



Revista Portuguesa de Psicossomática
ISSN: 0874-4696
revista@sppsicossomatica.org
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Portugal

Agostinho, Paula
Perspectiva psicossomática do envelhecimento
Revista Portuguesa de Psicossomática, vol. 6, núm. 1, janeiro-junho, 2004, pp. 31-36
Sociedade Portuguesa de Psicossomática
Porto, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760104>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA DO ENVELHECIMENTO

Paula Agostinho*

Resumo

No presente artigo a autora salienta a importância das teorias médicas e perspectiva psicossomática na abordagem do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento; Alterações biológicas; Alterações fisiológicas; Alterações sociais; Psicossomática.

INTRODUÇÃO

Ser idoso não passa apenas pela idade definida em anos de vida, mas implica um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social.

Após o estudo das Teorias Médicas e da Teoria Psicossomática de Sami-Ali, surgem questões na área da Geriatria que parecem poder ser investigadas segundo a mesma, já que o envelhecimento é um fenómeno normal, universal e inelutável, caracterizado por um conjunto complexo de factores não só fisiológicos mas também psicológicos e sociais.

Ninguém envelhece da mesma maneira e as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos e internos.

1. TEORIAS MÉDICAS

Alterações no Processo Biológico do Envelhecimento

São várias as hipóteses genéticas que sustentam a atribuição de uma duração média pré-definida a cada célula e a cada indivíduo.

Na *Teoria do Desgaste*, segundo Cabrillo e Cachafeiro (1990), o corpo desgasta-se pelo uso.

A hipótese do *Atrofiamento e Morte das Células Nervosas* integradas e integradoras do sistema nervoso central, dá origem à desorganização das estruturas do organismo.

Segundo a *Teoria Imunológica* do Envelhecimento, o declínio dos bio-marcadores de imunidade marca a destruição activa, ficando o organismo de tal ordem sujeito ao seu próprio sistema imunitário que chega a reagir contra si mesmo, como se o próprio fosse estranho.

A *Teoria da Programação*, segundo a qual o indivíduo passa por várias etapas no seu processo de desenvolvimento: infância, adolescência, maternidade e envelhecimento; correspondendo cada uma delas a uma idade específica e sendo geneticamente controladas (Carvalho, 1989). Neste sentido o autor sustenta a ideia de que o envelhecimento começa ao mesmo tempo que a vida.

A *Teoria Limite* de Hayflick (Carvalho, 1989), defende a ideia de que as células em cultura somente se dividem até um número limitado de vezes. Partindo deste pressuposto, sustenta a ideia de que as células humanas têm um limite de 50 divisões, após o que ocorre a morte celular.

Pela *Teoria da Reparação* as possibilidades de reparação do DNA diminuem à medida que avança a idade.

A *Teoria do Erro Catastrófico* de Orgel (in Carvalho, 1989), evidencia a ideia de que a acumulação, em células velhas, de proteínas alteradas na sua estrutura e função, atingem um limite

* Psicóloga clínica num Centro Psicogeriátrico, Lisboa.

catastrófico que põe em causa a integridade da própria vida.

Por último, as *Teorias do Tipo Evolucionista* explicam o envelhecimento como sendo produto de selecção natural, a qual seria responsável pela permanência de genes prejudiciais de acção retardada que afectam os indivíduos que vivem mais tempo (Weisman, 1990).

Bromley (1966) atribui o envelhecimento, acima de tudo, a alterações físicas degenerativas que ocorrem no corpo com o tempo e que são: a redução da taxa de metabolismo basal, a redução do oxigénio no cérebro por circulação cerebral insuficiente, a redução de acuidade visual, a redução de acuidade auditiva, a diminuição da sensibilidade ao nível do sabor e olfacto, dor e vibração, aumento de susceptibilidade às variações da temperatura, problemas digestivos, deterioração de dentes, perda do cabelo, secura da pele e aumento da pigmentação, atrofia muscular, redução da função renal, redução do rendimento cardíaco e perda de neurónios do sistema nervoso central.

O progresso do envelhecimento (Coelho, 1989), transporta consigo um declinar das funções físicas, que se caracterizam por uma lentidão e empobrecimento do comportamento motor, uma redução da capacidade anatómica e da capacidade adaptativa. Os sinais da velhice, como indica este autor, podem combinar-se de múltiplas formas e em proporções variadas, o que comprova o seu carácter biológico.

