

*Cavalcante, E. B. & Arello, M. I. R. S. Possíveis desdobramentos do ambiente de luto na velhice: queixas de memória e diagnóstico de depressão*

## **Possíveis desdobramentos do ambiente de luto na velhice: queixas de memória e diagnóstico de depressão**

### **Possible Consequences of the Bereavement Environment in Old age: Memory Complaints and Diagnosis of Depression**

### **Posibles desdoblamiento del ambiente de duelo en la vejez: quejas de memoria y diagnóstico de depresión**

Ester Benedita Santos Cavalcante<sup>1</sup>

Maria Isabel Rosa da Silva Arello<sup>2</sup>

#### **Resumo**

A partir de nossa experiência como psicólogas do Programa de Residência do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnATI/Uerj), selecionamos duas das principais demandas de encaminhamentos dirigidos aos profissionais de psicologia: as queixas de esquecimento e o diagnóstico de depressão. Nossos pressupostos teórico-clínicos foram as coordenadas contidas nas obras de Freud e no ensino de Lacan, assim como nos comentadores de ambos. Nossa aposta metodológica foi a feitura de uma revisão da literatura produzida acerca do tema, sobretudo no que diz respeito ao luto e às questões impulsionadas pelo envelhecimento, que fossem ao encontro de nossa experiência. Assim, por meio de nossa prática, analisamos que não é incomum que os episódios de esquecimento e o diagnóstico de depressão se deem em meio a um ambiente de luto.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Velhice. luto.

#### **Abstract**

Based on our experience as psychologists of the Residency Program of the Elderly Care Center (NAI/UnATI/UERJ), we selected two of the main reasons for referral to psychology professionals: forgetfulness complaints and diagnoses of depression. Our theoretical-clinical assumptions were the coordinates contained in the works of Freud, in the teaching of Lacan, as well as in the commentators of both. Our methodological approach was the preparation of a review of the literature produced on the subject, especially with regard to mourning and the questions driven by aging, that would meet our experience. From this, we have analyzed that it is not uncommon for episodes of forgetfulness and diagnoses of depression to occur in the midst of mourning.

**Keywords:** Psychoanalysis. Old age. Mourning. Forgetfulness.

---

1 Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Especialista em Saúde do Idoso pela Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: ester\_ibalov@hotmail.com.

2 Pós-Graduada em Cuidados Paliativos pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc). Especialista em Aspectos Psicológicos do Cuidado ao Paciente Crítico, à Família e à Equipe pela Universidade de Alcalá (UAH – Espanha). Especialista em Psicologia Clínica Institucional, na modalidade Residência Hospitalar, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Atua como psicóloga intensivista no Hospital São José do Avai (Itaperuna-RJ). E-mail: misabel.arello@gmail.com.

*Cavalcante, E. B. & Arello, M. I. R. S. Possíveis desdobramentos do ambiente de luto na velhice: queixas de memória e diagnóstico de depressão*

## **Resumen**

A partir de nuestra experiencia como psicólogos del Programa de Residencia en el Núcleo de Atención al Anciano (NAI/UnATI/Uerj), seleccionamos dos de los principales motivos de consulta dirigidos a los profesionales de la psicología: las quejas de olvido y los diagnósticos de depresión. Nuestros presupuestos teórico-clínicos fueron las coordenadas contenidas en las obras de Freud, en la enseñanza de Lacan, así como en los comentaristas de ambos. Nuestra apuesta metodológica fue la elaboración de una revisión de la literatura producida acerca del tema, sobre todo en lo que se refiere al duelo y las cuestiones impulsadas por el envejecimiento, que fueran al encuentro de nuestra experiencia. A partir de eso, analizamos que no es inusual que los episodios de olvido y los diagnósticos de depresión se den en medio de un ambiente de duelo.

**Palabras clave:** Psicoanálisis. La vejez. Luto.

## **Introdução**

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnATI/Uerj) compreende o Serviço de Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe), vinculado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Esse serviço conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e farmacêuticos. A inserção no serviço se dá por meio de encaminhamento realizado pelas Clínicas da Família e Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, por meio do Sistema de Regulação de Vagas (Sisreg).

A principal finalidade do NAI é prestar assistência qualificada aos pacientes com 60 anos ou mais, bem como aos seus cuidadores, norteadas pelo princípio da integralidade e do cuidado centrado na pessoa idosa. Em consonância com as diretrizes da Portaria n. 2.528 (2006, p. 5), a assistência visa à garantia da “atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa”.

