



PSICOLOGIA E GERONTOLOGIA: Depressão geriátrica e saúde mental na terceira idade

RICARDO DE FREITAS BEFFART

RESUMO

O presente trabalho consiste em Relato de Experiência sobre atuação como Psicólogo e mestrando em Gerontologia com casos de depressão geriátrica na prática clínica e suas particularidades. O objetivo deste relato é compartilhar a experiência desta atuação e a importância da Psicologia para a manutenção da saúde, incluindo a mental e também da qualidade de vida na terceira idade. Discute-se como a prática clínica com pessoas idosas possibilita uma oportunidade para o sujeito rememorar sua trajetória e reeditar capítulos importantes de sua existência, dando novos sentidos e interpretações para suas vivências e abrindo novos caminhos e possibilidades para sua vida. Um caso relatado demonstra a aproximação entre teoria e prática clínica, e como este percurso terapêutico permitiu a adaptação de sintomas anteriormente depressivos. A possibilidade de elaboração de diversos sintomas auxiliam não apenas na melhora da saúde mental, mas também em outros sentimentos positivos como o de pertencimento dentro da família e na sociedade, importantes fatores para um envelhecimento ativo. Portanto, é possível concluir a importância da Psicologia para a manutenção da saúde, incluindo a mental e também da qualidade de vida na terceira idade através da conscientização e prevenção da depressão, além de possíveis tratamentos quando a mesma é diagnosticada nesta fase da vida.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicoterapia; Doença mental; Envelhecimento ativo; Pessoa idosa.

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre a saúde mental é uma pauta cada vez mais frequente nos últimos anos. No entanto, ainda existe preconceito em relação aos transtornos mentais. A depressão é uma doença mental que pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas segundo Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), aponta que os idosos são os mais afetados pela depressão.

Entre as principais causas da depressão no idoso estão o abandono familiar e o sentimento de inutilidade causado pelo abandono de atividades exercidas, como por exemplo a aposentadoria (Paradela, 2011). Destaca-se que além disso, o quadro depressivo no idoso também pode ser um sintoma precursor de outros transtornos comuns à terceira idade, como o Alzheimer e a doença de Parkinson (Barcelos-Ferreira; Izbicki; Steffens; Bottino, 2010).

A depressão pode ter algumas características específicas para quem está nessa faixa etária já que é nesta fase da vida que geralmente a pessoa mais enfrenta mudanças indesejadas, perdas e sentimento de luto. Além disso, o tratamento também pode ser mais

difícil e demorado (Paradela, 2011). Pode manifestar-se através de sintomas como perda de apetite, irregularidades no sono, desânimo para realizar atividades antes vistas como prazerosas e mudanças emocionais não comuns, com sinais claros de tristeza.

Embora a família desconfie, o diagnóstico deve ser clínico (Paradela, 2011). Os profissionais habituados a trabalhar com idosos devem estar preparados para identificar os sintomas de alerta e iniciar o tratamento correto, pois é muito importante que estejam atentos para sinais que possam indicar evidências de alguma doença degenerativa em andamento. Então os familiares têm um papel muito importante nesse contexto, pois em muitos casos são eles que vão conscientizar o paciente sobre a doença, incentivá-lo a procurar ajuda e dar o suporte necessário no enfrentamento à depressão. Salienta-se que os familiares e/ou cuidadores devem manter rotinas ativas com os idosos, já que a falta de atividades sociais, *hobbies* e lazer são tendências para o desenvolvimento de depressão e ansiedade.

Segundo Paradela (2011), os fatores que aumentam o risco da depressão na população idosa são os mais variados, e se dividem em dois grupos principais: os biológicos e os socioambientais. Os fatores de risco biológicos são redução de neurotransmissores em decorrência do processo de envelhecimento; doenças físicas (crônicas ou não); doenças incapacitantes; dor crônica; uso de medicamentos que podem provocar interações medicamentosas e/ou que causam sintomas depressivos; problemas de sono; histórico familiar de transtorno depressivo; histórico anterior de depressão. Já os fatores de risco socioambientais incluem aposentadoria, que muitas vezes acarreta em redução significativa de renda; saída dos filhos de casa; perdas de cônjuge, parentes próximos e/ou amigos; falta de uma rede de suporte (como amigos e familiares); sentimentos de solidão; e medo da morte.

