

## **Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas**

*Reflections on aging, issues, and caring for the elderly*

*Reflexiones sobre el envejecimiento, problemas, y el  
cuidado de las personas mayores*

Giovana Kreuz  
Maria Helena Pereira Franco

**RESUMO:** O texto apresenta considerações teóricas acerca da vivência e enfrentamento do envelhecimento, enquanto processo e representação, associado ao adoecimento e à necessidade de cuidados familiares e/ou especializados. Neste contexto são construídas as articulações entre idoso, modelos de envelhecimento na atualidade, adoecimento por câncer, e uma reflexão a respeito dos cuidados almejados para essa parcela crescente da população.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Cuidados; Familiares; Profissionais da Saúde.

**ABSTRACT:** *The paper presents theoretical considerations about the experience and coping of aging, as a process and representation, associated with illness and the need for family and / or specialized care. In this context, the articulations between elderly people, current aging models, cancer sickness and a reflection on the care sought for this growing portion of the population are built.*

**Keywords:** *Aging; Care; Family; Health professionals.*

**RESUMEN:** *El texto presenta consideraciones teóricas acerca de la vivencia y enfrentamiento del envejecimiento, en cuanto proceso y representación, asociado al enfermo ya la necesidad de cuidados familiares y / o especializados. En este contexto se construyen las articulaciones entre anciano, modelos de envejecimiento en la actualidad, enfermedad por cáncer, y una reflexión acerca de los cuidados anhelados para esa parte creciente de la población.*

**Palabras clave:** *Envejecimiento; Cuidados; Familias; Profesionales de la Salud.*

## **Introdução**

Apesar de o envelhecimento ser um processo universal, cumulativo e multifatorial que se realiza ao longo da vida, ou seja, “acompanha o sujeito do nascimento à morte” (Mucida, 2014, p. 14), a velhice é vivida de maneira particular a cada pessoa, pois a experiência com a passagem do tempo se faz única para cada sujeito, sendo também o resultado da relação objetiva e subjetiva com as diversas representações da velhice, do envelhecimento, e do velho ancoradas na cultura. Assim, a vivência da velhice pode variar conforme parâmetros cronológicos, funcionais, cognitivos, sociais e representacionais.

Do ponto de vista sob o critério etário ou cronológico, velho é aquele que tem 65 anos para as nações desenvolvidas, e 60 anos para os países em desenvolvimento (ONU, 1982; Papaléo Netto, 2006); no entanto, não existe um “idoso típico” (OMS, 2015, p. 3), ou seja, as perdas de habilidades comumente associadas ao envelhecimento podem não estar exatamente relacionadas com a idade cronológica.

Sendo assim, a imensa heterogeneidade entre as pessoas que envelhecem permite a pluralidade do termo, como destaca Motta (2006), ao descrever a velhice como fenômeno biossocial, referindo-se a envelhecimentos, velhices, e velhos.

Mucida (2014) articula ao conceito a afirmação de que “cada um só pode viver a velhice de “seu próprio modo”, não existindo um conceito unívoco de velhice”, visto que as mudanças e perdas têm, de fato, diferentes efeitos sobre os sujeitos, e “cada um só pode tomá-las a partir do que lhe é próprio” (Mucida, 2014, p. 37).

É fenômeno global o aumento da longevidade humana, e este sempre foi um desejo desde os primórdios da civilização; no entanto, foi no século XX que se produziu uma verdadeira revolução de longevidade humana com o avanço de tecnologias, medicamentos e medidas sociais que mudaram as perspectivas acerca do envelhecimento, e estima-se que tais avanços sejam ainda mais significativos no século XXI.

Uma transformação demográfica crescente, que é fruto da redução nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, somadas ao aumento da expectativa de vida, vem ocorrendo de forma rápida desde o início da década de 60, resultando no aumento do número de idosos e também num envelhecimento da população do país – ou seja, maior número de velhos em relação ao de jovens (OPAS, 2005; OMS, 2015). No entanto, mesmo com o alongamento no número de anos vividos, é preciso que ocorram também profundas transformações socioeconômicas para a melhoria nas condições e qualidade de vida, para que assim seja possível promover o preconizado envelhecimento ativo (OPAS, 2005), não apenas o aumento da estimativa de vida.

Nesse quesito, há preocupação da Organização Mundial da Saúde com a implementação de ações que visem à saúde dos idosos, e diminua o risco de um acúmulo de doenças nesta faixa da população, visto que, atrelados ao envelhecimento populacional, encontram-se prevalentes as doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardiovasculares, câncer, osteoporose e doenças neurodegenerativas (Andrade, Alves, ELM, Figueiredo, Moura, & Alves, CMS, 2015; Papaléo Netto, Yuaso, & Kitadai, 2006; Schwanke, & Feijó, 2006; OPAS, 2005).

Apesar de seu caráter intrínseco, usualmente o envelhecimento pode reduzir a capacidade de adaptação dos indivíduos aos estímulos, aumentando sua suscetibilidade e vulnerabilidade, dessa maneira, sendo mais comum a sobreposição de doenças. As multipatologias e síndromes geriátricas podem culminar em fragilização e dependência, afetando, inclusive, a autonomia (Schwanke, & Feijó, 2006).

Os estudos de Simone de Beauvoir, na década de 1970, foram precursores importantíssimos para compor uma visão sobre a velhice, desvelando a forma como os velhos foram tratados ao longo da história, provocando os pesquisadores e a sociedade para a implementação de mudanças absolutamente fundamentais (Beauvoir, 1990).

Em muitas culturas, os velhos eram abandonados à própria sorte para morrerem de frio ou fome, devorados por feras, ou definhavam com doenças e ausência de cuidados familiares ou da comunidade (Beauvoir, 1990).

Nesse sentido, Norbert Elias em 1982, em seu livro *A solidão dos moribundos*, escreveu que “muitas pessoas morrem gradualmente; adoecem, envelhecem. As últimas horas são importantes, é claro. Mas muitas vezes a partida começa muito antes. A fragilidade dessas pessoas é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem dos vivos. Sua decadência as isola” (Elias, 2001, p. 6). É um trecho sobre o desamparo que a fragilização do velho que adoece revela, mas acima de tudo denuncia o isolamento tácito com que a sociedade trata de quem envelhece.

Sobre o sofrimento, a solidão, e o declínio da saúde dos velhos, foram feitas detalhadas descrições, apontando como o envelhecimento avança, degradando órgãos e tecidos, fazendo a pessoa mais propensa a acidentes pela diminuição da percepção e da atenção; os velhos locomovem-se com dificuldade, enxergam mal, diminuem suas acuidades – e com vistas às suas incapacidades, acabavam relegados à solidão, pois muitas vezes recusando-se a sair de casa (Beauvoir, 1990).

Elias (2001) alertava para a pouca experiência que os jovens possuem “para imaginar o que ocorre quando o tecido muscular endurece gradualmente, ficando às vezes flácido, quando as juntas enrijecem e a renovação das células se torna mais lenta” (p. 42). Essa visão ainda acompanha a representação de velhice para muitas pessoas, o que explica o fato de envelhecer ser algo tão assustadoramente negado e combatido.

A obra de Beauvoir (1990) pode ser tomada inicialmente para localizar as representações sobre velhice ao longo da história, mas também serve para traçar um breve raciocínio sobre os novos modelos de velhice que transitam atualmente. Muitos dos aspectos repetem-se diariamente quando pensamos em abandono, negligência, deterioração, solidão, falta de acesso a recursos de saúde e inúmeras violências contra o velho.

No entanto, há avanços importantes, perceptíveis quando pensamos em recursos de tecnologia em saúde, criação de centros de apoio psicossocial, estimulação de continuidade laboral, universidades da terceira idade, transformação de atitudes diante da vivência da longevidade, expressão, e quebra de paradigmas sobre a velhice, que aparecem nas mídias sociais e no cotidiano das relações.

O tema é atual e verificado tanto no que se refere ao interesse por estudos teóricos e práticos em diversas áreas de pesquisa e intervenção (Camarano, 2016) quanto o próprio planejamento de uma velhice saudável ou expressão de uma “nova velhice”<sup>1</sup> por parte da sociedade e dos velhos.

O “novo” idoso, ou seja, o idoso atual é considerado como atuante, não idealmente, mas com mais acesso aos serviços de saúde, realizando inserção social em grupos de terceira idade, muitos optando por novos casamentos, investindo na continuidade de sua prática laboral, ou seja, reinventando a própria velhice (Debert, 2012).

No entanto, tais indicativos ainda conflitam com as aposentadorias de valores indignos, com as restrições dos serviços e planos de saúde, com as aposentadorias compulsórias, com o conceito de que “o velho está no fim da vida” e não tem mais nada a contribuir.

A visão social (e da saúde) sobre o velho precisa ajustar-se a estes modelos em transição para desmistificar o tipo de cuidado, seja familiar ou profissional, que está sendo empreendido.

Muitas vezes o velho recebe um cuidado que decorre da noção de envelhecimento como degradação, aparecendo correlações com o “pouco tempo de vida”, tendo pouco ou nada mais a esperar do sujeito que envelhece – a não ser o declínio e o preparo para a morte (Mercadante, 2005).

O estudo e a compreensão dos aspectos ligados ao envelhecimento da população e ao aparecimento de doenças que necessitam de amparo e cuidados específicos é hoje um ramo importante da saúde que exige, além de conhecimento técnico, uma transformação radical na forma como olhamos para os velhos, para a velhice, para o envelhecimento alheio, e para o nosso próprio envelhecimento, reconhecendo que a autonomia pode ser mantida e respeitada em todas as etapas da vida (Kovács, & Vaiciunas, 2008; Kreuz, 2017).

A autonomia diz respeito à possibilidade de manutenção das decisões cotidianas e também daquelas que englobam a gerência – ou o reconhecimento e o respeito, mesmo quando são decisões executadas por terceiros, das vontades do velho naquilo que tange também aspectos de vida/morte (Kreuz, 2017).

---

<sup>1</sup> É possível verificar na obra da antropóloga Mirian Goldenberg a proposta de um novo olhar sobre o que é envelhecer atualmente, assim, dando visibilidade ao protagonismo dos velhos em *A bela velhice* (2013), *Velho é lindo* (2016), e *Por que os homens preferem as mulheres mais velhas?* (2017).

## Envelhecimento e adoecimento

*Sou um homem de tristes palavras. (...). Eu já sofria o começo da velhice – esta vida era só o demoramento. Eu mesmo tinha achaques, ânsias, cá de baixo, cansaços, perrengiço de reumatismo. (...). (o pai) de tão idoso, não ia, mais dia menos dia, fraquejar do vigor, deixar que a canoa emborcasse, ou que bubuiasse sem pulso, na levada do rio, para se despenhar horas abaixo, em tororoma e no tombo da cachoeira, brava, com o ferimento e morte. Apertava o coração. (Guimarães Rosa)<sup>2</sup>*

Um número cada vez maior de velhos, e a significativa ocorrência de doenças crônico-degenerativas, demandam crescente necessidade de cuidados à população que envelhece, pois “o aumento do tempo de vida não tem implicado – necessariamente – melhoria da qualidade de vida na velhice ou após processos de adoecimento (Gomes, & Othero, 2016). Segundo Sidarta Ribeiro (2013), inúmeros fatores se combinam para fazer com que a longevidade da vida humana aumente, inclusive no Brasil.

Para Karnakis e Kaliks (2012), o distanciamento de guerras, o controle de grandes epidemias, a proteção e assistência nas doenças cardiovasculares, têm contribuído para que as pessoas vivam além dos 70 anos. No entanto, com o aumento da longevidade, tributária como aqui se reitera, à queda da fecundidade, da mortalidade, de uma maior expectativa de vida, nas últimas décadas, verifica-se que as pessoas idosas tendam a manifestar doenças múltiplas, crônico-demenciais, dentre elas, a Alzheimer, a Parkinson, ambas progressivas e severamente debilitantes em longo prazo (Ribeiro, 2013). Neste mesmo rol de doenças, figura também o câncer como uma doença altamente temida, “(...) vivenciada como uma invasão cruel e secreta – papel que continuará a desempenhar até que um dia, sua etiologia se torne tão clara e seu tratamento tão eficaz, como se tornaram no caso da tuberculose” (Sontag, 2007, p. 12).

O câncer no idoso, assim como qualquer outra doença que pode lhe advir no decorrer das décadas, é uma realidade a ser encarada quanto ao mistério ainda existente em muitas de suas modalidades.

---

<sup>2</sup> João Guimarães Rosa em “A terceira margem do rio” (*Primeiras estórias*, 1988), narra a travessia de um homem que envelhece rio adentro. No fragmento acima citado, destaca-se a angústia do filho que, ao envelhecer, percebe as fragilidades de si mesmo e do pai.

Dado que os números demográficos apontam para um número crescente de velhos se terá, portanto, um número cada vez mais significativo de pessoas de idade avançada com doenças que representam um desafio a toda a sociedade, exigindo, pois, investimentos públicos e privados para sua compreensão e tratamento adequado.

Em um paralelo entre envelhecimento e desenvolvimento do câncer na população idosa, evidencia-se que “(...) cada vez mais, tenhamos que lidar com doenças oncológicas como um evento comum” (Karnakis, & Kaliks, 2012, p. xvii). Fratezi, e Gutierrez (2011, citados em Faller, Brusnicki, Zilly, Brofman, & Cavalhieri, 2016) complementam que:

O câncer pode ter fatores intrínsecos, extrínsecos, ou uma combinação de ambos, o que leva a confirmar que a população idosa, por ter sofrido maior exposição a inúmeros fatores, está alguma forma mais susceptível ao câncer (MS, 2011). Essa susceptibilidade às doenças crônicas nesses indivíduos ocorre também por alterações fisiológicas, decorrentes do próprio processo de envelhecimento, e do declínio das funções orgânicas e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida, o que pode, dessa forma, levá-los a um final de vida.

Para o diretor executivo da Sociedade Internacional de Oncogeriatrics (SIOG), Aapro (2012) o câncer, de fato, tem uma incidência maior em idosos; muitos tumores sólidos e neoplasias hematológicas são mais frequentes em pacientes idosos que em pessoas jovens.

Na Europa e na América do Norte, cerca de dois terços dos casos de câncer colorretal e metade dos casos de câncer de mama ocorrem em pacientes com mais de 65 anos, sendo que esses números deverão aumentar, acompanhando o crescimento e o envelhecimento da população, especialmente no Brasil, Índia e China – devido à vasta população (Aapro, 2012).

Mais de 60% dos diagnósticos de câncer estão entre os idosos (Del Giglio & Karnakis, 2012), mas avanços científicos importantes, inclusive na área da medicina oncológica, fazem com que o idoso torne-se, aos poucos, alvo de pesquisas clínicas, e possa beneficiar-se de tratamentos cada vez mais seguros, eficazes e menos tóxicos como cirurgias menos invasivas, radioterapias com menor efeito colateral, medicamentos orais – com intuito curativo para idosos e pessoas frágeis (Karnakis, & Kaliks, 2012).

No entanto, Aapro (2012) destaca que pessoas idosas apresentam condições muito diferentes entre si no que diz respeito à capacidade física, comorbidades e expectativa de vida variável; mas pode ser comum nessa população uma redução na função renal e uma suscetibilidade aos efeitos tóxicos do tratamento, o que seria um fator de dificuldade ou impedimento para a cura ou melhora efetiva do paciente idoso.

No caso do câncer, vale considerar que esta doença, assim como algumas outras, carrega um forte estigma social e a notícia de um diagnóstico positivo confirma, no imaginário – de pacientes, familiares, da sociedade em geral e, muitas vezes, da própria equipe – um percurso doloroso e progressivo rumo à finitude biológica (Geovanini, 2011; Teixeira, 2007; Sontag, 2007; De Paula, 2003; Chiattonne, 2002).

A despeito de toda essa problemática em torno de doenças que ainda são um mistério em casos caprichosos, é imprescindível direcionar os esforços para que o paciente idoso não seja cuidado somente para a morte, como preconizam, muitas vezes, os cuidados paliativos, existem facetas complexas que precisam ser apontadas quando se almeja um ganho de qualidade na relação com a pessoa doente. Sempre que verificadas as condições, mesmo que mínimas, de lucidez, estas devem ser pacientemente estimuladas para a implementação de condições de continuidade, independentemente de suas atividades na medida do possível, mas principalmente, para a manutenção da autonomia decisória dessa pessoa doente (Kreuz, 2017; Gomes, & Othero, 2016; Carvalho, & Parsons, 2012).

Refletir sobre a importância de estabelecerem protocolos claros de cuidados e estimulação que possam ser compartilhados pela equipe, idoso e família, pode representar a credibilização de que cada um possui fundamental importância no processo compartilhado de cuidados que se constrói diante do adoecimento dos velhos.

### **A necessidade de cuidados diante do envelhecimento e do adoecimento**

Cuidado é uma maneira de proteção e zelo; o ato de cuidar confere papéis definidos à pessoa que cuida, denominado cuidador, e à pessoa a ser cuidada. Assim, “cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada” (Brasil, 2008, p.7).

No entanto, cuidar é ato complexo, permeado por sentimentos contraditórios, que envolvem ampla e intensa dedicação física, emocional e financeira, podendo culminar em desgastes e conflitos entre cuidador e cuidado (Magalhães, 2015).

O envelhecimento aponta para uma dinâmica complexa de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que permitem discussão sobre como pensamos e agimos acerca dos cuidados oferecidos a idosos que necessitam de cuidados. O tipo e a qualidade de cuidados em relação a quem envelhece ou adoece é uma faceta do relacionamento estabelecido entre os membros, mesmo antes da ocorrência de um diagnóstico médico, pois as famílias que convivem de maneira mais próxima e afetiva com seus entes mais velhos, geralmente percebem sinais de declínio ou sintomas de adoecimentos, sendo elas as responsáveis pelas consultas ou pelo suporte nas funções antes exercidas de maneira independente pelo velho.

No entanto, quando há confirmação diagnóstica para uma doença grave, a família necessita empreender ajustes em sua dinâmica emocional, relacional, de papéis e funções, assim reorganizando-se e identificando ou escolhendo um cuidador entre seus membros (Franco, 2008). E quando idosos necessitam de cuidados devido ao envelhecimento gradativo, ou em casos de doenças graves ou estados críticos que exigem hospitalização, são também os familiares, como cônjuges, filhos e mesmo amigos, que passam a ocupar a posição de cuidadores, o que nem sempre se configura como uma escolha, mas sim uma necessidade (Kreuz, 2017).

Hardin (2012), ao apresentar o *American Association for Critical-Care Nurses Synergy Model*<sup>3</sup>, destaca que um importante aspecto a ser considerado, e desenvolvido, é justamente a participação do próprio paciente e sua família nas situações críticas de saúde. Todo o manejo deve ser visto de forma ampla, e não ao que se refere apenas ao “cuidado braçal” que pode ser realizado. Para a autora, essa atitude promove uma recuperação mais rápida e um envolvimento importante, inclusive preparando-os para a alta hospitalar – quando esta for possível.

Isso significa que a participação nos cuidados aproxima os envolvidos e cria sinergia, respeito pelas necessidades e dificuldades de cada um, assim como um profundo senso de utilidade (Hardin, 2012; Brasil, 2008).

A tarefa de viabilizar esse conjunto de aprendizagens cabe, em princípio, aos profissionais da saúde que realizam cuidados com o paciente idoso.

---

<sup>3</sup> Modelo de Hardin, & Kaplow (2005) desenvolvido a partir da consideração das características de pacientes adultos críticos e seus familiares, para a implementação de estratégias de cuidados otimizados.

A equipe detém a execução correta das técnicas, e isso pode intimidar a família e o próprio paciente a aventurar-se no cuidado ou no autocuidado.

Quando a equipe abre esse espaço e orienta os envolvidos, permite que o idoso reapropriar-se do corpo que foi tomado e desmembrado pela doença, pelo tratamento, e até mesmo muitas vezes pela equipe. Esse processo de reapropriação pode ser muito importante para o idoso organizar-se diante do desconhecido/temido da doença e hospitalização, fazer a retomada de sua identidade e dar seus sentidos aos acontecimentos que decorrem do adoecimento e do próprio envelhecimento (Hardin, 2012).

Não é rara a constatação de que idosos hospitalizados nem sempre recebam orientações claras e precisas sobre sua doença e seus tratamentos, na intenção de protegê-los ou poupá-los, ou ainda, na falsa ilusão de que estes, assim como as crianças, não compreendam, de fato, ou não possam ter autonomia, diante de sua doença grave.

Nesse mesmo aspecto, vale mencionar que muitos são os profissionais e mesmo os familiares que passam a infantilizar o idoso, tratando-o como uma criança, não só na linguagem, mas como aquele que não compreende exatamente o que falam com/sobre ele, sobre sua doença; sobre como devem proceder acerca das situações (sem levar em consideração o que o idoso deseja, de fato); assim, todos parecem saber sobre o que é melhor para ele, mas não o incluem na tomada de decisões (Magalhães, 2015). É certo de que não existe melhor argumentação científica sobre as condutas corretas a serem tomadas em situação de doença grave, como é o caso do câncer, do que aquelas indicadas pelo especialista; afinal, não se trata de desmerecer o saber médico ou simplesmente realizar tudo aquilo que apenas o doente aprova, mas de reconhecer o sentido da doença para quem adoecer e para aqueles que o rodeiam (Helman, 2003). Portanto, trata-se de uma mudança de atitude diante das possibilidades, desejos, necessidades e vontades que o velho possui, como interlocutor presente, para a tomada de decisões conjuntas e discutidas, que resultem em condutas genuínas que, ao serem executadas, não anulem o velho doente ou o requeiem a simples “recedor” de prescrições (Kreuz, 2017).

Nesse quesito, temos contado com as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)<sup>4</sup> como dispositivos reconhedores da autonomia da pessoa.

---

<sup>4</sup> Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Na prática, tanto a doença quanto a velhice trazem à tona a discussão de aspectos relativos à autonomia da pessoa. Estar doente em qualquer etapa do ciclo vital, por si só, já restringe a pessoa em suas decisões e autonomia para escolhas.

Muitas vezes, as equipes de saúde tentam superproteger a pessoa doente, preservando-a de conhecer seu diagnóstico/prognóstico, exigem assinaturas de terceiros e familiares para a autorização de procedimentos a serem realizados mesmo quando o paciente é lúcido e pode gerir as decisões de seus tratamentos e, muitas vezes, o doente fica sem compreender ou decidir sobre sua própria vida e doença. A velhice, por sua vez, intensifica a visão social, familiar e médica de que a pessoa já não tem mais condições para o autocuidado – mesmo quando ainda preserva discernimento e independência, mesmo que relativas. Uma pessoa idosa e doente reúne as características totais para a perda completa da autonomia; por isso, não prossegue ou desiste de nada sozinho, há sempre um familiar responsável por suas decisões de vida ou morte (Carretta, Bettinelli, & Erdmann, 2011).

De acordo com Oliveira e Barbas (2013), a pessoa autônoma pode agir como não autônoma em determinadas situações, como o idoso em tratamento médico que, mesmo lúcido, em muitas situações “depende de quem o leve ao médico, dos recursos tecnológicos da cidade onde habita, do poder aquisitivo para a compra de medicamento ou alimentação especial, entre outros” (p. 329). Mesmo que a família seja primordialmente o núcleo de acolhimento e cuidados, sua fonte referencial de apoio, reconhecimento e pertencimento. A tomada de decisão sobre os tratamentos deve ser incentivada e respeitada quando o paciente tem sanidade e condições de refletir sobre aspectos de sua vida e de sua doença (Agich, 2008).

Quando tais aspectos são levantados e discutidos no presente estudo, que engloba envelhecimento e uma visão mais abrangente do idoso hoje, isso se faz para destacar a importância de se considerarem mudanças importantes na forma e nas condições de conviver e tratar de pessoas com idade avançada, sabendo-se que os fatores que as cercam são diferentes e interdependentes – genética, padrões socioculturais, acessibilidade, construção do próprio modelo de vida e de envelhecimento, rede de apoio familiar e social, doenças concomitantes, enfrentamento emocional das situações de estresse, estilo de vida, alimentação e usos ou abusos ao longo da vida.

Diante disso, as equipes de saúde podem rever conceitos e compreender que o modo com que consideram a pessoa idosa implica diretamente em sua visão de mundo e na maneira como tratam seus pacientes e implementam os cuidados daqueles familiares sob sua orientação técnica (Agich, 2008).

Não é recente a preocupação em estabelecer critérios mais eficientes de avaliação e compreensão sobre a velhice. Alguns estudos apontam que a imagem negativa que associa a velhice a uma transição entre a plenitude física, social e mental para a mais absoluta decrepitude, vem desaparecendo nas últimas décadas (Cobo, 2009).

A equipe de saúde, a família e a sociedade podem ver a pessoa velha de uma maneira específica, mas a visão da pessoa velha sobre si mesma é um fator importante e muitas vezes desacreditado.

Para Cobo (2009), o envelhecimento saudável ou satisfatório engloba maneiras de adaptar-se às situações e mudanças da vida, assim como certas condições de saúde física, e a forma com que a pessoa se sente com a vida que leva, seriam fatores a serem percebidos como parte do processo de envelhecimento com saúde.

No entanto, todos esses critérios apresentam um aspecto subjetivo, ou seja, dependem da maneira com que cada pessoa os percebe e dentro do contexto em que a pessoa os experimenta.

Buscar entendimento, portanto, acerca do envelhecimento sob os diversos ângulos é absolutamente necessário para a compreensão deste “novo” idoso da atualidade; este idoso que se apresenta na diversidade e vive o processo de envelhecimento, percebendo tanto em si próprio, quanto no outro, a singularidade de cada pessoa que envelhece e a multiplicidade de envelhecimentos (Lourenço, Massi, & Lima, 2014).

Nesse sentido, estar apto a perceber as mudanças no contexto histórico da velhice, e disponível para acolher um idoso que se reinventa, pode ser o primeiro passo para que profissionais de saúde façam uso em sua prática hospitalar de recursos oriundos de campos múltiplos do saber, desta forma, realizando melhor acolhimento ao idoso adoecido, fornecendo orientações específicas sobre seus tratamentos dentro e fora do hospital, incluindo e instrumentalizando para o cuidado também as famílias daquele que envelhece.

Assim, a criação de protocolos de cuidados e de práticas de orientação, acolhimento e instrumentalização para a autonomia do idoso doente, permitem que o idoso – hospitalizado ou não – possa construir seu modo particular de *ser* e *estar* no mundo a cada dia, sem necessitar de um enquadre específico de comportamentos e condições balizadas pelo critério exclusivo da idade – ou do passar do tempo.

## Considerações

A visão construída acerca de alguém ou de algo, neste caso sobre os velhos e o envelhecimento, interfere na maneira pela qual nos relacionamos nesse trinômio (cuidador X cuidado X representação sobre a velhice); portanto, a necessidade de auto-observação e reflexão sobre o que pensamos e como agimos com os velhos no cotidiano é uma das faces do cuidado (Schmidt, & Paes da Silva, 2012).

Nesse sentido, os cuidados proferidos por familiares ou equipes de saúde poderiam seguir como princípio a instrumentalização de todos os envolvidos para a execução de tarefas que visem à independência e à humanização – pois estes são princípios fundamentais ao reconhecimento da autonomia de quem envelhece.

Permitir e respeitar consistentemente que o idoso coloque seu ponto de vista de maneira compartilhada sobre as decisões a serem tomadas sobre sua doença e sua vida são pilares essenciais para a construção de uma relação de confiança entre cuidadores-cuidado.

Por isso, cuidar rumo à autonomia é tarefa complexa que exige preparo por parte dos profissionais e esclarecimento por parte dos familiares – fatores estes que culminam numa alteração radical no conceito de cuidado *versus* envelhecimento/velhos/velhices.

Tal compreensão teórica transforma a práxis diária e pode articular a criação de novos espaços específicos de convivência, tratamento, interlocução, protagonismo do velho.

Assim, profissionais da saúde e familiares-cuidadores, ao ampliarem a visão sobre a velhice e o processo de envelhecimento, passam a desenvolver condições de tratamento e acolhimento dignos aos velhos, transformando o olhar para necessidades que incluem lazer, trabalho, vida social, estimulação neuropsicológica, vida sexual ativa, convivência comunitária, sentimento de valorização e utilidade pessoal (Cobo, 2009).

O cuidado humanizado implica assistência prestada, no caso dos profissionais, em consonância com um perfil pessoal e técnico facilitador do cuidado mais aproximado, da comunicação clara e empática, da compreensão das vulnerabilidades e que, principalmente, este profissional tenha um olhar voltado para o outro que envelhece, tomando em conjunto a família como unidade de cuidados – assim, podendo olhar também para suas próprias questões e condições enquanto profissional e pessoa, a fim de conscientizar-se dos valores e princípios que norteiam este cuidar (Dias, *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a maneira de exercer o cuidado humanizado implica criar laços com aquele que está sendo cuidado, disponibilizando-se a ouvir, perceber necessidades, e construir em conjunto uma maneira mais adequada de cuidar na interação entre quem cuida e quem recebe cuidados. É uma tarefa complexa que exige muita disponibilidade e rede de suporte. A equipe de saúde não é mera prestadora de cuidados, torna-se com o passar do tempo e o estreitamento dos vínculos, parte fundamental no processo de reestabelecimento dos pacientes, não apenas dos velhos, mas inclusive destes, que muitas vezes projetam na figura da equipe a representação e a atualização de relações familiares – transferindo, revivendo, transformando afetos e conflitos – atribuindo novos significados ao vivido.

## Referências

- Aapro, M. S. (2012). Introdução. In: Del Giglio, A., & Karnakis, T. (Coords.). *Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar*, xix-xxi. Barueri, SP: Manole.
- Agich, G. J. (2008). *Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. São Paulo, SP: Loyola / Centro Universitário São Camilo.
- Andrade, T. M. de, Alves, E. L. M., Figueiredo, M. do L. F., Moura, M. E. B., & Alves, C. M. S. (2015). Evaluation of functional capacity of elderly through the test of six-minute walk. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], 7(1), 2042-2050. Recuperado em 07 maio, 2015, de: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3692>.
- Beauvoir, S. de. (1990). *A velhice*. Maria Helena Franco Monteiro, Trad. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 janeiro, 2016, de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf).
- Camarano, A. A. (2016). Introdução. In: Alcântara, A. O., Camarano, A. A., & Giacomini, K. C. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*, 615. Rio de Janeiro, RJ: Ipea.
- Carretta, M. B., Bettinelli, L. A., & Erdmann A. L. (2011). Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm*, 64(5), 958-962. Recuperado em 06 agosto, 2015, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000500024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000500024&lng=en).
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. F. (Orgs.). (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e atualizado. (2ª ed.)*. São Paulo, SP: Editora Solo/ANCP, Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Chiattonne, H. (2002). Uma vida para o câncer. In: Angerami-Camon, V. A., Nicoletti, E. A., & Chiattonne, H. B. D. C. (Orgs.). *O doente, a psicologia e o hospital*, 73-110. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.

- Cobo, C. M. S. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. Barcelona, ES: *Gerokomos*, 20(4), 172-174. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000400005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005).
- De Paula, C. I. (2003). A relação médico-paciente na oncologia. In: Branco, R. F. G. Y. R. *A relação com o paciente. Teoria, Ensino e prática*, 221-225. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Debert, G. G. (2012). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. (2ª reimpr.). São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo / Fapesp.
- Del Giglio, A., & Karnakis, T. (Coords.). (2012). *Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar*. Barueri (SP): Manole.
- Dias, K. C. C. de O., Lopes, M. E. L., França, I. S. X. de, Batista, P. S. de S., Batista, J. B. V., & Sousa, F. S. de (2015). Strategies to humanize the care of hospitalized elderly: study with assistant nurses. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], 7(1), 1832-1846. Recuperado em 07 junho, 2015, de: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3470>.
- Elias, N. (1982). *A solidão dos moribundos*. Plínio Augusto de Souza Dentzien, Trad. Rio de Janeiro, RJ, Jorge Zahar Editor.
- Elias, N. (2001). *A sociedade de corte*. Pedro Sússekind. Trad. Rio de Janeiro, RJ, Jorge Zahar Editor.
- Faller, J. W., Brusnicki, P. H., Zilly, A., Brofman, M. C. B. F. S., & Cavallieri, L. (2016). Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos no domicílio. São Paulo, SP/PUC-SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 19(N.o Especial 22, "Envelhecimento e Velhice"), 29-43. Recuperado em 01 abril, 2017, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31612/22012>.
- Franco, M. H. P. (2008). A família em psico-oncologia. In: Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., & Kovács, M. J., et al. *Temas em psico-oncologia*, 358-361. São Paulo, SP: Summus.
- Geovanini, F. (2011). *Notícias que (des)enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos*. Rio de Janeiro, RJ: Dissertação de mestrado Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-FIOCRUZ.
- Goldenberg, M. (2013). *A Bela Velhice*. Rio de Janeiro, RJ: Record.
- \_\_\_\_\_. (2016). *Velho é lindo*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.
- \_\_\_\_\_. (2017). *Por que os homens preferem as mulheres mais velhas?* Rio de Janeiro, RJ: Record.
- Gomes, A. L. Z., & Othero, M. B. (2016). *Cuidados paliativos*. São Paulo, SP: *Estudos Avançados*. 30(88), 155-166. Recuperado em 07 agosto, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0155.pdf>.
- Guimarães Rosa, J. (1988). *Primeiras histórias*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Hardin, S. R. (2012). Engaging Families to Participate in Care of Older Critical Care Patients. *Crit Care Nurse*, 32, 35-40. Published online: <http://www.cconline.org> American Association of Critical-Care Nurses.
- Helman, C. G. (2003). Interações médico-paciente. In: Helman, C. G. *Cultura, saúde & doença. Interações médico-paciente*, 109-145. Porto Alegre, RS: Artmed.