Para fins conceituais, salientamos que, de acordo com o Estatuto do Idoso, é considerada idosa a pessoa que tem mais de 60 anos de idade. Tal demarcação é essencial no que diz respeito à garantia de direitos sociais dessa parcela da população. Consideramos, no entanto, a complexidade em jogo na definição para cada sujeito acerca do que é ser idoso.

Assim, com o envelhecimento da população, fenômeno explicado pelo aumento do número de idosos e pela redução da taxa de mortalidade, torna-se essencial, cada vez mais, pensarmos sobre questões relativas à velhice.

Anualmente, o NAI/UnATI/Uerj recebe profissionais selecionados para compor os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso e de Residência Hospitalar em Psicologia Clínica Institucional da Uerj. Os psicólogos vinculados aos referidos Programas realizam

atendimentos clínicos e hospitalares dos idosos assistidos pela equipe do NAI, assim como de seus cuidadores, oferecendo-lhes o suporte psicológico diante das questões relativas ao processo de envelhecimento e suas ressonâncias.

Ao longo da nossa experiência no Serviço, que se desenvolveu de março de 2016 a fevereiro de 2018, tivemos a oportunidade de assistir pacientes e cuidadores acolhidos no ambulatório e na enfermaria da cirurgia vascular, localizada no quarto andar do Hupe. Nesse cenário hospitalar, as internações eram motivadas, na maior parte dos casos, por doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), culminando na necessidade de realização de intervenção cirúrgica para amputação parcial ou total de membro.

A fim de trazer outros elementos para o delineamento do perfil da população assistida, traremos a seguir alguns dados. Entre os cuidadores atendidos pelas autoras, a idade variou de 51 a 65 anos; já entre os pacientes, a faixa etária foi composta por idosos entre 65 e 89 anos. Vale ressaltar que, em função do aumento da longevidade, o Serviço vem cada vez mais recebendo famílias compostas por novos arranjos, especialmente por filhos idosos que se tornam cuidadores de seus pais; e idosos que moram sozinhos, por diferentes motivos.

Nesse contexto, o presente artigo foi motivado pelos questionamentos relançados a partir de nossa experiência como psicólogas residentes vinculadas a esse Serviço de Geriatria. Em nosso trabalho, pudemos observar que questões relativas à falta de memória e à depressão eram demandas frequentes presentes nos encaminhamentos direcionados à equipe de psicologia. Diante disso, recorreremos aos principais autores com referencial psicanalítico que discutem a temática do envelhecimento, a fim de tecer algumas considerações, estabelecendo um paralelo com os ensinamentos que a experiência nos proporcionou.

### **Clínica com idosos: das contraindicações à abertura**

No livro *O sujeito não envelhece*, Mucida (2007) aponta que há um silêncio da psicanálise com relação à velhice, levando-nos a pensar que essa posição diante do tema pode ter relação com as contraindicações freudianas sobre a prática da psicanálise com idosos, ou, ainda, por considerar que a clínica com idosos não tem nenhuma diferença em relação à clínica com adultos jovens.

Com relação às contraindicações freudianas, no entanto, podemos perceber que Freud não levantou reservas apenas quanto à clínica com idosos, mas também quanto à aplicabilidade da psicanálise às crianças e aos psicóticos. Quanto a essas duas últimas, por sua vez, podemos perceber que há hoje uma vasta literatura produzida. Já na clínica com idosos, as restrições se estenderam e podemos ver até hoje a escassez de materiais elaborados acerca da temática.

Diante disso, Mucida (2007) indica a dificuldade em falar de velhice até mesmo para os analistas, na medida em que provoca certo incômodo por expor o limite aos quais todos nós estamos submetidos. A autora indica que, em seu percurso, pôde observar que: “a velhice trazia em sua cola um real difícil de suportar, mesmo para os analistas” (Mucida, 2007, p. 15). Ela pontua, ainda, que muitos profissionais consideram não haver distinção entre a assistência prestada a idosos e a adultos jovens, enquanto outros preferiam não atender esse público por considerarem pouco provável que uma análise se desenvolva tão tardiamente.

De acordo com Ferenczi (*apud* Mucida, 2007), psicanalista contemporâneo a Freud, na velhice as defesas estariam muito assentadas e não haveria tempo hábil

para promover mudanças subjetivas. Além disso, os idosos não seriam mais “educáveis”, já que perderiam a plasticidade psíquica. É importante destacar, no entanto, que a assertiva de Ferenczi se refere a pessoas acima de 50 anos, o que, mais uma vez, nos leva a introduzir a complexidade de definir o “idoso”<sup>3</sup> a partir de alguma idade cronológica, já que em nosso contexto atual, por exemplo, o idoso seria definido como uma pessoa com mais de 60 anos.

