

Processos de envelhecimento saudável

Successful aging

Envelhecer com saúde, papéis sociais, atividade, motivação e energia preservados e, de preferência, com aparência jovial, é desejo compartilhado por dez entre dez seres humanos. Provavelmente, a grande força motriz dessa aspiração seja a necessidade de domesticar a dependência e postergar a morte. No encaixe desse sonho, criam-se denominações-fantasia sobre a velhice: melhor idade, maior idade e terceira idade são algumas delas. Cunham-se adjetivos para designá-la, como saudável, ativa, produtiva e bem-sucedida. Eles são tão usuais entre leigos e profissionais a ponto de parecerem atributos naturais. Em não sendo eles usados para fazer referência à infância, à adolescência e à vida adulta, não seria o caso de perguntar se não denotam preconceito?

A ciência responde às aspirações à velhice saudável com dados realistas que se sobrepõem a lendas científicas sobre a possibilidade de evitar ou de postergar ao máximo a velhice. Os dados realistas mostram, de um lado, que a velhice preserva o potencial para o desenvolvimento em domínios selecionados em que o indivíduo alcançou domínio ou maestria. De outro, apontam que esse potencial é limitado por eventos que cursam com o envelhecimento e pelos processos de desenvolvimento que se deram ao longo da vida. Hoje, as noções clássicas de velhice bem-sucedida, que a associavam com ausência de moléstias e manutenção plena da atividade e do envolvimento social, deram lugar à consideração de maior variabilidade nas realidades de velhice, caracterizada pela coexistência de vários padrões de envelhecimento em cada indivíduo ou em cada coorte. Admite-se a importância de variáveis do ambiente atual e da história de vida, da agência individual e das avaliações subjetivas, na formatação de múltiplas realidades de velhice, delimitadas por condições objetivas e subjetivas de saúde e bem-estar físico, social e psicológico.

Este número especial de *Geriatrics & Gerontology* é dedicado à apresentação de uma visão psicológica do envelhecimento saudável em idosos brasileiros. Trata-se do PENSA, acrônimo que designa o estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável, desenvolvido em Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, sob a coordenação da psicóloga Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino. A ele posteriormente se agregaram grupos de pesquisa de várias universidades, entre elas a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O raciocínio que orientou essa pesquisa de levantamento e de base populacional é o exposto nos dois parágrafos iniciais. Ele se desdobra na noção de que, na velhice, um conjunto de variáveis de risco de natureza biológica, socioeconômica e intrapsíquica compete com a manutenção da funcionalidade e do bem-estar psicológico, mas que seu impacto pode ser moderado por recursos pessoais e sociais, de tal modo que, mesmo na presença de eventos adversos, como pobreza, doenças e eventos estressantes, os idosos podem funcionar bem, investir na própria saúde e na solução de problemas cotidianos e ajudar a família e a comunidade.

Nesse cenário, idade e gênero são variáveis antecedentes poderosas, no sentido em que sintetizam várias fontes de influência, entre elas a exposição a marcadores biológicos do desenvolvimento e do envelhecimento, a presença de maior ou menor plasticidade comportamental, a existência de maior ou menor resiliência biológica e psicológica, a disponibilidade de oportunidades educacionais, as formas de socialização, os papéis sociais e o maior ou menor risco de viver eventos não normativos e incontrolláveis do curso de vida.

Praticamente, em todo o mundo, as mulheres vivem mais que os homens, vantagem que pode ser parcialmente atribuída às diferenças em doenças que acometem uns e outros. A taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos que entre as mulheres idosas, entre as quais predominam as doenças não fatais, mas que causam incapacidades e doenças crônicas, entre elas a artrite e a hipertensão. Entre os homens, prevalecem as doenças isquêmicas do coração. As mulheres idosas têm taxas mais altas de morbidade, mas exibem taxas de mortalidade mais baixas que os homens para as mesmas moléstias. Entre pessoas de 65 anos e mais, de ambos os sexos, as principais causas de morte são, pela ordem, as doenças cardíacas, o câncer e as doenças cerebrovasculares. Com a idade, ocorre inversão nessa ordenação e desaparecem as diferenças entre os gêneros quanto à frequência de doenças cardíacas. As diferenças em saúde física manifestam-se nas taxas de consumo de remédios, em que as mulheres ganham dos homens. As mulheres têm mais doenças crônicas e do aparato musculoesquelético, mais incapacidade funcional, mais problemas de mobilidade, mais depressão, mais doenças psiquiátricas, mais queixas somáticas e, portanto, maior necessidade de ajuda^{1,2}.

