreas específicas da qualidade de vida que seriam mais importantes para os idosos do que para os adultos jovens (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD-Group, 2005; Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). Esses questionamentos resultaram na elaboração de uma avaliação da qualidade de vida específica para a população idosa.

A WHOQOL-Old pode ser aplicada por um entrevistador ou auto-aplicada. Apresenta as seguintes facetas distribuídas em 24 itens (OMS, 2005):

Faceta 1: Habilidades Sensoriais (FS) – funcionamento sensorial e o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida;

Faceta 2: Autonomia (AUT) – independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma e tomar decisões;

Faceta 3: Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF) – satisfação sobre conquistas da vida e coisas a que se anseia;

Faceta 4: Participação Social (PSO) – participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade;

Faceta 5: Morte e Morrer (MEM) – preocupações, inquietações e temores sobre a morte e o morrer;

Faceta 6: Intimidade (INT) – capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos.

Cada faceta é constituída por quatro perguntas a respeito de sentimentos, pensamentos e aspectos da qualidade de vida do idoso percebidos durante as duas últimas semanas. Por ser uma escala do tipo Likert, cada pergunta apresenta cinco possíveis respostas: (1) nada, (2) muito pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante e (5) extremamente. A avaliação e contagem dos pontos podem ser feitas de maneira global (a pontuação varia de 24 a 120) e/ou por faceta (pontuação mínima de 4 pontos e máxima de 20 para cada faceta). Para os itens expressos positivamente a contagem dos pontos é feita de forma normal (1=1,2=2,3=3,4=4,5=5), e para os itens expressos negativamente há uma recodificação e os valores numéricos são invertidos (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). No final da contagem, total ou para cada faceta, altos escores refletem qualidade de vida mais elevada e vice-versa.

Os instrumentos utilizados objetivaram confirmar ou não a ocorrência de sofrimento psíquico (depressão ou declínio cognitivo/demência) e levantar influências da história de vida no processo de envelhecimento e na qualidade de vida atual do idoso. Portanto, não tiveram caráter de exclusão.

4.4. Procedimentos

Os pacientes do Centro de Medicina do Idoso foram selecionados a partir dos prontuários com diagnósticos prováveis já estabelecidos. O primeiro contato com os pacientes foi feito por telefone de forma a convidá-los a participar da pesquisa, lhes informando os objetivos da pesquisa e marcando o dia da entrevista.

Os indivíduos da instituição religiosa de Anápolis foram selecionados primeiramente através da relação de membros fornecida pela secretaria. Os indivíduos foram contatados primeiramente por telefone e convidados a participar da pesquisa após breve esclarecimento dos seus objetivos.

O encontro para coleta de dados ocorreu da seguinte maneira: após um momento de “quebra-gelo” com perguntas informais e com o propósito de deixar o participante à vontade, foi explicado ao participante o que seria realizado naquele dia, além da exposição dos objetivos da pesquisa e dos instrumentos a serem utilizados, e o caráter sigiloso dos encontros. Em seguida, o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado, lido e assinado e a entrevista de história de vida foi realizada. Após o término da entrevista foram aplicados: o Mini-exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens, e a Avaliação da Qualidade de Vida.

4.5. Cuidados éticos

Os benefícios previstos envolveram a oportunidade de se dar voz ao idoso que muitas vezes encontra-se à margem da sociedade (Birman, 1995). Assim, através do recontar sua história durante a entrevista, o velho teve um lugar para repensar e dar sentido a algumas de suas questões existenciais, além de ter sua trajetória de vida ouvida e valorizada, o que poderia levar a uma melhora de sua auto-estima.

Os riscos previstos envolveram a mobilização de conteúdos internos do indivíduo, o que poderia levar à mobilização de emoções e a possíveis crises emocionais. Essa mobilização interna poderia ocorrer devido à conscientização de dificuldades atuais do envelhecimento e de situações vividas anteriormente. O Código de Ética Profissional do Psicólogo Brasileiro (2005) prevê a adoção de medidas caso haja riscos ao indivíduo participante de pesquisa psicológica. Portanto, se esta situação ocorresse, o indivíduo receberia atendimento imediato pela pesquisadora e posteriormente seria encaminhado a um acompanhamento psicológico breve com a própria pesquisadora ou com a equipe psicológica do CMI ou do Centro de Atendimento e Estudos em Psicologia do Instituto de Psicologia – UnB (CAEP). Tendo em vista o proposto, assumimos a responsabilidade de acolher o idoso e buscar solucionar

dificuldades que poderiam surgir em decorrência da pesquisa.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, processo n.: 011/2008.

4.6. Método de análise dos dados

As entrevistas foram gravadas com permissão dos participantes, e os dados obtidos juntamente com os outros instrumentos foram analisados a partir de uma análise qualitativa. O método utilizado foi o estudo de caso devido às peculiaridades de cada história de vida, e com o intuito de preservar o caráter unitário e individual da história de cada sujeito. Igualmente, as respostas dadas pelo indivíduo nos outros instrumentos também foram analisadas qualitativamente e individualmente, de maneira a valorizar a subjetividade de cada participante. Os dados subjetivos presentes em cada instrumento – entrevista, Mini-exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e Avaliação da Qualidade de Vida – Módulo Idoso (WHOQOL-Old) – constituem uma representação da realidade vivida por cada sujeito (Minayo, 2007). Portanto, são essenciais para a compreensão da vivência pessoal da trajetória de vida e da experiência de envelhecer.

O próximo capítulo traz a descrição de cada caso, com base nos dados obtidos a partir da entrevista e demais instrumentos, seguida pela análise dos principais aspectos do processo de envelhecimento à luz das teorias estudadas previamente.

CAPÍTULO 5

Histórias de Vida

O tempo é algo que não volta atrás; portanto, plante seu jardim e decore sua alma, em vez de esperar que alguém lhe mande flores.

William Shakespeare

Pessoalmente, penso que chega um momento na vida da gente, em que o único dever é lutar ferozmente para introduzir, no tempo de cada dia, o máximo de “eternidade”. Rezo, escrevo, amo, cumpro, suporto, vivo – mas só me interessando pela eternidade.

Guimarães Rosa

Os dados serão apresentados em forma de casos com os aspectos considerados relevantes para o estudo em questão. As informações pessoais que poderiam permitir qualquer identificação dos sujeitos foram modificadas e os nomes adotados são fictícios. Geraldo, Luíza, Joaquim e Helen são os pacientes selecionados no Centro de Medicina do Idoso. Joana, Ivonete, Isaura e Lúcio são os participantes selecionados na cidade de Anápolis. Primeiramente, será feita uma descrição geral de cada caso, seguida de análise à luz das perspectivas teóricas estudadas nos capítulos anteriores. Em seguida, dois quadros com síntese geral dos dados serão apresentados.

5.1. Geraldo: a arte de vislumbrar um futuro possível

Geraldo tem 75 anos, é casado há 42 anos e tem três filhas. É o primeiro de uma prole de cinco filhos. Nasceu no interior de Minas Gerais e mudou-se para a capital para terminar o Ensino Fundamental. Após a conclusão do Ensino Médio, cursou faculdade de Sociologia. Trabalhou em Mato Grosso até se aposentar como professor universitário, e como assessor dos governos estaduais do Mato Grosso e de Goiás. É sociólogo e articulista de alguns sites da área de sociologia e política, e trabalhava com senadores e deputados no Senado e na Câmara dos Deputados em Brasília até dois anos atrás.

Sofreu um acidente vascular cerebral – AVC – enquanto trabalhava no Senado e a partir

de então sua vida mudou. Apresenta dificuldades para caminhar, articular algumas palavras e problemas na visão, tendo sido submetido a uma intervenção cirúrgica nos olhos na semana que a entrevista foi realizada. O primeiro contato estabelecido com Geraldo foi através de sua filha que, por telefone, informou que este tem apresentado sintomas depressivos como desânimo e tristeza, o que foi comprovado na Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15. Durante a entrevista, sua fala trouxe um desapontamento com a vida pelo AVC: *“Eu podia estar com mais saúde. Pelo tipo de vida que levo eu não fiz tanto estrago assim pra merecer esse AVC e estar com essas limitações. Eu era muito serelepe, não tomava remédio nenhum...”*.

A entrada na velhice, para Geraldo, se deu a partir do AVC aos 73 anos de idade. Esse fato parece lhe trazer um questionamento sobre o presente e talvez uma confusão de identidade ao se deparar com uma nova situação em seu ciclo vital. O presente parece ainda indefinido, um interlúdio entre o que foi e o que será. Além disso, Geraldo parece ter vivenciado a entrada na velhice como negativa e como algo que veio para ficar até o restante de sua vida: *“Mas eu não me considerava um velho não. Eu me achava garoto maduro e com o AVC eu fiquei velho de uma noite... pro amanhã... O AVC me alertou de que eu não tinha mais 17 anos, né?”*. Porém, ainda consegue vislumbrar um futuro possível e deseja realizar projetos como a publicação de seu livro e a criação de dois sites, um voltado para cultura e outro destinado às suas publicações.

Geraldo afirma que *“tá parecendo agora que eu, que fiz operação de vista agora, tá parecendo que eu posso ter um tempo ainda, que vai dar pra terminar o sociologia da selva [livro]...”*. Uma das seqüelas que enfrenta e parece ter lhe afetado bastante é a dificuldade em enxergar adequadamente. Os olhos são seus instrumentos de trabalho, e se relacionam às atividades que mais aprecia: ler e escrever artigos. Diante disso, a intervenção cirúrgica à qual foi submetido parece lhe trazer alento, e o vislumbre de uma possibilidade de futuro e adiamento da morte: *“No mínimo uns dez anos, mas eu que tô querendo mais uns 15 anos de vida. 15 anos, acho que dá. Eu completei 75”*.

Apesar de ter parado de trabalhar, Geraldo tem utilizado a internet para manter-se ocupado, escrevendo e publicando artigos, entrando em contato com seus amigos e escritores da área de sociologia, teologia e política. Estes são aspectos marcantes e sempre presentes na vida de Geraldo: produtividade intelectual e presença constante do trabalho. Logo após o término da faculdade, iniciou sua carreira profissional, como sociólogo e como professor universitário. Mesmo após aposentar-se como professor, continuou a trabalhar como sociólogo, e só parou de trabalhar após o derrame cerebral. Ainda assim, continua a escrever

artigos para publicação eletrônica semanal.

Sua participação social, atualmente, envolve eventos familiares e da comunidade. Geraldo relata que, quando jovem, *“nós éramos muito farristas, né? Serenatista, e eu tocava violão e eu sempre gostava...”*, porém, atualmente: *“nós temos pouco hábito de... mas tá sempre participando de eventos sociais, porque hoje tem muito aniversário de filha... agora na cidade onde moro a gente não fica sem ter... até em enterro...”*.

Como afirmado anteriormente, apesar de seus 75 anos, Geraldo apenas vivencia a entrada na velhice há dois anos, desde que precisou diminuir seu nível de atividade em consequência do acidente vascular cerebral. Assim, o conflito entre estagnação e geratividade está fazendo parte da experiência de envelhecer. Em seu discurso, o tema do trabalho, das conquistas realizadas, da sua produção intelectual é muito presente, assim como a tentativa de compensar pelas dificuldades na locomoção e na fala.

O tema família também é tratado na fala de Geraldo que demonstra orgulho na criação das filhas e de como lhes deu a melhor educação possível. Entretanto, ao ser perguntado sobre os irmãos, pouca referência faz a estes e a seus pais.

Geraldo não apresentou indícios de declínio cognitivo no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) obtendo um escore de 29 em 30 pontos. Durante a entrevista não demonstrou dificuldades no curso do pensamento ou em falar sobre si mesmo e sua história. Algumas vezes, teve dificuldades em articular a fala.

Entretanto, na Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) apresentou escore seis, o que indica suspeita de depressão. Ao responder à escala, obteve pontuação nos seguintes itens: não estar basicamente satisfeito com a vida, ter deixado muitos de seus interesses e atividades, e preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas. Relata ter medo de que algum mal lhe acontecer, principalmente no que tange à saúde, e de não sentir-se cheio de energia. As respostas sempre faziam referência às limitações impostas pelo derrame cerebral.

Na avaliação da qualidade de vida, tanto as Habilidades Sensoriais quanto a Autonomia foram avaliadas como pouco satisfatórias. Em relação à Morte e ao Morrer, à Participação Social, à Intimidade e às Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Geraldo demonstrou satisfação.

5.1.1. Considerações sobre a história de Geraldo

A história de Geraldo tem sido abalizada por marcos vivenciais que repercutiram em toda a sua vida: o encontro com Betinho que assinalou sua entrada na Sociologia; o casamento com Carmem que lhe trouxe uma companheira; e, entre outros, o acidente vascular cerebral que

significou a entrada na velhice.

Para um sujeito que sempre gozou de boa saúde, trabalhou com disposição grande parte da vida, e se via como “*um garotão*”, não está sendo fácil reconhecer-se velho. Diante dessa dificuldade de aceitação da velhice e das limitações decorrentes do AVC, sintomas depressivos surgiram. Segundo Py (2004) e Jerusalinsky (2001) lutos pela perda da atividade laborativa, pelo corpo e suas habilidades que não são os mesmos da juventude e da maturidade, necessitam ser elaborados. O idoso precisa encontrar substitutos para esses, e outros objetos perdidos.

Outra questão a ser levantada é o significado do livro “A sociologia da selva” para Geraldo. Este tem sido o projeto de toda uma vida, e até que ponto terminar o livro não quer dizer ter cumprido e realizado todos os seus sonhos e projetos, e estar pronto para morrer: “*vai dar pra terminar o ‘sociologia da selva’*”. Geraldo tem consciência das marcas que deixou até o presente. Seu livro, portanto, parece ter o significado de um projeto que engloba o seu legado final. A necessidade e possibilidade de deixar sua marca na história conduzem o idoso a se engajar em continuar vivo. De acordo com Joan Erikson (1998) e Erikson, Erikson e Kivnick (1986), conseguir se projetar na dimensão histórica de sua geração e das gerações posteriores auxilia o velho a enfrentar o desespero frente à vida que se finda. Dessa forma, as últimas etapas podem ser vividas com a presença do elemento sintônico da integridade do ego.

Como dito anteriormente, a preocupação com o meio-ambiente é presente na vida de Geraldo. Ainda segundo Erikson e cols. (1986), a preocupação com o futuro do mundo e os recursos naturais sem os quais as gerações posteriores não poderão sobreviver é uma das formas que o idoso pode encontrar de manter viva a geratividade e o cuidado com as pessoas à sua volta. Esses autores sugerem que na velhice é essencial para o envolvimento vital a busca por uma *grand-generativity*. Este termo traz o sentido de uma geratividade de avós que ultrapassa a vivenciada na meia-idade e abrange a preocupação e o cuidado com o presente e futuro dos filhos, netos e próximas gerações, além de uma preocupação com o mundo. Adicionalmente, essa forma amadurecida de geratividade “contribui para o senso de imortalidade que se torna muito importante na luta individual para transcender o desespero realístico na medida em que o final da vida se aproxima, inevitavelmente” (p. 75).

Durante sua trajetória de vida, Geraldo lutou e conquistou o que sonhou. Demonstra orgulho pela educação que deu às filhas; pelo casamento que tem; pelas realizações como professor e sociólogo, e pela produção intelectual. Adicionalmente, seu ambiente familiar tem lhe proporcionado um lugar seguro e motivador para que vença as limitações experimentadas.

Esse olhar retrospectivo presente na oitava etapa do ciclo vital, na visão de Erikson (1982/1998), necessita ser marcado pela satisfação do que foi conquistado e pela aceitação do que não pode ser mudado. Somado a isso, é igualmente essencial a presença de um ambiente psicossocial que valorize o indivíduo que envelhece. Quando isso acontece, o elemento distônico do desespero frente à finitude da vida se enfraquece, e abre espaço para o surgimento da força psicossocial da sabedoria.

No entanto, apesar da satisfação pela vida que teve e tem, e de possuir uma família que o apóia e incentiva, Geraldo foi impactado pela ocorrência do AVC e suas decorrentes limitações. Como consequência, ressurgiram os elementos distônicos da estagnação, da vergonha e da culpa (Joan Erikson, 1998). Estagnação porque precisou parar de trabalhar: *“Eu só parei [de trabalhar] quando eu tive um AVC, dois anos atrás”*. Vergonha em contraponto à autonomia corporal que desfrutava, e a presença de um corpo não possui mais a mesma agilidade de antes: *“Não tive dores, mas afetou a minha fala e os meus movimentos um pouquinho, né?... Eu ando mais devagar do que eu andava. Eu era muito serelepe”*. E culpa por não compreender o motivo do derrame cerebral: *“Eu podia estar com mais saúde, pelo tipo de vida que levo. Eu não fiz tanto estrago assim pra merecer esse AVC e estar com essas limitações”*.