Opondo-se tanto às assertivas freudianas quanto às afirmações generalistas de Ferenczi, Abrahm, em 1920, indica que a idade da neurose é mais importante que a idade do neurótico, retirando, assim, a questão da idade cronológica do primeiro plano.

De acordo com Freud (2004), a velhice seria marcada pelo reforço pulsional, o que dificultaria a ocorrência de retificações subjetivas. O autor afirma ainda que, a partir de certa idade, a quantidade de materiais psíquicos produzidos poderia se configurar como um desafio ao trabalho de análise, conforme sublinha na seguinte passagem:

Se a idade do paciente estiver na casa dos cinquenta, as condições para a psicanálise tornam-se desfavoráveis. A massa de material psíquico deixa então de ser controlável; o tempo necessário à recuperação é demasiado longo; e a capacidade de desfazer os processos psíquicos começa a tornar-se mais fraca. (Freud, 2004, p. 262).

Levando em consideração, todavia, que o próprio conceito de pulsão é contrário às noções desenvolvimentistas e que, na análise, o que existe é o sujeito do inconsciente – que não reconhece a passagem do tempo cronológico –, ou, como indica Mucida: “este não envelhece”, podemos dizer que não há como se sustentarem tais restrições no que diz

<sup>3</sup> As aspas delimitando o termo “idoso” foram colocadas para marcar a dissimetria entre essa categoria construída historicamente e o sujeito dividido às voltas com as questões próprias ao processo de envelhecimento.

respeito à clínica com idosos.

### Particularidades da clínica com idosos

Se nós afirmamos que o sujeito do inconsciente não reconhece a passagem do tempo cronológico, não podemos desconsiderar, por outro lado, que a clínica com idosos apresenta suas particularidades e que a passagem do tempo produz efeitos, como nos indica Mucida (2007, 30):

Assim, apesar da veracidade das teses sobre a indestrutibilidade do desejo, as incidências da “velhice” aos 20 anos e aos 90 anos são bem diferentes, inclusive as possibilidades de “vestir” os objetos, de agalmatizá-los não são as mesmas. Há uma distância entre alguns projetos que se *gostaria* de realizar e a possibilidade de realização e que se situam diferentemente para os de 20 anos e para os de 90 anos.

Indo nessa direção, sublinhamos aqui a importância de nos atentarmos para certas especificidades deste trabalho, sendo assim, destacaremos dois assuntos recorrentes, entre as inúmeras questões relevantes que se colocam na clínica com idosos, que nos são de particular interesse: a) o grande número de queixas de “falta de memória” e b) diagnóstico de depressão associado à(s) perda(s) e ao luto. Devido à relevância desses assuntos, precisamos refletir sobre as mais variadas questões que se colocam nesses casos.

Castilho (2015) nos ensina que sob as queixas de problemas de memória são agrupados eventos distintos que podem chegar a localizar sua especificidade, com a entrada da escuta analítica. Essa aposta vai à direção de que se produza um intervalo na correspondência rápida entre episódios de esquecimento e patologias.

Vale salientar que, ao referirmo-nos ao luto, estamos nos atendo à perda de um elo significativo entre o sujeito e seu objeto de amor, não se limitando apenas ao processo desencadeado diante de uma perda por morte. Destarte, consideramos que o

luto está em jogo diante das diferentes perdas vivenciadas ao longo da vida. Como exemplos, trazemos aqui: a perda do vínculo empregatício (em função do desemprego ou da aposentadoria), dos ideais, da liberdade, da saúde (devido ao processo de adoecimento ou do envelhecimento), de animais de estimação, entre outros.

Essas perdas significativas podem acontecer de forma sucessiva na velhice, por exemplo, com o falecimento de entes queridos e o confronto com a fragilidade do corpo. Mucida (2007) nos diz que essas perdas decorrentes do envelhecimento exigem trabalho de luto, já que muitos rearranjos que o sujeito fez colapsam e com eles se vão os ideais.

Quinet (1999) nos diz que o budismo considera a dor de existir primordial. A partir disso, traz-nos uma citação de Bateau afirmando que “tudo é dor: o nascimento, o envelhecimento, a doença, a morte, a tristeza, os tormentos. [...] Nenhum ser escapa à dor” (Bateau *apud* Quinet, 1999, p. 91). O autor indica que, para a psicanálise, a via de saída da dor, a fim de que haja alguma elaboração, é o desejo de saber.