Para Lima *et al.* (2016), o tratamento da depressão em idosos pode ser baseado em três pilares principais: o primeiro é o acompanhamento com o médico, que vai dar a orientação sobre o quadro, prescrever os medicamentos e fazer alterações quando necessário; a segunda parte diz respeito às mudanças no estilo de vida do paciente, que precisa adotar alguns hábitos, como por exemplo realizar atividade física, ter mais interação social, e uma alimentação mais saudável, talvez procurar novos interesses, ou pelo menos se dispor a isso; e, por último, mas não menos importante, tem-se as terapias: a psicoterapia (individual ou em grupo) e as terapias complementares, como arteterapia, musicoterapia e dançaterapia. Outros recursos como meditação também podem ser benéficos.

Além disso, o tratamento indicado depende do grau da doença diagnosticada. De acordo com Scazufca e Matsuda (2002), existem casos em que só a psicoterapia pode ajudar, e aí cabe também a responsabilidade do psicoterapeuta avaliar quando esse tratamento por si só não está trazendo resposta suficiente ou quando esse paciente começa a apresentar algum risco maior, como uma depressão mais grave, com perda funcional, com prejuízos na vida ou ideação suicida (Minayo e Cavalcante, 2010). Nesse caso, por exemplo, passa a ser importante avaliar a possibilidade do uso de medicação. Porém, um cuidado importante a ser levado em conta é o de interação medicamentosa, já que o paciente idoso muitas vezes já faz uso de outros medicamentos para tratar doenças crônicas (Scazufca e Matsuda, 2002).

O objetivo deste trabalho é compartilhar a experiência de atuação como Psicólogo e mestrando em Gerontologia com casos de depressão geriátrica na prática clínica e suas particularidades e a importância da Psicologia para a manutenção da saúde incluindo a mental e também da qualidade de vida na terceira idade.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Dos diversos locais onde realizei minha prática clínica houve grande variabilidade na faixa etária dos pacientes. Na dinâmica das demandas e das diversas histórias rememoradas, um exemplo que acaba por se tornar curioso por sua repetição e contraste, é a de que os

pacientes jovens inicialmente relatam parte de suas demandas advindas da relação com seus pais, enquanto que pacientes idosos, por muitas vezes, começam a relatar suas experiências em relação a seus pares e filhos(as), demorando algumas sessões até começarem a relatar suas vivências e experiências na relação com seus progenitores. Outra observação possível a partir da experiência clínica é a de que quanto mais tempo se demora para tratar uma demanda ou um trauma, mais “cronificado” este pode se tornar, aumentando então as chances de se desenvolver patologias. Um exemplo que costumo utilizar em clínica quando pacientes que demonstram altos níveis de ansiedade indagam sobre o andamento do tratamento e as possibilidades de “cura” é a de que quanto antes se começar um tratamento melhor, visto que, se uma situação é representada como traumática aos 25 anos, é melhor tratá-la com 25 do que com 35 anos, por exemplo, pois este intervalo de tempo pode gerar cronificação sobre este episódio. Já com a pessoa idosa, ao chegar na clínica com uma questão ou mal-estar específico, ao se iniciar o processo de investigação de sua história de vida, descobre-se sobre episódios vividos 40, 50, 60 anos atrás, e que esta pessoa viveu com esses traumas por décadas de sua vida, tornando-se estas partes de um passado ainda não elaborado.

A partir deste ponto, relata-se um caso clínico com uma paciente idosa, que chegou à clínica com diagnóstico psiquiátrico de depressão moderada e recorrentes tentativas de suicídio, e que durante um período inicial de escuta, as dores e traumas de sua infância, de praticamente 60 anos atrás, eram o assunto de todas as sessões, que por vezes ultrapassavam o tempo estipulado previamente de uma hora de duração. De uma relação onde sofreu agressões repetidas por parte de sua mãe, teve que, em sua adultez, cuidar de sua mãe com problemas de saúde por muitos anos, e a morte desta acabou por produzir um vazio em sua existência. A dor outrora física e psíquica sofrida pelas agressões na infância passou por uma reedição ao cuidar dessa mãe. E então, ao não ter mais um objeto externo ao qual referenciar essa dor produziram-se sentimentos de melancolia, o que por sua vez a levou à depressão.