Esses elementos distônicos trouxeram consigo sintomas depressivos e uma avaliação da vida pouco satisfatória em algumas áreas, como sua Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Old) demonstrou. Aspectos que não foram afetados pelas seqüelas do AVC, como Intimidade, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, e Participação Social, têm contribuído para que Geraldo tente superar os problemas enfrentados nas outras facetas. Habilidades Sensoriais e Autonomia são as áreas em que menos se sente satisfeito. Dessa forma, sua velhice tem sido avaliada sob o enfoque das perdas sofridas, apesar da presença da satisfação pelas conquistas obtidas ao longo de sua vida. Portanto, parece haver uma crise entre o passado e o presente.

Na tentativa de superar essas limitações, Geraldo tem lançado mão de estratégias de seleção, otimização e compensação – SOC (vide conceituação p. 31-2 do presente trabalho). Ao invés de se entregar à depressão, compensa as perdas sofridas através da reformulação dos objetivos de vida. Destarte, decidiu terminar seu livro (seleção), assim se mudou para a cidade onde mora atualmente (otimização): *“Eu fui pra o interior pra isso... pra sossegar e ver se termina esse livro”*, a fim de compensar ausência das atividades cotidianas ligadas ao trabalho.

Outro exemplo de SOC é a seleção de novos projetos como a criação dos *sites* na internet.

Com esse objetivo, dedica tempo para estar na internet, e estuda a cultura regional de sua cidade (otimização). Assim, compensa a perda de sua ocupação e afastamento do ambiente de trabalho. Tem se preocupado mais com a saúde (seleção), se alimentado melhor e feito caminhadas (otimização), são esforços para evitar outra ocorrência de acidente vascular cerebral (compensação).

Todas essas estratégias têm auxiliado Geraldo a vislumbrar um futuro melhor e a tentar encontrar satisfação em ser velho. Enfrentar suas perdas exige o remanejamento de várias prioridades e objetivos. A necessidade de reavaliar a vida e o que deseja conquistar a partir do presente, que ainda é uma incógnita, tem se manifestado. Geraldo tem certeza de quem foi, mas ainda procura compreender quem é após a conscientização de sua velhice. A crise entre identidade e confusão de identidade, descrita por Erikson (1950/1963, 1982/1998) e Joan Erikson (1998), e que reaparece na oitava etapa do desenvolvimento leva o idoso a buscar uma coerência entre quem foi durante várias décadas, quem é no presente, e continuará a ser durante um futuro indeterminado. Muitas vezes estar confuso sobre sua identidade existencial leva o sujeito a sentir-se um enigma para si mesmo. A vivência atual de Geraldo parece nos mostrar a presença dessa confusão ao afirmar que ficou velho “*da noite pro amanhã*”. A ausência do hoje parece indicar a presença de uma incógnita ao se pensar no presente e na condição de velho.

Apesar da presença de sintomas depressivos, seqüelas e limitações, Geraldo tem conseguido vivenciar uma qualidade de vida satisfatória. Tem consciência de como usufruiu da vida até o presente, e procura encontrar novos objetivos para continuar engajado. Baltes e Smith (2004) afirmam que “a arte da vida na velhice consiste em uma busca criativa por um novo território, muitas vezes menor, mas que esteja cheio de uma intensidade semelhante à experimentada no passado” (p. 137). Talvez esta seja a busca atual de Geraldo: encontrar na velhice a intensidade vivida durante seu percurso existencial. Um envelhecimento bem-sucedido não é caracterizado pela simples ausência de patologias físicas e mentais, mas, antes de tudo, pela satisfação em viver e conseguir readaptar-se frente a novas situações. Isso, Geraldo tem conseguido.

5.2. Luíza e a elaboração do luto pelos sonhos que não realizou

Luíza tem 74 anos, é casada há 51 anos e tem quatro filhos. Vem de uma prole de 12 filhos dentre os quais é a segunda. Nasceu no estado do Rio de Janeiro e morou lá até por volta dos oito anos de idade, quando sua família decidiu se mudar para Goiás. Fez o Ensino Médio em Contabilidade. Afirma que gostaria de ter feito Magistério, mas que não pôde

cursá-lo, pois precisava trabalhar durante o dia para conseguir pagar os estudos e ajudar em casa. Após o término do Ensino Médio, Luíza começou a trabalhar em uma loja de departamento, fazendo serviço de escritório. Ao se casar, largou o emprego:

“A gente tinha que trabalhar ao lado do marido [missionário], então foi bobagem minha, porque hoje se eu tivesse essa cabeça, né, pai e mãe falando: ‘Agora você vai casar, tem que trabalhar ao lado do marido’... Larguei numa boa, porque tinha casado recentemente, né, tudo é novidade, viver arrumando casa feito uma Amélia... Amélia... Amélia, né, na época era bom, né, mas hoje eu vejo que foi tudo errado...”

Esse arrependimento acompanha Luíza até hoje. Durante toda a vida abriu mãos de sonhos e projetos em função do trabalho do marido, que sempre se mudava de cidade. Atribui ao marido a responsabilidade pelo que não pôde conquistar.

Devido à essa impossibilidade de continuar seus estudos, Luíza buscou realização nas conquistas dos filhos: *“Eu agora joguei para os filhos, né, aquela vontade que eu tinha...”*. De certa forma, Luíza encontrou uma forma de compensar a perda de projetos e tentar dar um senso de ter produzido algo durante a vida.

Porém, mesmo tendo que abrir mão de seus estudos e trabalho para acompanhar o marido, envolveu-se na comunidade onde estava, apesar de saber que em pouco tempo teria que se mudar novamente. Além disso, ter criado seus quatro filhos foi visto como trabalho: *“Ah... eu trabalhava muito (risos)... que eu tava criando filhos...”*

O envolvimento social e familiar sempre esteve presente na vida de Luíza, na criação dos filhos, e na atuação junto à comunidade em que estava inserida. Mesmo após a saída do seu marido do emprego na missão e a mudança em definitivo para Brasília continuou trabalhando na igreja em que ele foi nomeado pastor titular. No entanto, após a aposentadoria do esposo como pastor, Luíza precisou diminuir sua participação e deixar funções de liderança no departamento de mulheres da igreja, assumindo um papel mais periférico na comunidade. Outro fator que contribuiu para que isso acontecesse é a dificuldade em ir à pé para a igreja devido às más condições das ruas onde mora e às dores nas pernas por artrose.

Luíza demonstra certa insatisfação e dificuldade em aceitar o fato de estar na velhice: “[ao ser perguntada sobre qual a sua idade] *Sete quatro*”. *“A gente não deve falar mais velha... mais idosa...”*. Apesar de relatar algumas dificuldades físicas que tem enfrentado, consegue perceber aspectos positivos de estar na velhice ao comparar com as fases anteriores da sua vida em que precisou mudar de cidade constantemente. A velhice tem lhe proporcionado a oportunidade de vivenciar situações novas:

“Eu tô na idade melhor do que quando eu tinha 25, 30 anos... eu acho que há mais

respeito e também, eu e meu marido somos os mais idosos da igreja e eles respeitam muito a gente (...) Nós estamos numa idade assim, de ficar mais juntos eu e mais meu marido, e a família, eu acho que... eu estou melhor, assim, eu não tenho tristeza por ficar velha, eu agradeço a Deus todos os dias”.

Luíza afirma ser muito ligada à sua família de origem e à atual – marido, filhos, genros, noras e netos. A lembrança dos pais é presente na fala de Luíza, que traz a imagem destes como cuidadores e preocupados com os estudos dos filhos. Outra lembrança muito viva é sobre a disposição do pai em levar os filhos ainda pequenos para passear e conhecer o Rio de Janeiro, cidade-natal dele.

Apesar de ter uma vida inteira dedicada à igreja, o discurso religioso não é muito presente na fala de Luíza, apenas em situações percebidas como imutáveis ou inexplicáveis, por exemplo, a morte repentina do irmão.

No Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) Luíza não apresentou indícios de declínio cognitivo, tendo acertado 29 dos 30 itens. Relata que às vezes se esquece do nome de pessoas que não lhe são próximas e que precisa escrever bilhetes para não se esquecer de compromissos. Seu discurso é coerente, fala de si mesma e de sua história com clareza e visão crítica, relatando suas frustrações e conquistas.

Sua pontuação na Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) não foi indicativa de depressão. Entretanto, relata se aborrecer com frequência, não se sentir cheia de energia, e sentir que a maioria das pessoas está melhor que ela. Estes dois últimos itens parecem fazer referência à sua representação da velhice como etapa da vida em que o indivíduo fica mais quieto e se sente mais cansado do que os outros.

Sua Avaliação da Qualidade de Vida indica que Luíza está satisfeita com suas Habilidades Sensoriais e nível de Autonomia, apesar de afirmar que não consegue realizar todas as atividades que gostaria, devido à artrose e diminuição em seu nível de participação na igreja. Demonstrou insatisfação no que diz respeito às Atividades Passadas, Presentes e Futuras, e à Participação Social. De maneira geral, sente-se satisfeita no que se refere à faceta Intimidade, e afirma que esta aumentou depois de fixar residência em Brasília e, principalmente, depois de entrar na velhice. Em relação à Morte e Morrer, afirma não estar preocupada com esta, mas tem medo de sofrer dor antes de morrer. Provavelmente, sua crença religiosa lhe traz consolo e esperança em relação à morte e ao morrer.

5.2.1. Considerações sobre a história de Luíza

Luíza tem demonstrado arrependimentos pelas oportunidades perdidas e projetos não-realizados. Olhar para a trajetória de vida e se arrepender pelas oportunidades desperdiçadas,

projetos abandonados, e não ter tido uma carreira profissional, pode abrir caminho para que o desespero se instale. Erikson e cols. (1986) discutem essa questão e afirmam que a luta entre desespero e integridade precisa envolver a aceitação do passado, com seus erros e acertos, e encarar a morte com serenidade e como a conclusão do ciclo da vida.

Estes autores constataram a influência do contexto social e familiar nas decisões acerca da carreira profissional em alguns idosos. Normalmente, em famílias como a de Luíza que se constituíram na primeira metade do século passado e provenientes de uma classe social baixa, os filhos mais velhos não tinham muitas oportunidades de se dedicarem aos estudos. Começavam a trabalhar cedo para ajudar no sustento da casa, e as mulheres abandonavam seus trabalhos para se dedicarem à criação de filhos e ao cuidado da casa e do marido. Além disso, a família de Luíza viveu em um período em que a mulher não tinha muitas oportunidades de engajamento profissional, a não ser a carreira de magistério e a dedicação ao lar. Outro agravante diz respeito às constantes mudanças e pouca permanência nas cidades onde morou.

Entretanto, os estudos de Erikson (1982/1998, 1986) afirmam que o idoso pode superar esse arrependimento, e encontrar satisfação e realização em ver os filhos bem-sucedidos enquanto profissionais e pais. Como a procriação é uma das formas de geratividade, para alguns indivíduos pode representar compensação pela ausência de produtividade laborativa. A criação e o cuidado dos filhos podem ser experimentados como manifestação da geratividade que traz satisfação permanente, já que se estende por vários anos. Portanto, mesmo não tendo investido em uma carreira profissional, Luíza encarou a maternidade como uma profissão e fonte de geratividade, e hoje tem orgulho em falar dos filhos e de como os incentivou a estudar. O orgulho em ver os filhos e netos construírem suas carreiras profissionais e conquistarem seus sonhos, geralmente, gera profunda gratificação, promove envolvimento vital e pode compensar as frustrações experimentadas durante a vida.

A mudança em definitivo para Brasília foi um marco na vida de Luíza. A partir de então, começou a se dedicar mais à conquista de novas amizades, e ao seu casamento. Nessa época, o elemento sintônico da iniciativa contribuiu para que Luíza lutasse pelo sustento de sua casa como faxineira, e conquistasse a força psicossocial do propósito. A iniciativa, de acordo com Joan Erikson (1998) sugere um movimento para fora de si e rumo a uma nova direção, além da aquisição do senso de propósito, ou seja, estabelecer objetivos a serem alcançados.

Percebe-se também a utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação, como sugerem Paul Baltes e Margret Baltes (1990). Luíza abriu mão de objetivos, como o estudo, mas selecionou outros, como constituir uma família e trabalhar para ajudar no sustento

de sua casa (seleção). Conseqüentemente, utilizou-se de meios para consegui-los através da dedicação ao cuidado dos filhos e o trabalho como diarista (otimização). Dessa maneira, compensou o abandono de outros objetivos com a satisfação em ver os filhos formados e empregados.

Outro aspecto da vida de Luíza que nos chama a atenção é o relato sobre seu casamento. Primeiramente, abandonou o trabalho para acompanhar o marido, e dedicou-se aos afazeres domésticos, criação dos filhos, e atividades ligadas ao trabalho de seu cônjuge. Somente após a aposentadoria deste e entrada na oitava etapa do ciclo de vida é que Luíza conseguiu se dedicar ao relacionamento conjugal, e usufruir de uma relação com mais mutualidade e intimidade. Portanto, o elemento sintônico da intimidade e a força psicossocial do amor têm se fortalecido na velhice de Luíza e se maximizado, de maneira a compensar perdas sofridas anteriormente, como sugerem os estudos de Erikson e cols. (1986), e de Baltes e Baltes (1990).

Estratégias de seleção, otimização e compensação foram e têm sido utilizadas por Luíza também em outras áreas. Reformular seus objetivos, e dedicar-se às atividades de sua comunidade religiosa têm lhe trazido benefícios, como o respeito por ser idosa. Entretanto, representações sociais sobre o envelhecimento como fase de estagnação, cansaço e esquecimentos têm permeado o discurso de Luíza. Ao mesmo tempo em que se sente respeitada pela comunidade, encontra dificuldades em aceitar a idade que tem e identificar-se como velha, como dito anteriormente. Muitas vezes na busca por um remanejamento de aspectos diferentes da identidade, o indivíduo busca no âmbito social o seu lugar junto à sociedade. Destarte, a crise entre identidade e confusão de identidade que ressurge na velhice pode levar o velho a internalizar representações que, como afirmam Guimarães e Campos (2007), tentam dar sentido a condutas a fim de compreender a realidade.

A necessidade de recursos culturais, que englobam estratégias de socialização, recursos médicos, estruturas físicas, disposições motivacionais e habilidades cognitivas, entre outros, aumenta com o envelhecimento, de acordo com Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999). Quando essas necessidades são supridas, juntamente com a presença de estratégias de seleção, otimização e compensação, o idoso tem a possibilidade de construir um envelhecimento bem-sucedido. O ambiente social e familiar de Luíza tem lhe oferecido oportunidades para continuar mantendo seus vínculos de amizade, seja com as pessoas da sua comunidade, seja com seus filhos e netos que sempre a visitam.

Luíza parece possuir recursos necessários para a construção de um envelhecimento com qualidade de vida. Entretanto, ainda necessita elaborar os lutos pelas perdas no âmbito da

realização profissional e decorrentes de ter vivido em função do trabalho de seu marido. Recursos internos e externos que podem lhe auxiliar nessa elaboração estão disponíveis, além do envolvimento vital demonstrado. Luíza tem experimentado alguns aspectos de um envelhecimento bem-sucedido, porém com a presença de elementos negativos. Algumas decisões tomadas em determinadas situações são atribuídas ao marido, de forma que o culpa por não ter realizado seus sonhos. Reconhecer a própria autoria das escolhas feitas e aceitá-las como irrevogáveis pode ser um primeiro passo rumo à superação das constantes queixas em seu discurso e aceitação de seu passado.

5.3. Joaquim: satisfação no cuidado pelas pessoas

Joaquim tem 80 anos, é casado com Luíza e tem quatro filhos. Durante toda a entrevista demonstrou bom-humor e disposição em contar sua história. Nasceu no interior de Minas Gerais, e é o único filho do primeiro casamento da mãe. Quando tinha aproximadamente três anos de idade seu pai morreu. Joaquim estudou na cidade em que nasceu até o fim do Ensino Médio com ajuda financeira dos vizinhos, seguindo para outra cidade em Minas Gerais para cursar Teologia com a ajuda de uma missão americana. Tornou-se missionário e a partir dessa época percorreu várias cidades em Goiás e Minas Gerais instalando igrejas durante 11 anos, até a missão voltar para os Estados Unidos. Depois disso, Joaquim se aposentou, mudou-se para Brasília e tornou-se pastor titular de uma igreja brasileira. Há pouco tempo, deixou esse cargo e assumiu uma posição periférica nessa comunidade, onde exerce o papel de pastor auxiliar.

Até a vinda definitiva para Brasília, a vida de Joaquim foi marcada por constantes mudanças de cidade. Percebe pontos positivos e negativos em suas várias mudanças, e procurou compensar os negativos com a possibilidade que tinha em experimentar novidades, aprender o inglês com os americanos, e fazer o que gostava, ou seja, ser missionário.

