

2.3-O desafio da realização da vida no envelhecimento

2.3-O desafio da realização da vida no envelhecimento (58)

Sumário

2.3.1-Configuração da vida em idade avançada (58)

2.3.2-Gestão da morbidade e doenças crônicas (60)

2.3.3-Lidar com a viuvez (62)

2.3.4-Planejamento e administração da aposentadoria (64)

2.3.5-Fontes de consulta (65)

No primeiro plano de uma realização exitosa da vida em idosos situa-se o desafio de lidar com perdas nos diferentes aspectos de competências funcionais, tanto da saúde corporal como cognitiva. Modelos de configuração da vida em idades avançadas precisam incluir processos de controle das perdas. Resultados de pesquisas indicam que a imposição de objetivos pessoais desempenha um importante papel e que a escolha de objetivos pessoais (seleção), o esforço em melhorar e perseguir objetivos (otimização) e a substituição de perdas (compensação) conduzem a um envelhecimento bem-sucedido.

Uma definição clara de novos objetivos pessoais para substituir e condicionar perdas, com um foco centrado sobre o processo de condução da vida, em vez de focar apenas sobre a expectativa de resultados, pode ajudar a evitar novas perdas em épocas futuras (Freund & Hennecke 2012).

2.3.1-Configuração da vida em idade avançada

Em idade avançada ocorre numerosas modificações, as quais representam um desafio para o suporte das condições de vida. Estas modificações ocorrem em grande parte por perdas no processo de desconstrução somática, como perdas da funcionalidade corporal, perdas da fluidez da inteligência e da capacidade da memória. No entanto, estas perdas não são uma regra geral para todas as pessoas, muitas das quais apresentam maior estabilidade funcional em idades avançadas, como por exemplo, no âmbito individual da fala e da capacidade cognitiva.

No campo individual, em idades avançadas, podem ocorrer inclusive ganhos, como por exemplo, maior satisfação pessoal através do incremento de contatos sociais. No caso da aposentadoria ocorrem efeitos de perdas e ganhos. Por um lado, a aposentadoria está ligada a perdas de contatos com colegas de trabalho e de uma estrutura diária baseada em uma rotina estável. Por outro lado, a aposentadoria oferece a abertura de novas possibilidades através da liberdade de utilização do tempo livre, como a realização de passeios e viagens, o desenvolvimento de hobbies, prática de esportes, entre outras. O tempo após a aposentadoria traz consigo um grande potencial para incrementar ações otimizadas que ofereçam suporte a vida de pessoas idosas.

As modificações individuais que surgem em idades avançadas, representadas por perdas crescentes de habilidades corporais e decorrentes de normas sociais ou de

expectativas para esta fase da vida, impõe desafios especiais para a sustentação da qualidade de vida de pessoas que envelhecem. Por esta razão, assumem elevada relevância os processos que atuam sobre a forma de como lidar com as perdas que atingem o envelhecimento.

Diversos estudos e pesquisas propuseram modelos que oferecem orientações de apoio ao envelhecimento, os quais possibilitam administrar modificações e manipular recursos de saúde que se alteram com a idade. A diferença central entre estes modelos situa-se no foco, que pode ser direcionado a uma abordagem proativa, reativa ou pela adoção de controles psicológicos. O modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) coloca na formulação de sua teoria de aplicação, prioritariamente, processos proativos e motivacionais.

O modelo da Seleção, Otimização, Compensação – SOC, proposto por Baltes & Baltes (1990) citado por Freund & Hennecke, (2012) postula que o desenvolvimento exitoso do envelhecimento pode ser definido como a maximização simultânea de ganhos de desenvolvimento pessoal e a minimização de perdas. Estas podem ser promovidas através da ação conjunta da seleção de objetivos, da otimização de fatores de desempenho e na compensação de inabilidades funcionais, adoção de estratégias de comportamento, auto regulação e uso de recursos de apoio funcional. O modelo estabelece que a persistência em alcançar objetivos pessoais é o princípio fundamental de suporte a uma vida exitosa no envelhecimento.

A Seleção é definida como o desenvolvimento de escolhas, priorização e contextualização de objetivos (a caracterização de objetivos individuais dentro de seu contexto pessoal de vida), bem como o comprometimento com os objetivos escolhidos.