A sociabilidade e sentimento de pertencimento são extremamente importantes para combater a solidão e a depressão. Esta paciente em questão veio por conseguinte inserir-se em um grupo de terceira idade de uma paróquia da igreja local. Uma das integrantes deste grupo aparentemente não aceitava o destaque e a posição de liderança da paciente, causando então diversas tentativas de constrangimento e de oposição. As demandas anteriores somavam-se a esta, pois as situações de conflito anteriores direcionadas à mãe eram, neste momento, revividas em uma relação de pares. Contudo, a paciente em questão não havia desenvolvido habilidades para solucionar conflitos deste nível, o que acabava por (re)produzir mais sentimentos de frustração ao reviver o sentimento de impotência aprendido na infância.

Após meses de terapia e a (re)descoberta de sentimentos de perda e processos de luto não elaborados, a movimentação para deixar este grupo de terceira idade foi um movimento importante para o início de processo de cura desta depressão, pois permitiu à paciente se colocar de forma ativa na situação, escolhendo de maneira consciente não compactuar com os conflitos gerados por outra pessoa. Este movimento consciente de tomada de decisão se contrapôs ao movimento de fuga da mãe e destes conflitos durante sua juventude, e pouco tempo depois disso os sintomas depressivos reduziram de intensidade.

A movimentação seguinte desta paciente foi montar um ateliê de costura com o intuito de manter uma aproximação com suas amigas, muitas destas suas companheiras de paróquia, e também para disponibilizar aulas para mulheres que gostariam de aprender a costurar. A criação de um propósito de vida e a realização de um sonho há muito tempo sonhado, juntamente ao cercar-se de pessoas desejadas, permitiu então uma cura dos sintomas depressivos que a fizeram buscar o tratamento inicialmente. Contudo, ao fechar uma porta, outras podem ser abertas. A consequência de finalmente elaborar o luto da mãe e todo o sentimento vivido por décadas possibilitaram olhar para outros pontos que causavam situações de conflito, desta vez voltados ao filho. Ao conseguir fechar um capítulo de sua vida

e resolver questões com sua mãe, que causavam sentimentos depressivos, esta pôde visualizar-se também na posição de mãe, função a qual já desempenhava há muitos anos, porém, dessa vez podendo aprofundar mais sua atenção a este papel, tanto com seus filhos e netos como também com as mulheres que buscavam o seu ateliê para aprenderem a costurar, e que por fim eram acolhidas por todo seu afeto e acalento.

3 DISCUSSÃO

Na prática clínica relatada, a Psicanálise é utilizada como referência nas sessões de terapia, na investigação de padrões individuais e coletivos e na interpretação de possíveis causas do mal-estar do paciente idoso. As contribuições teóricas e técnicas produzidas por psicanalistas no decorrer de mais de um século, revisitadas e comprovadas empiricamente, possibilitam conhecer e compreender o desenvolvimento humano e suas relações com o outro, com o meio e com as instituições, considerando a contemporaneidade, o mal-estar e os sintomas produzidos nestas inter-relações.

A psicanálise permite uma ampla gama de possibilidades para investigar e compreender diversos aspectos da vida humana a partir dos conteúdos e das formações do Inconsciente. Para Freud, o Inconsciente é formado a partir dos primeiros anos de vida, e sua influência e suas atualizações perpassam a vida do ser humano durante todo o seu percurso, até a morte do indivíduo (Freud, 1900/2019).

O postulado Freudiano de existência do Inconsciente o classifica como atemporal, ou seja, os conteúdos uma vez representados e que formam o Inconsciente não respeitam a ideia de tempo cronológico, onde traumas e sintomas podem se rearranjar a partir da realidade atual do sujeito, sendo a fantasia um importante agente para a atualização desses sintomas, ainda que tenham origens infantis. Caso um conteúdo do Inconsciente passe pela instância da censura imposta pela cultura, não necessariamente se tornará parte do Consciente, mas sim, dotado de consciência (Freud, 1915/1980).

Em “Inibições, Sintomas e Ansiedade”, Freud (1926/1996) apresenta o sintoma como “o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido”, e que este renova as exigências de satisfação de forma contínua, obrigando a instância do sujeito chamada de Eu a dar sinais de desprazer e colocar-se em posição de defesa. Os mecanismos de defesa utilizados neste processo normalmente são aprendidos durante a infância, e se seguem durante a vida, com o sujeito precisando lidar com o seu desprazer, muitas vezes sem entender os motivos por se sentir de tal maneira e por que comete repetidos erros durante a vida. Além da compreensão destes e de vários outros aspectos de funcionamento da vida Inconsciente dos sujeitos, é importante que o psicanalista conheça noções de psicanálise infantil de autores como Winnicott, por exemplo, pois este autor se debruça sobre as formações que se estabelecem nos primeiros anos de vida do sujeito, desde a relação deste com mãe e pai até as consequências deste período do desenvolvimento.