O trabalho sempre permeou a vida de Joaquim. Mesmo após a aposentadoria, continuou como pastor titular de uma igreja brasileira, e após deixar esse cargo continua atuando junto à comunidade. Durante os anos de trabalho, teve outras ocupações concomitantes à função de pastor. Deu aulas de inglês em algumas cidades em que morou e ajudou em um cartório durante a época em que morou no interior de Goiás.

Outro aspecto presente na vida de Joaquim é o senso de cuidado e envolvimento com as pessoas à sua volta, ou seja, membros da comunidade, seus filhos e netos: *“Viúva que não tem nada, como eu que já saí de uma vida muito difícil, né, eu fico com dó daquelas pessoas. A gente tem o interesse de ajudar”*.

A velhice é experimentada por Joaquim como um tempo de estar quieto e de recordações do passado, de ter mais respeito das pessoas, mas também como uma época de perdas de aptidões e a presença de problemas físicos. A proximidade da morte às vezes parece incomodar Joaquim, sendo que ora reage com humor ora lança mão da religiosidade. Ao ser esclarecido sobre o termo de consentimento, afirma: “*Fazendo isso aqui a gente fica mais novo? (risos)*”. Ao lhe perguntar sobre sua idade, responde: “*80... passando um pouquinho... negocieei com a morte e ela me deu mais vinte [anos] (risos)*”. Na EDG-15, ao ser indagado se sente medo de que algum mal vai lhe acontecer, Joaquim diz: “*Não, não tem, não, tudo tá em Cristo... aparece mal, mal ninguém evita, mas enquanto tá aqui na Terra tem que ser firme.*”

Apesar de ter sido criado em família muito pobre, Joaquim conseguiu realizações como ter uma casa própria, aposentar-se, e ter criado e motivado os filhos a estudar. Orgulha-se muito de todas as suas conquistas:

“Sair de uma vida tão difícil e chegar a esse ponto não foi fácil, e eu pelo meu esforço, quer dizer, o que eu consegui até agora é meu esforço próprio e de muita luta cheguei a posição que estou, mas não foi fácil não... é, a vida não foi moleza, mas por isso que eu dou valor aos estudos tudo, isso aí é tudo...”

Joaquim não apresentou indícios de declínio cognitivo no MEEM. Sua pontuação, 27, ficou próxima ao ponto de corte para seu grau de escolaridade, que é 26. O curso de seu pensamento se apresentou normal, fluente e coerente. Relata às vezes não recordar o nome de certas pessoas, mas tenta se lembrar e “*forçar a memória*”, utiliza bilhetes para não esquecer de compromissos.

Na EDG-15, obteve um escore de três pontos, o que não traz indícios de processo depressivo. Os itens em que pontuou foram: ter deixado muitos dos seus interesses e atividades, preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas, e sentir-se com mais problemas de memória que a maioria das pessoas. Ao ser questionado se se sente cheio de energia, Joaquim afirma que se sente “*em parte*”. Mesmo mantendo um envolvimento com as atividades da comunidade, ao deixar seu cargo de pastor titular da igreja e agora ocupar o de pastor auxiliar, Joaquim deixou algumas de suas atividades e, conseqüentemente tem ficado mais em casa.

Na Avaliação da Qualidade de Vida, indicou a presença de satisfação moderada com a vida. As facetas Habilidades Sensoriais e Autonomia foram avaliadas como as que lhe trazem mais insatisfação. Demonstrou satisfação no tocante às Atividades Passadas, Presentes e Futuras, à Participação Social e à Intimidade. Em relação à Morte e ao Morrer, relatou temer apenas sentir dor antes de morrer, mas não a morte.

5.3.1. Considerações sobre a história de Joaquim

Joaquim cresceu em meio a muitas dificuldades, financeiras e familiares. Ao chegar à juventude, soube aproveitar as oportunidades que a vida lhe ofereceu. Ter conseguido terminar os estudos, e ainda ingressar em um seminário de Teologia, parece ter reforçado os elementos sintônicos da realização e da iniciativa, assim como contribuído para que as forças psicossociais da competência e do propósito surgissem. Segundo Erikson e cols. (1986), exercer o senso de propósito e realização significa ter a coragem de visualizar e perseguir objetivos, de forma a superar as intempéries da vida. Em meio a um ambiente de pobreza e falta de oportunidades para o crescimento, Joaquim lutou por uma melhoria de vida através do estudo. Baltes (2000) afirma que “em meio a baixos níveis de recursos financeiros, pequenos eventos positivos podem ser transformados em grandes eventos e serem associados a conquistas pessoais e familiares” (p. 8). Essas conquistas pessoais e familiares se estendem por toda a vida, e podem trazer ao velho a certeza de que escolhas adequadas foram feitas. Dessa forma, Joaquim avalia sua trajetória vital através do olhar de quem conquistou sonhos e fez escolhas acertadas.

Como foi afirmado acima, o senso de competência também contribuiu para as conquistas de Joaquim. De acordo com Erikson (1950/1963, 1982/1998), esta requer o cumprimento das tarefas propostas pela vida, e lutar contra os sentimentos de inferioridade e fracasso. Joaquim acreditou ser capaz de vencer obstáculos e, mesmo longe de sua família de origem, suas novas experiências de trabalho lhe impulsionaram a não desistir.

Outro aspecto importante e que parece ter contribuído para que Joaquim permanecesse fiel aos seus ideais religiosos e não desistisse de sua carreira na missão mesmo em meio a dificuldades, foi o senso de fidelidade. Essa força psicossocial, segundo afirmam Erikson e cols. (1986), expressa a habilidade de sustentar o comprometimento espontâneo a um sistema de crenças, e se manter firme apesar das inevitáveis contradições, ou entraves enfrentados.

Ao se envolver com uma instituição e seus ideais, Joaquim fez da geratividade o grande alvo de sua vida. Como seu trabalho abrangia instalação de igrejas e assistência às pessoas da comunidade local, a força psicossocial do cuidado desenvolveu-se e está presente até os dias atuais. Concomitantemente, a formação de uma nova família logo no início de sua carreira contribuiu para o fortalecimento da geratividade e do cuidado. Joaquim mantém sua participação em atividades da comunidade, mesmo após a aposentadoria, e convive com seus filhos e netos. Ao falar sobre estes, Joaquim dá muitas risadas, e foi visível para a pesquisadora o contentamento que tem no contato com os netos. Erikson e cols. (1986) afirmam que a relação avós-netos pode fornecer ao velho a oportunidade para demonstrar a

força psicossocial do cuidado e auxiliar no envolvimento vital e na compensação por perdas. Adicionalmente, oferece a chance de se situar na projeção histórica da vida, e a sensação de que forneceu algo para as pessoas à sua volta.

Quando Joaquim relata sua trajetória pessoal, consegue transmitir a satisfação que sente pela vida que teve. Nas perspectivas de Brown e Lowis (2003) e de Erikson (1982/1998), olhar para trás e aceitar o que passou como inevitável, mas como fonte de satisfação, auxilia o indivíduo a encarar a vida e sua finitude. Entretanto, essa aceitação da finitude não representa um desejo pela morte ou uma desistência da vida, mas sim fonte de envolvimento vital: *“Negocie com a morte e ela me deu mais vinte [anos]”*.

Sua velhice está sendo vivenciada com satisfação, e com a percepção de que mudanças corporais e funcionais têm ocorrido: *“Foi que a idade foi chegando e a gente vai ficando meio mole, assim, a memória já tá meio cansada... Audição também, a gente vai ficando velho...”*. Apesar disso, Joaquim se sente bem em estar velho, pois seu ambiente psicossocial – família e comunidade – tem lhe oferecido oportunidades para participar de atividades sociais, e sentir-se respeitado e apreciado pelas pessoas à sua volta. A presença de um ambiente favorável ao desenvolvimento na velhice contribui para a construção de um envelhecimento bem-sucedido. Como foi afirmado no caso de Luíza, o indivíduo passa a necessitar mais, na velhice, dos recursos oferecidos pelo ambiente psicossocial que o cerca (Baltes & Baltes, 1990).

Joaquim tem experimentado envolvimento vital. Redução na participação nas atividades da comunidade, que é uma ocorrência normal e até desejável na velhice (Tornstam, 1997), não o impede de se dedicar a atividades ligadas à sua profissão. Seu ambiente não lhe impede de continuar fazendo o que gosta e o que sabe fazer: ser pastor.

Além disso, estratégias de seleção, otimização e compensação foram e ainda são utilizadas por Joaquim (Baltes & Baltes, 1990). Durante a época de sua vida em que precisava mudar-se constantemente, dedicar-se ao trabalho (seleção) e focalizar-se no aprendizado de novas habilidades, como uma língua estrangeira (otimização), de certa forma compensava pelas perdas decorrentes das mudanças. Atualmente, mesmo face à mudança de cargo na instituição religiosa que frequenta, Joaquim tem se focalizado nas atividades que ainda realiza, como pregar na própria instituição e em outras, e a compensação tem vindo através do respeito e do carinho que recebe das pessoas de sua comunidade.

Joaquim está entrando na nona etapa do ciclo vital, e ainda tem muito o que enfrentar. Joan Erikson (1998) afirma que a nona etapa, que se inicia aos 80 anos, envolve o ressurgimento de todos os elementos distônicos das etapas anteriores. Essa quarta idade, como

definida por Baltes e Smith (2004), traz consigo dilemas e desafios, novos e antigos. Com a constante diminuição das capacidades corporais e cognitivas, o “idoso muito velho” necessita remanejar objetivos, e mudar sistematicamente a distribuição dos recursos internos e externos. Essa reorganização só é possível se, juntamente com a disposição interna do idoso, seu ambiente psicossocial lhe oferecer estruturas de suporte e políticas sociais. Essas devem estar dirigidas à prevenção e ao tratamento de possíveis doenças, e à criação e manutenção de um ambiente incentivador da independência, mesmo face à crescente dependência do idoso, como afirma Margret Baltes (1996).

Joaquim vive uma velhice bem-sucedida com envolvimento vital. Diante de mudanças ocorridas nessa etapa, tem demonstrado flexibilidade em adaptar-se. Além disso, consegue usufruir o que conquistou junto à comunidade, ou seja, respeito e carinho. Comportamentos e estratégias de adaptação utilizadas durante seu percurso vital ainda estão presentes em sua vida atual. Portanto, tem conseguido manter muito do que conquistou durante toda a sua vida.

5.4. Helen e a dificuldade de superar a estagnação

Durante toda a entrevista, Helen mostrou-se apática, desinteressada e com dificuldades em desenvolver o raciocínio que iniciava. Assim, foi preciso constantemente questioná-la e incentivá-la a dar prosseguimento ao raciocínio iniciado, mas sem resultados. A dificuldade em falar de si mesma, do que não estava satisfatório em sua vida, do significado das perdas sofridas e as formas como as enfrentou esteve presente durante toda a entrevista. Portanto, os episódios que se seguem não foram obtidos necessariamente na ordem em que se seguem, sendo necessário organizá-los.

Helen tem 81 anos, é viúva, nasceu no interior de São Paulo e mora com a filha, em Brasília, há algum tempo. Vem de uma prole de 18 filhos, sendo a caçula. Coursou o Ensino Fundamental em um colégio de freiras junto com suas irmãs. Coursou Magistério e trabalhou como professora da segunda série em um grupo escolar. Durante os estudos precisou morar na casa de seu irmão mais velho para ficar mais próxima do colégio.

Helen relata que pôde se dedicar aos estudos quando criança e que não precisou trabalhar, pois o pai sempre sustentou a família: “[a vida nessa época] *Era boa né? Graças a Deus, meu pai cuidou da gente muito bem, colocou num colégio de freiras. Deu boa educação pra todos... minha mãe não trabalhava. A gente sempre teve quem trabalhasse, né?*”

Contou que não se casou muito nova, e teve duas filhas, mas não conseguiu dizer com que idade se casou e nem o ano do casamento. Lecionava na mesma escola onde o marido trabalhava como inspetor de alunos. Por causa disso, precisou deixar suas filhas com uma

empregada doméstica enquanto trabalhava.

Helen trabalhou por aproximadamente 33 anos, mas não soube dizer que idade tinha ao se aposentar e em que ano. A partir de então, passou a preencher seu tempo com crochê e outras atividades dentro de casa. Também não soube especificar há quanto tempo é viúva e quando foi morar com a filha em Brasília. Confunde-se quanto ao tempo percorrido entre a aposentadoria e a viuvez, e relata apenas que, após a morte do marido, ficou sozinha na cidade em que morava, e a filha foi buscá-la. A vida na casa desta transparece monotonia, pois não a deixa fazer nada. Assim, Helen ajuda a empregada quando sua filha sai para trabalhar e nos outros momentos do dia ocupa o tempo com crochê e televisão, mas não se recorda do nome das novelas que assiste.

Helen não participa de atividades sociais. É católica, vai à missa aos domingos, porém não relata amizades na comunidade da igreja: *“Eu vou lá na missa e volto.”*. Conta que às vezes sai com Rose para visitar os amigos da filha ou ir a algum restaurante. Mantém pouco contato com amigos de São Paulo.

Em relação ao casamento, Helen afirma que viveu bem com o marido e que este sempre a tratava bem. Com a viuvez, ficou só e diz que sentiu sua falta, mas não esboça qualquer sentimento ao falar sobre o assunto.

A dificuldade em se lembrar de datas e idades específicas foi marcante no discurso de Helen. Durante todo seu relato, ocorreram confusões de datas e dificuldade em se localizar temporalmente. Parece que os esquecimentos já fazem parte da vida de Helen. Afirma que se esquece de fatos do dia-a-dia, mas não consegue especificar do que exatamente costuma se esquecer. Quando era mais nova tinha boa memória e os esquecimentos têm ocorrido devido à velhice, segundo seu relato. Em nenhum momento demonstrou aborrecimento em não se lembrar de datas, fatos importantes, e o nome de pessoas próximas como netos e bisnetos. Atribuiu à velhice esses problemas de memória.

O escore obtido no MEEM, 20 pontos de 30, está abaixo do ponto de corte para sua escolaridade – 26 pontos – e indica declínio cognitivo. Na EDG-15, afirmou que prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas, e sente-se com mais problemas de memória que a maioria das pessoas.

Na WHOQOL-Old, Helen obteve escore de 95, o mais alto entre os participantes do Centro de Medicina do Idoso. Demonstrou satisfação em todas as facetas avaliadas. Entretanto, pareceu ser incoerente essa aparente satisfação, pois durante a entrevista, Helen afirmou que não participa de atividades da comunidade de forma ativa, não possui relacionamentos de intimidade, e não falou sobre projetos para o futuro. Mais uma vez, sua

dificuldade em olhar para si mesma e se auto-avaliar foi evidente.

5.4.1. Considerações sobre a história de Helen

Durante sua infância até a conclusão do curso de magistério, a família de Helen arcou com as despesas de seus estudos. Ao se formar, trabalhou como professora até se aposentar. Entretanto, depois da aposentadoria, Helen parece não ter se envolvido com nenhuma outra atividade laborativa além das tarefas domésticas. Mesmo tendo se dedicado ao trabalho durante aproximadamente 33 anos, a capacidade de envolver-se em atividades que tragam satisfação por estar produzindo algo parece não ter se desenvolvido. Dessa forma, a estagnação se instalou desde a aposentadoria. Erikson (1950/1963) afirma que quando a geratividade não é desenvolvida de forma adequada, a estagnação aparece e há um conseqüente empobrecimento do *self*. Essa parece ser a situação de Helen, que apresenta declínio cognitivo e esquecimentos constantes, apatia, além de não ter projetos para o futuro.

A viuvez parece ter sido o que mais afetou Helen. Muitas vezes a perda do cônjuge é vivenciada pelo idoso como perda de um cúmplice e de parte de si mesmo, como constataram os estudos de Erikson e cols. (1986) e Jerusalinsky (2001). As representações que o sujeito faz das pessoas afetivamente próximas e de si mesmo contribuem para o sentido de continuidade individual. Conseqüentemente, a morte do cônjuge pode abalar esse senso de continuidade da vida. Adicionalmente, no caso de Helen, a falta de um ambiente que lhe proporcione envolvimento social e a falta de relacionamento e proximidade com os netos e bisnetos – não recorda o nome de nenhum destes – parecem também contribuir para o seu isolamento social e estagnação. Sendo assim, segundo Erikson (1982/1998) e Goldfarb (2004), se o idoso não conseguir superar a perda do companheiro e se abrir para a busca de novos relacionamentos de que lhe tragam o senso de intimidade, psicopatologias podem se desenvolver.

