

ALTERIDADE E ESPIRITUALIDADE: O CAMINHO PARA O CUIDADO DO IDOSO

Amine Lopes Benevides ¹
Katia Nunes Sá ²

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial complexo que impacta nas demais camadas etárias e exige políticas sociais e econômicas consistentes para enfrentar suas consequências. O objetivo deste artigo é destacar o princípio da humanização como paradigma fundamental para o cuidado do idoso, nas dimensões biopsicossocioespirituais. Faz uso de revisão narrativa da literatura e se apoia nos conceitos de Emmanuel Levinás de responsabilidade e alteridade. Os resultados das análises permitiram definir as categorias alteridade e espiritualidade como o caminho para o cuidado do idoso.

Palavras-chave: Alteridade. Espiritualidade. Saúde do Idoso.

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela questão do envelhecimento, inicialmente restrito aos saberes biomédicos, foi se ampliando paulatinamente, influenciado pelo advento da gerontologia. Observa-se, nos dias atuais, em nível mundial, um crescimento mais elevado do extrato idoso da população, em comparação aos demais grupos etários (IBGE, 2010). O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial complexo que impacta nas demais camadas e exige políticas sociais e econômicas consistentes para enfrentar suas consequências.

Na atualidade, praticamente todas as áreas do saber se interessaram por conhecer as múltiplas dimensões do idoso, adotando uma abordagem multi e interdisciplinar nas análises dos problemas que afetam os idosos (GARZONI, 2008). Com relação à assistência à saúde do idoso, o conhecimento transcende os limites biomédicos, indo necessariamente além da cura ou do controle da doença e alcançando nexos e sentidos para as políticas de saúde voltadas para a promoção da melhor condição de saúde para esta população.

1 Fisioterapeuta, Mestranda do Programa de Mestrado e Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea-UCSAL. Contato: amineb1981@zipmail.com.br.

2 Fisioterapeuta, Doutora em Medicina e Saúde Humana, Professora Adjunta da Universidade Católica do Salvador e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Contato: katia.sa@gmail.com.

As políticas de saúde do idoso objetivam a autonomia e o bem-estar da pessoa humana em condições limitadas pelo processo do envelhecimento (GORZONE, 2008). Deste modo, profissionais da saúde precisam promover saúde nas famílias, comunidades e instituições para o acompanhamento solidário, harmonioso e humanizado do idoso. Na medida do possível, o idoso deve permanecer inserido na comunidade e não ser institucionalizado. No entanto, esta necessidade não pode ser suprida por uma sociedade excludente. O idoso precisa ser culturalmente incluído com um membro socialmente relevante para o bem estar social. Esta é uma visão que só pode ser alcançada na lógica do cuidado com o outro e no contexto biopsicossocioespíritual de saúde.

É, no entanto, necessário compreender que, nesses moldes, o cuidado com a saúde do idoso se dá em função de uma natural assimetria da relação com o outro, em que o *Eu* é *Responsabilidade* e o *Outro* é *Alteridade* (ALMEIDA, 2010). A abordagem multidimensional, necessária aos serviços de saúde e às realidades das famílias e das comunidades, aponta para a exigência da adoção de uma ética da alteridade, pautada na responsabilidade para com o outro; no respeito às subjetividades e às diferenças; na garantia dos direitos humanos; e no tratamento humanizado.

Neste contexto, Emmanuel Lévinas (1980; 1997) conceitua a alteridade como relação direta com o outro, não passível de intelecção e compreensão. Para ele, alteridade é justo o que do outro escapa para o sistema englobante, da razão individual que está fora da totalidade. Lévinas tece, com isso, uma crítica às relações humanas estabelecidas na contemporaneidade, onde impera o egoísmo e a falta de compromisso com o outro. No que se refere à relação do cuidado prestados pelos profissionais de saúde, o que une cada homem ao seu próximo são as atitudes de cuidado com o outro como expressão ética primeira, ao assumir a responsabilidade pelo próximo, não por um outro específico, individual, mas por todos os outros, indiscriminadamente.

O objetivo deste artigo é destacar o princípio da humanização como paradigma fundamental para o cuidado com o idoso, nas dimensões biopsicossocioespírituais.