A seleção exitosa indica que a escolha de objetivos está baseada no pressuposto de que ocorre um leque de alternativas que podem ser introduzidas no processo de envelhecimento para a melhora do desempenho físico e cognitivo individual. O processo de seleção leva o foco a um certo número de possibilidades limitadas que sejam realizáveis pelos indivíduos, e de um modo geral, idosos em idades avançadas estabelecem e conduzem apenas um pequeno número de objetivos. Tal abordagem conduz mais realisticamente a um desempenho exitoso destes objetivos na superação de debilidades e permite conduzir melhor o dia a dia, quando comparado com pessoas que se conformam com os fatos que os afetam ou deixam-se conduzir pelos acontecimentos, aceitando as perdas.

A otimização orienta-se sobre a persistência na melhoria de objetivos, os quais buscam um ganho de desenvolvimento pessoal. Para isto conta a aquisição e ganho de novas habilidades, o reforço de recursos pessoais, o treinamento de habilidades, a orquestração de habilidades e o investimento de tempo com foco no alcance de objetivos claramente estabelecidos. Os processos de otimização conduzem a elevação ou manutenção de níveis de funcionalidade mais elevados.

Pelo fato de que as perdas se acentuam no envelhecimento o processo de compensação apresenta uma elevada importância. Compensação significa a inclusão de meios para atuar no controle ou substituir perdas, como por exemplo no uso de cadeira de rodas quando o aparelho locomotor apresenta restrições de mobilidade.

Estratégias típicas de compensação são a substituição de habilidades perdidas através da aquisição de novas habilidades, o uso de recursos não utilizados ou a inclusão de suporte através de outra pessoa.

Na administração de modificações no estado de saúde causadas por perdas funcionais, os procedimentos adotados no modelo SOC estão ligados ao planejamento de manutenção da saúde. A aplicação diária de seus princípios possibilita a reabilitação em pessoas, mesmo em idades mais avançadas. Na prática de intervenção deveria estar incorporado o treinamento sobre o uso de estratégias de suporte e proteção a perdas por inabilitações corporais e cognitivas. Os resultados demonstram que na adaptação de objetivos de manutenção da saúde, após a incidência de restrições físicas, a introdução de recursos de compensação pode minimizar o efeito de perdas.

Enquanto que, em idosos jovens a prioridade é o acúmulo de recursos, de facilidades, da otimização na formação educacional, das finanças, da interação familiar, do uso do tempo livre, em idades mais avançadas, as pessoas passam a ser confrontadas com perdas de motivação, da mobilidade e da capacidade cognitiva, havendo necessidade da adoção de medidas que estimulem a manutenção do nível funcional. Não apenas elevar o nível de motivação para evitar agravamento de perdas, mas também perseguir objetivos ligados a valores subjetivos de bem-estar.

Em idosos com idades avançadas os objetivos buscam medidas que possam reduzir perdas funcionais, enquanto que em adultos jovens os objetivos buscam alcançar níveis elevados de desempenho funcional corporal e cognitivo.

A adoção de medidas de suporte para a realização da vida em idades avançadas não depende apenas do domínio do controle exitoso da evolução das perdas, mas também na configuração da própria vida, através do estabelecimento de objetivos pessoais capazes de ser perseguidos. Ao longo do curso de vida é necessária uma orquestração de estratégias que previnam o agravamento de perdas e possam elevar o desenvolvimento de ganhos.

Na prática, parece que a auto regulação para perseguir objetivos pessoais descortina um campo de atuação no qual ainda é possível que sejam obtidos ganhos pessoais. No caso da nutrição e de dietas para emagrecimento, por exemplo, idosos conseguem bons resultados. Outros resultados de auto regulação indicam a importância da imposição de objetivos na regulação emocional que causam efeitos negativos e no reforço da manutenção de efeitos positivos. Os resultados indicam também que a auto regulação é um processo que pode ser treinado através de intervenções objetivas, e que é possível o seu desenvolvimento, mesmo em idades avançadas (Freund & Hennecke, 2012).