As alterações biológicas que ocorrem no processo de envelhecimento reflectem-se nos problemas de saúde dos idosos, principalmente no aumento de vulnerabilidade a certas doenças, sendo disso exemplo a incidência das doenças crónicas que tendem a aumentar com a idade. Os problemas de saúde na velhice, ao contrário do que acontece com pessoas mais jovens, são frequentemente múltiplos e crónicos e apesar de poderem ser tratados, não são curáveis (Gatz, Pearson & Weicker, 1987).

Alterações no Processo Psicológico do Envelhecimento

O processo de uma doença e o declínio da saúde, em geral, são também afectados pela ac-

ção conjunta de variáveis biológicas e psicológicas. Deste modo, variáveis psicológicas, tais como a atitude e a personalidade, determinam a capacidade do indivíduo enfrentar as mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento (Aiken, 1989).

Existem determinadas circunstâncias da vida de uma pessoa que podem, subitamente, focalizar a sua atenção nas alterações físicas, fazendo, provavelmente, com que o próprio ritmo de envelhecimento se acelere (Kastenbaum, 1981). Assim sendo, determinadas circunstâncias frequentes na velhice, como a perda da pessoa amada, de um amigo e de estatutos e actividades significativas, podem não só precipitar o declínio físico e psicológico, como também agravar uma doença em qualquer altura da vida (Aiken, 1989).

O desafio da última fase da vida consiste em saber negociar o declínio fisiológico inevitável aliado à acumulação das perdas no percurso existencial, bem como valorizar a imagem de si, mantendo a capacidade de independência (Gaudet, 1992).

A *Teoria Psicanalítica* (Belsky, 1990) sustenta-se na ideia de que na velhice ocorrem «life events» *stressantes*, tais como o adoeecer, viuvez, entrar na reforma, etc... que se apresentam como testes do funcionamento psicológico, evidenciando a capacidade do ego em se adaptar. Nesta fase da vida, se as experiências que o indivíduo viveu na infância não foram boas é provável que desenvolva mecanismos de defesa para enfrentar estes «life events» e, consequentemente, problemas psicológicos.

A idade avançada é um tempo de *stress* extremo e por isso mesmo, propicia a potenciais distúrbios psicológicos.

A *Teoria de Jung* opõe-se à teoria psicanalítica ortodoxa. Este autor considera que a última metade da vida é mais interessante e mais importante que a primeira e coloca a hipótese de que a meia idade constitui um ponto crucial da viagem emocional.

Um número elevado de indivíduos não é capaz de abandonar a orientação psicológica característica da fase juvenil, permanecendo «agarrados» a ela na meia idade e mesmo na velhice. Jung defende que esta transição tem o objectivo último de preparar o sujeito para a

morte, que é, para o autor, o culminar da vida (Belsky, 1990).

Por último, a *Teoria de Erikson* assenta na ideia da existência de pontos de mudança críticos, ou etapas de desenvolvimento, pelas quais o sujeito passa ao longo da vida, desde o nascimento até à idade avançada.

Assim, as crises de desenvolvimento da vida exigem integridade do Eu, e toda a pessoa que atingir tal integridade é, potencialmente, capaz de aceitar a morte.

Alterações no Processo Social do Envelhecimento

O envelhecimento social é definido como um percurso do ciclo de vida estabelecido por uma sociedade. Neste contexto, Salgado (1980, *in* Lima e Viegas, 1988) defende que a categoria de idoso foi produzida pelos sistemas de aposentadoria que resultam, eles mesmo, dos mecanismos da Previdência Social.

A velhice, como questão social, surge apenas com as sociedades modernas e industrializadas. Com efeito, de acordo com Caldeira (1978), Paes de Sousa e Barahona Fernandes (1976, *in* Lima e Viegas, 1988), somente as características inerentes a este tipo de sociedades tornam possível o prolongar das hipóteses de longevidade do indivíduo para além do tempo em que ele é considerado como uma unidade produtiva para a sociedade em que está inserido.

Segundo Caldeira (1978), o idoso é exposto a uma série de condicionantes sociais, sendo a mais importante a reforma, na medida em que se confronta com sentimentos de inutilidade, de esvaziamento, de marginalização e de morte social.

