

A SAÚDE EMOCIONAL DO IDOSO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM RECORTE LITERÁRIO SOB A VERTENTE PSICANALÍTICA

Trabalho Acadêmico de Conclusão de Curso

2017

Cleonice de Arruda Rodrigues

Graduanda de Psicologia
Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão – FAINTVISA (Brasil)

Severino Marcos de Oliveira Carneiro

Professor/ orientador
Faculdades Integradas da Vitória de Santo Antão - FAINTVISA (Brasil)

E-mail de contato:
cleopsirodrigues@hotmail.com

RESUMO

A literatura que contextualiza a saúde emocional do idoso tem sido uma grande norteadora das políticas na esfera hospitalar. Traz este texto um olhar específico numa vertente com o objetivo de apontar nesta pesquisa a importância da Psicanálise frente à demanda da saúde emocional da pessoa idosa que vive ou perpassa pela unidade hospitalar. Utilizou-se para a construção desta temática, uma revisão na literatura, na qual se obteve um aprofundamento nas principais referências perante a temática abordada. Após a leitura, foi possível obter informações significativas que relacionam o idoso e sua saúde emocional sob o olhar psicanalítico. Por fim, espera-se que este trabalho acadêmico possibilite o aguçamento no âmbito hospitalar mediante a luz da Psicanálise.

Palavras-chave: Relação afetiva, terceira idade, emoções, psicologia hospitalar, psicanálise.

Copyright © 2020.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

Em sua gama de peculiaridades a Psicologia abrange muitas práticas e técnicas que contribuem significativamente no âmbito hospitalar. Carvalho e Lustosa (2008) fazem referência à função do psicólogo como profissional incumbido pelo dever de ajudar a identificar e a manejar reação má adaptativa referente ao estresse com o processo de hospitalização, podendo dar suporte para a equipe responsável pelo paciente em relação ao equilíbrio emocional e à habilidade de conduzir situações difíceis. Ou seja, o psicólogo fará seu tratamento a partir da fala do paciente, cuja implicação do sujeito com seu sintoma.

Sendo assim, o método da escuta em psicanálise permite transcender os sentidos do convencional e do que é consciente no discurso do sujeito [...] Por meio da atenção flutuante no encontro entre o profissional e o sujeito é possível considerar as apreensões que ele faz de si e de suas relações, sejam elas internas ou externas, e que não estejam aprisionadas em modelos pré-concebidos da palavra. (GAVIÃO *et al.*, 2004 *apud* ZITO, 2009, p. 25)

É com este intuito que o estudo apresenta um olhar perante a possibilidade de atrelar a psicanálise à vivência do idoso no hospital, relacionando suas implicações na saúde emocional. Ao decorrer do aprofundamento da temática, abranger-se-á, brevemente, sobre o envelhecimento na contemporaneidade; as fases do adoecimento como processo intermitente na saúde emocional do idoso e mediante a prática psicanalítica frente à demanda do paciente idoso hospitalizado – resistência, transferência e ganhos secundários. Por fim, aguarda-se que este trabalho acadêmico possa contribuir com novas pesquisas e olhares relacionados ao idoso e a sua saúde emocional.

O IDOSO NA CONTEMPORANEIDADE

Diante das vastas definições e concepções sobre o envelhecer e a velhice, cabe por oportuno, a princípio, frisar em breves palavras sobre a historicidade de como surgiu este interesse mediante o sujeito idoso no contexto social em sua completude.

A noção de velhice como etapa diferenciada da vida surgiu no período de transição entre os séculos XIX e XX [...] Dois fatores se destacaram como fundamentais e determinantes: a formação de novos saberes médicos que investiam sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias. (SILVA, 2008, p. 158).

Foi em meados da metade do século XIX, que as criações de instituições específicas, discutidas por legisladores sociais, fomentaram as caixas de aposentadoria para a velhice, bem como investimentos em asilos e hospícios, na qual ressoavam como aspectos de cuidado com o idoso.

Os avanços da modernidade, da criticidade do sujeito como atuante de suas conquistas e da busca incessante por melhorias de qualidade de vida, foram alguns aspectos que muito se observa perante os longínquos anos que se passaram desde os primeiros investimentos na área do envelhecer. Mas como definir a velhice? Esta terminologia funde-se com frequência ao sentido de que esta etapa da vida é um sinônimo da morte. Falcão e Araújo (2010, p. 12) ressaltam que “a crença de que a velhice está sempre associada à profunda debilidade física e mental é um mito, pois várias pessoas idosas mantêm-se saudáveis, demonstrando que há vários modelos de envelhecimento e de velhice”.