O ambiente psicossocial em que Helen se insere atualmente parece não lhe incentivar independência e autonomia. Como visto anteriormente, além de não participar das tarefas da casa, suas atividades sociais têm estado condicionadas às da filha. Um ambiente que não promova autonomia, interdependência e dependência, quando necessária, não consegue, segundo Margret Baltes (1996), auxiliar o idoso na construção de um envelhecimento bem-sucedido.

Helen parece estar desinvestindo afetivamente do mundo exterior, o que, de acordo com Goldfarb (2004), pode acarretar um quadro depressivo ou demencial. Helen já apresenta sintomas demenciais, como os esquecimentos, apatia, dificuldade de localização espaço-

temporal e de auto-percepção. As dificuldades em encontrar um lugar social, construir novas amizades, desenvolver um senso de geratividade após a aposentadoria, e a perda do marido, entre outros fatores, parecem ocasionar falta de envolvimento vital. O desinvestimento e não-envolvimento com a vida podem ter aberto caminho para a instalação de uma psicopatologia.

A dificuldade em falar de si mesma, do que gostava de fazer, de como enfrentou as perdas em sua vida, se mostrou constante durante a entrevista com Helen. Messy (1999) e Goldfarb (2004) afirmam que em quadros demenciais há dificuldade em falar de si mesmo, pois o sujeito demenciado perde, aos poucos, a vinculação afetiva com o mundo e consigo mesmo. Baltes e cols. (1999) caracterizam a demência como a perda gradativa de “qualidades fundamentais do Homo sapiens”, tais como: intencionalidade, autonomia, identidade pessoal, vinculação social, entre outras. Algumas dessas perdas foram observadas em Helen.

Outra dificuldade demonstrada diz respeito a relacionamentos de intimidade. Este elemento sintônico é compreendido por Erikson (1982/1998) como a capacidade de estabelecer relacionamentos de mutualidade com outras pessoas, e mantê-los através da força psicossocial do amor. Durante a velhice, tanto a intimidade quanto o amor são colocados em risco na viuvez e perda de amigos próximos. Helen não tem conseguido preservar ou reviver a intimidade, pois além de perder o marido, afastou-se dos amigos. Relacionamentos sociais de amizade são muito importantes para o envolvimento vital do indivíduo na velhice, principalmente aqueles que estão presentes em sua vida há muito tempo. Jerusalinsky (2001) assevera que amizades antigas dão ao idoso a sensação de ser escutado e compreendido por aqueles que compartilharam juntos momentos importantes.

Além disso, Erikson (1950/1962) utiliza o termo auto-absorção para designar, juntamente com a estagnação, o elemento distônico que se opõe à geratividade. A afetividade e o cuidado que deveriam ser dirigidos ao outro, são dirigidos para o próprio *self* do indivíduo. Como consequência, o sujeito acaba por se fechar para o mundo, e para si mesmo, pois não há existência saudável e possível sem as inter-relações que definem o existir humano. Durante a entrevista, Helen parecia estar contando a história de outra pessoa, e não dela mesma. A incerteza sobre os fatos parecia sempre presente. Esses aspectos sugerem que um quadro demencial pode estar se instalando.

Helen não parece estar vivendo uma velhice com qualidade, apesar de ter avaliado as facetas de sua vida como predominantemente satisfatórias. Seu ambiente psicossocial não lhe oferece alternativas para substituir os vínculos perdidos, ou seja, a idosa não tem encontrado relações e atividades que a ajudem a elaborar o luto pelo marido, pelo trabalho, pelo abandono de sua casa e amigos, e por outras perdas. Dessa forma, estratégias de seleção, otimização e

compensação não têm sido utilizadas por Helen. Apesar de ocupar o seu tempo com o crochê e bordado, e gostar de fazê-los, estas parecem não ser atividades que compensem perdas sofridas, nem lhe proporcionam o envolvimento vital necessário para a vivência de um envelhecimento com qualidade de vida. Entretanto, não há como afirmar se esse não-envolvimento com a vida surgiu após o início do processo demencial, ou se sempre esteve presente em sua vida.

5.5. Joana e a manutenção do senso de cuidado e produtividade

Joana tem 68 anos de idade, é casada e tem sete filhos. Nasceu em uma fazenda no interior do estado de Goiás, e é a quinta filha de uma prole de sete. Vem de uma família de pequenos agricultores e quase não teve acesso à educação. Estudou apenas a “*cartilha*”, freqüentou a escola por seis meses, aprendeu a ler e a escrever, porém precisou abandonar os estudos para ajudar o pai na colheita de café e nos afazeres da fazenda. Relata que abandonou os estudos contra a sua vontade e que o fez apenas porque precisava ajudar na fazenda. Não ter tido a oportunidade de estudar e não ter conseguido retornar aos estudos mais tarde são seus grandes arrependimentos na vida.

Joana teve uma infância preenchida pelo trabalho e ajuda na fazenda, e pelo papel de cuidadora. Quando a mãe morreu após um parto com complicações, Joana tinha 8 anos de idade e assumiu as responsabilidades de cuidar da casa, cozinhar e cuidar dos irmãos mais novos. Afirma que aprendeu muitas coisas com sua avó e gostava de fazer tudo isso.

A morte da mãe ainda é marcante para Joana, que se emociona ao relatar o fato com detalhes. Igualmente, a imagem do pai. Quando este morreu, Joana já estava casada. O relacionamento com seu pai parece ter sido caracterizado por cuidado mútuo:

“Eu demorei mais a casar porque parecia que meu pai não queria que eu casasse tão cedo... Ele gostava que eu fizesse tudo... ele dizia que a comida minha que era boa... (risos) e eu ficava com aquela dó de casar e deixar ele, sabe, porque ele ia sentir falta, né, [se emociona]. Ele era muito apegado comigo...”

Apesar de nunca ter tido um emprego formal, a produtividade sempre fez parte da vida de Joana. Como relatado acima, cuidou dos afazeres da casa quando criança. Depois de casada esteve sempre envolvida no cuidado dos filhos e fazendo alimentos para vender. Igualmente, na velhice, tem confeccionado e vendido artesanatos.

Outro aspecto importante na vida atual de Joana é o contato com os filhos. Tem costume de visitar e almoçar com as filhas regularmente, e filhos e netos freqüentam sua casa: *“a casa não é tão grande, mas... tem uma área grande que os meninos [filhos] gostam de... a família*

grande quando ajunta, né...”.

O envolvimento e participação na comunidade foram presentes na vida de Joana. Desde o início do casamento, participa freqüente e ativamente nas atividades de sua igreja. Conta que, mesmo sem carro próprio e morando longe de sua igreja, sempre ia às programações semanais e levava os filhos. Provavelmente, a ausência do marido no dia-a-dia da dinâmica familiar tenha levado Joana a buscar, na crença religiosa, o conforto que precisava para continuar lutando por dias melhores em sua vida. Atualmente, continua partícipe em todas as programações da comunidade.

No momento presente, segundo Joana, sua saúde está boa. Tem labirintite, há aproximadamente dois anos foi submetida a uma cirurgia no joelho e já apresentou dois episódios depressivos nos últimos três anos. Esses episódios foram decorrentes de situações familiares envolvendo problemas de saúde das filhas. Relata que quando estas adoeceram gravemente, precisou ajudá-las em tudo: alimentação, banhos e locomoção. Outro fator desencadeante foi a prisão de uma filha e um genro nos Estados Unidos há aproximadamente dois anos. Apesar de ter a consciência da necessidade de procurar ajuda especializada, Joana se apegou às suas crenças religiosas que lhe proporcionam a certeza de tudo vai se resolver de alguma forma.

A velhice, para Joana, possui aspectos positivos e negativos. Percebe seu corpo mais debilitado, pois às vezes não consegue fazer o que gostaria, e também se percebe mais emocionalmente sensível do que era há algum tempo atrás. Para Joana, a velhice é inevitável e se alegra em estar nessa etapa com saúde e vitalidade, apesar de querer ter mais vigor. Além disso, a crença religiosa parece auxiliá-la a encarar os desafios e debilidades da velhice, e também a pensar sobre a morte.

Joana obteve escore de 25 pontos no MEEM, o que não indica déficit cognitivo. Da mesma forma, na EDG-15 não demonstrou indícios de sintomas depressivos, apesar de já ter enfrentado episódios de depressão anteriormente. Nessa escala pontuou nos seguintes itens: ter deixado muitos interesses e atividades, e preferir ficar em casa a sair e fazer coisas novas. Provavelmente devido às dificuldades físicas que tem enfrentado a partir da operação no joelho e a labirintite, Joana precisou abandonar algumas de suas atividades. A preferência em ficar em casa pode vir do fato de que gosta de fazer trabalhos manuais e artesanais, e cozinhar, o que requer ficar em casa.

Na Avaliação da Qualidade de Vida, obteve um escore de 101 em 120 pontos, o que indica satisfação. Avaliou suas Habilidades Sensoriais, Atividades Passadas, Presentes e Futuras como satisfatórias. Nos itens sobre Morte e Morrer, atingiu o escore máximo de 20

pontos. Não se pode afirmar ao certo se Joana realmente não tem temores em relação à morte, ou se o fato de ter uma religião faz com que evite pensar sobre a morte e o significado de morrer. No tocante à Participação Social e à Autonomia declara que gostaria de realizar mais atividades do que tem feito, provavelmente os declínios físicos da velhice têm lhe impedido de realizar tudo o que gostaria.

5.5.1. Considerações sobre a história de Joana

A vida na 'roça' demandou de Joana o desenvolvimento do senso de competência através do elemento sintônico da realização. Este envolve, durante a infância, o aprendizado de atividades derivadas de habilidades provenientes da acuidade sensorial, coordenação motora e força muscular. Como afirmam Erikson (1982/1998), e Erikson e cols. (1986) são elementos que reaparecem na oitava e nona etapas e necessitam ser amadurecidos e reavaliados pelo idoso.

Face à progressiva diminuição sensório-motora que normalmente ocorre na velhice, muitos idosos tendem a experimentar o elemento distônico da inferioridade. A forma de superá-lo é re-experimentando o senso de competência que pode reaparecer sob a forma de aprendizado e desenvolvimento de novas capacidades. Joana tem usado o seu tempo livre para aprender e desenvolver aptidões que antes não possuía, como o bordado com pedrarias. Da mesma forma, também continua a exercitar habilidades aprendidas no decorrer da vida, como fazer biscoitos. Essas atividades lhe auxiliam a desfrutar de um envolvimento vital, pois têm englobado o relacionamento com as filhas e com as pessoas de sua comunidade local que compram o que produz. Portanto, além de manter um forte senso de competência, Joana faz novos vínculos sociais.

A geratividade que, na visão de Erikson é a dimensão que precisa permear toda a vida do indivíduo, esteve e está presente em Joana. Afirma que criou os filhos sozinha porque o marido estava sempre trabalhando. Destarte, a força psicossocial do cuidado, que já havia sido vivenciada em momentos anteriores da vida de Joana, continuou a se desenvolver. Demonstra satisfação em falar sobre o cuidado dedicado aos filhos. O relacionamento e a convivência com estes é constante, e sempre ajuda as filhas quando estão doentes. São fatores muito importantes para o envolvimento vital do idoso, porque lhe fornece subsídios para desenvolver a sensação de continuidade histórica e perpetuação da vida.

A participação assídua nas atividades da comunidade religiosa tem auxiliado Joana na construção de uma velhice bem-sucedida. Erbolato (2006) assevera que relações sociais ajudam na manutenção de uma integridade da personalidade, proporcionam trocas afetivas e

realização pessoal, e contribuem para o bem-estar subjetivo do idoso. Além disso, a participação e manutenção de relacionamentos sociais, somadas a outros fatores, estão associadas à qualidade e satisfação de vida na velhice, de acordo com pesquisas realizadas por Paschoal (2006).

Durante sua trajetória de vida, Joana utilizou de estratégias de seleção, otimização e compensação, como desenvolvida por Baltes e Baltes (1990). A ausência de seu marido lhe proporcionou a oportunidade de selecionar outras prioridades em sua vida além de cuidar dos filhos, como participar de atividades sociais e desenvolver habilidades culinárias, e otimizar os recursos internos e externos, como se motivar e engajar, a fim de conquistar esse envolvimento social. O envolvimento religioso, através de relacionamentos na comunidade, muitas vezes, se torna o centro da vida social do indivíduo, mais do que expressão da fé e pode ser uma fonte de continuidade da própria vida do idoso. Estes aspectos foram averiguados por Erikson e cols. (1986) em suas pesquisas com idosos.

Depois de sua entrada na velhice, Joana enfrentou alguns episódios depressivos, associados por ela a problemas enfrentados pelas filhas. Não se pode saber ao certo, por carência de informações, como se deu o aparecimento desses episódios depressivos. Entretanto, sabe-se, com base nos estudos de Stoppe Junior e Louzã Neto (1996) e Linhares (2002), que conseqüências de um evento traumático podem ameaçar o equilíbrio psicológico do indivíduo por sua imprevisibilidade, e propiciar o aparecimento de sintomas depressivos.

O enfrentamento inicial da depressão se deu a partir de tratamento neurológico. Igualmente, as crenças religiosas foram utilizadas por Joana no enfrentamento desses episódios, assim como de outras situações difíceis em sua vida. A força psicossocial da esperança, que normalmente está ligada a crenças religiosas, espirituais e/ filosóficas, é derivada dos elementos sintônicos e distônicos da confiança e desconfiança básica (Erikson e cols., 1986). A esperança auxilia o idoso a pensar na vida de forma mais holística e a acreditar em um futuro melhor. Quando associada às outras forças psicossociais, contribui para que o indivíduo, idoso ou não, lute por esse futuro que crê existir.

Mesmo tendo vivenciado problemas de saúde, física e emocional, Joana sente-se satisfeita com sua vida. Em alguns momentos relata que o corpo não possui mais o vigor de antes, e que se sente emocionalmente sensível quando precisa lidar com eventos negativos. Entretanto, esses aspectos de sua avaliação não interferem em sua vivência global de qualidade de vida. Joana parece estar vivenciando uma velhice bem-sucedida e com envolvimento vital. Percebe essa fase como uma etapa inevitável da vida. O ambiente psicossocial em que está inserida, família e comunidade, tem lhe proporcionado condições

para a construção desse envelhecimento, e a auxiliado a enfrentar o aparecimento dos episódios depressivos. Um acompanhamento psicológico talvez seja importante para lhe fornecer suporte e estratégias para o enfrentamento destes sintomas.

5.6. Ivonete: superação das perdas corporais

Ivonete tem 68 anos, nasceu em Anápolis, é casada e tem quatro filhos, sendo um adotado. Afirma que sua mãe não gostava muito de crianças e a entregou para a avó criá-la. Não conheceu o pai e nunca se interessou em conhecê-lo. Afirma ser resignada com isso, não lamenta a forma como foi criada, e é grata por ter sido criada pela avó e ter tido a vida que teve.

Ivonete conta que, durante a infância, precisou auxiliar sua avó no sustento da casa. Ajudava a vender hortaliças que elas mesmas cultivavam em casa e doces que a avó fazia.

“Foi bom [infância] porque tudo que eu sei, eu agradeço a minha avó, ela era lavadeira de roupa e eu estudei em escolas públicas e nunca reclamei de nada. E eu vivi muito bem, minha infância foi muito boa, a minha educação foi muito boa...”

Fez o curso de Técnico em Enfermagem. Trabalhou em vários hospitais da cidade. Devido à escassez de mão-de-obra especializada na época em que trabalhava, assumiu cargos de chefia no hospital psiquiátrico e coordenou a maternidade durante algum tempo até se aposentar após 30 de trabalho. Apesar de já ter se aposentado há aproximadamente 20 anos, ainda mantém relacionamentos de amizade com pessoas que conheceu na época em que trabalhava no hospital.

Atualmente, sua participação social envolve atividades da comunidade religiosa que frequenta e do prédio em que mora. Na igreja, participa de todas as reuniões semanais. Em seu prédio, é a responsável por cuidar dos jardins da parte comunitária. Demonstra satisfação em falar sobre essas atividades. Embora seu marido não lhe acompanhe, este não coloca impedimentos quanto a sua participação nas reuniões da igreja ou a sua contribuição ao prédio onde residem.

No relacionamento de Ivonete com o marido, casados há 50 anos, parece haver diálogo e respeito mútuo. Seu marido enfrentou um câncer de próstata há algum tempo e, devido ao tratamento e à cirurgia, tornou-se impotente. Demonstra ter orgulho do esposo.

“[O marido] Criou os filhos muito bem criados, e eu vou falar uma coisa pra você eu sou muito feliz... Graças a Deus, muito feliz... é como irmão, o pastor, que sempre visita a gente, aí ele fala assim: ‘Aqui tem amor demais’... É desse jeito”.