2.3.2-Gestão da multimorbidade e doenças crônicas

Em estágios mais avançados do envelhecimento os indivíduos estão sujeitos a sofrer a incidência de doenças decorrentes da multimorbidade e de doenças crônicas. As pessoas são atingidas simultaneamente por diversas doenças, nas quais não há possibilidade de uma cura definitiva, o que impõe modificações orgânicas e psíquicas e que exigem uma nova adaptação do modo de vida. Nesta etapa a tarefa de gestão das

inaptidões decorrentes da doença requer uma forte cooperação entre o doente e as pessoas que irão oferecer apoio e tratamento.

As enfermidades que ocorrem no envelhecimento são influenciadas por recursos pessoais dos indivíduos, por terapias desenvolvidas a partir do conhecimento das características das doenças, por intervenções terapêuticas e pelo apoio disponível no ambiente social do idoso. Em pessoas com idades mais avançadas os recursos cognitivos tendem a sofrer regressão. Esta condição pode influenciar o desenvolvimento de um tratamento efetivo, pela dificuldade de obter informações através do doente para a caracterização das diferentes causas de inabilitações que o atingem e o desenvolvimento da terapia adequada.

Em idades mais avançadas as doenças que afetam os indivíduos apresentam características especiais de multimorbidade e ser de caráter crônico. A morbidade manifesta-se com grande probabilidade através de diversas enfermidades simultâneas. No grupo de pessoas com 70 anos ou mais, o número de indivíduos que são afetados por cinco ou mais doenças chega a 30%, e com isto, também se eleva o número de pessoas que passam a tomar um maior número de medicamentos. Estas enfermidades manifestam-se como doenças crônicas, caracterizam-se por sua longa duração e não oferecerem possibilidades de cura.

A gestão de doenças crônicas e das limitações decorrentes de sua incidência está centrada fundamentalmente no manejo conjunto de aspectos subjetivos da vida individual e dos efeitos resultantes que sobrecarregam a pessoa através das restrições no uso dos recursos corporais e cognitivos.

Para a gestão da administração exitosa de doenças crônicas é indispensável conhecer a condição dos recursos individuais, físicos, cognitivos e ambientais disponíveis, a clara compreensão e aceitação da doença pelo indivíduo e a introdução de medidas de intervenção capazes de atuar sobre os recursos pessoais e sobre a compreensão e aceitação da doença pelo doente.

Para a tomada de decisão sobre medidas de tratamento, os estudos levam em consideração, além da listagem das enfermidades incidentes no indivíduo, a caracterização dos recursos pessoais que podem ser lançados mão, a orientação a ser dada para a terapêutica e o convencimento da pessoa doente sobre a eficiência de medidas de controle do stress resultante. Contam para o tratamento, ao lado do conhecimento detalhado da doença, a disponibilidade de recursos sociais e de apoio familiar.

Pelo lado da aceitação da doença é de importância central que haja uma conscientização pela pessoa afetada de que a doença incorpora em seus aspectos de tratamento uma modificação no comportamento e do modo de vida. Neste aspecto existem diversos conceitos de intervenções como programas de aprendizado no caso da diabete, no controle do stress, medidas de terapia familiar, os quais são disponibilizados por instituições públicas ou privadas e que contribuem para a efetividade de medidas de tratamento direcionadas aos doentes.

Entre os diversos modelos de intervenção que são propostos, dois distinguem-se por seu foco de atuação sobre crises em geral e limitações causadas por doenças. Em um modelo por exemplo, a pessoa atingida experimenta modificar ativamente a

vivência da doença. Noutro é modificado o conceito das limitações que atingem o indivíduo, caracterizados quais valores são modificados e quais objetivos serão adaptados, de forma a desconstruir as limitações ou mesmo propor a sua não aceitação. Neste caso, por exemplo, é possível introduzir controles que exercem influência sobre as condições do ambiente externo, como na redução de barreiras existentes no ambiente residencial que afetam a mobilidade e podem causar lesões e quedas.

As medidas de intervenção são estruturadas para levar ao enfraquecimento ou eliminação de dificuldades causadas por doenças crônicas e baseiam-se em especial no trabalho conjunto ativo do paciente. Além de mudanças no modo de vida diário, contam por exemplo, a auto regulação da ingestão dos medicamentos e a visitação regular para consulta e acompanhamento médico.