No percurso da velhice, a componente família assume particular significado. O idoso sente-se muitas vezes destituído de um papel que outrora representava, que era concebido como importante no núcleo familiar, com o qual se identificava e estabelecia o seu lugar na família.

Nesta perspectiva, o idoso vive socialmente a velhice consoante o ambiente em que se encontra inserido. Se se sente respeitado, querido, integrado na sua família e útil, não perde a sua auto-confiança, vivendo a reforma em pleno e

tirando proveito do seu tempo. Ao contrário, se se sente marginalizado, indesejado pela família e a funcionar como um peso, a reforma é vivida como uma etapa penalizante e favorecedora de todos os sentimentos negativos.

2. TEORIA PSICOSSOMÁTICA

Modelo Psicossomático de Sami-Ali

Segundo Sami-Ali (1974), o corpo possui um poder original de projecção, pois fornece um esquema de representação mental da realidade constituindo, no imaginário, um espaço, um tempo e um objecto.

A relação com o corpo imaginário determina a relação com o corpo real. É a partir do corpo que se torna possível elaborar as complexidades do espaço imaginário. A distinção entre corpo real e corpo imaginário corresponde a duas funções favorecedoras de um determinado processo. Este processo é induzido pelo imaginário, no qual a actividade onírica tem um papel fundamental.

O imaginário não é mais que o sonho e os seus equivalentes na vida vigil. Numa palavra, a *subjectividade* do indivíduo.

A relação com a doença transforma a pessoa num objecto único fora do quadro relacional.

Todo o corpo orgânico participa na desregulação. A identidade celular transforma a identidade biológica e relacional. Coloca-se a objectividade, a doença em si, no lugar da subjectividade, da pessoa, da relação e dos afectos.

Tipo de funcionamento em que predomina o real ou patologia da adaptação

A pessoa adapta-se respondendo sempre às exigências da família e da sociedade. As regras adaptativas vêm preencher uma vida que se esvazia. A pessoa adopta uma identidade de fachada que a torna conformista sem a possibilidade de ter conflitos psíquicos.

No interior de si existe um Superego corporal tão grande quanto o seu próprio Eu.

O sujeito depende de um Superego corporal

para se referenciar no espaço e no tempo, bem como nas suas funções corporais que não são autónomas. É dizer que o "Supereu corporal" envolve toda a problemática do narcisismo e que a supressão da subjectividade, característica da patologia da adaptação, constitui uma forma de ser graças ao não ser subjectivo, e aí, conforma-se aos imperativos do "Supereu corporal". A negação de si passa pela afirmação de um todo poderoso. A pessoa adapta-se e organiza-se para se situar no tempo e no espaço.

Ao sucesso do recalçamento da função do imaginário corresponde, segundo Sami-Ali, uma depressão *à priori*.

A somatização tem sempre lugar naquilo que Sami-Ali chama de uma situação de impasse. O impasse particulariza-se pela existência de um conflito insolúvel na medida em que implica contradição.

3. ENVELHECIMENTO E ANTROPOLOGIA

Em épocas passadas a reforma não existia e, sendo a família um núcleo fundamental de produção, o ancião não se afastava do trabalho, adoptava novas tarefas e novos papéis, permanecendo útil e activo. A reforma é assim o produto das sociedades industriais e tecnológicas, que enfocam a sociedade cada vez mais sob o ponto de vista da produção e do consumo (Pereira, 1993).

A sociedade moderna e industrializada marginalizou os velhos, dando prioridade a valores tais como, a produção, a rentabilidade, o consumismo, entre outros e face aos quais, de acordo com o normativo social, as pessoas com mais de 65 anos não estão em condições de competir (Pereira, 1993). A regulamentação social e laboral impede assim o trabalho a uma determinada idade, independentemente do desejo ou da capacidade do cidadão.

Esta sociedade gera novas atitudes psicossociais relativamente à velhice, de tal modo que os conceitos de respeito ou dignidade, encontrados noutros contextos históricos, são substituídos por outros, como os de invalidez e dependência económica. Apesar das diferenças conjunturais, a atitude generalizada é tratar os velhos com ati-

tudes paternalistas de sensatez e adaptação a uma etapa de vida ociosa (Pereira, 1993).

A velhice encontra-se associada à ideia de inutilidade e perda de prestígio social (Aiken, 1995). Neste sentido, a imagem da velhice é abalada por uma série de crenças e estereótipos, que a relacionam com uma infinidade de défices, deteriorações e perdas físicas, psicológicas e sociais.