Seu relacionamento com os filhos tem se caracterizado por uma proximidade maior com

o caçula, adotado com poucos meses de vida. Este, apesar de casado, é o mais próximo à Ivonete e pelo qual demonstra muito orgulho. Este filho ajuda o pai na oficina mecânica, faz as refeições do dia na casa de Ivonete e é quem lhe dá assistência quando adocece. Ivonete afirma que ele é “*um anjo que Deus me mandou*”.

Há aproximadamente 20 anos esse filho foi preso no sul do país e Ivonete foi, juntamente com um advogado, tentar soltá-lo. Narra com detalhes todos os episódios desse acontecimento. Afirma que, como consequência de todas as emoções que sofreu para libertá-lo da prisão, desenvolveu angina. Esteve internada várias vezes com anemia profunda, necessitando, inclusive, de transfusão de sangue. A última internação foi no começo de 2008. Outro agravante da anemia é sua má alimentação, pois muitas vezes não sente vontade de comer. Sofre de pressão alta, diabetes e problemas na coluna. Ivonete está constantemente em acompanhamento médico devido às complicações derivadas destes problemas de saúde.

A religiosidade é presente no discurso de Ivonete e tem sido uma estratégia de enfrentamento que utiliza sempre. Além disso, a crença religiosa tem lhe proporcionado inserção e participação em uma comunidade, como também segurança e esperança de que os problemas se resolverão. Em situações de dificuldades, recorre à fé para buscar forças e motivação para resolvê-las.

A pontuação obtida por Ivonete no MEEM corresponde ao ponto de corte para sua escolaridade, o que indicaria pequeno declínio cognitivo. Entretanto, isso não foi observado durante a entrevista. Seu discurso é coerente, apesar de se prender muito nos detalhes dos episódios que narra. Consegue falar de si mesma, e dos fatos que mais lhe marcaram.

A EDG-15 não sugere sintomas depressivos. Afirmou que tem medo que algum mal vai lhe acontecer, e que prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas. Suas respostas podem ter sido motivadas pelos problemas de saúde. Em decorrência destes, ficou internada, em estado bastante grave e necessitou de transfusão de sangue. Provavelmente o medo de que algum ruim aconteça pode estar relacionado a este fato. Além disso, as dificuldades provenientes da angina e da artrite podem estar lhe impedindo de sair mais de casa.

Sua Avaliação da Qualidade de Vida foi a melhor dentre os oito participantes entrevistados. Ivonete obteve escore de 106 em 120 pontos. Nas facetas Habilidades Sensoriais, Intimidade, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, e Participação Social, Ivonete está satisfeita. No tocante à Morte e Morrer, afirma temer a morte, e sofrer dor antes de morrer. Talvez as vivências de dor e sofrimento que estiveram presentes em suas internações, e os incômodos gerados pelos problemas de saúde tenham contribuído para isso.

5.6.1. Considerações sobre a história de Ivonete

Mesmo não tendo convivido com seus pais, que são, segundo Erikson e cols. (1986), aqueles que geralmente conduzem o indivíduo a experimentar o elemento sintônico da confiança e a força psicossocial da esperança, Ivonete não transparece mágoas ou traumas. Essa força foi desenvolvida e experimentada principalmente em situações de difícil solução, como a prisão do filho e os problemas de saúde.

Entretanto, o abandono pelo pai e o afastamento da mãe tiveram conseqüências na forma de Ivonete se mostrar para o mundo. Afirma ser muito resignada com o que lhe acontece e, de fato, transparece aceitar passivamente certos acontecimentos que a vida lhe impõe. Apesar dessa aceitação diante de situações difíceis, Ivonete lutou para melhorar de vida e criar seus filhos. O elemento da realização e a força psicossocial da competência se fortaleceram durante sua infância. Estas, de acordo com Erikson (1982/1998), se integram à vida psíquica do sujeito na medida em que há a necessidade de desenvolver habilidades para lidar com os acontecimentos da vida e compartilhar a realidade com aqueles que cooperam conjuntamente na mesma situação. Dessa forma, Ivonete desenvolveu e exercitou a competência em utilizar dos recursos que possuía para ajudar a suprir a necessidade de sustento financeiro de sua família, sem precisar abandonar seus estudos.

Igualmente, o elemento da geratividade foi cultivado. Ivonete ingressou no mercado de trabalho, dedicou-se à sua carreira, e cresceu profissionalmente sem abrir mão de estruturar uma família. Desenvolveu a força psicossocial do cuidado não apenas por ser um requisito de sua profissão, mas também por ter se dedicado à criação dos filhos. Um fato muito relevante foi a adoção do filho caçula quando este ainda era um bebê. Atualmente, é o que mais participa da vida de Ivonete e seu marido. A convivência diária com o filho contribui para a integração da estagnação proveniente da aposentadoria, com uma nova e modificada forma de cuidado na velhice. Dentro da perspectiva desenvolvida por Erikson e cols. (1986), essa força psicossocial se manifesta através do orgulho pelas conquistas dos filhos, preocupação quanto ao futuro deles no mundo, e aquisição de novos papéis sociais, por exemplo de conselheiro, velho amigo ou avô, como visto no caso Luíza.

O conflito entre os elementos autonomia e dúvida parecem estar ressurgindo na velhice de Ivonete. Durante toda sua vida, a autonomia esteve presente. Entretanto, após a meia-idade, seu corpo começou a adoecer com problemas de diabete e angina. Atualmente necessita, com freqüência, de transfusões de sangue porque desenvolveu problema crônico de anemia, entre outros. Conseqüentemente, novas limitações têm surgido além das que normalmente ocorrem na velhice. Erikson (1982/1998) afirma que a autonomia começa a ser

questionada quando problemas fisiológicos surgem nessa fase da vida, e ocorre o aparecimento da dualidade entre cuidar e ser cuidado. O ambiente familiar e social de Ivonete têm lhe oferecido recursos para lidar com essas limitações através da estratégia de seleção, otimização e compensação estudada por Baltes e Baltes (1990). Ivonete tem selecionado novos recursos para possibilitar a compensação pelas limitações físicas. Tem à sua disposição um motorista de táxi e amigas que sempre a conduzem para as reuniões da igreja e a levam de volta quando necessita. Portanto, sempre participa das atividades da comunidade e mantém laços de amizade, estratégias que contribuem para que Ivonete possa construir um envelhecimento bem-sucedido. Mesmo com as limitações impostas pelo seu estado geral de saúde, não perdeu sua autonomia pessoal que, segundo Margret Baltes (1996) é a garantia para o enfrentamento bem-sucedido das perdas sofridas durante o envelhecimento e as acarretadas por problemas médicos.

Os problemas de saúde, portanto, não têm impedido que Ivonete continue a exercer a força do cuidado, e tente superar os problemas ligados à autonomia. Além de participar diretamente nas atividades religiosas que envolvem visitar pessoas doentes ou com problemas, também é a responsável pelo cuidado do jardim do edifício onde reside. Estar construindo um envelhecimento com qualidade de vida, ou seja, com envolvimento vital requer a participação em atividades sociais, assim como o exercício da geratividade e do cuidado. Moraes e Souza (2005) afirmam que idosos que têm esses recursos à sua disposição apresentam maiores possibilidades em construir e usufruir de um envelhecimento bem-sucedido.

A força psicossocial do amor também parece ser experimentada por Ivonete. Esta é resultado do equilíbrio entre a capacidade de intimidade e a necessidade de isolamento, e, de acordo com Erikson e cols. (1986), habilita o indivíduo a comprometer-se com pessoas a quem ama e é amado com verdadeira mutualidade. Durante a velhice, o sujeito encontra-se envolvido em relacionamentos antigos e mais recentes. Destarte, é desafiado a conservar a capacidade de amor, seja na manutenção de amizades que já duram quase uma vida, seja na construção de novas relações. Isso precisa ocorrer, pois gradualmente o idoso perde as pessoas próximas devido a mudanças de residência ou à chegada da morte. O constante investimento em novas relações de amizade e novas atividades é, como assegura Py (2004), importante para que os lutos da velhice sejam elaborados. As atividades semanais que Ivonete participa geralmente são realizadas na companhia de suas amigas.

Igualmente, o velho necessita nutrir o relacionamento de intimidade construído no casamento, quando possível. No caso de Ivonete parece haver a presença da intimidade e do

amor na relação com o marido. Seu casamento, apesar da ausência de relação sexual, ainda gera intimidade e mutualidade. Erikson (1982/1998) afirma que a intimidade compreende a capacidade em estar profundamente conectado a alguém mesmo diante de dificuldades e entraves.

Ivonete tem conseguido superar desafios surgidos na velhice, da mesma forma como enfrentou outros anteriormente. Seu ambiente psicossocial, família e comunidade, assim como seus recursos internos têm lhe ajudado a compensar as perdas que está sofrendo, principalmente no âmbito corporal. Dessa forma, parece estar construindo uma velhice com envolvimento vital, e necessitará se preparar para enfrentar possíveis complicações no seu estado de saúde e aumento das limitações em sua autonomia e independência.

5.7. Isaura e o envolvimento social

Isaura tem 70 anos, é a quinta filha de uma prole de seis, viúva e mãe de um filho adotivo. Nasceu na Bahia, e sua família mudou-se para Goiás quando tinha aproximadamente um ano e meio. Mesmo não sabendo ao certo o motivo para a mudança, Isaura afirma que provavelmente buscavam uma vida melhor para os filhos, pois eram muito pobres. Sua infância foi assinalada pela pobreza e constante luta dos pais e irmãos pelo sustento da família. Com muito esforço, seu pai conseguiu construir uma casa, morrendo logo depois:

“Eu devia tá com uns 12 e pouco, 13, por aí, foi logo que ele construiu a casa... Não sei bem, filha, a gente... Parece que deu uma febre, sabe, mas eu não sei, a gente depois que cresce não fica especulando, né, perguntando”.

Suas lembranças da infância são poucas, mas parece não se incomodar muito com isso. A vivência da pobreza, as dificuldades e perdas enfrentadas no passado parecem ter sido bloqueadas ou são evitadas por Isaura. Não se lembra de quando se mudaram para Anápolis, não soube falar como ficou a vida da família após a morte do pai, e não consegue relatar como foi a morte da mãe, apesar de ser adulta. Ao ser indagada sobre a morte do pai e da mãe, pouco falou sobre essas perdas.

Durante o relato da morte do marido, Isaura se emocionou e chorou algumas vezes. Este morreu há 11 anos após complicações decorrentes do tabagismo e alcoolismo. Apesar de afirmar que seu casamento era “normal”, ou seja, igual à maioria, foi marcado por brigas que normalmente aconteciam quando seu marido bebia. Este não a agredia fisicamente, e sim verbalmente, chegando a sair de casa algumas vezes. Em apenas uma ocasião o esposo lhe deu um tapa, mas ela revidou.

Isaura começou a estudar com nove anos e concluiu o Ensino Fundamental. Trabalhou

dos 18 aos 30 anos, quando se casou. Assim, seu tempo passou a ser preenchido pelos afazeres domésticos, e o cuidado pelo marido. Demonstrou satisfação ao descrever seu papel na família e cuidado com o marido.

O envolvimento e participação de Isaura em sua comunidade social, além de trazer o senso de pertencimento, parecem tê-la auxiliado a manter o cuidado e produtividade. Faz parte de uma comunidade religiosa em Anápolis há muitos anos e sempre participou ativamente de suas atividades. Atualmente, frequenta todas as reuniões semanais. Afirma que gosta muito de visitar as pessoas que estão doentes e precisando de atenção. Dessa forma, a satisfação em cuidar e em fazer algo por alguém pode ser percebida no discurso de Isaura, o que demonstra a permanência do senso de cuidado após a morte do marido e a saída do filho de casa para se casar. Apesar de este ter se casado e morar com a esposa e a filha, Isaura tem se preocupado e tentado ajudá-lo a conseguir um emprego. No final da entrevista, já saindo da sala, diz-se muito preocupada com o filho.

A religiosidade é tema constante em sua fala. Em todos os momentos em que relatou situações difíceis, houve referência à religião. Esta parece lhe trazer conforto, segurança, explicação e aceitação dos fatos da vida, principalmente no que diz respeito à morte e ao fim da vida.

Atualmente, suas relações familiares parecem se resumir às estabelecidas com os membros da família de seu marido. Mantém contato com cunhadas que moram em outros estados e com a sogra. Entretanto, apenas quando foi perguntada sobre o filho é que fez referência a ele.

Isaura tem vivenciado o envelhecimento com boa saúde. Relata ter pressão alta, mas controlada, e sofrer com inchaço nas pernas. Há algum tempo atrás, retirou um mioma no útero e, posteriormente, retirou o útero, fez cirurgia para remoção de catarata, e de retirada de veias para melhoria da circulação sanguínea das pernas. Isaura afirma receber carinho e respeito das pessoas à sua volta e se sentir amada. Experimenta liberdade e autonomia para tomar as suas decisões e fazer o que deseja. Mora sozinha, dirige e possui boas expectativas quanto ao futuro.

Isaura obteve 29 de 30 pontos no MEEM e, portanto, não apresentou sinais de declínio cognitivo. Durante a entrevista e aplicação dos instrumentos, demonstrou, como outros participantes, domínio de si e de suas lembranças, apesar de não se lembrar muito da infância. Seu discurso é coerente e bem estruturado. Na EDG-15, não apresentou indicadores de sintomas depressivos.

Na WHOQOL-Old, Isaura afirmou que no que diz respeito às suas Habilidades

Sensoriais, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, e Participação Social, sente-se satisfeita. No tocante ao tema Morte e ao Morrer, sentiu-se incomodada ao ser questionada sobre o assunto e com dúvidas sobre como responder às questões. Nos itens sobre Intimidade, afirma que sente bastante amor em sua vida e faz referência à maneira pela qual as pessoas de sua comunidade a tratam. Diz ter muitas oportunidades para amar e para ser amada. Entretanto, relata não ter muito sentimento de companheirismo em sua vida. Mesmo sendo ativa em sua comunidade, Isaura é carente de relacionamentos de intimidade e companheirismo em sua vida, atualmente.

5.7.1. Considerações sobre a história de Isaura

Isaura precisou aprender a superar obstáculos e esperar por dias melhores desde a infância. A força psicossocial da esperança se faz presente em sua vida até os dias atuais. De acordo com Erikson e cols. (1986), essa força é o que impulsiona o indivíduo para frente e gera a crença duradoura na benevolência do destino, apesar da ocorrência de situações imprevistas e traumáticas. A certeza de que a resolução de situações difíceis viria esteve presente quando Isaura enfrentou a morte dos pais e do marido. Entretanto, a aparente aceitação desses fatos pode ter acarretado certa passividade ante os problemas. Não esboçou sentimentos ao relatar sobre as perdas que vivenciou, afirmando: *“Eu aceito bem essas coisas assim, sabe, eu não fico desesperada, nem com o marido eu desespero”*.

A viuvez aconteceu quando Isaura completava 60 anos, e parece ter assinalado sua entrada na velhice. Igualmente, lhe possibilitou a conquista de maior liberdade para participar da comunidade religiosa. Durante os anos em que estiveram casados, o marido proibiu, por algum tempo, sua participação nas atividades da igreja. Destarte, após a viuvez, o envolvimento social se tornou mais concreto e satisfatório para Isaura. O senso de intimidade perdido com a morte do esposo parece ter sido compensado pelos relacionamentos construídos na igreja. Além disso, outras forças psicossociais também foram resseguradas após a entrada de Isaura na velhice. As estratégias de seleção, otimização e compensação, juntamente com a geratividade e a força do cuidado lhe auxiliaram a superar e elaborar esse luto como asseveram Baltes e Baltes (1990) e Erikson (1986).

Na ausência do objeto de sua atenção, Isaura passou a se dedicar ao cuidado às pessoas de sua comunidade religiosa. Deste modo, precisou reorganizar suas prioridades, buscar envolver-se socialmente e usufruir da nova liberdade. Com a seleção de novos objetivos, otimizou recursos próprios, como disposição para dirigir seu automóvel, e de recursos externos, como estabelecimento de novas amizades. Conseqüentemente, Isaura tem

conseguido participar ativamente das atividades sociais, e compensar a ausência do marido, e do papel social de esposa. Como afirmam Baltes e Baltes (1990), influências normativas ontogenéticas (para definição ver pag. 20 do presente trabalho), como a viuvez, podem afetar profundamente o desenvolvimento. Sendo assim, diante de mudanças nas circunstâncias internas e externas, o indivíduo é desafiado a transformar a imagem internalizada de si mesmo e de sua vida, utilizando mecanismos psicológicos para ajustar seus objetivos e aspirações.