Nessa direção, Castilho e Bastos (2015) sublinham que as inúmeras perdas de laços significativos no contexto da velhice confrontam o sujeito com a solidão – própria à precariedade da condição humana – e com o sentimento de estranheza. Castilho (2005) nos diz que a queixa de se sentir solitário é recorrente na clínica com idosos, salientando, ainda, que ela pode se fazer presente mesmo nas situações em que o próprio sujeito reconhece que não se trata de não ter a quem recorrer. A autora complementa dizendo: “[Esses] relatos que indicam uma certa aridez, um esvaziamento, uma desertificação nas relações, produzindo um sentimento de estranheza, de inadequação em seu próprio meio, que permeia o dia a dia e, por vezes, parecem responder por um progressivo isolamento” (Castilho, 2005, p. 44).

Quanto a esse ponto, Mucida (2007)

nos diz que o isolamento a que muitos idosos são submetidos ou se submetem prescrevem uma morte em vida, a partir do qual muitos se rendem à derradeira morte. Castilho (2005, p. 52) salienta que “a queixa de se sentir só articulada a uma pergunta em torno do desejo permite avançar em um singular trabalho de construção em análise e é, sem dúvida, capaz de favorecer certa retomada de laços”.

Freud (1917, p. 129) descreve o luto como uma reação normal à perda de um objeto e o descreve como “[...] reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante”. Não se trata, portanto, de uma condição patológica, ainda que cause certo afastamento da conduta normal da vida, e considera inadequada a indicação de tratamento médico.

Freud (1926) nos ensina ainda que é preciso tempo para que o sujeito consiga efetuar a árdua tarefa de retirar o elevado grau de investimento pulsional, anteriormente direcionado ao objeto de amor, a fim de que se desfçam os laços que os ligam, como descreve na seguinte passagem:

Cabe ao luto a tarefa de executar esse desprender-se do objeto em todas as situações em que o objeto era algo de grande investimento. O caráter doloroso dessa separação condiz com a explicação acima, a do elevado e irrealizável investimento com anseio no objeto, na reprodução das situações em que a ligação ao objeto deve ser dissolvida. (Freud, 1926, p. 123).

Assim, Freud (1926) indica que o alto grau de investimento e ligação confere a essa experiência um caráter tão doloroso. Nesse sentido, Mucida (2007) aponta que o luto não elaborado, esse sim, pode levar a estados depressivos; logo, as modificações e perdas decorrentes do processo de

envelhecimento demandam acompanhamento.

### **Queixas de esquecimento**

Em nossa experiência no NAI, deparamo-nos, de maneira recorrente, com encaminhamentos para o Serviço de Psicologia, motivados por queixas relacionadas a episódios de esquecimentos. Independentemente da existência de diagnóstico prévio que aponte para um processo demencial, em diversas situações essa correlação era feita, na medida em que há certos estigmas de que o esquecimento apresentado pelo idoso aponte necessariamente para o envelhecimento cerebral em sua via patológica.

Nessa direção, Groisman (2013) contextualiza o aumento de diagnóstico de Alzheimer – doença cujo principal sintoma é a perda progressiva da memória – nos anos de 1980 e indica que essa década foi denominada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “década do cérebro”. Sendo assim, em um contexto no qual a doença de Alzheimer foi “redescoberta”<sup>4</sup> e o paradigma vigente era cognitivo, delegava-se cada vez mais ao cérebro a etiologia de certas doenças.

Sabemos que o diagnóstico de doenças como o Alzheimer, por exemplo, não é tão simples, por isso é necessária uma investigação minuciosa, sendo essencial, inclusive, a diferenciação em relação a certos estados depressivos e/ou a algum processo demencial. Dessa forma, no qual muitas dúvidas sobre o diagnóstico estão colocadas e quando é necessária avaliar melhor, a articulação com a psicologia se mostra de grande importância.

Castilho (2015) aponta que essas queixas relacionadas a episódios de esquecimentos podem se apresentar em um ambiente de luto. Nesses casos, devemos

4 Groisman (2013) aponta que a doença de Alzheimer foi descoberta nos primeiros anos do século XX, permanecendo, no entanto, na obscuridade até 1970, quando foi “redescoberta” pela medicina e pela opinião pública em geral.

nos atentar para a complexidade da situação que está sendo vivenciada; assim, em um contexto de perda, a atenção do sujeito estará voltada para o processo de luto, podendo favorecer, por isso, a ocorrência de episódios de esquecimentos.