2 DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.1 Material e Métodos

Esta revisão narrativa da literatura utiliza como aporte teórico os estudos de Emanuel Lévinas. Para o desenvolvimento das reflexões, foram extraídos das obras “Totalidade e Infinito” (1980) e do artigo intitulado “O sofrimento inútil” (1997), os conteúdos que tratam

especificamente do cuidado prestado pelos profissionais de saúde direcionada ao idoso pela responsabilidade e ética da alteridade nas dimensões biopsicossocioespirituais.

Alternou-se a técnica de leitura flutuante e leitura focada na busca de padrões reiterados e contradições. Elaborou-se uma matriz de dados com base nas dimensões de interesse que geraram as categorias do estudo. As categorias foram discutidas entre as autoras e as divergências foram dirimidas por consenso. Utilizou-se o método de análise de conteúdo de Bardin para construção dos tópicos definidos para os subcapítulos da seção de resultados e discussão.

2.2 Aspectos Amplos do Envelhecimento

A sociedade contemporânea observa mudanças profundas na estrutura etária populacional que afetaram suas configurações sócio-históricas. A queda nas taxas, tanto de mortalidade quanto de natalidade, alterou a pirâmide demográfica, que, aos poucos, foi perdendo sua forma piramidal, e fez surgir maior longevidade para toda a população brasileira (IBGE, 2016). Assim, a expectativa de vida, que girava em torno de 60 anos, nos anos 80 do século passado, ultrapassou os 70 anos no início dos anos 2000. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016. Houve crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões (IBGE, 2016).

Em primeiro lugar, estamos diante de uma questão fundamental: como um segmento especial vem a ser classificado como idoso? Normalmente utilizando critérios cronológicos, estritamente arbitrários, que, geralmente, estabelecem um ponto de corte de 65 anos de idade e não se consegue encaixar os idosos do mundo real. Diante disso, os profissionais da saúde estão diante um perfil indeterminado de idosos. Alguns são ativos e saudáveis, muito engajados na vida e, de fato, ainda fonte de recurso para suas famílias e comunidades; outros são doentes, fragilizados e excluídos do convívio social (GUCCIONE, 2002). Não basta, portanto, falar de cuidado do idoso. É preciso dizer de que idoso estamos falando.

Mudanças ocorridas ao longo do tempo nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez, devido ao envelhecimento populacional e a outros fenômenos emergentes, representam um desafio para os profissionais da saúde. Por um lado, se espera que os idosos vivam por mais tempo que nunca, por outro se observa mudanças nas populações em idade produtiva, com redução de natalidade concomitante com o crescimento de mortes por

violência, por abuso de substâncias psicoativas e de doenças crônico degenerativas (MIZIARA,2015;GUCCIONE, 2002). Este cenário aumenta a complexidade da saúde em geral, com impactos para toda a sociedade contemporânea.

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. No geral, os três fatores de risco que respondem pela maior carga de doenças no Brasil são riscos dietéticos, pressão alta e uso de álcool. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no país. A proporção dos idosos sem nenhuma doença crônica é pequena. Atualmente, entre os idosos de 60 a 69 anos, 25,1% tem diabetes, 57,1% foram diagnosticados com hipertensão, além de a maioria estar com excesso de peso 63,5% e 23,1% com obesidade. (BRASIL; WHO, 2016).

Mais da metade dos idosos com mais de 80 anos de idade tem duas ou mais condições crônicas com consumo elevado de medicações (poli-farmácia). Se constituem em condições crônicas de saúde do idoso e co-morbidades incluindo osteoporose, hipertensão arterial, diabetes, baixa acuidade auditiva e doenças cardíacas (GUCCIONE, 2002).

O envelhecimento com doenças múltiplas produz um agravamento adicional na propensão de um declínio físico em idades avançadas. As deficiências funcionais são o resultado esperado da doença. Por sua vez, as limitações funcionais predizem a utilização maior dos serviços, morbidade adicional e morte (GUCCIONE, 2002). Além destas doenças, os acidentes e a violência urbana hoje são apontados também como causas de óbitos também em idosos, condições que, até há pouco tempo, eram restritas aos jovens (SILVA E DIAS, 2016).