Igualmente, a aproximação com a família do marido compensa Isaura, de certo modo, por essa perda, e lhe ajuda a redirecionar afetos depositados no vínculo conjugal como sugerido por Py (2004). São formas de seleção, otimização e compensação que lhe proporcionam, entre outros ganhos, a oportunidade de viajar para a casa de sua sogra e de suas cunhadas, e recebê-las em sua casa. Esses relacionamentos familiares, apesar de não fazerem parte de seu cotidiano, auxiliam Isaura a usufruir de momentos de intimidade e de cuidado. Além de compartilhar sua vida com as cunhadas, Isaura cuida de sua sogra quando estão juntas. Conseqüentemente, afirma Erikson (1982/1998), os elementos distônicos do isolamento e da estagnação que constantemente rondam o velho não têm como se instalar.

Apesar de não demonstrar arrependimentos aparentes em relação à forma como viveu e está vivendo, Isaura dá indícios de que ainda não desenvolveu o senso de integridade do ego. Em determinado momento da entrevista, afirma que mesmo sabendo que o marido fumava e bebia, se casou na “*ignorância*”, ou seja, não pensou nas implicações que isso acarretaria à sua vida. Várias brigas aconteceram em decorrência da bebida, e parece que Isaura não foi feliz durante o período em que esteve casada. Ao falar sobre situações adversas vividas com o marido, demonstra tristeza e chora. A dificuldade em aceitar certos fatos e escolhas da vida, e não conseguir fazer as pazes com o que aconteceu podem abrir espaço para os elementos distônicos do desespero e do desgosto se instalarem. Dessa forma, a integridade do ego não é alcançada, como asseveram Erikson e cols. (1986).

Em relação ao futuro, Isaura é otimista e se apega em crenças religiosas para ter a certeza de que terá mais anos de vida com qualidade. Pensar na existência de um futuro com a realização de projetos viáveis é, de acordo com Birman (1995), necessário para que estilos psíquicos patológicos não se desenvolvam. Portanto, se Isaura não conseguir alcançar a integridade do ego através da aceitação de sua trajetória, problemas emocionais podem ocorrer.

Apesar de ter, aparentemente, uma boa qualidade de vida, há a necessidade do desenvolvimento de algumas forças psicossociais para que Isaura consiga alcançar a virtude da sabedoria. Esta envolve a resolução de crises não superadas em outras etapas do ciclo vital.

Além disso, é necessário que o indivíduo olhe para a sua vida com satisfação para poder encarar a morte sem medo, como afirmam Erikson (1982/1998) e Brown e Lowis (2003). Ante o tema da morte, demonstra contrariedade e afirma não ter medo e não se preocupar com a forma que irá morrer. Entretanto, essas afirmações parecem estar mais pautadas em sua crença religiosa do que na ausência do medo de morrer, ou seja, Isaura pode estar utilizando-se da religião para camuflar seu medo ante a finitude da vida. Dessa forma, Isaura ainda tem algumas tarefas a realizar: fazer as pazes com aspectos do passado, encontrar intimidade em seus relacionamentos sociais, e encarar a finitude da vida com sabedoria.

5.8. Lúcio e a falta de objetivos pelos quais lutar

Lúcio tem 75 anos de idade, é casado e tem três filhos. Nasceu e morou na zona rural do interior de São Paulo até os 33 anos de idade. Trabalhou algum tempo nas terras em que moravam, e posteriormente na construção de uma igreja nas proximidades. Ainda apresenta traços de uma rudeza no falar e se portar durante a entrevista. Vê-se que é um sujeito que, mesmo após muitos anos na cidade, ainda conserva um estilo de vida rural e parece não ter se adaptado à vida urbana.

Sua infância foi assinalada pelo trabalho, problemas de relacionamento com o pai, e quase nenhum acesso à educação, pois não concluiu a 1ª fase do Ensino Fundamental. Lúcio afirmou que seu pai, algumas vezes, era violento, bebia muito e que todos em casa tinham muito medo dele. Entretanto, relatou que após este tornar-se adepto de uma igreja evangélica próxima ao local onde residiam, mudou radicalmente seu comportamento dentro de casa. Nesse momento, Lúcio é muito enfático nas afirmações sobre como o seu pai mudou de atitudes para com ele e sua família.

A morte da mãe foi um dos eventos que mais marcou sua vida. Conta com detalhes esse fato e declara: *“Ah, que eu acho que foi a coisa mais difícil foi quando a minha mãe faleceu... Sim... a coisa mais difícil foi isso aí”*. Relata que sua esposa e sua mãe eram muito amigas e que foi muito difícil enfrentar essa perda: *“Ela [mãe] e minha esposa era muito ligada, morava pertinho e aí era muito ligada e ela ficou muito abatida e eu também fiquei muito triste com aquilo e aí resolvi mudar pra cá, aí mudei”*. Porém ao fazer esse relato, não demonstra sentimentos, apenas conta o que aconteceu.

Ao chegar a Anápolis, Lúcio começou a trabalhar em sociedade com o cunhado em uma máquina de beneficiar arroz. Paralelamente, assumiu funções de pastor em uma igreja da cidade. Até se aposentar, há aproximadamente dez anos, manteve essa jornada dupla, mudando de igreja algumas vezes e ajudando a construir algumas delas. Logo após a

aposentadoria, parou de trabalhar na igreja e sofreu um acidente quando quebrou a perna e ficou inconsciente por algum tempo. Sua recuperação foi demorada e necessitou da ajuda das filhas para poder se locomover e sair de casa.

A aposentadoria é sentida por Lúcio como ruim, pois não encontrou outra ocupação que o satisfizesse. Afirma que no início foi bom, mas que ainda sente falta de ter propósitos a serem alcançados:

“[A vida] Mudou, que eu fiquei mais sossegado. Não é dizer que a gente tem mais necessidade de muita coisa, mas tá tudo bom, graças a Deus. Mas acontece que a gente sente falta daquilo que a gente ficava trabalhando, lutando, e hoje não tem mais que ficar lutando, né. Então é isso que a gente sente falta...”

Lúcio parece não ter conseguido manter o senso de produtividade e competência após a aposentadoria. Isso trouxe a sensação de vazio e inutilidade. Procura, então, ocupar-se com pequenos serviços do cotidiano, como consertar algo em casa ou ajudar o vizinho quando este precisa. Diante da estagnação presente em sua vida, Lúcio tem vivenciado o processo de envelhecimento como ausência de aspirações e procurado consolo em suas crenças religiosas: *“Acabou os afazeres, né... então tem uma esperança... a esperança da gente é a outra vida, né... a vida eterna”*.

Outro fator que parece contribuir para essa ausência de atividades que tragam envolvimento vital é a falta de participação na comunidade. Após aposentar-se e deixar as atividades em sua comunidade religiosa, a estagnação parece ter se instalado. Atualmente, apenas frequenta as reuniões semanais da comunidade religiosa de que é membro, mas não se envolve ativamente.

Lúcio conseguiu recordar-se, com detalhes, de vários episódios de sua infância e juventude. Porém, apresentou dificuldades em relação às datas. Ao relatar sobre seu casamento, lembrou-se do mês, mas não do dia; ao falar sobre a época em que se mudou para Goiás, confundiu o ano. Em outros momentos, fez pausas longas na tentativa de lembrar alguns detalhes e, às vezes, deu a impressão de estar procurando organizar melhor os pensamentos antes de falar.

No MEEM, Lúcio obteve um escore de 22 pontos. Para o seu nível de escolaridade, terceira série do Ensino Fundamental, o ponto de corte é 18. Portanto, de acordo como esse instrumento, o idoso não apresentou indícios de declínio cognitivo. No entanto, tendo em vista suas dificuldades na entrevista, e apesar da ausência de indícios no MEEM, parece haver declínio cognitivo. Não se pode afirmar ao certo se esses sintomas são decorrentes do início de um processo demencial ou depressivo, ou conseqüências de baixa escolaridade e pouco

acesso à educação formal.

Na EDG-15, Lúcio obteve escore de quatro pontos, que não é indicativo de depressão, mas está próximo ao ponto de corte. Afirmou que deixou muitos de seus interesses e atividades, e que não se sente de bom humor a maior parte do tempo. Sente-se um inútil nas atuais circunstâncias, e não está cheio de energia. Esses sintomas podem estar relacionados à falta de atividades após a aposentadoria. Afirmou que sente falta de “*ter pelo que lutar*”, ou seja, falta de objetivos e obstáculos a superar.

Em sua Avaliação da Qualidade de Vida, Lúcio obteve 90 pontos. Na faceta Habilidades Sensoriais, afirmou que a perda ou a diminuição de alguns dos seus sentidos afetam muito pouco sua vida diária. Nos itens sobre Autonomia, relatou não conseguir fazer o que gostaria. Mais uma vez, vemos a presença da estagnação e da dificuldade de Lúcio em encontrar atividades laborativas que o agradem e supram sua necessidade de produtividade.

No tocante às Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Lúcio afirmou estar satisfeito. Em relação à Participação Social, relatou insatisfação. Nos itens relativos à Morte e Morrer, declarou que não está preocupado com a morte, e nos relativos à Intimidade, afirmou sentir-se amado e experimentar uma relação de companheirismo com sua esposa.

5.8.1. Considerações sobre a história de Lúcio

A convivência com um pai violento e alcoólatra durante as primeiras etapas do ciclo vital de Lúcio dificultou o desenvolvimento de alguns elementos sintônicos. A falta de um ambiente psicossocial incentivador que proporcionasse suporte para o surgimento e fortalecimento das forças psicossociais, somado à dificuldade do indivíduo em lidar com suas demandas internas e externas, acarretam a permanência dos elementos distônicos durante a infância. Conseqüentemente podem surgir, de acordo com Erikson (1950/1963, 1982/1998), retraimento e afastamento do mundo externo, comportamentos compulsivos, inibição e inércia. Entre estes, foram observados em Lúcio inibição e inércia, pois apresentou dificuldades em falar de si mesmo e de suas emoções, em envolver-se socialmente, e estabelecer vínculo com a entrevistadora. Manifestações psicopatológicas dos elementos distônicos podem reaparecer na velhice quando o indivíduo não consegue lidar com os entraves que surgiram durante a vida e não superar as crises desenvolvimentais. Nas perspectivas de Erikson (1982/1998) e Baltes e Baltes (1990), essa situação pode se agravar na ausência de ambiente psicossocial, família e comunidade, adequado, como estudado em casos anteriores.

Observou-se a utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação somente

quando sua mãe morreu, e Lúcio e sua família decidiram mudar-se para o interior de Goiás. Assim, necessitou selecionar novas habilidades a serem desenvolvidas, como lidar com máquina de arroz, a fim de sustentar financeiramente sua família, e compensar pelo afastamento de sua família de origem e o trabalho junto a ela. Nesse momento, a força psicossocial do cuidado se manifestou nos atos de sustentar sua casa, e de cuidar das pessoas nas igrejas em que foi pastor. Lúcio manteve seus papéis sociais de chefe e mantenedor da casa, e de líder da igreja até se aposentar. Desde então não há mais um envolvimento ativo nas atividades e nos relacionamentos na comunidade religiosa. Erikson e cols. (1986) afirmam que o abandono de posições de responsabilidade na família e na comunidade pode confrontar o idoso com sentimentos indesejados de estagnação, na medida em que demandas pela geratividade diminuem e atividades gerativas costumeiras tornam-se inapropriadas.

Dessa forma, a aposentadoria parece ter sido um divisor de águas, pois a partir daí Lúcio deixou de ser produtivo e de se envolver socialmente. A geratividade que havia se manifestado através do trabalho parece ter dado lugar à estagnação. Deixar de ter uma profissão pode acarretar, em alguns indivíduos, a extinção do senso de pertencimento e de ser necessário. Adicionalmente, Joan Erikson (1998) assevera que se o ambiente psicossocial não oferece mais desafios ao idoso, o elemento distônico da estagnação pode se instalar. Destarte, a velhice de Lúcio está sendo vivenciada como uma fase de estagnação e desgosto com a vida. Afirmou que *“sente falta daquilo que a gente ficava trabalhando, lutando, e hoje não tem mais que ficar lutando, né. Então é isso que a gente sente falta...”*. Como visto anteriormente, estudos de Birman (1995), Messy (1999) e Goldfarb (2004) argumentam que não ter objetivos a serem conquistados e não encontrar seu lugar social podem ser condições para o surgimento de estilos psíquicos patológicos, como a depressão e a demência.

Sintomas psíquicos de depressão e demência foram observados: apatia ao contar sua história, dificuldade em lembrar-se de datas e localizar-se no tempo, dificuldade em organizar o curso de seu pensamento. Outros sintomas foram: ter deixado muitos de seus interesses e atividades, não sentir-se de bom humor a maior parte do tempo, sentir-se inútil e sem energia. Com a aposentadoria, Stoppe Junior e Louzã Neto (1996) verificaram que alguns velhos podem experimentar diminuição na auto-estima e a sensação de vazio e menos-valia. Se não tratados, esses sintomas podem evoluir e acarretar psicopatologias. Em Lúcio, os sinais de declínio cognitivo podem ser produtos de uma baixa escolaridade e pouco acesso ao conhecimento. Entretanto, também podem ser indícios do início de um processo depressivo e/ou demencial. Uma avaliação psicológica e psiquiátrica mais profunda é de muita importância para que um diagnóstico precoce seja feito e, se necessário, iniciar um

tratamento.

Lúcio não evidencia vivenciar um envelhecimento bem-sucedido. Estratégias de seleção, otimização e compensação parecem não terem sido utilizadas de forma eficaz para compensar perdas sofridas após a aposentadoria. Os sentidos de geratividade e cuidado também não permaneceram. Assim sendo, não há a presença de envolvimento vital e Lúcio tem experimentado o elemento distônico do desgosto com a vida. Ao falar de alguns momentos de seu passado, há demonstração de alegria e satisfação como quando relata sobre as igrejas que ajudou a construir, e afirma que esta foi a melhor época de sua vida. Entretanto, as perdas que precisou enfrentar decorrentes do processo de envelhecimento, não foram elaboradas e nem compensadas. Erikson (1982/1998) afirma que o desgosto pode gerar sua forma patológica, o desdenho, que é resultante da reação à sensação crescente de estar confuso e impotente perante a finitude da vida.

Talvez um caminho que possa conduzir Lúcio a usufruir de uma velhice com qualidade e satisfação seja o envolvimento social. Estabelecimento de amizades e participação em projetos e atividades de sua comunidade podem levar ao ressurgimento dos elementos de propósito, geratividade e cuidado que são importantes para o envolvimento vital. Igualmente, usufruir de relacionamentos com outros idosos traz consigo a oportunidade de compartilhar experiências de vida semelhantes e desfrutar do senso de intimidade e amor. A partir disso, talvez Lúcio consiga compensar perdas, otimizar recursos próprios, vencer o isolamento e conquistar um envelhecimento bem-sucedido.