Pensar o luto na clínica com idosos é de grande relevância, uma vez que, como nos indica Mucida (2007, p. 146), “não existe velhice sem luto”. A entrada na velhice pode ser marcada por muitas mudanças e impor diversas perdas. Embora elas possam ocorrer em qualquer idade, sabemos que se dão em maior frequência, e muitas vezes de forma concomitante, nesse momento da vida. A aposentadoria, as mudanças corporais, a perda de muitas pessoas de sua geração são alguns dos exemplos de mudanças que tal época impõem.

No que diz respeito às modificações corporais, destacamos aqui um trecho da música *O espelho* de João Nogueira, que nos ajuda a pensar sobre o quanto a possibilidade das mudanças no corpo – tal qual é experienciada na velhice –, pode produzir angústia: “o meu medo maior é o espelho se quebrar”. Sobre esse ponto, Lacan (2005, p. 100), no “Seminário Livro 10: A Angústia”, afirma que,

Mesmo na experiência do espelho, pode surgir um momento em que a imagem que acreditamos estar contida nele se modifique. Quando essa imagem especular que temos diante de nós [...], deixa surgir a dimensão de nosso próprio olhar, o valor da imagem começa a se modificar – sobretudo quando há um momento em que o olhar que aparece no espelho começa a não mais olhar para nós mesmos. *Initium*, aura, aurora de um sentimento de estranheza que é porta aberta para angústia.

A partir dessa citação, podemos analisar que o campo do espelho pode presentificar o estranho como efeito, na medida em que pode fazer com que o sujeito seja confrontado com a fragilidade do corpo, que é condenado à decadência e à dissolução

(Freud, 1930). Assim, essa vivência de despedaçamento diante do espelho no contexto da velhice, nos diz Mucida (2007, p. 109), “não oferece perspectivas de novas aquisições. Ao contrário, tratando-se da imagem, são perdas que não encontram nenhuma reparação e com as quais o sujeito deverá se conformar e se adaptar”.

### **Diagnósticos de depressão associados a perdas e ao luto**

Em nossa experiência no Serviço de Geriatria, verificamos também que os idosos muitas vezes chegam à análise com diagnóstico prévio de depressão e em uso contínuo de psicofármacos. Diante disso, é importante que nos familiarizemos com o discurso científico que respalda as prescrições de conduta dos profissionais da medicina, a fim de buscarmos compreender os critérios diagnósticos e as indicações para a introdução de tratamento medicamentoso.

De acordo com a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-V), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, o transtorno depressivo maior é caracterizado por alterações nítidas de afeto, da cognição e do sistema nervoso com pelo menos duas semanas de duração. O documento apresenta uma ressalva, no entanto, de que a maioria dos casos dure um tempo consideravelmente maior. Outra ressalva é de que o diagnóstico pode ser realizado após o primeiro episódio, ainda que essa prática não seja a mais comum. De acordo com o referido Manual, “a depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos” (Associação Americana de Psiquiatria, p. 155).

Quanto ao saber da psicanálise, Quinet (1999) afirma que na clínica analítica não existe a depressão, mas sim estados depressivos que vem à tona em determinado

momento da vida de alguém. Como nos ensina Mucida (2007), há casos em que não se trata de um estado depressivo, mas sim de um trabalho de luto proeminente diante de tantas perdas advindas do processo de envelhecimento, o que corrobora nossos achados no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnaTI/Uerj). Trabalho doloroso do ponto de vista econômico, como nos diz Freud (1926), que é cumprido aos poucos.

Mucida (2007) complementa dizendo, ainda, que é uma dificuldade “a mais” quando o idoso se apresenta sob efeito dos remédios. No entanto, como nos lembra Castilho (2015), há de se considerar que, em algumas situações, a medicação viabiliza que o idoso saia de casa e vá ao analista, cabendo ser avaliado, a cada vez, a função e o lugar da medicação para cada sujeito.

A partir de nossa experiência, verificamos que, por vezes, a entrada do trabalho analítico possibilita a abertura ao luto, na medida em que a via da associação livre aponta para a singularidade.

Quanto a isso, Mucida (2007, p. 155) nos diz que

O desfecho do luto nem sempre é suficiente para produzir novos rearranjos, ideais, investimentos libidinais, e outros sintomas podem abrir como tentativa de tratar o real. A depressão é uma resposta possível ao trabalho inoperante do luto, mas não a única, e que deve ser tomada sempre como particular.