Quanto mais alto o nível socioeconômico, melhor a saúde. A desigualdade social afeta diferencialmente a distribuição de recursos na velhice, de tal sorte que sobrevivem por mais tempo os idosos que têm mais recursos³. A pobreza, a baixa escolaridade e o baixo nível ocupacional, indicadores fundamentais e inter-relacionados de baixo nível socioeconômico, expõem os idosos ao estresse crônico derivado da maior exposição ao risco de sofrer maus-tratos e negligência familiar e institucional, violência urbana e acidentes, isolamento social e solidão emocional, discriminação por idade e outros eventos não normativos e incontrolláveis. Os efeitos desses estressores podem ser potencializados pela presença de doenças somáticas, dores crônicas, depressão, incapacidade física, déficits sensoriais e déficits cognitivos. Sob essas condições, diminuem as possibilidades de controlar as causas e as consequências dos eventos estressantes. Aumenta a probabilidade de instalação de desamparo aprendido e baixo senso de autoeficácia. Cria-se círculo vicioso de pobreza, fragilidade biológica, eventos incontrolláveis, perdas de várias naturezas e baixa resiliência psicológica⁴.

A diminuição da plasticidade comportamental e da resiliência biológica que ocorrem na velhice faz com que, como grupo, os idosos sejam relativamente mais vulneráveis aos efeitos dos eventos estressantes. Entretanto, existe expressiva variabilidade quanto à maneira como homens e mulheres idosos, com idade mais ou menos avançada, e pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos, respondem a experiências estressantes de natureza interna ou externa. Essa variabilidade é afetada pela atuação dos mecanismos de autorregulação do *self* e pelo senso de ajustamento psicológico derivado de processos de autoavaliação. Em interação com os recursos sociais, esses recursos pessoais moderam os efeitos dos fatores de risco biológico e socioeconômico sobre o bem-estar subjetivo⁵.

A literatura internacional recente registra relações positivas entre satisfação na velhice e boa saúde, extroversão, senso de liberdade, crença na capacidade de manejar a própria vida e boas relações

com os filhos, entre outros fatores⁶; envolvimento social, mesmo na presença de perdas em saúde e de incapacidade, principalmente porque os portadores de incapacidade compensam a sua baixa funcionalidade física colocando mais ênfase nas relações e nas atividades sociais⁷; otimismo mediado por bom *status* financeiro, boa saúde mediada por otimismo, autoestima elevada e relações sociais harmoniosas, estas relacionadas com percepção de independência e de interdependência em relação aos outros⁸; boa qualidade da rede de relações sociais, alta satisfação com a saúde física e alto senso de estar no controle da própria vida⁹; frequência à igreja e crença em que a religião ajuda a enfrentar as adversidades¹⁰⁻¹²; observância de preceitos religiosos e religiosidade como fonte de *status* social¹³; baixa exposição a eventos estressantes e senso de autoeficácia no uso de estratégias de enfrentamento¹⁴ e manutenção de relações interpessoais¹⁵; e senso elevado de saúde percebida^{16,17}.

Os idosos colaboram ativamente na construção dos seus recursos sociais, na medida em que os avaliam e se comportam de modo que considerem certas ocorrências e evitem outras. Colaboram também por meio de crenças mediadoras, que podem dar origem a ações mais eficazes ou à evitação, ao isolamento, à autorrecriminação, à culpa e à depressão. Por intermédio de transações com a rede informal de suporte social, cuja importância deriva mais das funções que desempenham que de seu tamanho, os idosos oferecem e dão apoio material, psicológico e social a outros idosos e às gerações mais novas, mantêm a identidade social, ganham senso de pertencimento e fortalecem as crenças de que são cuidados, amados e valorizados e são ajudados a avaliar e a interpretar a experiência, as próprias realizações, as competências e as expectativas.

A resiliência psicológica é fortemente dependente dos mecanismos de autorregulação do *self*. Trata-se de termo criado por Bandura¹⁵ para designar estratégias e crenças aprendidas ao longo da vida, por meio das quais as pessoas se adaptam às demandas ambientais e intrapsíquicas, quer atuando sobre elas, quer se modificando em busca de equilíbrio. São exemplos de mecanismos de autorregulação do *self*, o autoconceito, a autoestima e a autoavaliação, o sistema de metas, os mecanismos de enfrentamento e as crenças pessoais de controle e de autoeficácia. As crenças sobre o significado de velhice saudável, de espiritualidade e religiosidade, de eventos estressantes e do pertencimento a dada classe social são exemplos importantes da atuação desses mecanismos, como se poderá apreciar neste número de *Geriatrics & Gerontology*, por meio dos estudos de Rosa, Cupertino e Neri; Santana, Cupertino e Neri; Batistoni, Cupertino e Neri; Fortes-Burgos e Cupertino; e Ferreira, Ceolim, Cupertino e Fortes-Burgos. Esses cinco artigos de pesquisa são precedidos pelo texto de caráter metodológico, no qual Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino e Samila Sathler Tavares Batistoni expõem o delineamento do PENSA e seus dados descritivos sobre saúde e suporte social.

Conflito de interesses: não há conflitos de interesses de quaisquer espécies quanto à realização e à publicação deste estudo.

ANITA LIBERALESSO NERI¹, ANDRÉA CRISTINA GAROFE FORTES-BURGOS²

¹ Faculdade de Educação e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

² Doutoranda em Educação – Faculdade de Educação da Unicamp.

REFERÊNCIAS

1. Rieker PP, Bird C. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60:40-7.
2. Camarano AA, Kanso S, Leitão MJ. Como vai o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 77-106.
3. Alwin DF, Wray LA. A life-span development perspective on social status and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60:7-14.
4. Neri AL, Fortes ACG. A dinâmica estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1277-88.
5. Hillerås PK, Jorm AF, Herlitz A, Winblad B. Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *Int J Aging Hum Dev.* 2001;52(1):71-90.
6. Jang Y, Mortimer JA, Haley WE, Graves ARB. Role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability. *J Applied Gerontol.* 2004;23(3):266-78.
7. Leung BW, Moneta GB, McBride-Chang C. Think positively and feel positively: optimism and life satisfaction in late life. *Int J Aging Hum Dev.* 2005;61(4):335-65.
8. Berg AI, Hassing LB, McClearn GE, Joahansson B. What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging Ment Health.* 2006;10(3):257-64.
9. Krause N. Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(2):S109-17.
10. Payman V, George K, Ryburn B. Religiosity of depressed inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(1):16-21.
11. Idler EL, McLaughlin S, Kasl S. Religion and the quality of life in the last year of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64(4):528-37.
12. Shkolnik T, Weiner C, Malik L, Festinger Y. The effect of Jewish religiosity of elderly Israelis on their life satisfaction, health, function and activity. *J Cross Cult Gerontol.* 2001;16(3):201-19.
13. Hamarat E, Thompson D, Zabrocky KM, Steele D, Matheny KB, Aysan F. Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Exp Aging Res.* 2001;27(2):181-96.
14. Cheng ST, Chan ACM. Relationship with others and life satisfaction in later life: do gender and widowhood make a difference? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006;61(1):46-53.
15. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
16. Deep CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14(1):6-20.
17. Cheng NG, Fun H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007;62(5):P227-85.