Os idosos são frequentemente caracterizados como senis, doentes, rígidos no seu pensamento e acções e moralmente antiquados.

4. O ENVELHECIMENTO E A QUESTÃO DA IDENTIDADE

Entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e, sobretudo, a PESSOA.

Mudanças ao Nível Cognitivo

A eficiência cognitiva parece estar mais dependente de factores como o nível sócio-económico, a escolaridade prévia e o grau de actividade, do que propriamente da idade avançada (Barreto, 1988). Segundo este autor, várias investigações mostraram que um grande número de idosos mantinha até tarde as suas funções em pleno funcionamento, enquanto que outros evidenciavam diferentes graus de declínio das mesmas. Parece poder inferir-se que este declínio é mais directamente influenciado pela doença e pela proximidade da morte, que pela idade cronológica do sujeito.

Mudanças ao Nível da Personalidade

Segundo Barreto (1988), a transição para idoso é acompanhada por modificações importantes ao nível da afectividade e do carácter, ocorrendo a acentuação de disposições já existentes e a emergência de traços de carácter.

Nas representações estereotipadas do idoso, segundo o autor, encontram-se aspectos positi-

vos como sabedoria, moderação, autocontrolo e aspectos negativos como rigidez, dogmatismo, insegurança, dependência, desleixo, irritabilidade e incontinência emocional.

Mudanças ao Nível da Adaptação

Bromley (1966) interessou-se pela questão da adaptação no idoso. Uma boa adaptação exprime-se pela presença no sujeito de sentimentos como a confiança, o contentamento, a sociabilidade, a emancipação das emoções, a auto-estima e a actividade.

Assim, importa ter presente que a boa adaptação do indivíduo depende necessariamente da boa adaptação daqueles que o rodeiam e que com ele interagem. No entender de Bromley (1966), considera-se que o sujeito apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as suas dificuldades, resolve conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, apresenta medo das pessoas, descontentamento, ansiedade, dependência, sentimento de culpa, depressão, sentimentos de inferioridade, apatia e isolamento, então, está presente uma má adaptação.

Idoso e Doença Orgânica

As enfermidades que mais gravemente afectam as pessoas idosas são, segundo Barreto (1993), as doenças cardíacas, reumáticas e as de natureza oncológica. Outras doenças também comuns, tais como hipertensão arterial, arteriosclerose e diabetes, podem progredir sem sintomas durante algum tempo.

As doenças crónicas, isto é, as doenças de longa duração, representam um dos maiores problemas de saúde das pessoas idosas (Fernandez-Ballesteros, 1992). De facto, devido ao prolongamento da esperança de vida, um maior número de pessoas chega à velhice e sofre de várias doenças crónicas associadas a este período de vida, o que afecta a sua saúde e o seu bem-estar. As doenças crónicas mais comuns nesta fase da vida são as articulares, os problemas respiratórios, os problemas digestivos, a hipertensão, a diabetes e a osteoporose (Aiken, 1989).

SÍNTESE CONCLUSIVA

Tratando-se o envelhecimento de uma patologia revestida de enorme complexidade, no qual está em causa o disfuncionamento do organismo e que envolve factores biológicos, psicológicos e relacionais, importa tentar apreendê-lo na sua globalidade.

Segundo as teorias explicativas para o envelhecimento, as mudanças físicas levam o indivíduo a confrontar-se com uma nova imagem corporal (Bromley, 1966). Mas também existem determinadas circunstâncias de vida que podem focar a atenção nas alterações físicas, agravar uma situação de doença e o declínio psicológico.

Com o passar dos anos sentimos a fragilidade e o envelhecimento do corpo que nos habituamos a observar; estamos perante uma limitação temporal, um impasse em que o nosso corpo se encontra em relação com o tempo e espaço; uma perda de identidade em que o idêntico se reduz ao nada.

A forma como (não) olhamos e representamos a morte não é mais do que uma consequência directa do modo como norteamos a vida, dos valores a que nos submetemos, das exigências da sociedade, das normas e das regras pelas quais nos regemos, dos conflitos não resolvidos, dos medos que nos impedem, dos sonhos do nosso imaginário (Oliveira, 1999).

Na perspectiva psicossomática é preciso relacionar as situações de vida e o funcionamento do organismo, a nível biológico e relacional. Segundo Sami-Ali, a relação com a doença transforma a pessoa num objecto único fora do quadro relacional.

A perturbação da identidade a nível orgânico reenvia para uma perturbação da sua identidade. Coloca-se a objectividade da doença, no lugar da subjectividade da pessoa, da relação e dos afectos que, quando recalçados, levam a impasse e situação de conflito.

Sami-Ali postula no seu modelo que a somatização ocorre a partir de um determinado modo de funcionamento da estrutura da personalidade e na sua relação com uma situação conflitual: resolúvel ou não (impasse). A somatização permanece função de uma situação de impasse, entendendo-se este como a impossibi-

lidade de resolução de conflitos relacionais externos e internos.

Para ser entendido o impasse relacional na situação de morte, deve ser percebido se o sujeito a encara, reconciliando-se consigo próprio, aceitando-a e ligando o processo de morrer ao vivido ou, se por outro lado, se verifica uma subjectividade sem sujeito em que se adapta, conforma, mas não aceita, estando-se então perante um conflito, uma perda de identidade e a somatização.

Abstract

The author emphasizes the importance of clinical theories and psychosomatic perspective in approaching the aging process.

Key-words: *Aging process; Biological changes; Psychological changes; Social changes; Psychosomatics.*

BIBLIOGRAFIA

- Aiken LR. *Later Life*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, 1989.
- Aiken LR. Social Status and Roles. In *Aging: An Introduction To Gerontology*. Stage Publications, pp. 223-250, 1985.
- Aiken LR. Retirement: Event, Status, and Process. In *Aging: An Introduction to Gerontology*. Stage Publications, pp. 267-280, 1995.
- Barreto J. *Envelhecimento e Saúde Mental*. Estudo de Epidemiologia Psiquiátrica. Porto: Edição do Autor, 1984.
- Barreto J. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. *Psicologia* 1988; VI(2): 159-170.
- Barus-Michel J. Le Passage à la Retraite. *Gérontologie*, pp. 3-5, 1981.
- Beizmann C. *Livret de Cotation des Formes dans le Rosrach*. Ed. Du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1966.
- Belsky J. *The Psychology of Aging: theory, research and interventions*. California: Cole Publishing Company, 1990.
- Bromley DB. *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Editora Ulisseia, 1966.
- Cabrillo F, Cachafeiro L. *A Revolução Grisalha*. Lisboa: Planeta Editora, Lda, 1990.
- Caldeira. *Socioterapia na Velhice*. Lisboa: Edições Ciba Geigy, 1978.
- Carvalho A, Gomes AA. Os Gerontes na Urgência e Ambulatório em Saúde Mental. *Anais Port Saúde Mental*, pp. 11-120. Lisboa: Edição da Direcção de Sociedade Portuguesa para o Estudo de Saúde Mental, 1988.
- Coelho AM. Envelhecimento Humano. In *Colóquio Ciências*. Nº 4 – Jan/Abr. Pp. 81, Lisboa: FCG, 1989.
- Fernandez de Santiago F, Villar Sordo V. Depression en una Residencia Geriátrica. *Revista Espanhola de Geriatria y Gerontologia* 1989; 24: 217-218.
- Lima AP, Viegas SM. A Diversidade Cultural do Envelhecimento: A construção social da categoria velhice. *Psicologia* 1988; VI(2): 149-158.
- Mays A. Neuropsicologia de la memória. In M Sebastien (ed), *Lecturas de Psicología de la Memoria* (pp 218-233). Madrid: Alianza, 1993.
- Oliveira O. *O Desafio da Morte*. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.
- Paes E. Endocrinologia na Terceira Idade. *Tempo Médico* 1977; 11(10): 560-566.
- Pereira LS. A Velhice: Variabilidade Histórica e Social da sua Conceptualização. In *Actas do Congresso Semana do Idoso, Envelhecimento: Os Desafios do Século XXI* – 49-55; Porto, 1994.
- Sami A. *L'Espace Imaginaire*. Editions Gallimard, Paris, 1974.
- Sami A. *Le Corps, L'Espace et Le Temps*. Dunod, Paris, 1977.
- Vieira C, Sousa M. A Depressão no Quadro dos Idosos Institucionalizados. *Psiquiatria na Médica Prática* 1989; 1: 13-16.
- Weissman M, Klerman G. Sex Differences in the Epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry* 1977; 34: 98-111.