

## **“O Geriatra e os conflitos do envelhecer”<sup>1</sup>**

**Alberto Frisoli Junior<sup>2</sup>**

O processo de envelhecimento, se inicia de forma estrutural, em torno dos 30 anos, mas as transformações anatômicas e de desempenho físico se tornam mais perceptíveis, apenas entre os 40-50 anos, quando então, passam por um processo de cristalização, que vai até fins da década de 70, onde as limitações físicas e intelectuais passam a ser incomodativas. A partir dos 80 anos, grande parte dessa população entra na fase de dependência parcial ou total, quando as consequências do envelhecimento deixa de ter apenas repercussão individual, e passa a repercutir na família e, ocasionalmente, na sociedade. Finalmente, o envelhecimento, cursa com a fase mais temida ou ainda, em alguns casos, a mais desejada, a morte. Dessa forma, entendo que o envelhecimento e seus temores, tenham três dimensões (individual, familiar e social), mas, no presente relato, tentarei discutir brevemente, sobre os princípios incômodos individuais e familiares relatados, assim como, aqueles que foram percebidos por mim, em alguns anos de prática clínica pública e privada.

Na dimensão individual, procurei agrupar os “incômodos” em 1 – Físico: Envolvem o comprometimento da parte anatômica e ou funcional do indivíduo, 2 - Psíquico: São as alterações psíquicas que se acentuam ou surgem em decorrência do envelhecimento e suas consequências e 3- Espiritual: São os questionamentos oriundos da crença religiosa, Deus, vida pós morte, e mesmo a morte.

### **1. Incômodos físicos**

A deterioração da beleza, é sem dúvida, a queixa mais frequente e temida, principalmente, entre as mulheres. O componente inicial relacionada à beleza, é o

---

<sup>1</sup>Este trabalho foi apresentado na mesa “Envelhecimento temido: tempo desconcertado” com Antônio Sapienza no I Simpósio Bienal “O mesmo, o outro: Psicanálise em movimento” da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

<sup>2</sup> Mestre e doutor pela Escola Paulista de Medicina, Pós Doutorado pelo Center of Aging and Health – Johns Hopkins University, Medico pesquisador e assistente do Setor de Cardio-Geriatria da Disciplina de Cardiologia da Escola Paulista de Medicina.

ganho de peso, traduzido pelos quilos a mais, celulite e aumento da barriga. Nessa fase, conforme a relação que as mulheres tem com a beleza e os seus traços de personalidade, elas optam por desde dietas “aparentes”, pois raramente, elas são disciplinadas para segui-las, até as terapêuticas cirúrgicas radicais. Essa atitude se repete, com a segunda queixa mais frequente, que são as consequências estéticas do envelhecimento, como rugas, quedas das mamas, perda da musculatura e flacidez generalizada. Algumas pacientes buscam respaldo no médico, para opções terapêuticas cirurgicas mais rejuvenescedoras que, em geral, produzem outras deformidades, mas que saciam as necessidades estéticas ou mesmo as fantasias de beleza. Nesses casos, o aconselhamento ou mesmo a demonstração desse fato ao paciente, pode gerar um grande desconforto.

Os homens também tem queixas físicas, sendo as mais frequentes, o aumento de peso e a calvície, seguida da deformidade ou diminuição do pênis. Para o aumento de peso, os homens, raramente, adotam medidas extremas, enquanto que para calvície, quanto mais cedo ela se instala, mais ela esta associada a procedimentos extremos. Para o problema peniano, temos um mito e não apenas um órgão, como essa plateia conhece muito bem. Falar sobre ele, com qualquer pessoa, até mesmo com a médico, é raro e desconcertante para o paciente, e as vezes, para o médico, que, em alguns casos, não dispõe de medidas terapêuticas eficazes. Essas situações podem nos causar certo desconforto, um pouco pelo lado da aceitação de não podermos ajudar, compreendendo nossas limitações, e o outro, pela visaulização do que pode nos acontecer. Nesses casos, cmo podemos lidar com os nossos medos, desencadeados pelo sofrimento alheio? Entendo, que devemos aceitar essa possibilidade e trabalhar para evitá-las, sem criar um processo neurótico ou mesmo de ansieade, mas que nem sempre vão ser controlados totalmente.

Secundariamente, vem as queixas funcionais, que prevalecem mais nos homens. A mais frequente, é a perda de potencia sexual e ou da libido, onde o ícone da potência masculina entra em ruina e começa um ritual de degradação da imagem de líder e de homem forte. Com o advento da liberdade de expressao da mulher, cada vez mais, essa queixa também tem sido relatada por elas, que hora vem questionando a libido do parceiro ora a própria.

Para as mulheres, falar espontaneamente, sobre a libido é difícil, pois entendem também, que é algo a não ser discutido com o médico, mesmo com os ginecologistas. Muitas referem ainda, que quando falam sobre o assunto, os médicos não se aprofundam nas causas e nas possibilidades terapêuticas, tratando o tema, como algo irrelevante. Finalmente, temos a perda cognitiva que causa um impacto mais familiar e social, do que individual. À medida que o quadro cognitivo se acentua, o indivíduo perde a crítica sobre si mesmo, bem como sobre o ônus que gera para sua família.

Na proporção inversa, ocorre a angústia e a tristeza do cônjuge ou familiar mais próximo. O cônjuge é o mais afetado, pois se defronta com a dualidade do amor e da raiva, por aquele(a) que antes era um companheiro(a), um herói, um protetor e se transforma em um ser dependente, que lhe tira a liberdade, lhe rouba a vida anterior. Frequentemente, nessas situações, o cônjuge entra em um quadro de depressão, por não conseguir lidar com o conflito e por achar que deve acolher esse familiar sem questionamentos. Outros transformam o cônjuge demenciado em algo infantil, criando uma relação maternal ou paternal como o mesmo. Nesses casos, fica claro a necessidade de fuga e concretização dessa fantasia como algo terapêutico. Cerca de 20-30% dos casos de idosos demenciados cursam com a institucionalização, que em grande parte, gera grande culpa entre os familiares. Principal inimigo das decisões racionais, a culpa ocorre tanto nos filhos como nos cônjuges e são o principal elo entre amor e auto flagelação. Fica difícil para os familiares dos idosos demenciados, separar a doença do doente. Essa atitude é fundamental para que ambos sejam amparados adequadamente. Um, no seu cuidado sobre as limitações progressivas na parte cognitiva e de habilidades motoras, enquanto o outro deve ser amparado na sua tristeza/angústia, para poder, de forma mais leve amar sem culpa.

## **2. Incômodos psíquicos**

São os distúrbios de humor que surgem em função do processo de envelhecimento e suas consequências. O pilar de todo esse processo, ao meu entender, é o medo da rejeição de si mesmo ou do meio em que vive. Ele pode ser deflagrado por uma demissão, perda financeira, ou apenas por uma perda temporária de ereção, causando quadros que vão desde crises de ansiedade até delírio de ruína, passando por fantasias de negação, com busca pelo obsessivo pelo rejuvenescimento, por plásticas excessivas, falsificação de documentos e comportamentos de exposição. O

enfrentamento desses problemas, no consultório, nem sempre são bem vindos pelo paciente, que muitas vezes, busca soluções para se perpetuar nessas patologias psíquicas e não, como esperado, pela resolução delas. Para nós, também, se estabelece um incômodo, pois vencer a barreira da fantasia e por vezes difícil. Algumas vezes, tentei entender o sentimento que estava por traz desses medos e expus ao paciente, a possível relação de causa e efeito. Considero que foi satisfatório para alguns, mas tratado de forma refratária por outros.

### **3. Incômodos espirituais**

À medida que algumas pessoas envelhecem passam a se questionar sobre a existência de Deus. Essa demanda torna-se maior em momentos de hospitalização ou de sofrimento intenso.

**Repúdio** - Muitos alegam que “Deus” os abandonou, pois, determinou ou não impediu uma perda importante, como filho, ou cônjuge, ou ainda uma perda material. *“Como Deus, meu pode fazer isso comigo?”* Nessas situações, tentamos entender qual é o conceito de Deus para o paciente e aproximá-lo de uma situação de maior conforto, como algo que não veio para puni-lo, ou ainda, trabalhar a aceitação da perda como algo mais natural e não direcionado.

**Busca** - Alguns idosos acabam buscando a religião como forma de atenuar o sofrimento que se deparam, e contrariamente a repudia, eles passam a frequentar centros religiosos ou aderir a filosofias espirituais que os possa amparar nesse momento de dor. Em geral, elas são benéficas, pois proporcionam conforto e bem estar. Algumas são temporárias, conforme a resolução do sofrimento. Entretanto, muitas vezes, a busca espiritual migra para uma “messianização”, da própria religião, com extremismos e fanatismos, ou mesmo dos líderes religiosos, penetrando em uma zona de grande exposição individual e ou familiar. Nesses casos, o encaminhamento para suporte psicológico torna-se difícil, pois muitos acabam entendendo que seria uma afronta a Deus e sua soberania. Tenho observado, que a fantasia pode ser maior, quando a própria família migra para ela, tornando algo mais estruturado é difícil de remediar e, em muitos casos, com sequelas materiais importantes. O fato do sofrimento se resolver nesse período fortalece ainda mais esses laços, com agravamento da “messianização”. Pessoalmente, encontro grande dificuldade em lidar com esses

eventos, pois, normalmente, não são a queixa do paciente, mas de um familiar, que vem em busca de uma causa orgânica passível de cura por medicamentos.

**Morte ou terminalidade-** A progressão para uma fase de refratriedade terapêutica clínica ou mesmo evolução natural para morte faz com que alguns pacientes, comecem a indagar sobre a Morte como evento. *“Vou sofrer alguma dor?”* *Vou ficar imóvel e ficarei ouvindo o que falam em volta de mim?; Se eu morrer, e acordar no caixão, eu terei como sair?”* Tais questões surgem de formas diferentes, até que alguns passam a questionar como será depois da morte. Se existe ou não um mundo espiritual, e no caso afirmativo, como ele seria? Em outros casos surgem as dúvidas sobre o mérito ou demérito individual, do que foi feito em vida. Algumas vezes, questionam feitos ruins, como traições, abandonos, golpes que em geral vem com justificativas. Alguns pacientes buscam o perdão, seja daqueles que atingiu, seja de Deus, outros ainda, perguntam ao médico sobre o mérito ou demérito de suas ações. Isso é muito difícil para nós, pois nos faz, em primeiro lugar, assumir nossa falibilidade diante do papel de auxiliador do doente, em segundo lugar, o de encontrar algo que possa lhe proporcionar um conforto, que não necessariamente, seja o que ele quer ouvir.

### **Considerações finais**

Ao meu entender, os sucessos, e mesmo os fracassos, que se formam em cada ciclo de nossa existência física devem servir como referências de aprendizado, mas não como mitos. A essência do envelhecimento é saber que cada fase da vida tem um ciclo com início, apogeu e fim. Isso ocorre na infância, adolescência, juventude, adulto, e idade avançada, todos sem exceção tem ganhos e perdas, até a morte, que é considerada a perda final. Saber viver cada ciclo, aprendendo com cada fase, sem se apegar a elas, é essencial, caso contrario, carregaremos pendencias para o próximo, dificultado o transcorrer do novo ciclo e os tributos que cada um nos fornecerá. A adaptação, é ao meu entender, o melhor instrumento para lidarmos como os ciclos do envelhecimento e suas limitações, pois será ela que nos auxiliará na compreensão e manutenção de uma vida mais feliz.