5.9. Síntese dos dados

	Geraldo	Luíza	Joaquim	Helen	Joana	Ivonete	Isaura	Lúcio
ENTREVISTA	75 anos, casado, três filhas Sociologia Participação nas atividades da comunidade Trabalho: sociólogo e professor universitário aposentado, atuação no Senado e no Congresso. Parou de trabalhar após AVC há 2 anos, mas ainda escreve artigos para publicação Amizades: sociólogos e articulistas via e-mail Presença da esposa e filhas Satisfação nas conquistas, no trabalho e no casamento Tenta superar limitações decorrentes do AVC e sintomas depressivos Estar na velhice: consciência da velhice veio após o AVC Sintomas psíquicos de depressão Envelhecimento bem-sucedido Envolvimento vital	74 anos, casada, quatro filhos Contabilidade Religiosidade Realização nos filhos Participação ativa nas atividades da comunidade: desde a juventude até atualmente Mudança constante de cidade devido ao trabalho do marido Abandonou projetos de estudos e carreira Presença da figura materna e paterna Arrependimentos por não ter feito Magistério e ter abandonado o trabalho para se casar— culpa o marido Estar na velhice: satisfação Saúde: obesidade, diábetes, artrose, pressão e glicose controladas Envelhecimento com aspectos positivos e negativos Necessidade de integridade do ego	80 anos, casado, quatro filhos Teologia Perdeu o pai aos 3 anos Religiosidade Participação ativa nas atividades da comunidade: desde a juventude até atualmente Infância pobre na zona rural Trabalhou como pastor até aposentar-se, mas continua ajudando na igreja que frequenta Mudança constante de cidade devido ao trabalho Satisfação ao relatar sua história laborativa Presença dos filhos, netos e esposa Satisfação pelas conquistas da vida Saúde: dificuldades na visão e audição Envelhecimento bem-sucedido Envolvimento vital	81 anos, viúva, duas filhas Magistério Mora com a filha Nenhuma participação nas atividades da comunidade Faz crochê e ajuda nas atividades da casa Trabalhou até aposentar Esquecimentos: presentes, poucas lembranças da história de vida passada e da vida atual Sintomas psíquicos de demência Estagnação após aposentadoria e viuvez Desinvestimento nas relações afetivas Ambiente psicossocial que estimula dependência Ausência de envolvimento vital	68 anos, casada, sete filhos Semi-analfabeta Religiosidade Muita participação nas atividades da comunidade: desde a vida adulta até atualmente Perdeu a mãe aos 8 anos: assumiu as responsabilidades da casa ainda criança Abandono dos estudos Presença marcante da figura paterna Vendia biscoitos quando mais nova, atualmente borda toalhas com pedraria Histórico de depressão Estar na velhice: percepção das mudanças corporais, sente-se emocionalmente mais sensível, mas está satisfeita Saúde: labirintite, episódios depressivos Envelhecimento bem-sucedido Envolvimento vital	68 anos, casada, quatro filhos Técnico em enfermagem Religiosidade Muita participação nas atividades da comunidade: desde a vida adulta até atualmente (igreja e prédio onde mora) Ausência do pai e da mãe: criada pela avó Pobreza e trabalho na infância Presença do marido e dos filhos Trabalhou até aposentar Saúde: diabetes, problemas cardiovasculares Envelhecimento bem-sucedido Envolvimento vital Enfrentamento de complicações em seu estado de saúde	70 anos, viúva, um filho Ensino fundamental Religiosidade muito presente Muita participação nas atividades da comunidade: desde a vida adulta até atualmente Pobreza na infância Perdeu o pai aos 12 anos Abandonou o trabalho ao se casar Casamento com brigas: marido era alcoólatra e tabagista Perdeu o marido aos 60 anos Estar na velhice: sente-se respeitada e amada pelas pessoas à sua volta Poucas lembranças da infância Envelhecimento com aspectos positivos e negativos Ausência de integridade do ego	75 anos, casado, três filhos 3ª série do ensino fundamental Pouca ou quase nenhuma participação nas atividades da comunidade Religiosidade Perda da mãe: levou à mudança de cidade Infância na zona rural: pai bebia e era violento Trabalhou com máquina de beneficiar arroz até aposentar, também como pastor Estar na velhice: sente falta de ter ocupações e objetivos Esquecimentos presentes Sintomas psíquicos de demência e depressão Ausência de envolvimento vital
Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	29/30	29/30	27/30	20/30	25/30	26/30	29/30	22/30
Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15)	6	3	3	2	2	2	1	4
Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Old)	83/120	74/120	82/120	95/120	101/120	106/120	93/120	90/120

Quadro 1: Síntese dos dados obtidos a partir dos instrumentos de entrevista aplicados

	Geraldo	Luíza	Joaquim	Helen	Joana	Ivonete	Isaura	Lúcio
Escore total	83/120	74/120	82/120	95/120	101/120	106/120	93/120	90/120
Habilidades sensoriais	12	15	11	18	15	18	20	19
Autonomia	12	11	11	14	11	13	15	12
Atividades passadas, presentes e futuras	16	10	15	16	14	16	18	15
Participação social	14	9	15	14	11	17	16	16
Morte e morrer	13	17	16	16	20	20	18	16
Intimidade	16	12	14	17	19	17	19	15

Quadro 2: Escores totais e de cada faceta da Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Old)

CAPÍTULO 6

Aprendizados sobre a Arte de Envelhecer

*Olhar a vida,
depois dos anos passados,
é perguntar ao tempo
o que foi feito mesmo
do tempo que nos foi dado.*

*Sentir que os cabelos embranqueceram,
os filhos sempre pequenos, cresceram;
apareceram deles outros herdeiros
e que tantos carnavais vividos
é sempre um convite para vivê-los mais.*

*Saber-se obra por Deus construída
e jamais lamentar as feridas,
aos ingratos esboçar perdão,
das saudades fazer um colchão,
pra lembrar das maravilhas fruídas.*

*Ser idoso é coroamento
de um ciclo que o sol simboliza,
é passar de calor abrasante
que a força da juventude esparge
para o calor plácido e amigo
que, sem ele,
talvez nenhum ser sobreviva.*

*Envelhecer feliz
é provar que viver vale a pena.*

Roberto Caldas

Tendo como base as teorias propostas e as histórias analisadas, abordaremos neste capítulo, as contribuições oferecidas pelos sujeitos e teóricos. Dentre os participantes pudemos perceber que alguns estão vivenciando um processo de envelhecimento bem-sucedido. Outros, porém, não conseguiram superar perdas e manter o senso de engajamento e luta por um futuro possível.

Um dos elementos sintônicos que mais contribuem para que Geraldo, Joaquim e Joana experimentem um envelhecimento com envolvimento vital é a geratividade. Este conceito, proposto por Erikson e sua equipe de pesquisa, envolve procriação, produtividade e

criatividade, abrangendo geração de filhos, bem como produção de idéias e produtos a partir de alguma atividade laborativa. Como consequência do desenvolvimento e fortalecimento do senso de geratividade, surge a força psicossocial do cuidado que contribui para o envolvimento vital.

Dentre estes três idosos, Geraldo parece ser o que melhor exemplifica um envelhecimento bem-sucedido. Enfrentar um trauma aos 73 anos e conseguir manter a intensidade vivida em anos anteriores tem sido uma dentre suas muitas conquistas. A Psicologia do *Lifespan* desenvolvida por Baltes e seus colaboradores discorre sobre três tipos de envelhecimento: patológico, normal e ótimo. Este último é caracterizado, principalmente, pela ausência de patologias físicas e psíquicas (Baltes & Baltes, 1990). No entanto, a história de Geraldo parece demonstrar a possibilidade de usufruir de um envelhecimento bem-sucedido mesmo com a presença de sintomas patológicos. Enfrentar traumas, tentar superar seqüelas e manter o senso de geratividade são desafios que muitos idosos encaram e conseguem, a partir deles, utilizar estratégias adaptativas e continuar a projetar o futuro.

Desenvolver atividades prazerosas e que gerem senso de produtividade e criatividade, seja de conhecimento, artesanatos ou cuidado pelas pessoas, traz a esses velhos a oportunidade de manter vínculos de amizade e de se sentirem vivos. Na velhice, atividades produtivas necessitam ser realizadas como estratégia para a conquista e manutenção de ganhos, como amizade e envolvimento vital. Manter o velho ocupado difere de envolvê-lo em atividades que de fato lhe proporcione satisfação com os ganhos que está obtendo. Luíza, esposa de Joaquim, afirmou que “*se tirar isso de uma vez... ele morre*”. A geratividade proporciona a re-experimentação de outras forças psicossociais como competência, iniciativa e esperança. Estas contribuem para o fortalecimento do envolvimento vital na velhice e colaboraram para o desenvolvimento da sabedoria e da gerotranscendência. Ambas criam condições favoráveis à integridade do ego de forma a conduzir o velho a olhar sua trajetória existencial holisticamente, aceitar erros e acertos, encarar a morte e projetar-se na dimensão histórica da vida.

A ausência da geratividade na vida de Helen e de Lúcio após a aposentadoria acarretou o fortalecimento do seu oposto, a estagnação. A aposentadoria não é apenas um evento subjetivo, é, sobretudo, um evento social com implicações psicológicas, econômicas e culturais. Muitas vezes, contrariando a vontade e demanda do sujeito em continuar trabalhando, toda essa conjuntura de fatores o compelem a aposentar-se. Infelizmente, nossa sociedade ocidental acaba por “inscrever a pessoa numa perda assimilada ao envelhecimento, dando-lhe uma condição, a aposentadoria” (Messy, 1999, p. 21). As representações sociais

inerentes a essa condição trazem, muitas vezes, o estereótipo de estagnação e doença à condição de idoso e aposentado. Assim, além das perdas sucessivas que acontecem a partir da entrada na velhice, o velho também precisa enfrentar os preconceitos sociais e lutar para conseguir um envolvimento com a vida.

A busca por uma *grand-generativity* envolve olhar para fora de si e envolver as pessoas à sua volta, mas também olhar para dentro e preocupar-se consigo mesmo. Este elemento está presente em Geraldo, Joaquim, Joana, Isaura e Ivonete e manifesta-se na preocupação em relação aos filhos, netos e gerações posteriores. Da mesma forma, engloba a utilização de recursos a fim de promover a própria saúde, mental e física. Todos esses sujeitos têm de alguma forma procurado maximizar seus ganhos e minimizar perdas, mudando rotinas para melhorar a saúde e buscando acompanhamento médico e formas de superar debilidades físicas. Velhice não é um acesso mandatório para a morte, assim como demência não é, necessariamente, consequência de uma idade avançada (Messy, 1999).

Lúcio e Helen transparecem não terem conseguido utilizar, eficientemente, estratégias para selecionar novos objetivos e otimizar recursos disponíveis para superar perdas e alcançar novas conquistas. A carência de flexibilidade adaptativa perante mudanças desenvolvimentais e circunstanciais parece contribuir para que as consequências da viuvez e aposentadoria ocasionem estagnação e desinvestimento afetivo do mundo exterior e de si mesmo. Dessa forma, sintomas depressivos e demenciais podem surgir como manifestações dessa má adaptação à vida e à velhice. Khoury e Günther (2006) afirmam que mudanças psicossociais ocorridas a partir da meia-idade podem acarretar ao indivíduo sentimentos negativos e crenças disfuncionais sobre si e o mundo. Joaquim sente-se inútil e sem sonhos pelos quais lutar, e Helen nem ao menos fala sobre o futuro.

Os demais sujeitos indicam ter utilizado, no decorrer da vida, estratégias de seleção, otimização e compensação, conforme a proposta de Baltes e colaboradores. São formas de adaptação que, quando utilizadas, propiciam maximização de ganhos e minimização de perdas. Assim, Ivonete investe em seus relacionamentos sociais e familiares, e não permite que limitações físicas a impeçam de realizar as atividades que lhe dêem contentamento. Luíza, mesmo diante de tantas queixas sobre escolhas passadas, encontra satisfação em seus filhos e atividades religiosas. Joana mantém seu envolvimento com a vida através de pequenos projetos como atender suas encomendas de toalhas bordadas. Joaquim conservou seu senso de produtividade e cuidado através da manutenção de atividades da sua profissão e contato com seus netos. Isaura tenta superar um casamento conturbado através da participação ativa em

sua igreja. Geraldo ainda sonha e se empenha para publicar seu livro e construir *sites* na internet.

A religiosidade esteve presente nas histórias de Luíza, Joaquim, Joana, Ivonete, Isaura e Lúcio, ou seja, em participantes tanto do Centro de Medicina do Idoso quanto da instituição religiosa de Anápolis. A experiência religiosa parece ser um elemento comum na velhice. Em pesquisas realizadas por Erikson e cols. (1986) e Monteiro (2004), constatou-se que, diante de um possível desespero perante a finitude da vida, a religião pode oferecer ao velho consolo e sensação de continuidade existencial. Além disso, crenças religiosas podem ser experimentadas como recurso facilitador na compreensão e aceitação de dores e perdas enfrentadas na trajetória existencial. A força psicossocial da esperança ressurge na velhice não apenas sob a forma de fé, mas também pode manifestar-se através de crenças filosóficas, como verificado em Geraldo. Apesar desse tema não ter sido tratado no referencial teórico deste estudo, parece ser um aspecto muito presente na vida do idoso e digno de ser analisado.

Esses idosos têm nos ensinado que mesmo diante de traumas e dificuldades enfrentadas no decorrer da vida, esta precisa ser vivida com intensidade e compromisso pessoal com os relacionamentos estabelecidos. Além disso, manter essas conquistas na velhice e buscar outras, igualmente colaboram com a arte de viver e envelhecer. Todo o percurso existencial necessita ser um projeto individual que se articula juntamente com outros projetos da coletividade (Py, 2004). Viver requer compromisso e envolvimento com o contexto relacional. Quando o sujeito se aliena de seu contexto e não mais se projeta para o futuro, sua existência adoece.

O desenvolvimento não pára simplesmente pelo fato de que o indivíduo está no final da vida. Sociedade e idosos, profissionais da saúde e pensadores, todos são responsáveis por construir uma velhice saudável, sem estereótipos e preconceitos. Igualmente, sem a necessidade de esconder perdas dessa etapa sob a máscara da “melhor idade”, pois todas as fases da vida têm suas próprias perdas e seus próprios ganhos, cada uma dentro de suas características e necessidades próprias. O primeiro passo é continuar tentando quebrar o paradigma de nossa época e propor que se encare a velhice como de fato é: a fase final da vida que pode se estender por décadas com perdas e com possibilidade de grandes conquistas, sejam estas superar uma possível depressão e demência, ou simplesmente lembrar aquele ponto de crochê ensinado pela avó, entre outras. A velhice, e a vida como um todo, constituem-se em uma arte de driblar dificuldades e intempéries, e de celebrar conquistas, pequenas e grandes. Envelhecemos como vivemos, afirma Messy (1999), nem mais, nem menos.

Outro fator observado na narrativa dos participantes foi o relato sobre os filhos. Luíza, Joana e Ivonete fizeram muita referência à forma como educaram seus filhos e aos sacrifícios enfrentados para criá-los. Com exceção de Ivonete, as outras idosas não seguiram uma carreira profissional e desenvolveram o senso de geratividade e cuidado a partir do relacionamento com os filhos. Ivonete conseguiu fortalecer esses elementos concomitantemente à carreira profissional. Helen, apesar de ter tido duas filhas e carreira, não fala muito sobre esse tema. Entre os homens, Geraldo foi o sujeito que mais referência fez às filhas, mesmo que brevemente. A criação e cuidado dos filhos parece ser uma temática que recebe mais atenção das mulheres do que de homens (Santos & Diniz, 2006).

Cabe ressaltar que os idosos participantes dessa pesquisa viveram em meados do século passado quando o papel de cuidador dos filhos era quase exclusivo da mulher. Dessa maneira, é quase natural que a maternidade tenha estado presente no discurso das mulheres. Percebe-se que com a mudança sócio-histórica que vem ocorrendo esse papel tende a estar mais distribuído entre homens e mulheres. Certamente, os velhos dessa e das próximas gerações terão vivenciado o cuidado dos filhos de maneira diferente. Investigar a distribuição de papéis familiares e sociais através de um viés do gênero é importante para que se possa compreender melhor a dinâmica familiar e o processo de envelhecimento, pois cada sujeito, homem e mulher, vivencia seu processo vital de forma diferente, mas com aspectos semelhantes.

A partir do estudo dos referenciais teóricos e dados obtidos, algumas sugestões de intervenções psicossociais surgiram. O acompanhamento de idosos, grupal ou individual, traz resultados muito positivos. Pesquisas realizadas no Centro de Medicina do Idoso têm demonstrado a eficácia do suporte social e afetivo que lhes são oferecidos através da convivência com outros idosos e do auxílio profissional em trabalhos grupais (Borges, 2006). Da mesma forma, acompanhamento psicoterapêutico de indivíduos que vivenciam a maturidade pode resultar na superação de sintomas depressivos e na aceitação dos efeitos do tempo sobre o corpo e o psiquismo (Mori & Coelho, 2004; Carvalho & Coelho, 2006). Propõe-se, então, a formação de grupos de indivíduos que estejam entrando na velhice. Auxiliar esses “idosos-jovens” a manterem o senso de geratividade e participação social, através de atividades que possam lhes proporcionar satisfação, pode contribuir para que o envelhecimento seja construído satisfatoriamente. Adicionalmente, grupos psicoterapêuticos ou programas de atendimento individual têm contribuições a dar na superação de crises não-resolvidas anteriormente e no enfrentamento das perdas decorrentes do processo de envelhecimento.

Este estudo procurou buscar idiossincrasias e universalidades em alguns processos de envelhecimento à luz das teorias escolhidas. Além do recurso da entrevista semi-estruturada, utilizaram-se como instrumentos de pesquisa o Mini-exame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e a Avaliação da Qualidade de Vida – Módulo Idoso (WHOQOL-Old). Apesar de serem de fácil e rápida aplicação e avaliação, estes instrumentos apresentaram algumas limitações.

O roteiro utilizado mostrou-se extenso para uma entrevista de aproximadamente 40 minutos. Como em um único encontro, a pesquisadora necessitasse aplicar todos os instrumentos, alguns itens não foram abordados devido à escassez do tempo, ou à demonstração de cansaço pelo participante. Sugere-se, para estudos posteriores, que sejam realizados mais encontros para a entrevista, ou a redução de itens a serem investigados. Da mesma forma, a clínica com idosos necessita repensar a forma de abordagem desses pacientes. Intervalos no meio da sessão psicoterapêutica podem ser recursos que auxiliem o idoso a lidar melhor com seu tempo e demandas internas. Normalmente, o velho demonstra dificuldade maior em focalizar sua atenção e concentração e tendência a cansar-se mais facilmente. São alterações desenvolvimentais que devem ser levadas em consideração, seja na clínica ou no âmbito da pesquisa. Outro fator que precisa ser ressaltado é a abordagem do paciente demenciado ou com déficit cognitivo. Como este já apresenta dificuldades em falar de si, além do aumento da dificuldade em concentrar a atenção, o pesquisador necessita redobrar seu cuidado durante a entrevista e buscar formas alternativas de obter as informações desejadas. Perguntar de forma diferente e talvez trazer um componente lúdico ao contato pode auxiliar tanto na obtenção de informações, quanto no tratamento psicoterapêutico.