A gestão de doenças direcionada a pessoas idosas deveria estar focada especialmente sobre as reservas de recursos da pessoa, em fatores motivacionais, bem como em variáveis cognitivas. Os modelos de terapias estão fortemente influenciados por especificidades individuais e os objetivos para uma intervenção otimizada precisam decorrer do planejamento e conduzidas no contexto biográfico dos pacientes (Kliegel et al, 2012).

2.3.3-Lidar com a viuvez

Uma das perdas mais graves que pode ocorrer em idades mais avançadas é o falecimento do cônjuge, no entanto, o dano que pode causar nos indivíduos é variável. É verificado que muitas pessoas idosas podem lidar de forma positiva com a perda do seu companheiro e dificuldades prolongadas de adaptação somente são identificadas em pequenos grupos menos significativos. Um objetivo importante do tratamento da viuvez é compreender as dificuldades e necessidades das pessoas atingidas e oferecer as melhores medidas de apoio possíveis.

A morte de uma pessoa próxima é uma das experiências de ruptura mais cortante que pode ocorrer no curso de vida do indivíduo. A forma de como lidar com a viuvez é uma parte do estudo do envelhecimento que envolve um tema permanente e de importância para a gerontologia aplicada.

O que esta perda significa para os indivíduos varia bastante. Pode significar em primeiro lugar a perda da única pessoa íntima confiável, e da pessoa com quem se desenvolveu a fundação de uma família, a construção de um lar e a criação dos filhos e descendentes. Através do compartilhamento da organização da vida diária ocorre uma interação pessoal que dá significado a existência na velhice e a perda desta condição representa um aspecto muito difícil de administrar. Para a pessoa que sobrevive, parece que uma parte de si mesmo foi suprimida. Acrescente-se a este momento delicado, que as providências que precisam ser tomadas pela pessoa que permanece, assume uma sobrecarga administrativa elevada, que se adiciona a uma fase emocionalmente dura e com forte influência sobre o estado de saúde do indivíduo.

No caso do falecimento após um longo período de enfermidade é provável que os familiares que atuaram nos cuidados ao doente estejam extenuados e o falecimento venha a se constituir em um momento de alívio.

A orientação da maneira de como se lidar com a viuvez pode assumir diferentes formas e há um entendimento de que as medidas de controle de suas consequências são importantes. Em uma situação considerada “normal” ou “saudável” ocorre uma fase intensa de tristeza e luto, na qual a pessoa atingida se concentra no abatimento, seguindo-se por uma fase de “normalização gradual”, a qual em determinado momento desemboca em um estado que se define como de “superação”. Desvios neste padrão de reação, como no alongamento do estado de luto, a conduta é considerada como sinal de uma reação patológica, que irá desenvolver ou agravar problemas de saúde. O prolongamento da fase de luto só tem significado para diversas culturas, que em geral não são ocidentais.

Os estudos mostram uma grande variabilidade entre indivíduos nas reações sobre a viuvez e indicam duas orientações para se superar o trauma da perda. A primeira concentra-se sobre a sensibilidade ao luto e sobre a realidade das perdas, enquanto a segunda orienta-se para a tentativa de mitigar a dor, buscar distanciar-se da tristeza e concentrar-se sobre as demandas diárias da vida.

A pessoa atingida precisa dosar a vivência do luto e ao mesmo tempo, suprir espaço, reunir forças para efetuar a modificação necessária da vida quotidiana. Na prática, a adoção de ambas estratégias é o mais comumente eficaz.

Pessoas, que no período anterior à perda, estiveram afetadas por perturbações psíquicas, como depressão ou pânico, vivenciam com maior dificuldade a viuvez. Quando a viuvez ocorre em idades avançadas é provável também ocorrer o agravamento da saúde do idoso remanescente. No caso de uma longa fase de cuidados dedicados ao cônjuge doente, antes de seu falecimento, isto representa uma sobrecarga de cuidados e desgaste do estado emocional, o que pode ser agravado pela falta de apoio dos familiares no processo de divisão de responsabilidades na prestação de cuidados ao doente.