Recentemente a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), reafirmou a importância da promoção da saúde entre os idosos, definindo-a como “conjunto de ações que provoquem mudanças no estilo de vida, objetivando a diminuição do risco de adoecer e morrer, estabilizando ou melhorando a saúde do indivíduo em sua totalidade” (OPAS, 2014). De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, nos “dados sobre o envelhecimento no Brasil” (BRASIL, 2012), uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida.

O conhecimento sobre o idoso perpassa aspectos inerentes ao processo natural de envelhecimento, às doenças crônicas que usualmente acometem o idoso e aos fenômenos psíquicos, sociais e espirituais que frequentemente se associam com causas e consequências dos problemas que os afetam. Diante da percepção dos limites de um único saber biológico, a

assistência à saúde do idoso, envolve um alto nível de complexidade, exigindo que se ponham em prática os princípios de integralidade propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS propõe uma abordagem humanizada do processo saúde-doença, pautada em cuidado de caráter integral da pessoa, tendo em conta suas dimensões biológica, fisiológica, psicológica, social e da espiritualidade (OMS, 2018).

O cuidar e o adoecer, diante desse paradigma, exigem o resgate da compreensão da totalidade do ser (SÁ, 2017). A realidade na atenção ao idoso não advém da heterogenia, mas é necessário que os cuidados tenham por sustentação uma abordagem humanizada, através do conhecimento universal e interdisciplinar, apoiado nas dimensões biopsicossocioespirituais.

Dentre as ciências biomédicas positivas, a interdisciplinaridade foi o caminho encontrado para superar as demandas dos estudos sobre o envelhecimento, inicialmente restrito aos saberes biomédicos. Observa-se que saberes vão se ampliando paulatinamente, influenciados pelo advento da *gerontologia*, do grego *gero* = envelhecimento + *logia* = estudo. A gerontologia é a ciência criada em 1903 por Elie Metchnikoff que realiza o estudo do envelhecimento humano com o objetivo de atender às necessidades físicas, emocionais e sociais do idoso (FERREIRA, 2000). Nesta concepção, o idoso precisa receber um cuidado integral da saúde e não ser assistido por profissionais independentes, de especialidades diversas.

De todo modo, para que ocorram qualidade e humanização na assistência ao idoso, torna-se necessário incorporar os saberes científicos, sociais, econômicos, espirituais e éticos (SARMENTO, 2009). Apenas uma mudança no modelo de atenção à saúde, que compreende a humanização como paradigma fundamental no atendimento ao idoso, se pode esperar bons resultados. É de fundamental importância transmitir algumas iniciativas, atitudes, ações, gestos e condutas que podem contribuir para a melhora do atendimento na saúde do idoso.

Para que possamos proporcionar aos idosos o princípio de integralidade, do cuidar frente ao envelhecer, que muitas vezes significa adoecer, é essencial o resgate da compreensão da totalidade do ser. Nessa abordagem multidimensional do humano, não apenas em teoria, mas em práticas reais nos serviços de saúde ao idoso, é necessária a adoção de uma ética pautada na abertura à alteridade e à responsabilidade para com o outro, de forma a garantir os direitos humanos nesta fase da vida humana. Faz-se necessário a retomada de valores como compaixão, tolerância e solidariedade. Diante de uma condição tão complexa, caracterizada por doenças crônicas e múltiplas, as avaliações das crenças pessoais, dos costumes e da capacidade de resiliência tornam-se fundamentais.

Do mesmo modo, práticas que permitam o desenvolvimento de atitudes contemplativas frente a forças das profundezas do ser humano e da natureza, sentimentos de justiça e respeito em meio às adversidades, desenvolvimento da esperança consciente e das aspirações da alma precisam ser implantados por profissionais que assistem esta população. Porém, o mais relevante é que cada profissional de saúde assuma a responsabilidade de ser um exemplo de atitude frente à vida, de expressão de seu carinho e desejo sincero para ajudar.

2.3 Alteridade e espiritualidade

Tecendo crítica ao primado da ontologia adotado pela filosofia ocidental, Lévinas aponta que a modernidade se trai ao priorizar o Eu como centro do universo. O egoísmo contemporâneo levou à “redução do outro” e a produção de um saber redutor das diferenças (LÉVINAS, 1997), que aceita a exclusão do idoso do convívio social. Justamente por isso, o futuro dos adultos já está condenado ao abandono e à exclusão social. Lévinas propõe que apenas uma ética da alteridade pode reverter este quadro.