Winnicott (1960) desenvolveu os conceitos de *Handling* e *Holding* ao falar respectivamente sobre o Manuseio do bebê durante momentos como troca e banho, por exemplo, e como estes auxiliam o bebê ao integrar seu *self* ao corpo que ali está sentindo ao ser manuseado, e a Sustentação do bebê representando a forma como o bebê se sente protegido durante os primeiros anos de vida e a capacidade do cuidador de oferecer um ambiente estável e seguro para o bebê. Estas práticas de acolhimento são extremamente importantes para a práxis e a construção do espaço clínico, uma vez que a clínica pode constituir-se de um espaço potencial baseado na ideia de *Holding*, independentemente da idade do paciente, pois, sendo o Inconsciente atemporal, o terapeuta oferecerá sua escuta a um discurso composto também (e algumas vezes principalmente) por conteúdos infantis recalçados (Knight, 2020; Bahn, 2022).

A prática clínica com pessoas idosas possibilita, então, uma oportunidade para o sujeito rememorar sua trajetória e reeditar capítulos importantes de sua existência, dando novos sentidos e interpretações para suas vivências e abrindo novos caminhos e possibilidades para sua vida. O caso relatado demonstra a aproximação entre teoria e prática clínica, e como este percurso terapêutico permitiu a adaptação de sintomas anteriormente depressivos. A possibilidade de elaboração de diversos sintomas auxiliam não apenas na melhora da saúde mental, mas também em outros sentimentos positivos como o de pertencimento dentro da família e na sociedade, importantes fatores para um envelhecimento ativo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades da saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005). Para além das diversas políticas públicas voltadas à pessoa idosa, como por exemplo a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, a psicoterapia pode ser uma forma de trabalhar estes aspectos como forma de tratamento ou prevenção, auxiliando nas “reservas” de sentimentos positivos e na forma geral de visualizar o mundo e suas relações.

4 CONCLUSÃO

Neste resumo relatou-se a experiência de atuação como Psicólogo e mestrando em Gerontologia com casos de depressão geriátrica na prática clínica e suas particularidades. A partir do relato, é possível concluir a importância da Psicologia para a manutenção da saúde, incluindo a mental e também da qualidade de vida na terceira idade através da conscientização e prevenção da depressão, além de possíveis tratamentos quando a mesma é diagnosticada nesta fase da vida.

REFERÊNCIAS

BAHN, Geon Ho. **Understanding of Holding Environment Through the Trajectory of Donald Woods Winnicott**. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33(4): 84–90, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9513407/>. Acesso em: 10 maio 2024.

BARCELOS-FERREIRA, Ricardo; IZBICKI, Rafael; STEFFENS, David; BOTTINO, Cássio. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20478096/>. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 1º maio 2024.

FREUD, Sigmund. **Interpretação dos sonhos**. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

FREUD, Sigmund. **Artigos sobre a metapsicologia**. O inconsciente. In: S. Freud, Obras completas (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago, 1980.

FREUD, Sigmund. **Inibições, sintomas e ansiedade**. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: Ministério da Economia - Diretoria de Pesquisas, 2020. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/6a25a69bd2bb7bdcadabd528a5bfb5f7d.pdf. Acesso em: 1º maio 2024.

KNIGHT, Zelda Gillian. **Empathy as core to the development of holding and recognition: the case of Garret**. Research Psychotherapy, 23(2): 457, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513606/#ref40>. Acesso em: 10 maio 2024.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto Lima; RAMOS, José Lucas Souza; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; ROCHA, Regina Petrola Bastos; BATISTA, Hermes Melo Teixeira; PINHEIRO, Woneska Rodrigues. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, abr. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>. Acesso em: 10 maio 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, 44(4):750-7, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JyrrBDbJs9T7r46pPrTrXcq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 1º maio 2024.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, v. 10 n. 2 (2011): Depressão. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistahupe/article/view/8850/6729>. Acesso em: 10 maio 2024.

SCAZUFCA, Marcia; MATSUDA, Cintia. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(Supl I):64-9, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tPQ8C5T9JKZf9Yrs9935xjp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2024.

Winnicott, Donald Woods. **The theory of the parent-infant relationship**. Nova York: International Universities Press, 1960.