Dando continuidade ao fio da meada, é válido enfatizar alguns autores, como por exemplo, Fernández-Ballesteros *et al.* (1999 *apud* FALCÃO; ARAÚJO, 2010) que constata sobre a existência de pelo menos três tipos de envelhecimento, que são: *o normal* – com baixa ou sem presença de doenças físicas e psicológicas que invalidam a capacidade do idoso, *o patológico* – no qual o idoso é acometido por doenças que o torna improdutivo e incapaz, e *o bem-sucedido* – onde o idoso possui uma qualidade de vida com grande proporção, associado ao alto nível cognitivo, físico e funcional do organismo.

O envelhecer e a velhice apesar de estarem em conjunto não possuem a mesma concepção. Mucida (2006, p. 28) traz uma definição com olhar psicanalítico na qual frisa que “o envelhecimento é caracterizado pelas perdas, desinvestimentos e investimentos objetivos. A velhice

impõe, pois, o luto dos objetos perdidos e a criação de novas vestimentas para o desejo a partir dos traços marcados por cada indivíduo”. Em concepções orgânicas, o envelhecimento está interligado ao procedimento que ocorre concomitantemente na vida de todos, desde o momento em que se é gerado. Portanto, envelhecer faz parte do ciclo biológico do indivíduo. Já a velhice pode ser definida como uma etapa/fase do ciclo vital do sujeito. Assim como se perpassa pela infância, adolescência e vida adulta, a velhice se constitui como um período definido por uma determinada faixa etária.

O contexto atual permite em sua ampla capacidade de desenvolvimento, condições para que exista a possibilidade de cada vez mais a estimativa de vida das pessoas seja crescente. Altman (2011, p. 193) abrange este movimento como fator, associado à redução da fertilidade dos tempos modernos, que propiciou uma concorrência para que ocorresse uma verdadeira transição demográfica. É percebido que mediante este pressuposto, há uma grande preocupação relativa às demandas que a velhice está atrelada, uma vez que, esta realidade se concretiza e será elevada nos próximos anos em seu aspecto universal. Uma das questões a serem repensadas e refletidas neste âmbito do envelhecer e da velhice associa-se ao isolamento social e emocional no qual são submetidos, como consequência da nova estrutura familiar e trabalhística que a população do século XXI vivencia.

Capitanini (2000) afirma que, na sociedade atual, o idoso tem um tipo de vida que conduz a sentimentos de solidão, apatia e insatisfação. Famílias com poucos filhos, mais trabalhos e sem tempo suficiente de dar atenção necessária para seus entes idosos, contribuem para o quadro de tristeza ou até mesmo depressivo na velhice. Em breves palavras, como ressalta Altman (2011, p. 194), “O idoso já não é mais tão cuidado nem valorizado pelos familiares. Em muitas famílias, o antigo lugar e a função de detentor da experiência de vida e sabedoria cai por terra”. Sendo assim, há uma remodelação de papéis no seio familiar da contemporaneidade e novos investimentos e direcionamento aos mesmos, com o intuito de suprir necessidades cada vez mais particulares, desconstruindo o olhar cultural sobre o que a velhice representa, ou um dia já representou.

As Fases do Adoecimento como processo intermitente na Saúde Emocional do Idoso

Por delongas, no transcorrer de sua vida o idoso antes jovem e sadio, possuía a responsabilidade de cuidar – da família e de suas funções no trabalho, por exemplo, contendo desta forma, sua autonomia de escolhas e tomadas de decisões importantes sempre que necessário. Com base em leituras de pesquisas realizadas com idosos hospitalizados, é explícito que ao partir para o processo de adoecimento e internação hospitalar, há um impacto mediante a subjetividade do indivíduo. O processo de despersonalização e dentre muitas outras questões interfere

profundamente na saúde emocional do idoso, uma vez que seu poder de assumir decisões é esquecido e negligenciado pelos cuidadores / acompanhantes e equipe médica.

A médica Elizabeth Kübler-Ross (2008) acabou se tornando pioneira no quesito de aconselhamentos terapêuticos no âmbito hospitalar após procedimentos realizados, principalmente, com pacientes terminais, onde trouxe e aprimorou um novo conceito sobre a morte e o morrer. Esta precursora acabou elaborando vários livros, e dentre eles um que se intitula “Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios entes”.

Nesta obra, Kübler-Ross (2008) destrincha no decorrer dos capítulos, cinco fases do adoecimento, transcrevendo a definição juntamente com exemplos de casos dos pacientes que acompanhara. O primeiro estágio ocorreria por intermédio da negação e isolamento; o segundo pela raiva; o terceiro através da barganha; o quarto seria a depressão e o quinto e último estágio do adoecimento, por meio da aceitação. Estas etapas que foram citadas ocorrem como uma espécie de simbiose, onde não se consegue definir – em alguns casos, qual fase do adoecer o paciente está vivenciando.

O olhar de Elizabeth Kübler-Ross (2008) foi fundamental e pode ser utilizado como um grande exemplo de prática humanizadora no contexto hospitalar. Perceber e reconhecer no âmbito hospitalar, o sujeito enfermo em seus múltiplos aspectos no qual se constitui, é uma prática pouco realizada perante a demanda desenfreada das necessidades recorrentes das novas rotinas excessivas que atinge toda geração pós-moderna.

Quando um paciente está gravemente enfermo, em geral, é tratado como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente, também, tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo o direito de ser ouvido. (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 12)

Em complemento ao que Kübler-Ross faz menção, ela acrescenta que “[...] o paciente está sofrendo mais, talvez não fisicamente, mas emocionalmente. Suas necessidades não mudaram através dos séculos, mudou apenas nossa aptidão em satisfazê-las” (2008, p. 14), sendo assim, compreende-se que a escuta do idoso enfermo está ampliando e a atualização de intervenções terapêuticas está aperfeiçoando o olhar sob o manejo clínico dos profissionais de saúde, atribuindo-lhes a prática humanizadora como objetivo crucial do processo de cura dos pacientes.

O psicólogo surge em meio a esta dinâmica, com a proposta de fazer:

[...] uma escuta que, longe de objetizar o sujeito, o faz emergir pela vertente da palavra e os efeitos de verdade que ela produz. Ao representar seu sofrimento para um outro, o sujeito distancia-se dele, tornando-o algo nomeável, frente ao qual pode se posicionar. Este contorno de um real inominável evita que o paciente ali permaneça como um prisioneiro impotente anulado em sua subjetividade. (GUIMARÃES; LIBÓRIO, 1997 *apud* PEREIRA, 2009, p. 06).

A atuação do psicólogo implica nesta situação, na conscientização dos profissionais da saúde, com a pretensão de valorizar a influência emocional/psicológica na evolução e no surgimento dos quadros patológicos dos idosos. Sendo assim, o psicólogo será uma espécie de mediador, principalmente, entre paciente X doença, com o intuito de aprimorar e instigar a palavra do idoso enfermo, por intermédio da escuta clínica, visando seus aspectos afetivos e subjetivos diante da nova configuração ao qual o idoso adoecido fora submetido, bem como, sua concepção diante dos fatos que se apresentam.

É cabível um manejo mais humanizado e compreensível para que os resultados positivos apareçam com mais frequência, porém, é necessário, também, um trabalho diário mediante a prática humanizadora, adaptações dos materiais e locais disponibilizados e indicados pelos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) para que os atendimentos tenham ao menos a possibilidade de serem realizados com qualidade em sua ampliação nas formas do cuidar.

A Prática Psicanalítica frente à demanda do Paciente Idoso Hospitalizado

Falar sobre velhice no contexto psicanalítico é um ato que vem se abrangendo e lapidando-se, uma vez que a psicanálise era delimitada por tratar de pessoas com um nível intelectual culto e respeitando determinada faixa etária para submeter-se a análise, por exemplo – segundo a perspectiva de Freud no início de sua teoria. É válido enfatizar que na época, a estimativa de vida era em torno dos 50 anos em média, diferentemente da expectativa da atualidade.

Reis Filho e Santos (2007, p. 46) fazem objeção à teoria psicanalítica quanto à sua técnica com idosos, considerando que “as pessoas idosas apresentam determinadas características que inviabilizam o tratamento, como adesividade libidinal, isto é, dificuldade em retirar os investimentos libidinais de certos objetos, inércia psíquica e até mesmo dificuldade de simbolização”. Ou seja, constata-se a entropia psíquica no sujeito que envelhece, sendo a perda de plasticidade para designar o aparato libidinal quanto aos objetos externos e sua retomada dessa libido para o Ego.

Freud não faz menção à velhice, porém, alude de forma generalizada que a atemporalidade dos processos inconscientes permite abrir um campo para o estudo da vida emocional de pessoas idosas (ABRAHÃO, 2008). A clínica psicanalítica tem passado por adaptações necessárias, oriundas das peculiaridades dos vastos campos de atuação que a área está conquistando. Um dos grandes desafios é a agregação desse olhar no âmbito hospitalar, não restringindo seu objetivo na práxis ética da psicanálise.

Composto por pessoas com demanda de tratamento orgânico, cuja existência é pautada no sofrimento, suas angústias e demandas transcendem o biológico, embora, algumas vezes, por falta de alternativa, são nomeadas no corpo e, como consequência natural, endereçadas ao médico. (ELIAS, 2008, p. 89).

Isto implica que o paciente apesar de chegar com uma queixa aparentemente orgânica, pode estar consolidado sob as questões afetivas e emocionais mal elaboradas. No transcorrer de sua escrita, o autor acima citado, traz ainda, a seguinte afirmação:

Freud era médico e ao iniciar suas primeiras experiências de investigação sobre o psiquismo com as histéricas demonstrou o quanto o hospital pode revelar-se como um espaço fértil para se observar o sujeito humano diante dos quais o atinge: sua fragilidade psíquica acometida por um acontecimento somático que se inscreverá irremediavelmente no campo da fala e da linguagem. (ELIAS, 2008, p. 88).

Diante dessa possibilidade da aproximação da Psicanálise com o idoso hospitalizado é visível em seu contexto, que o conceito criado por Freud sobre fixação do sintoma, como uma espécie de mecanismo, impede ao sujeito outras defesas, resultando numa dificuldade do funcionamento do aparelho psíquico na criação de outros meios subjetivos de lidar com a necessidade apresentada (FARIAS; RAVANELLO, 2012). Apesar da vivência de limites que cada sujeito traz em seu desenvolvimento, cabe ao profissional de Psicologia de orientação psicanalítica ou até o próprio psicanalista propiciar um manejo adequado de sua técnica, quanto objeto que implica de modo peculiar – a resistência, a transferência e os ganhos secundários, na qual surgem e/ou surgirão em sua demanda hospitalar.

Transferência, Resistência e Ganhos Secundários

Como fora citado respectivamente no tópico anterior, relacionar a técnica psicanalítica ao idoso hospitalizado é uma questão complexa, porém possível de conciliar e gerar resultados satisfatórios em sua aplicabilidade no contexto hospitalar. Tendo a ética psicanalítica, sua práxis de intervir, amplia-se no olhar referenciado ao *setting* analítico que respalda sua constituição, principalmente, nas condições físicas e psicológicas, estas possibilitam o trabalho do psicólogo/analista diante das imprescindibilidades contidas no âmbito hospitalar.

É viável neste contexto, que o psicólogo/analista se aproprie do acolhimento da demanda, levando em consideração o manejo transferencial, as interpretações, usando perguntas como formas de intervir, bem como o silêncio, dentre outros aportes utilizados no qual fazem parte de seu atributo técnico.

A necessidade deste profissional de se adaptar ao ambiente e as condições onde o paciente está destinado faz com que a análise não seja realizada como deveria, ou seja, como a psicanálise pura propõe na essência de sua prática. Neste processo, o ambiente hospitalar não oferece a privacidade que necessitaria para estes casos, no entanto, existe mesmo assim a transferência. Vejamos a seguinte afirmativa:

[...] Acredito que um psicanalista que trabalha no hospital tem de se exercitar a trabalhar como analista, mas o que fará não é psicanálise. Porque o lugar fundamental do sujeito suposto saber não é ele que ocupa, mas a instituição. O hospital é um terceiro entre ele e o paciente [...] Ele não assume toda responsabilidade e o paciente não lhe atribui toda responsabilidade [...] Mas isso não impede que se trabalhe e se exerça com a paciente a escuta analítica. (NASIO, 1988, p. 50).

A citação ora ressaltada, referencia a grande importância de flexibilizar seu manejo enquanto profissional, visando ater-se nas condições peculiares da análise, usando a transferência como via de reencontro do inconsciente do sujeito enfermo. Apesar de a doença ser, aparentemente uma coisa ruim e marcada pelo sofrimento – físico/orgânico e emocional/psicológico, por exemplo, fornece ao enfermo alguns ganhos secundários.

Mediante a dinâmica do adoecer, uma vez que a transferência é realizada positivamente, não implica que o sujeito está livre da possibilidade de apresentar resistências – que neste aspecto seria uma consequência da transferência negativa. Diante deste movimento que ocorre no processo transferencial, têm-se como seguimento, instigar o próprio indivíduo a se questionar e perceber o

seu sintoma com um desvelar distinto, possibilitando a identificação do gozo proveniente de sua enfermidade, ou seja, dos ganhos secundários atrelados a sua patologia.

O gozo pode se dar de forma inconsciente, o que não necessariamente ocorre, pois podemos levar em consideração também os ganhos secundários do sintoma. Tanto em função do gozo quanto, na menor medida, dos ganhos secundários, não é tarefa fácil para o paciente o abandono do quadro sintomático (FARIAS; RAVANELLO, 2012, p. 284).

Percebe-se que assim como Freud havia contestado, o âmbito hospitalar é muito rico em materiais oriundos do inconsciente, prestes a serem explorados. Cabe ao psicólogo/psicanalista, realçar seu aparato técnico, visando contribuições no intuito de oferecer um melhor serviço, auxiliando não só com os avanços positivos nos quadros clínicos, mas, também, buscando parceria com a equipe em geral, já que o paciente enfermo é atendido por um conjunto de profissionais, que a cada especialidade – de modo peculiar, contribui na valorização e preservação do bem estar físico, orgânico e emocional do indivíduo.

CONSIDERAÇÕES

As contribuições que a Medicina e o Campo da Saúde Mental atribuíram ao contexto do envelhecer e da velhice estabelecem uma vasta possibilidade de tornar-se um idoso na contemporaneidade com qualidade de vida mais proeminente que há 50 anos. O intuito deste trabalho permeou sobre as condições emocionais do idoso perante o contexto hospitalar, tendo a psicanálise como fundamento conceitual para melhor compreender a dinamicidade psicológica ocasionada nestes aspectos de internação e vivência no hospital.

Partindo do pressuposto que a humanização e conscientização da equipe médica se faz útil em todo percurso terapêutico interventivo na saúde do idoso, ressalta-se a importância do psicólogo/psicanalista neste contexto. Há vastos questionamentos sobre a finalidade deste profissional no campo hospitalar, devido principalmente à sua concepção sobre o olhar ao sujeito, que é distinto do que os médicos e outros especialistas do corpo orgânico costumam perceber.

Sendo assim, compreende-se a relevância e necessidade de profissionais da Psicologia e da Psicanálise no hospital, frisando a importância sobre a ética e a técnica de sua práxis. Espera-se que outros estudos e pesquisas sejam motivados para melhor compreensão e discussão desta

temática a fim de aprimorar o conhecimento sobre a saúde emocional do idoso perante o embasamento da vertente psicanalítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, E. S. O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 45-51, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em fev. 2017.

ALTMAN, M. O envelhecimento à luz da psicanálise. **J. psicanal.**, São Paulo, v. 44, n. 80, p.193-206, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352011000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em mar. 2017.

CAPININI, M. E. S. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: NERI, A. I.; FREIRE, S. A. (Orgs.) **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

CARVALHO, M. R. de; LUSTOSA, M. A. Interconsulta psicológica. **Rev. SBPH**, 11 (1), 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em jan. 2017.

ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 87-100, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516_08582008000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em mar. 2017.

FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. de. **Idosos e saúde mental**. Campinas, SP: Papirus, 2010.

FARIAS, F. M.; RAVANELLO, T. O contexto hospitalar e a Escuta Psicanalítica. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, N° 2, 2012. Disponível em: <www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/download/990/721>. Acesso em fev. 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios entes. 9°. Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece** – Psicanálise e velhice. 2. Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NASIO, J. D. **A criança magnífica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

PEREIRA, V. G. **Contribuições da Psicanálise ao campo da atenção integral à saúde**. Governador Valadares, 2009. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Contribuicoesdapsicanaliseaocampodaatencaointegralasaude.pdf>>. Acesso em fev. 2017.

REIS FILHO, J. T.; SANTOS, G. C. **O desafio da clínica psicanalítica com idosos**. **Psicol. clin.** [online]. v. 19, n. 2, p. 45-55, 2007. ISSN 0103-5665. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652007000200004>>. Acesso em jan. 2017.

SILVA, L. R. F. **Da velhice à terceira idade**: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155, jan.–mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/hcsm/v15.1/09.pdf>>. Acesso em mar. 2017.

ZITO, D. M. A escuta psicanalítica do paciente hospitalizado e da equipe de saúde: estudo de caso. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 7, n. 1, p. 23, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100003&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em fev. 2017.