A alteridade envolve o “outrem, não outro eu, mas outro que o eu reconhece” (LÉVINAS, 1980, p. 26). Essa ética fundada na responsabilidade infinita do EU pelo Outro é para o autor, a filosofia fundante. Por isso, é preciso perceber o que escapa dos idosos para que se possa cuidar deles. Olhar para o idoso tentando ver além das expressões faciais, escutar as vozes silenciosas da alma, compreender o sofrimento e a necessidade daquele para quem se tem dívidas. Afinal, ele fez parte da construção do passado e do presente, ainda que seu futuro tenha breve expectativa. E, no final, sentir profunda satisfação de poder proporcionar alívio das dores, conforto para viver o tempo que lhe resta, valorização da experiência de uma vida vivida com esforços, com erros e acertos, como a vida comum de todos os seres humanos.

Tal visão possibilita uma abertura a uma dimensão da alteridade transcendente de um “eu” em relação à alteridade de um outrem. Isto provoca um repensar e um reexame dos direitos dos seres humanos. Torna-se possível criar o humanismo do outro homem com relações pautadas no respeito às particularidades, onde as diferenças não são consideradas ameaças. Portanto, nesta ética, origina-se um pensamento solidário, em que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde são um apelo do rosto de um semelhante que exige conteúdos universais (ALMEIDA, 2012). É um processo de saber se colocar no lugar do outro e desejar para ele o melhor, para que ele fique bem.

O cuidado do idoso, para ser efetivamente integral, exige abrangência em um modelo de abordagem humanizada e biopsicossocioespiritual, o que não tem sido uma realidade nas

políticas públicas de saúde brasileira. Para Lucchetti (2011), o envelhecimento possui uma relação íntima com a espiritualidade nos mais diferentes aspectos do envelhecimento, tendo impacto desde o envelhecimento bem-sucedido até os cuidados no fim vida. A espiritualidade tem sido fundamental no resgate da saúde e no enfrentamento das doenças e tem demonstrado impacto positivo na qualidade de vida. Existe um evidente movimento da ciência contemporânea na direção da espiritualidade (TYLER et al., 2006).

Para Tyler, a espiritualidade é uma expressão para designar a totalidade do ser enquanto sentido para a existência e vitalidade (TYLER et al., 2006). Siddall e Lowell a compreendem como “uma experiência que incorpora uma relação com o transcendente e o sagrado, que provê um forte senso de identidade ou direção, e que influencia não somente crenças pessoais, mas atitudes, emoções e comportamentos, dando um senso de integralidade e sentido à vida” (SIDDALL; LOWELL, 2015).

Embora sem se reportar exatamente à ideia de espiritualidade, estudos clássicos, como os de Lévinas (1980, p. 155) descrevem que a ”realização com outrem não se dá fora do mundo, mas põe em questão o mundo possuído. A relação com outrem, a transcendência, consiste em dizer o mundo a Outrem”. Destaca o autor, que “é apenas ao abordar o Outrem que me ajudo a mim mesmo” (LÉVINAS, 1980, p. 160). Conforme análise de Paiva e Dias (2015, p. 480), para Lévinas, o vocábulo Deus só pode ser compreendido a partir do humano, através das relações interpessoais, balizadas pela ética. É no contexto da responsabilidade pelo próximo que Deus se revela. “(...) com o ser humano se descobrindo na expressão ética primeira, o “Eis-me aqui”, ao assumir a responsabilidade pelo próximo, sem a adoção de qualquer mecanismo de subterfúgio (...)” (PAIVA; DIAS, 2015, p.481).

Apesar de ser um conceito difícil de gerar consenso, este conceito transpõe a ideia simples de religiosidade relacionada às instituições formais. Espiritualidade se apresenta como o sentido da própria vida e pode ser desenvolvida em diferentes condições e instituições. A espiritualidade, aqui mencionada, pode ser compreendida como uma expressão do inter-humano que transcende e permite que o idoso, no encontro face a face com o outro, conhecendo toda situação adversa, seja estimulado por atitudes, emoções e comportamentos positivos frente à sua condição, dando um senso de integralidade e sentido à vida com a busca de acolhimento de qualidade, efetivo e sustentável.

A avaliação das crenças pessoais, costumes e capacidade de resiliência tornam-se, assim, fundamentais. Do mesmo modo que estímulos para práticas que permitam o desenvolvimento de atitudes contemplativas frente a forças das profundezas do ser humano e da natureza, sentimentos de justiça e respeito em meio às adversidades, desenvolvimento da

esperança consciente e das aspirações da alma, precisam ser implantados por profissionais que assistem esta população.

O cuidar emerge da humanização do ser que exige o resgate da compreensão da totalidade e das relações no contexto da responsabilidade e alteridade (CARVALHO, 2012, p. 70). O profissional de saúde que lida com o paciente geriátrico deve estar preparado para abordar esta questão e estar atento a seus aspectos positivos e negativos, de forma a ajudar o idoso nesta fase da vida, respeitando suas escolhas e individualidade (LUCCHETTI, 2011, p. 164). O mais relevante é que cada profissional de saúde assuma a responsabilidade do exemplo de sua atitude frente à vida, que consiga livre expressão de seu carinho e desejo sincero para ajudar.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado com a saúde do idoso, na perspectiva da abordagem integral da saúde, envolve aspectos biopsicossocioespírituais e só pode acontecer em um contexto em que se observe a responsabilidade pelo idoso. A inclusão social do idoso nos contextos reais da vida em sociedade exige o olhar atento, capaz de perscrutar sensações, sentimentos, aspirações e exige uma aplicação prática da ética do cuidado. De um cuidado que é capaz de acolher o outro com todas as suas diferenças e de vibrar positivamente com o seu bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V.; JUNIOR, N. R. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. **Revista BIO E THIKOS**, vol.4, n.3, p. 337-342.

ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. **Manual Merk de Geriatria**. São Paulo: Roca, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica**. Editora Guanabara, 2002.

GORZONE, M. L; FILHO, W. J. **Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Publicações do censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LÉVINAS, Emmanuel. **Totalidade e infinito**. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980.

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós: Ensaio sobre a alteridade**. Tradução de Pergentino Stefano Pivatto. Petrópolis: Edições, 1997.

LUCCHETTI, G. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 14, n.1, p. 159-167, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pcp. Acesso em mar. 2018.

MIZIARA, C.S.M.G. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. **Saúde, Ética & Justiça**, vol.20, n.1, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pcp. Acesso em: mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Plano estratégico da Organização Pan-Americana de Saúde, 2014-2019**. Washington, DC: OPAS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/>. Acesso em: mar. 2018.

PAIVA, M. A.; DIAS, L. F. P. O discurso sobre Deus na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Argumentos**, Fortaleza, ano 8, n. 15, jan./jun. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pcp. Acesso em: mar. 2018.

SÁ, Kátia N. *et al.* **Physiotherapy for human T-lymphotropic virus 1-associated myelopathy**: review of the literature and future perspectives. *J Multidiscip Healthc.* 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: ago. 2016.

SÁ, Kátia N. et al. Espiritualidade e dor. **Rev. Dor**, São Paulo, vol.18, n. 2, apr. – jun. 2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: set. 2017.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S.B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n.3, p. 637-652, jul.- set. 2016. Disponível em: www.scielo.br/pcp. Acesso em: set. 2017.

SARMENTO, G. J. V. (Org.). **O ABC da fisioterapia respiratória**. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2009.

WHO World Health Organization Cataloguing-in-Publication Data Global health risks: mortality and burden in disease attributable to selected major risks. ISBN 978 92 4 156387 1 (NLM classification: WA 105) World Health Organization, 2009.

SIDDAL, P. J; Lovell M.; MacLeod, R. Spirituality: what is its role in pain medicine? **Pain Med.**, v.16, n. 1, 51-60, 2015.

TYLER, I.D.; RAYNOR, J.R. Spirituality in the natural Science and nursing: interdisciplinary perspective. **ABNFJ**, v.17, n.2, p. 63-66, 2006.