- Karnakis, T., & Del Gligio, A. (2012) A avaliação multidimensional do paciente idoso com câncer. *In: Del Gligio, A., & Karnakis, T. (Coords.). Oncogeriatrics: uma abordagem multidisciplinar*, 03-16. Barueri (SP): Manole.
- Karnakis, T., & Kaliks, R. (2012). Prefácio. *In: Del Gligio, A., & Karnakis, T. (Coords.). Oncogeriatrics: uma abordagem multidisciplinar*, p.xvii. Barueri (SP): Manole.
- Kovács, M. J., & Vaiciunas, N. (2008). Ciclo da existência: envelhecimento–desenvolvimento humano e autoconhecimento. *In: Kovács, M. J. Morte e existência humana – caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção*, 96-111. São Paulo, SP: Grupo Gen.
- Kreuz, G. (2017). *Autonomia decisória do idoso com câncer. Percepções do idoso, da família e da equipe de saúde*. São Paulo, SP: Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Lourenço, R. C. C., Massi, G., & Lima, R. R. (2014). Trabalho com a linguagem e envelhecimento: uma busca por ressignificações de histórias de vida. *Rev. CEFAC*, 16(2), 672-678. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n2/1982-0216-rcefac-16-2-0672.pdf>.
- Magalhães, K. A. (2015). *Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde*. Belo Horizonte, MG: Tese de doutorado. Centro de Pesquisas René Rachou.
- Mercadante, E. F. (2005). Velhice: uma questão complexa. *In: Côrte, B., Mercadante, E., & Arcuri, I. G. (Orgs.). Velhice, Envelhecimento e Complexidade*. São Paulo, SP: Vetor.
- Motta, A. B. (2006). Visão antropológica do envelhecimento. *In: Freitas, E. V., et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 78-82. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Mucida, A. (2014). *Atendimento psicanalítico do idoso*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Oliveira, Z. P. B., & Barbas, S. (2013). Autonomia do idoso e distanásia. *Rev. Bioét*, 21(2), 328-337. Recuperado em 07 agosto, 2017, de: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/823/911](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/823/911).
- OPAS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS. (2015). Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Brasília, DF: OMS.
- ONU. (1982). Organização das Nações Unidas. *Resolução 39/125*. Viena, Áustria: Assembleia Mundial sobre Envelhecimento.
- Papaléo Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In: Freitas, E. V., et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 2-12. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Papaléo Netto, M., Yuaso, D. R., & Kitadai, F. T. (2006). Longevidade: desafio no terceiro milênio. *In: Pessini, L., & Barchifontaine, C. de P. de. Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo, SP: Centro Universitário São Camilo / Loyola.
- Ribeiro, S. (2013). Tempo de cérebro. *Estudos Avançados*, 27(77), 06-22. Recuperado em 01 agosto, 2017, de: [https://www.researchgate.net/publication/262437343\\_Tempo\\_de\\_cerebro](https://www.researchgate.net/publication/262437343_Tempo_de_cerebro).
- Schwanke, C. H. A., & Feijó, A. G. S. (2006). Cuidando de cuidadores de idosos. *Revista Bioética & Ética Médica*, 14(1), 83-92. Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/9-40-1-PB.pdf>.

Schmidt, T. C. G., & Paes da Silva, M. J. (2012). Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(3), 612-617. Recuperado em 01 janeiro, 2015, de: [www.ee.usp.br/reeusp/2012](http://www.ee.usp.br/reeusp/2012).

Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora: Aids e suas metáforas*. Figueiredo, R., & Britto, P. H., Trans. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Teixeira, L. A. (Coord.). (2007). *Câncer: de doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer do Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde.

Recebido em 07/05/2017

Aceito em 30/06/2017

---

**Giovana Kreuz** – Doutora, Programa de Psicologia Clínica PUC-SP, com Bolsa CNPq. Psicóloga graduada, PUCPR. Mestre em Saúde Coletiva, UERJ. Psicóloga, Hospital do Câncer UOPECCAN Docente (UNIPAN, PUC, UNINGÁ, UEM 2012/2013).

E-mail: [giovana\\_k@yahoo.com.br](mailto:giovana_k@yahoo.com.br)

**Maria Helena Pereira Franco** - Psicóloga, Docente e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica PUC-SP. Mestre e doutora, PUC-SP. Pós-Doutorado, University College London. Fundadora e docente do Instituto 4 Estações SP. Referência nos estudos de Luto no Brasil. Tradutora oficial das obras de Colin Parkes no Brasil.

E-mail: [mhfranco@pucsp.br](mailto:mhfranco@pucsp.br)