Em relação ao MEEM, é essencial que não seja utilizado como único meio de diagnóstico de demência. É uma avaliação cujo resultado pode variar de acordo com *rappport* realizado e postura do aplicador. Além disso, esquecimentos e confusões sobre localização temporal podem ocorrer com vários indivíduos, jovens e velhos, saudáveis ou não. Da mesma forma outros itens relativos ao raciocínio matemático ou soletrar ao contrário, podem ser, igualmente, difíceis de serem respondidos por muitas pessoas de escolaridades variadas. Portanto, conclusões precipitadas precisam ser evitadas.

No tocante à EDG-15, alguns itens apresentaram problemas de construção lexical, como, por exemplo, a questão 01 que diz: ‘Você está basicamente satisfeito com sua vida?’ O que significa estar ‘*basicamente* satisfeito’ não está claro na pergunta e pode gerar respostas enviesadas. O mesmo pareceu acontecer no WHOQOL-Old. É possível que o fato de serem instrumentos elaborados para uma população americana tragam dificuldades quanto à

adaptação transcultural, que deve levar em conta diversos fatores que vão além da tradução dos itens e manual. Fenômenos culturais precisam ser considerados ao se utilizar instrumentos de pesquisa, pois vieses podem ser gerados, o que pode comprometer sua validade e fidedignidade (Jorge, 1998).

Estudar sobre o desenvolvimento humano, da mesma forma que outras esferas da existência, exige um pensamento holístico. A complexidade do envelhecimento deve ser pensada a partir da articulação de diversos fatores. Somados aos estudados no presente trabalho, outros se fazem presentes e atuantes como o período histórico, aspectos sociais e antropológicos, entre tantos outros. Dessa forma, este trabalho é apenas um recorte sobre a velhice. Formas diferentes de analisar os dados obtidos e estudar o processo de envelhecimento são oferecidas por campos das Ciências Humanas, Sociais e Biológicas. A Gerontologia constitui uma ciência que, apesar de recente, consegue abarcar diversas maneiras de examinar a velhice e oferecer, numa perspectiva multi e interdisciplinar, importantes contribuições à clínica e pesquisa com idosos.

Talvez consigamos, em um futuro próximo, resgatar o valor real da velhice como etapa que precisa ser vivida com qualidade. Cabe a todos nós começarmos, desde agora, não apenas continuar pesquisando o envelhecimento e suas vicissitudes, mas também aprendermos sobre a arte de envelhecer. Esta é, antes de tudo, uma arte de viver e buscar a satisfação em todas as etapas e contextos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, O. P. (1998). Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 56 (3-B), pp. 605-12.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. & Santos, M. F. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: Um estudo na perspectiva das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 18 (2), pp. 89-98.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. New York, EUA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: From Developmental methodology and Lifespan Psychology to Gerontology. Em J. E. Birren & J. J. Schroots (Orgs.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 7-26). Washington, DC, EUA: American Psychological Association.
- Baltes, P. B. (1995). Prefácio. Em A. L. Neri, *Psicologia do envelhecimento: Temas relacionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas, SP: Papirus.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical prepositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5), pp. 611-626.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em P. B. Baltes & M. M. Baltes, *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York, EUA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2004). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, pp. 123-145.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, pp. 471-507.
- Bassit, A. (2002). Histórias de mulheres: Reflexões sobre a maturidade e a velhice. Em M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. (Orgs.), *Antropologia, saúde e envelhecimento*, (pp. 51-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bauer, M. W., Gaskell, G. & Allum, N. C. (2002). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. Em: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 17-36). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Beauvoir, S. (1970/1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Bertolucci, P. H., Brucki, S. M., Campacci, S. & Juliano, Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 52 (1), pp. 1-7.
- Birman, J. (1997). *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Ed. 34.
- Birman, J. (1995). Futuro de todos nós: Temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. Em R. Veras (Org.), *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro* (pp. 29-48). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M. & Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science and Medicine*, 58, pp. 2.171-2.179.
- Bruyneel, S., Marcoen, A. & Soenens, B. (2005). *Gerotranscendence: Componentes and spiritual roots in the second half of life*. Retirado no dia 20/03/2008, do site: <http://ssrn.com/abstract=870233>.
- Brown, C. & Lowis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17 (4), pp. 415-426.
- Bueno, B. O. (2002). O método autobiográfico e os estudos com histórias de vida de professores: A questão da subjetividade. *Educação e Pesquisa*, 28 (1), pp. 11-30.
- Borges, L. C. (2006). Os grupos de convivência na terceira idade: Suporte social e afetivo. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I (pp. 151-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Burger, R. E. (1970/1990). Quem cuida das pessoas idosas? Em S. Beauvoir, *A velhice* (pp. 673-85). Rio de Janeiro: Nova fronteira.
- Carvalho, I. S. & Coelho, V. L. D. (2006). A depressão na maturidade feminina: Benefícios e desafios de uma intervenção grupal. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. II (pp. 249-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cícero, M. T. (2006). *A velhice saudável* (Vol. 23). São Paulo: Escala.
- Cícero, M. T. (s.d). *Da velhice e da amizade*. São Paulo: Cultrix.
- Coelho, V. L. D., Falcão, D. V. S., Campos, A. P. M. & Vieira, M. F. T. (2006). Atendimento psicológico grupal e familiar de idosos com demência. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I (pp.81-103). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. Retirado no dia 27/09/2007, do site: http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/cod_etica_novo.pdf
- Diogo, M. J., Neri, A. L. & Cachioni, M. (2004). *Saúde e qualidade de vida na velhice*.

- Campinas, SP: Alínea.
- Dourado, M. C. (2000). *Há menos de mim hoje do que havia ontem: Demência e subjetividade*. Dissertação de Mestrado não publicada. Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.
- Erbolato, R. M. P. L. (2006). Relações sociais na velhice. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp. 1.324-1.331). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Erikson, E. H. (1950/1963). *Childhood and society*. 2 ed. New York, EUA: W. W. Norton & Company Inc.
- Erikson, E. H. (1982/1998). *The life cycle completed: a review*. Extended version with new chapters from Joan M. Erikson. New York, EUA: W. W. Norton & Company Inc.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. New York, EUA: W. W. Norton & Company Inc.
- Erikson, J. M. (1998). The gerotranscendence. Em E. H. Erikson, *The life cycle completed: A review*. Extended version with new chapters from Joan M. Erikson. (pp. 123-129). New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Ferrari, J. F. & Dalacorte, R. R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, 17 (1), pp. 3-8.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2006). Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5), pp. 785-91.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E. & Trentini, C. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), pp. 793-9.
- Fortes, A. C. & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. Em A. L. Neri, M. S. Yassuda & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas, SP: Papirus.
- Frank, M. H. & Rodrigues, N. L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp. 376-387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freire, S. A. (2006). A personalidade na velhice. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp. 1.252-1.266). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- George, L. K. (1999). Fatores sociais e econômicos relacionados aos transtornos psiquiátricos

- do idoso. Em E. W. Blazer (Org.), *Psiquiatria geriátrica* (pp. 141-165). Porto Alegre: Artmed.
- Goldfarb, D. C. (2004). *Do tempo da memória ao esquecimento da história: Um estudo psicanalítico das demências*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Goldfarb, D. C. (2001). Sobre lembranças e outros esquecimentos. *Associação Psicanalítica de Curitiba em revista*, V (5), 27-41.
- Guimarães, I. G. (2005). *Quando esquecer é o problema: Representações sociais de familiares sobre saúde mental no envelhecimento e os desafios impostos pela demência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília.
- Guimarães, R. M. (2007). *Decida você, como e quanto viver*. Brasília: Renato Maia Saúde e Letras Ltda.
- Guimarães, R. M. (2006). O envelhecimento: Um processo pessoal? Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed., (pp. 84-7). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guimarães, S. P. & Campos, P. H. F. (2007). Norma Social Violenta: Um Estudo da Representação Social da Violência em Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), pp. 188-196.
- González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em Psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Hillman, J. (2001). *A força do caráter*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jerusalinsky, A. (2001). Psicologia do envelhecimento. *Associação Psicanalítica de Curitiba em revista*, V (5), 11-26.
- Jorge, M. R. (1998). Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5) Edição Especial, pp. 233-39.
- Khoury, H. T. T. & Günther, I. A. (2006). Percepção de controle, qualidade de vida e velhice bem-sucedida. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.), *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. II (pp. 297-314). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, C. R. C. (2002). *Histórias de vida: Contribuições acerca da experiência depressiva nos anos tardios*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília.
- Machado, J. C. (2006). Doença de Alzheimer. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed., (pp. 260-280). Rio de

- Janeiro: Guanabara Koogan.
- Messy, J. (1999). *A pessoa idosa não existe*. São Paulo: Aleph.
- Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: HUCITEC.
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), pp. 7-18.
- Monteiro, D. M. R. (2004). Espiritualidade e envelhecimento. Em L. Py, J. L. Pacheco, J. L. Sá & S. N. Goldman (Orgs.), *Tempo de envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais*, (pp. 159-184). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Moraes, J. F. D. & Souza, V. B. A. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), pp. 302-8.
- Mori, M. E. & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), pp. 177-87.
- Moura, M. L. S. & Ferreira, M. C. (2005). *Projetos de pesquisa: Elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Mouragas, R. (1997). *Gerontologia social*. São Paulo: Paulinas.
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. Em A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento: Temas relacionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas, SP: Papyrus.
- Neri, A. L. (2006). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percorso histórico e teorias atuais. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp.58-87). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L., Born, T., Grespan, S. M. & Medeiros, S. L. (2006). Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. Em M. J. Diogo, A. L. Neri & M. Cachioni, *Saúde e qualidade de vida na velhice* (pp. 11-37). Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. & Freire, S. A. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus.
- Nitrini, R. (2006). Demências. Em E. T. Carvalho Filho (Org.), *Geritaria, fundamentos, clínica e terapêutica* (pp. 103-120). São Paulo: Editora Atheneu.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 63 (3-A), pp. 720-27.
- Nouwen, H. J. & Gaffney, W. J. (1974/2000). *Envelhecer: A plenitude da vida*. São Paulo:

- Paulinas.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia - o bem-estar psicológico em mulheres de idade adulta avançada*. Coimbra, Portugal: Fundação Calouste Gulberkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *WHOQOL-OLD Manual*. Retirado no dia 12/05/2007, do site: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-publicacoes.html>.
- Paim, J. S. (1986). Direito à saúde, cidadania e estado. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde* (pp. 45-59). Brasília: Ministério da Saúde.
- Paradela, E. M., Lourenço, R. A. & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), pp. 918-23.
- Paschoal, S. M. (2006). Qualidade de vida na velhice. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Peixoto, C. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: Velho, velhote, idoso, terceira idade. Em M. L. Barros, *Velhice ou terceira idade?* (pp. 15-17). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. C. C., Ribeiro, R. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E. & Cecon, P. R. (2006). Contribuições dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS*, 28 (1), pp. 27-38.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. & WHOQOL-OLD-Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of life research*, 14, pp. 2.197-2.214.
- Py, L. (2004). Envelhecimento e subjetividade. Em L. Py, J. L. Pacheco, J. L. Sá & S. N. Goldman (Orgs.), *Tempo de envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais* (pp. 109-136). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Py, L. & Trein, F. (2006). Finitude e infinitude: Dimensões no tempo da experiência do envelhecimento. Em E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. (pp. 1.353-1.361). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rolim Neto, M. L. & Rocha, V. L. (2005). O processo narrativo nas manifestações do fenômeno depressivo. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 1 (1). Retirado no dia 27/04/2008, do site: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.
- Rolin, F. S. & Forti, V. A. (2006). Envelhecimento e atividade física: Auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. Em M. J. Diogo, A. L. Neri & M. Cachioni, *Saúde e*

- qualidade de vida na velhice* (pp. 57-73). Campinas, SP: Alínea.
- Ruschel, A. E. & Castro, O. P. (1998). O vínculo intergeracional: O velho, o jovem e o poder. *Psicologia: reflexão e crítica*, 11 (3), pp. 523-39.
- Santos, C. V. M. & Diniz, G. R. S. (2006). Saúde mental de mulheres no climatério: Um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. Em D. V. S. Falcão & C. M. S. B. Dias (Orgs.). *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I (pp. 35-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M. G. & Henriques, M. E. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 10 (6), pp. 757-64.
- Scharfstein, E. A. (2004). Intervenção psicossocial. Em L. Py, J. L. Pacheco, J. L. Sá & S. N. Goldman (Orgs.), *Tempo de envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais* (pp. 321-44). Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Seidl, E. M. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), pp. 580-88.
- Sousa, R. L., Medeiros, J. G., Moura, A. C., Souza, C. L. & Moreira, I. F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (2), pp. 102-7.
- Staudinger, U., Marsiske, M. & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria de curso de vida. Em A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento: Temas relacionados na perspectiva de curso de vida* (pp. 195-228). Campinas, SP: Papyrus.
- Stoppe Junior, A., Jacob Filho, W. & Louzã Neto, M. R. (1994). Avaliação de depressão em idosos através da "Escala de Depressão em Geriatria": Resultados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 4, pp. 149-53.
- Stoppe Junior, A. & Louzã Neto, M. R. (1996). *Depressão na terceira idade: Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. 2 ed. São Paulo: Lemos Editorial.
- Teixeira, M. C. T. V., Schulze, C. M. N. & Camargo, B. V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: Um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), pp. 351-59.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Sciences and Medicine*, 46 (12), pp. 1.569-85.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment

- (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Sciences and Medicine*, 41, pp. 1.403-10.
- Tornstam, L. (2003). *Gerotranscendence from young old age to old old age*. Retirado no dia 10/03/2008, do site: <http://www.soc.uu.se/publications/fulltext/gtransoldold.pdf>.
- Tornstam, L. (1999). Transcendence in later life. *Generations*, 23 (4), pp. 10-14.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of aging studies*, 11 (2), pp. 143-54.
- Verbraak, A. (2000). *Gerotranscendence: An examination of a proposed extension to Erik Erikson's theory of identity development*. Dissertação de Mestrado. University of Canterbury, New Zealand. Retirado no dia 18/03/2008, do site: <http://www.soc.uu.se/research/gerontology/pdf/verbraak.pdf>
- Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Marc, N., Escosteguy, N. U. & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), pp. 31-9.

Anexos

Anexo 1

Roteiro de Entrevista (Linhares, 2002)

1) Variáveis sócio-demográficas

Idade

Data de nascimento

Sexo

Nível de escolaridade

Estado civil

Religião

Moradia

Histórico de migração

2) Saúde física e HDA (história da doença atual)

Presença de doenças crônicas

Presença de incapacidades

Uso de medicação

3) Eventos marcantes na infância e adolescência

Perda dos pais

Abandono

Doença física grave

Abuso sexual e físico

4) Experiências extremas

Fome, seca, guerras, privações, entre outras.

5) Relacionamentos familiares

Relacionamento conjugal

Relacionamento familiar

Convivência familiar

Pessoas mais próximas

Cooperação

Conflitos

Grau de satisfação

6) Perdas

Insucessos

Privações

Separações

Conflitos

7) Perda do parceiro

Contexto

Reações emocionais

Adaptações

8) História pessoal e familiar de psicopatologia

Alterações de humor, ansiedade, delírio, alucinação, abuso de substâncias, alcoolismo e suicídio.

9) Vida social

Atividades sociais

Profundidade, grau de colaboração, duração e qualidade dos relacionamentos.

10) História ocupacional

Atividades profissionais

Processo de aposentadoria

Rendimentos

Anexo 2**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Fui informado (a) que a psicóloga Priscilla Melo Ribeiro de Lima desenvolve o projeto de pesquisa “Um estudo sobre história de vida e envelhecimento” coordenado pela psicóloga Vera Lúcia Decnop Coelho, pesquisadora associada da Universidade de Brasília.

O projeto quer estudar: (1) aspectos psicológicos da saúde e da doença na velhice e (2) influências da história de vida na qualidade de vida atual do idoso.

Assim, eu aceito participar do encontro proposto e de suas atividades: questionários e entrevista. Essas atividades serão gravadas e registradas para o estudo sobre o envelhecimento.

Estou ciente de que as informações fornecidas por mim são confidenciais e de que meus dados serão mantidos em sigilo. Estou ciente, também, de que posso, a qualquer momento, desistir dessa autorização.

Assim, concordo com a minha participação nas atividades propostas pela psicóloga.

Nome (letra de forma): _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Pesquisadora: _____

Priscilla Lima: (62) 8169-1174

Vera Coelho: (61) 8408-8948