Também é encontrada frequentemente uma relação negativa entre baixos níveis de rendimentos e o grau de formação escolar da pessoa viúva. Esta condição causa uma tensão significativa na fase de prestação de cuidados ao enfermo pelo grupo de pessoas responsáveis, e na adaptação da pessoa viúva na fase da vida após o falecimento.

Outro aspecto que influi no modo como as pessoas lidam com a viuvez é a forma de organização individual ou familiar frente a realidade da finitude. É bastante claro que as pessoas se sentem despreparadas para a morte, mesmo após longos períodos de tratamento da pessoa doente. Os estudos indicam que ocorrem três campos que podem ser focados no enfrentamento da morte: o emocional (paz decorrente do falecimento após fase de tratamento); o programático (planejamento e providências antecipadas); o campo da informação (entendimento de aspectos médicos da fase final da vida). No entanto mesmo pessoas que se organizaram antecipadamente ainda podem sofrer reações e influências emocionais inesperadas.

Como regra geral, deve ser reconhecido que muitas pessoas viúvas não irão necessitar medidas de intervenção de apoio especial. Os dados indicam inclusive que elas superam melhor a viuvez, quando suas reações adaptativas naturais podem transcorrer sem ser perturbadas por intervenções desnecessárias. Ao mesmo tempo

deve ser reconhecido que a pessoa atingida em sua experiência pessoal de perda precisa ser apoiada. Uma validação de sua vida por pessoas do seu ambiente de relacionamento é considerada como uma forma importante de ajuda. Neste sentido grupos profissionais que atuam em apoio ao luto desempenham um papel relevante na ajuda pessoal para a busca da definição de novos objetivos. Algumas perguntas e respostas que podem ser levantadas são oportunas, e ajudam a reestruturar a vida da pessoa viúva, entre as quais podem ser citadas: em que medida a pessoa se sente deprimida ou amedrontada; quanto amparo através da famílias e amigos foi encontrado; no caso de um tratamento prolongado, quanto esforço e sobrecarga atingiu a pessoa; em que medida a pessoa se sentiu organizada/preparada para lidar com o falecimento e apoio a sua vida após a morte. Opções de apoio e tratamento a viuvez podem resultar destes questionamentos, através da forma como estas perguntas são respondidas, e podem conduzir um tratamento medicamentoso ou psicoterápico no caso de pânico ou depressão (Boerner, 2012).

2.3.4-Planejamento e administração da aposentadoria

A saída da pessoa da atividade profissional e a adaptação para a fase pós trabalho tem importantes repercussões, tanto para o interesse individual como público. A passagem para a aposentadoria é entendida como uma experiência crítica para a vida pessoal e traz responsabilidades que exigem uma nova adaptação e planejamento individual. Medidas de planejamento para a aposentadoria tem sido oferecida por empresas através de cursos que incluem aspectos da legislação que afetam aposentados e sobre o direito de idosos. O engajamento de instituições públicas neste trabalho tem oferecido resultados positivos na orientação de gestão da aposentadoria.

O financiamento do sistema de aposentadoria no Brasil tem se mostrado um enorme desafio para a sociedade em função de mudanças demográficas e alongamento do tempo de vida. O desequilíbrio da Previdência Social alcançou nos primeiros 11 meses de 2014 o valor de R\$58,4 bilhões ante R\$55,3 bilhões registrados para o mesmo período de 2013. Como proporção do PIB o desequilíbrio previdenciário foi de 1,25% e tem sido influenciado pela assunção de compromissos com aposentados do setor rural, que contribuem com valores ínfimos e o descumprimento histórico da União na obrigação de custear um terço das despesas do INSS, cabendo um terço às empresas e um terço aos empregados. Se a regra tivesse sido cumprida não haveria desequilíbrio (Editorial Econômico, Estado de São Paulo, 02/01/15).

Com a passagem para a fase pós trabalho, surge um desafio para os indivíduos e seu ambiente pessoal, e cuja nova condição de vida precisa ser avaliada de forma crítica. As condições de vida de pessoas aposentadas são influenciadas por seu nível de formação e de qualificação profissional, pelo seu histórico econômico e social e por características pessoais e familiares, as quais são bastante diferenciadas entre os indivíduos que se aposentam. No contexto histórico individual influi de forma marcante a realização de um planejamento antecipado para o tempo da aposentadoria o que inclui conhecimentos adquiridos nos anos da vida profissional e fatos que incidiram sobre as condições sociais e de saúde.