Nessa mesma direção, Castilho (2015) afirma que as análises com idosos podem ser, em um primeiro momento, fortemente marcadas por um ambiente de luto. Pontua, ainda, que “a entrada do desejo do analista permite ressituar algo do laço discursivo, compatível com a atualização de questões que possam traduzir-se em trabalho”.

Mucida (2007, p. 146) contribui, também, afirmando que a saída para esse estado depressivo é o trabalho de luto e que “ele implica um mínimo da presença do Outro e de recursos simbólicos pelos quais o

idoso possa simbolizar as perdas, pois além dos lutos de objetos perdidos, existem os lutos que cada um deve fazer de si mesmo”.

Nossa aposta, orientada pela psicanálise, vai em direção de fazer falar, proporcionando tratamento pela palavra. Como nos traz Bernardes (2003, p. 18), falar sob transferência, quando esta é manejada segundo a ética da psicanálise, é capaz de operar uma transformação inestimável para aquele que a experimental.

### **Considerações finais**

A partir da nossa experiência como psicólogas residentes no ambulatório e na enfermaria da cirurgia vascular, que integram o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UnATI/Uerj), destacamos os principais motivos de encaminhamentos dirigidos ao Serviço de Psicologia; entre eles estão as queixas de esquecimento e os diagnósticos de depressão. A partir disso, norteadas em especial pelas obras de Freud, Mucida e Castilho, tecemos algumas considerações.

Entre as especificidades da clínica com idosos, está a concomitância de perdas significativas no contexto da velhice. As respostas diante dessas situações serão sempre singulares, entretanto, o ambiente de luto pode forçar a via na direção de certas saídas, como as queixas de esquecimento e a sintomatologia depressiva.

Conforme sublinhamos, Mucida (2007) nos ensina que não há velhice sem luto, na medida em que esse momento da vida impõe mudanças e implica em perdas. Assim, tendo em vista que as queixas de “problemas de memória” são frequentes na clínica com idosos, precisamos estar advertidos de que, em vez de uma síndrome demencial, questões subjetivas podem estar em jogo em certos episódios de esquecimento, devido à complexidade do luto.

No que diz respeito aos diagnósticos de depressão, a aposta da escuta



psicanalítica é que o sujeito fale do que foi nomeado como depressão, a fim de que tome a palavra, associe e faça uma leitura possível de sua própria história. Nessa direção, nossos achados no Serviço de Geriatria corroboram os escritos de autores com referencial psicanalítico que se debruçam sobre a temática do envelhecimento, de que pode haver, em certos casos, uma relação entre os diagnósticos de depressão e o ambiente de luto.

## Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bernardes, A. C. (2003). *Tratar o impossível: a função da fala na psicanálise*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Castilho, G. (2005). Perda de laços, solidão e sentimento de estranheza: questões na clínica com idosos. In M. S. G. F. Hanna (Org.). *O objeto da angústia*. Rio de Janeiro: 7Letras.
- Castilho, G. (2015). *Acerca de uma queixa de “problemas de memória” na velhice: Signorelli e Acrópole*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana.
- Castilho, G., & Bastos, A. (2015). Sobre velhice e lutos difíceis: “eu não faço falta”. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 21(1), 1-14. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682015000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682015000100002).
- Freud, S. (1904/1996). O método psicanalítico de Freud. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917/1996). Luto e melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1926/1980). Inibição, sintoma e angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (V. XX). São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (1930/1996). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago.
- Groisman, D. (2013). Sobre amnésia, ou melhor, sobre a memória. In V. A. S. Soares, S. Moreira & A. L. S. Mayor (Orgs.). *Arte e saúde: aventuras do olhar* (1a ed., pp. 102-103). Rio de Janeiro: EPSJV. Recuperado em 15 janeiro, 2022, de <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=224>.
- Lacan, J. (1962-1963/2005). *O Seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lei n. 10.471, de 1º de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 17 maio, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm).
- Mucida, A. (2007). *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de

Cavalcante, E. B. & Arello, M. I. R. S. *Possíveis desdobramentos do ambiente de luto na velhice: queixas de memória e diagnóstico de depressão*

Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF.  
Recuperado em 17 maio, 2018, de  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).

Recebido em: 22/05/2018  
Aceito em: 20/04/2022



Quinet, A. (1999). *Extravio do desejo: depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Marca d'água.

A revista PPP está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional