

VELHICE AVANÇADA – POSSÍVEIS INTERVENÇÕES

Patrícia Kok Geribello de Ferreira Cabral

RESUMO:

Os estudos gerontológicos apontam que com o aumento da longevidade e da qualidade do envelhecimento existem múltiplas velhices. A velhice avançada, isto é, aquela que se refere, segundo alguns autores e parâmetros populacionais, a sujeitos que estão na chamada quarta idade, ou seja, com mais de 85 anos, ainda é foco de poucos estudos e na sua grande maioria voltados às patologias geriátricas que acometem essa população. Quais os limites e possibilidades de intervenção psicogerontológica a esse contingente populacional cada vez mais crescente? Esse trabalho, a partir de experiências clínicas objetiva propiciar reflexões sobre o atendimento domiciliar a idosos na velhice avançada, sua demanda, o campo de atuação e as dificuldades impostas ao profissional. A partir de encontros com uma idosa de 95 anos, em estágio de Parkinson avançado, procuraremos discutir sobre a capacidade dos idosos para regular o impacto subjetivo das perdas relacionadas à saúde, as adaptações e reconstruções internas que sustentam o sujeito. Por outro lado, faremos considerações sobre a crescente fragilidade levando ao risco da perda de dignidade e da identidade, a dependência física e psicológica e, por fim, a finitude. Este não é um estudo conclusivo e percebemos que futuras discussões serão necessárias para incrementar esforços ao desafio de trabalhar com a demanda dessa população crescente.

Palavras-chave: velhice avançada, atendimento domiciliar, possibilidades e limites de intervenção.

Os estudos gerontológicos apontam que com o aumento da longevidade e da qualidade do envelhecimento existem múltiplas velhices. A velhice avançada, isto é, aquela que se refere segundo Baltes e Smith (2006) e alguns parâmetros populacionais, a sujeitos que estão na chamada quarta idade, ou seja, com mais de 85 anos, ainda é foco de poucos estudos e na sua grande maioria voltados às patologias geriátricas que acometem essa população. A solicitação profissional advinda desse aumento demográfico nos leva pensar e buscar recursos, a partir do campo interdisciplinar da gerontologia e da psicologia, ou seja, a psicogerontologia.

Existe um aspecto sobre o envelhecimento que requer atenção e do qual partiu e se desenvolveu todo o conceito a respeito da categoria velho, que é o fato de podermos verificar as transformações do corpo, com o passar dos anos e isso é inegável. É só olhar. Py (2004) nos alerta que a tecnologia biomédica, quando se volta exclusivamente para o tratamento das afecções de um corpo biológico, desconsidera a subjetividade da vida humana, e é justamente tratando-se da dimensão subjetiva que se revela o sujeito, sujeito este, que se apresenta, que fala de si e que se representa na própria história. Nesse sentido é bastante perturbadora a situação de idosos que alcançam à velhice avançada, pois a grande maioria desses idosos adquire alguma doença incapacitante, que o torna dependente. Mesmo que tenham a cognição preservada, o foco de sua vida está diretamente ligado às afecções do corpo e por consequência à tecnologia biomédica. O espaço para elaboração das perdas e aquisições fica quase que relegado a um segundo plano, tornando mais difícil o trabalho psíquico e as possibilidades de investimento na vida de um lado, e por outro lado, o investimento tecnológico chega ao limite da ética e dignidade humana. Assim, o modo de lidar com as perdas sentidas no processo do envelhecer e a própria finitude se torna muito difícil “fechando as perspectivas de projetos para o futuro”. (Birman *apud* Py, 2004).

Outro aspecto pertinente é a negação da sociedade para a questão, o não querer pensar a respeito na velhice dos outros e muito menos na própria. Quando estava na graduação em psicologia, mais de uma vez escutei que não adiantava mais “investir” nos velhos, não havia mais tempo. Discurso esse que, mais tarde entendi, vinha apoiado em uma visão econômico-política da produção, do mercado, onde os valores estão ligados a produção, ao novo; sendo o velho, descartável. Cabe a nós, profissionais e aos velhos mudarmos esse discurso, tomando o devido cuidado para não pender para o outro lado da

balança, onde o investimento biomédico alcança os limites da ética, negando a condição de finitude humana. Negação essa que, segundo Pessini (2006), impulsiona a prática da distanásia que significa um “prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e morte de um paciente”. Ou seja, sinônimo de tratamento fútil e inútil.

É de nosso conhecimento que o desenvolvimento humano está apoiado nas mudanças corporais e psíquicas, basta acompanhar o crescimento de uma criança, a vida adulta e a velhice. Estamos sempre envelhecendo, nos transformando e o corpo envelhecido é delatado pelo olhar do outro. “É o olhar do outro que aponta nosso envelhecimento”, diz Goldfarb (1998: 51). Como em um susto, de repente, nos damos conta dessa passagem dos anos no próprio corpo, porém na velhice avançada, esse susto, já ficou para trás, esse descompasso entre o que eu sinto e o que os outros vêem em mim, já estão distantes. É comum ouvirmos a frase: “já estou cansado”, “me sinto velho”. No entanto, como diria, Singer (2002: 94) essa mesma vida que avança no tempo e “al avanzar se va llenando de actos, gestos, palabras que nos hacen querer y la llenan de sentido. Los sentidos van creciendo en la relación con el otro, con más de otro, con instituciones orientadas por los ideales. A sentido quebrado vida en peligro.”

Finalmente, percebi o quão complexa foi minha escolha na tentativa de buscar recursos, dentro da ética e da ciência para atender à demanda da crescente população. Não é possível se propor a trabalhar com os idosos sem a noção da complexidade do tema, como a complexidade da vida. A vida vivida e não simplesmente transcorrida no tempo, no período entre o nascimento e a morte. Isso porque, nós os humanos, possuímos a capacidade de pensar, de refletir e de renovar, e somos os únicos seres vivos a ter noção da finitude, esse sentimento que é vivido de modo e intensidade diferentes nas diversas fases da vida. O conceito de tempo, também é criado por nós, na tentativa de compreensão do que se passa em nós e ao nosso redor e, assim, da busca de sentido. “É assim que todo o percurso de alguém fica transfigurado por sua criatividade, capacidade inerente à própria condição humana de dar sentido” (Safra, 2005). E cada um tem o seu percurso, não há no mundo um outro eu, somos seres gregários, vivemos em sociedade e precisamos do outro, no entanto, também somos únicos.

Quais os limites e possibilidades da intervenção psicogerontológica a esse contingente populacional cada vez mais crescente de idosos na velhice avançada? Esse

trabalho, a partir de experiências clínicas, tem como objetivo propiciar reflexões sobre o atendimento domiciliar a idosos na velhice avançada, sua demanda, o campo de atuação e as dificuldades impostas ao profissional, a partir de encontros com uma idosa que chamarei de Ana.

Brevemente citarei o trabalho que venho desenvolvendo ao longo de quase oito anos com idosos, em sua maioria com mais de 85 anos. A idéia inicial é a de construir um livro de memórias junto aos idosos utilizando os recursos metodológicos da história de vida e a memória autobiográfica, definida por Santos (2005:63) como uma espécie de síntese de relatos e histórias que contamos sobre nós mesmos e sobre nossa trajetória no mundo, história que nos constituem e são por nós constituídas, e que são extremamente complexas e dinâmicas. E como nos ensina Josso (2004:39) “a situação de construção da narrativa exige uma atividade psicossomática em vários níveis, pois pressupõe a narração de si mesmo, por meio de recordações referências, que balizam a duração da vida”. Com cada idoso essa construção percorre um caminho diferente, alguns escrevem, outros ditam ou são feitas gravações dos relatos, seguidas de transcrição e para outros o projeto passa a ser de revisão e reflexão sobre a própria história, e não mais o do livro de memórias.

Uma característica de muitos casos de pessoas na faixa etária de mais de 85 anos é a mobilidade prejudicada, o que me levou a optar por realizar atendimento domiciliar. Para a especificidade dessa modalidade de atuação alguns cuidados se tornam importantes como, por exemplo, a confirmação do atendimento no próprio dia; o vínculo de confiança com o cuidador, no caso da existência de um; e a flexibilidade de postura frente à rotina de cada domicílio. Toda essa construção e suas peculiaridades vão se estabelecendo no decorrer do atendimento.

Início a apresentação de Ana, 95 anos, em estágio de Parkinson avançado. O mal de Parkinson é uma doença neurológica cujos principais sintomas são tremor de repouso, rigidez, lentidão dos movimentos e em estágios avançados comprometimento da fala. Ana no fim da vida, se vê aprisionada pelo mal de Parkinson e dependente de cuidadores. Logo percebi que, além de toda a dificuldade na fala, na escuta, Ana mantinha a capacidade reflexiva, de indignação e busca de sentido. Senti que seria um desafio, mas havia o espaço para a relação, como se ela demonstrasse uma curiosidade pela novidade advinda de nossos encontros. Com o decorrer do tempo e após inúmeras perdas, a possibilidade de novas

relações aos idosos fica limitada, ainda mais para aqueles que sofrem doença incapacitante. Esse aspecto vai de encontro ao pensamento de Singer (2002) que diz que é nas relações intersubjetivas, independentemente da idade que temos, que o homem necessita ser compreendido, escutado, pensado e sentido pelo outro e necessita transmitir de diferentes maneiras seu legado. Desse modo, Ana e eu aceitamos os desafios advindos desses encontros.

O primeiro contato foi realizado pela filha que soube de meu trabalho através de uma amiga e achou que a mãe poderia encontrar um estímulo que não tivesse o foco somente nas perdas funcionais e na reabilitação física. Esse trabalho era conduzido pela terapeuta ocupacional, preocupada na funcionalidade dos movimentos manuais e pela fonoaudióloga que focava a reabilitação nas perdas fonoaudiológicas e nos exercícios de fala e deglutição, além das diferentes especialidades médicas: neurologista, cardiologista, geriatra. Cabe aqui ressaltar que apesar das múltiplas disciplinas envolvidas no atendimento de Ana, não há um trabalho em equipe interdisciplinar. Eu, como psicóloga, e a última profissional a chegar, procurei o contato com todos da equipe, mas só tive sucesso com a terapeuta ocupacional, que chegava logo após o meu atendimento. A atuação domiciliar realizada por profissionais autônomos sem vínculos institucionais é uma modalidade nova e seria mais produtiva se os envolvidos estivessem preparados para a atuação em equipe, a troca de experiências. No caso de Ana a cuidadora é quem acompanha todos os profissionais.

Ana mora com uma cuidadora principal que participou de sua vida por longos anos. Na realidade era uma empregada doméstica, que se tornou cuidadora do genro, a seguir do falecido marido de Ana e finalmente dela própria. Pelo que pude entender ela teve uma formação mínima, mas adquiriu a prática e mais do que isso, a confiança e o vínculo com Ana. Durante todo o atendimento, a cuidadora, que chamarei de Maria, sempre nos deixou à vontade. Ana possui recursos financeiros e toda a estrutura da casa é supervisionada pela filha, por Maria e por uma cozinheira. Ela tem três filhos que a visitam regularmente, porém Maria se queixa que os filhos não têm paciência com a mãe e a visitam por obrigação social. No meu entender, eles se angustiam ao verem a mãe com tantas limitações, se dando conta da própria impotência. Aos poucos aponto essa percepção para a cuidadora, que se mostra receptiva.

No primeiro encontro com Ana, tive muita dificuldade em compreendê-la, mal conseguia engolir a própria saliva para poder falar. Como estabelecer um vínculo? Tínhamos algo em comum, éramos as novidades uma para a outra. Um descortinar de possibilidades advindas de um encontro que poderia se estabelecer. Volto a citar Singer (2002:116) que nos chama atenção para o trabalho de investimento psíquico e de desinvestimento mediante tantas perdas que, uma pessoa de 95 anos, com certeza, já experimentou. E, como bem alerta a autora, a dificuldade de pessoas na velhice avançada em “encontrar a quien amar, o encontrar qué amar. Porque el acceso al placer está dificultado por lo que el cuerpo impone”. Com Ana, fomos estabelecendo uma comunicação verbal e não verbal onde o simples abrir dos olhos e o olhar pela janela, ver o sol tornou-se prazeroso. É nas coisas simples e nos gestos cotidianos que existimos. Baltes e Smith (2006) consideram que na velhice, a arte de viver consiste na busca criativa de novos e menores territórios de que aqueles administrados no passado e trazem o exemplo de um idoso que quando jovem cuidava da fazenda, aos 75 anos por problemas de mobilidade passou a cuidar do jardim e aos noventa transformou a janela centro de suas atenções e de seu bem estar subjetivo. Para Ana a janela também trazia uma sensação de bem estar, coube a mim, chamar-lhe a atenção para o olhar.

A idéia de construir um livro, não interessou a idosa, o que ela gostava era de conversar, de estar próxima, mesmo com toda a dificuldade, com os engasgos pela saliva tão difícil de engolir, mesmo com os longos silêncios respeitados e não preenchidos. A oportunidade de falar, escutar, pensar parecia atraente a Ana. Em uma ocasião ela me conta quando conheceu o marido, de origem italiana. Eles foram apresentados por uma amiga em comum que disse a ele que precisava conhecer uma “*bella ragazza*”. Ao me contar essa história, Ana era a “*bella ragazza*”, seus olhos se encheram de brilho, a postura se modificou. Ela experimentou nessa reminiscência uma reafirmação do existir como apontado por Goldfarb (1999:82) que “provoca um encurtamento do tempo transcorrido, na medida em que presentifica os fatos relatados através de uma reafirmação narcísica. O idoso reminescente nos diz ‘eu sou tudo isto que lhe conto, embora não o pareça’, ‘o tempo passou, mas eu permaneço’”. Ana, naquele momento pode sentir-se a “*bella ragazza*” e esquecer, mesmo que por alguns instantes o aprisionamento de seu corpo, a cadeira de rodas, a impossibilidade de se locomover.

Ela gosta de ópera, se lembra de várias que assistiu com seus pais e depois com o marido. Fica muito incomodada, pois esquece o nome de uma obra, lembra-se da ária “*Nessum dorma*”. Problemas de memória? - temos as duas, pois também não consegui lembrar o nome da ópera, que assisti e teve um significado em minha vida. No caminho de volta para casa, faço um telefonema para descobrir o nome da ópera: *Turandot!* Telefone para ela ainda do carro, quem atende é Maria já que Ana não pode segurar o telefone, ela conta para Ana e alivia o incomodo do esquecimento.

Os encontros são de uma hora e sou como uma ponte entre ela e o mundo externo, trago as novidades, sou uma novidade. Ana me espera próximo à porta do terraço, na cadeira de rodas, geralmente está com os olhos fechados. Quando me aproximo, e a chamo, ela abre os olhos e sorri. Minha visita é esperada.

Nasceu a primeira bisneta. O olhar de Ana brilha quando eu chego. Ela fala com mais facilidade, me conta da felicidade que sentiu ao ver a foto digital da menina que nasceu nos Estados Unidos. Quanta mudança Ana já acompanhou, e pensar que quando ela nasceu não tinha nem rádio! Conversamos sobre a família que cresce, ela me conta suas lembranças, o nascimento dos filhos. Esquece o nome de alguns netos. Começamos a esboçar uma árvore genealógica, como uma “cola” para ajudá-la a se lembrar. Em casa, numa folha grande desenho a família dela e no encontro seguinte, diz que pensou em mim e se surpreende, ao ver o desenho da família de como tem mais homens do que mulheres, ela pensa no papel da mulher, nas dificuldades que enfrentou. Mostra sua preocupação com a irmã de 84 anos que mora sozinha. Resignifica o papel de sua cuidadora: “*temos uma relação de amor e ódio, mas gosto da Maria, sei que sem ela não poderia ficar em casa, mas ela tem suas limitações*”. Como qualquer pessoa, temos nossas limitações e sinto estar proporcionando para Ana um trabalho diferente, reflexivo, transformador, não só ligado no cuidado do corpo cansado. Caminhamos por um lugar que não está só no nível do psicológico, físico ou social. Trabalhamos as questões existenciais que vão de um simples olhar pela janela à reflexão sobre a morte e vida. Podemos ao conversar, pensar nos processos e construções ao longo da vida e aos poucos, ir preenchendo-os de significado.

Ela quase sempre me espera atenta, lúcida, interessada. Quando estávamos próximas do Natal a casa foi toda enfeitada, enquanto aponto o que observo percebo que Ana presta atenção, se deleita como se estivesse se lembrando, revivendo, fazendo novos arranjos,

mesmo com toda a dificuldade de verbalizar. Bosi (1990:55), a partir das idéias de Halbwachs refere que esse aspecto da memória é como trabalho de reconstrução: “Na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho.”

Passadas as festas de final de ano, tivemos um encontro muito difícil, ela não conseguia falar, engasgava com a saliva, tenho que inclusive lembrá-la de engolir a saliva, o maxilar fazia movimentos involuntários, ela fica incomodada. Soube pela cuidadora que ela já mordeu a língua, em consequência desses movimentos. Ana está com medo. Procuro encontrar uma brecha, mas é como se ela estivesse se fechando, fico ao seu lado, seguro sua mão, ela me reconhece pelo olhar, mas passa muito tempo de olhos fechados. A sessão seguinte foi cancelada, Ana foi internada com febre e uma infecção. Disponho-me a realizar o atendimento no hospital, depois de duas semanas a filha me pede que a atenda, ela estava angustiada frente ao sofrimento da mãe. Coloco-me a disposição para conversar com os familiares, o que não ocorre. No hospital sou recebida com um sorriso por Ana e Maria. Pouco consegue falar, mas a troca de olhares revela a disponibilidade, o interesse. Durante todo o mês, a atendi no hospital, até a alta. Procurei levar textos curtos, livros com figuras de lugares que ela conhecia e músicas, modificando a dinâmica do trabalho, propiciando-lhe outros estímulos. Percebi que mesmo no hospital havia uma espera e uma expectativa do encontro. E tudo isso é manifestação de vida, mas me questiono o que sustenta Ana, como ela se adapta e se reconstrói? Não tenho estas respostas, mas como Frankl (2002:98) diz: os sentidos da vida diferem de pessoa para pessoa, de um dia para outro, de uma hora para outra. Frankl foi sobrevivente de um campo de concentração. Suas reflexões estão inundadas das próprias vivências. Para ele nessa busca não se deveria procurar um sentido abstrato da vida, “cada qual tem sua própria vocação ou missão específica na vida; cada um precisa executar uma tarefa concreta”. A busca está nas ações, nas atitudes, enfim, no movimento. Ana sai do hospital.

No atendimento seguinte ela continua a luta contra os movimentos involuntários, desde a internação recebe alimentação por sonda gástrica, não consegue mais falar. Abre os olhos, damos às mãos, o toque se torna um novo canal de comunicação e “o poder do toque é mágico. A sensação de companhia, de não estar só é terapêutica” (Burlá, 2004). Ela sorri, olha pela janela, vi plantado um pé de manjeriço. Ela não pode comer, sei que o olfato

também está alterado, mas fica muito contente quando vou até a janela, colho algumas folhas e sentimos o perfume de manjerição. Soube por Maria que o tratamento com a terapeuta ocupacional foi interrompido. Atendi Ana nos meses de janeiro e fevereiro, quando foi novamente internada. Ela voltou para casa e ainda a atendi uma vez em abril, quando percebi que ela estava se afastando dos estímulos externos, como se preparando para a morte. A filha me telefona diz que percebeu o benefício trazido por nossos encontros, sentiu a mãe mais serena, mas solicita a interrupção do trabalho. Atendi Ana por um ano e meio, deixo a porta aberta, telefono ocasionalmente, mas o meu trabalho com Ana chegou ao final. Soube que ela só abre os olhos para a filha e concluo minha atuação profissional fazendo uma citação de Py (2004) “podemos celebrar o sujeito desejante, proclamando o seu direito de existir, com sofrimento e prazer, até o momento do triunfo da morte sobre a vida, quando enfim, deverá entregar-se como história e legado aos que permanecem vivos.”

Bibliografia:

- Baltes, P. e Smith, J.** (2006, jun) – “Novas Fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade” in *A Terceira Idade*, São Paulo, v.17, nº 36, 7-31, junho, 2006.
- Bosi, E.**(1999) – *Memória e Sociedade – Lembranças de velhos*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Burlá, C.** (2004) – Envelhecimento e cuidados no fim da vida in Py, L e Sá, J. (orgs) *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro, Nau Editora.
- Frankl, V.**(2002) – *Em busca de sentido*. Petrópolis: Sinodal/Vozes, 2002.
- Goldfarb, D.**(1998) – *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Goldstein, L. e Sommerhalder, C.**(2002) – Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e na velhice. In: Freitas, Py, Néri, Caçado, Goszoni, Rocha et all. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan.
- Josso, M.C.**(2004) *Experiência de vida e formação*. São Paulo, Cortez.
- Pessini, L.** (2006) Finitude, viver no pesadelo do cronos ou escolher a benção do kairós? In *Velhices: reflexões contemporâneas*, São Paulo, SESC/PUC.
- Py, L.**(2004) Envelhecimento e Subjetividade in Py, L e Sá, J. (orgs) *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro, Nau Editora.
- Safra, G.**(2005, dez) – O viver humano é continua transformação. In: *Fórum sobre espiritualidade*. www.portaldoenvelhecimento.net.
- Santos, C.L.N.G.**(2005,junho) Envelhecimento, memória e psicoterapia. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, 8(1), 23-108.
- Singer, D.** (2002, ago) – “Psicoanálisis y Gerontologia” in *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, Caderno Temático 2: 91-129, EDUC.