A condição de vida modificada pela aposentadoria levou a Gerontologia, a Sociologia e a Psicologia a realizar inúmeros estudos para desenvolver orientações sobre a necessidade de adaptação ao tempo pós trabalho, o qual indicou um quadro de resultados bastante diferenciado entre grupos de pessoas aposentadas. Com o ingresso na aposentadoria altera-se a situação financeira. Em média, perdas de receitas alcançam 25% a 30%, mas ocorrem diferenças significativas ligadas ao nível de educação, status profissional prévio e entre homens e mulheres. No caso de casais o nível de renda da aposentadoria é maior, enquanto que solteiros, separados, viúvos e mulheres, tem receitas mais baixas.

O status de saúde pode sofrer melhoras em pessoas que se aposentaram em razão de inabilitações decorrentes do trabalho, mas isto também implica em uma receita menor decorrente do tempo de aposentadoria antecipada.

O bem-estar geral, embora seja um aspecto subjetivo, permanece em geral alto, o que decorre de ganhos específicos de tempo livre e pequenas perdas de status e de receitas não chegam a exercer uma influência negativa expressiva.

Grandes pioras na condição de vida na fase de aposentadoria estão ligadas a pessoas com baixo nível educacional e sócio econômico, sobretudo em mulheres e em pessoas mal inseridas na rede social. Com a perda de contatos em seu grupo de trabalho, o status social passa a se reduzir e depender do círculo familiar, de amigos, de inclusão em grupos de relacionamento, de grupos religiosos e de apoio institucional.

A aposentadoria também pode definir uma nova forma exitosa de se lidar com a estrutura do tempo, o que permite o estabelecimento de novos objetivos e criação de interesses que substituem atividades anteriores menos prazerosas. Neste aspecto podem ocorrer efeitos positivos, por haver maior disponibilidade de tempo para ser dispendido com familiares, estabelecer novos contatos, desenvolver atividades de lazer, hobbies e participar de grupos sociais.

A adaptação ao período de aposentadoria é melhor conduzida através do planejamento antecipado. Estratégias de adaptação estão atualmente impregnadas da imagem de “um envelhecimento produtivo” e integração social através de uma participação ativa. Para incorporar estes objetivos, estão disponíveis para pessoas aposentadas, inúmeras ofertas de formação complementar como Universidades da Terceira Idade, Cursos Técnicos de reciclagem e atualização profissional para grupos seniores, que desejam continuar no mercado de trabalho. Contam também iniciativas de pequenas e médias empresas que incorporam aposentados em seu quadro funcional e organizações que aceitam voluntários para atuarem em ações comunitárias e sociais.

O conceito de projeto orientado para a adaptação de aposentados tem sido objeto de estudos e pesquisas, nos quais participam idosos, contribuindo com troca de experiências, no desenvolvimento de alternativas de interesse comum e engajamento comunitário. O financiamento destas iniciativas tem ocorrido através, tanto da iniciativa privada como por instituições públicas (Clemens, 2012).

2.3.5-Fontes de consulta

- BOERNER,K, Umgang mit Verwitwung, In: Wahl,H,W, Römer,T,C & Ziegelmann,
Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012
- CLEMENS,W, Vorbereitung auf und Umgang mit Pensionierung. In: Wahl,H,W, Römer,
C,T, & Ziegelmann,J.P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer, 2012
- FREUND,A,M, & HENNECKE,M. Lebensgestaltung im höheren Alter. In. Wahl,H,W,
Römer,C,T & Ziegelmann,J.P. Angewandte Gerontologie, Stuttgart, Kohlhammer
2012
- KLIEGEL,M, BROM,S,S,MELZER,M & AKGÜN,C. Krankheit und Krankheitsmanagement. In:
Wahl,H,W, Römer,C,T & Ziegelmann,J,P, Angewandte Gerontologie, Stuttgart,
Kohlhammer, 2012
- O ESTADO DE SÃO PAULO, Economia-Editorial Econômico, Aumento sazonal do déficit
Do INSS, 02/01/2015