

MEDICALIZAÇÃO E TERCEIRA IDADE: A QUESTÃO DA DEPRESSÃO

*Renata Andrade **

*Roberto Calazans***

RESUMO:

Este artigo visa discutir o processo medicalizante que tem se instalado na sociedade atual, o qual assume como biológico toda e qualquer queixa e torna irrelevante as vivências e a história do sujeito. Esse processo se expande por todos os momentos do existir, marcando sua presença de forma característica ao se tratar da terceira idade, quando o sujeito tem uma bagagem de sentimentos e perdas maiores e requer maior elaboração de um trabalho de luto. Esses fatores, quando vinculados à depressão, podem ser tratados a partir de dois pontos de vista: o medicalizante, que enxerga o ser apenas enquanto paciente, cujo apoio praticamente exclusivo em medicamentos objetivando a remissão de um sintoma é evidente. Ou ainda o ponto de vista psicanalítico, em que o sujeito está em primeiro lugar, baseando-se na noção de sujeito e evidenciando seus desejos, dificuldades e conflitos.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Medicalização, Terceira Idade, Depressão; Sujeito

* Renata Andrade. Bolsista de Iniciação Científica pela FAPEMIG. Acadêmica do curso de psicologia da Universidade Federal de São João del Rei.

** Roberto Calazans. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del Rei. Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq nível 2.

Endereço para correspondência: Praça dom Helvécio, 74. Bairro Dom Bosco. São João del Rei-MG. CEP: 36301160. Tel:32-33792425. Email: roberto.calazans@gmail.com

Introdução

Um projeto medicalizante não pode deixar de ter impactos também sobre a terceira idade. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, a terceira idade caracteriza-se como sendo “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte” (Opas, 2003). No Brasil, essa fase se inicia a partir dos 60 anos de idade, conforme artigo 1º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Diversos estudos realizados no Brasil acerca do consumo de medicamentos por idosos nos permitem notar alguns desses impactos, como a automedicação, a imprudência e a dependência, por exemplo. Desse modo, neste artigo contraporemos a perspectiva medicalizante à perspectiva psicanalítica em torno do que seria a depressão, principalmente na terceira idade.

Medicalização

A medicalização é um processo que se compõe de duas etapas: a primeira é considerar todo e qualquer problema uma questão de ordem médica e, por conseguinte, com uma causa biológica; a segunda é a patologização de problemas da ordem da existência, principalmente o sofrimento psíquico (Aguiar, 2004; Calazans & Zetola, 2008). Podemos dizer que temos aí uma definição de sujeito em que todas as suas questões são reduzidas a um bom funcionamento orgânico e a uma adaptação a ordem pública (Miller, 1998). A consequência lógica a ser extraída dessas premissas é que o sofrimento psíquico, por supostamente ter uma causa biológica e ser patológico, deve ser tratado, preferencialmente, por medicamentos acompanhados de um diagnóstico produzido por meio de manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais, seja DSM-V-TR (APA, 2013), seja CID-10 (OMS, 1993).

De acordo com Renata Guarido (2007), pesquisas realizadas aproximadamente nos últimos cinquenta anos nos mostram a crescente mudança da psiquiatria clássica para a atualidade. Um dos imperativos dessa mudança, no entanto, é uma continuidade desde o surgimento da psiquiatria no início do século XIX como demonstraram Michel Foucault (2002) e Paul Bercherie (1989): a necessidade de aprovação científica de

psiquiatria para que assim ela seja incluída como uma especialidade médica. Ou seja, questões relativas à subjetividade passaram a exigir soluções mais rápidas e eficazes, ao contrário do que acontecia na psiquiatria clássica, em que eram tratadas de forma mais lenta e profunda. Isso fez com que a psiquiatria tomasse um caráter mais organicista em que todo e qualquer transtorno, outrora de ordem psíquica, passasse a ter um diagnóstico com elementos codificáveis biologicamente e solucionados através de medicamentos.

Experiências como a tristeza, a ansiedade, o mau-humor, dentre muitas outras, antes consideradas como traços da personalidade ou como parte do cotidiano, hoje são caracterizados como algum tipo de transtorno psiquiátrico, para o qual possivelmente há um medicamento específico a ser prescrito para que a felicidade, estado considerado recomendável para todos, seja constante, como demonstra criticamente Pelegrini (2003). Talvez seja essa mais uma das muitas influências para a grande expansão dos medicamentos psiquiátricos. Para Adriano Aguiar (2004), a obrigatoriedade de se estar bem psicicamente, feliz e satisfeito com a vida a todo momento acometida pelos dias atuais, gera a premência de soluções encontradas momentaneamente nos psicofármacos. *Momentaneamente* pelo fato de somente abster por algum tempo esses sofrimentos psíquicos e não saná-los definitivamente, justamente por se tratar de fenômenos psíquicos/subjetivos. Não há propriamente um tratamento, simplesmente esses sintomas seriam anulados aumentando o vazio do existir e, posteriormente, poderiam retornar ao indivíduo de forma mais intensa, que seria caracterizada pelo DSM-IV-TR como uma depressão. Assim, um novo *tratamento*, com novas medicações seria indicado. Isso comprova cada vez mais a objetivação da existência, na qual tudo se resolve com algum tipo de remédio.

O sujeito que vai até o médico com algum tipo de queixa ou sofrimento a fim de se esclarecer e solucionar suas angústias, depara-se com uma realidade confusa, na qual é o médico quem determina se a queixa apresentada é real ou ilusória e lhe confere uma precisão mais objetiva de acordo com seu entendimento. Esse olhar biomédico, além de ser reconhecido pela sociedade, é também aderido por ela (TESSER, 2006).

Ainda de acordo com Charles Tesser (2006), o processo de medicalização no Brasil possui altos índices e é de grande importância para o Sistema Único de Saúde - S.U.S - e a Saúde Coletiva devido ao investimento que acarretou no aumento de profissionais da área, proporcionando à população um maior contato com a atenção a saúde biomédica. No entanto, a medicalização acarreta em uma mudança cultural que,

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

por vezes, altera até mesmo a autonomia do sujeito de lidar com seus problemas. Esse efeito, nas palavras de Tesser, “desemboca num consumo abusivo e contra produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação” (TESSER, 2006, p. 61)

Um dos fatores desencadeantes do processo de medicalização, além do alto investimento de indústrias farmacêuticas em marketing, são as publicidades realizadas pela mídia de massa em favor ao uso de medicamentos, direcionadas aos leigos que não deveriam ter acesso a tais informações sem orientação médica. Essas propagandas possuem um alto poder de persuasão, uma vez que são expostas pelos mais diversificados meios de comunicação, por meio da fala de artistas de televisão que aparecem dando seus depoimentos sobre a eficácia ou benefícios recorrentes do uso daquele ou de outro medicamento. Outros veículos informativos que, assim como revistas de fácil acesso circulam por entre a massa são as rádios, cujos locutores têm altos índices de audiência, ou até mesmo os *outdoors* espalhados pelas ruas propagam os ganhos obtidos pelo uso dos fármacos (JESUS, 2006; CASTRO, 2000).

Se por um lado a imprensa veicula tantas informações positivas sobre medicamentos, por outro ela deixa a desejar quando se trata de propagar maiores informações a respeito dos malefícios e riscos causados pelo seu consumo indiscriminado. Ademais, há uma disseminação de características e maneiras de usos desses produtos disponíveis em sites da internet (SOUZA, MARINHO & GUILAM, 2008), o que facilita às pessoas a busca por informações sobre doenças e medicamentos, as quais deveriam estar resguardadas com um médico.

Essa divulgação em massa dos medicamentos e suas utilidades acarreta práticas como a automedicação que, de acordo com Daniela Aquino (2008), representam cerca de 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil. O uso indiscriminado de medicações é responsável por aproximadamente um terço das internações que ocorrem no país. Além do mais, “estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)¹⁴ da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) revelam que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos.” (AQUINO, 2008, p. 735).

Para Illich (1975) existem três razões para se considerar a medicalização da vida como maléfica. A primeira delas diz respeito à desconsideração da subjetividade por conta das intervenções técnicas. A segunda é caracterizada pela forma como é organizada essa intervenção, que segundo ele “transforma-se em máscara sanitária de

uma sociedade destrutiva”. E por último, a terceira refere-se à retirada da autonomia do sujeito em prol de um controle político do sistema industrial. E a medicina transforma-se em uma “oficina de reparos e manutenção” (p.26), responsável por manter o funcionamento do homem em perfeitas condições.

O processo medicalizante torna-se, então, cada vez mais próximo da realidade dos sujeitos, uma vez que é amparado por manuais estatísticos de diagnóstico, cuja função é elencar todos os sentimentos e eventos corriqueiros da existência e transformá-los em sintomas de alguma patologia com diagnóstico descrito em suas páginas. Isso torna visível não um apoio ao atendimento, em que houve acompanhamento mais profundo do paciente, de seus desejos e sofrimentos, mas sim a afirmação de que todo e qualquer sofrimento ou desordem psíquica (passageira ou não) do indivíduo tem por solução algum medicamento (GUARIDO, 2007).

De que forma, então, podemos considerar o efeito desses excessos e usos abusivos de medicamentos próprios à medicalização, na terceira idade? Afinal, nessa época da vida cujo corpo se apresenta muitas vezes com desgastes visíveis, expressos por rugas, cabelos brancos, cansaço, desânimo, além da presença mais próxima da morte, seja a de si, seja a daqueles que constituem o laço social do sujeito: é o que destacaremos nas próximas seções.

Definição de terceira idade

A terceira idade é nomeada por diversos autores de diversos modos, de acordo com a visão que cada área tem dessa fase da vida. Seu início, suas complicações ou dificuldades, bem como seus sofrimentos e angústias têm interpretações variadas e, conseqüentemente, serão trabalhadas por profissionais das áreas de saúde de formas diferenciadas. Porém, como vimos na seção anterior, é por meio de medicalizações que tem se dado grande parte desses tratamentos, o que corrobora ainda mais para a visão de sujeito puramente biológica e retira a subjetividade do mesmo.

A maneira de viver e sentir a vida de uma pessoa idosa é muitas vezes afetada pela maneira como eles são tratados pelas demais pessoas, seus familiares, a sociedade, além de carregar as suas vivências anteriores. Entretanto, os sujeitos que constituem esse estágio da vida tendem a não serem mais vistos como produtores de bens e lucros, o que os coloca à margem da sociedade. São muitas vezes vistos como um *peso* que a família carrega, alguém que vai depender dos familiares para tudo e ainda tendem a ser

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

alvo direto de uso abusivo de medicamentos.

No entanto, como nomear uma fase da vida em que pela idade o sujeito passa a ser situado como alguém de um mundo estranho, distinto do conjunto da sociedade? Muitas vezes essa questão é deslocada e não tratada, sendo situada da seguinte maneira: como nomear uma fase da vida na qual se somam todas as experiências vivenciadas anteriormente? Ao colocar a questão dessa maneira, ela assume alguns complicadores, uma vez que há divergências entre os significados dos diversos nomes adotados, por vezes pautados em questões puramente físicas e biológicas, ignorando a trajetória trazida pelo sujeito. E cremos que a noção de sujeito pode ser entendida quando considerada a possibilidade de cada um pensar crítica e ativamente dentro do contexto no qual está inserido, e não somente pela consideração de um estado ao qual se chega pelo mero passar do tempo. Desse modo, vejamos então como alguns autores tratam da questão somente do ponto de vista da nomeação de um estado.

O ciclo de vida do ser humano é dividido pela Resolução 39/125 da Organização das Nações Unidas - ONU, do ponto de vista econômico, em três idades, levando-se em conta o homem como trabalhador ativo que produz e consome os bens. A *Primeira Idade* compreende aqueles que só consomem e são improdutivos, as crianças e adolescentes; a *Segunda Idade* compõe a *População Economicamente Ativa* de uma sociedade, ou seja, produzem e consomem bens, são os jovens e adultos, e a *Terceira Idade* seriam aquelas pessoas que já produziram e consumiram, mas não mais o fazem, são improdutivas e apenas consomem por meio da aposentadoria (RODRIGUES, 2006).

De acordo com França (2010), a Organização Mundial de Saúde – OMS – assume como idosos, pessoas com idade a partir de 60 nos países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos. Para a autora, essa classificação estaria atrelada às condições de qualidade de vida que um país oferece aos seus habitantes. No Brasil, o sujeito assume o papel de idoso a partir dos 60 anos de idade, conforme as leis LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994 e LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 (estatuto do idoso), cujo objetivo seria *promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade*, garantindo-lhes seus direitos sociais.

Entretanto, do ponto de vista biológico, ela se inicia aos 50 anos, conforme as quatro idades estabelecidas pelos geriatras: “primeira idade: de 0 a 20 anos; segunda idade: de 21 a 49 anos; terceira idade: de 50 a 77 anos; quarta idade: de 78 a 105 anos”. E ainda, “idoso jovem, dos 66 aos 74 anos; idoso velho, dos 75 aos 85 anos; dos 86 em diante ocorre a manutenção pessoal”. (PONTAROLO & OLIVEIRA, 2008, p. 116).

Há muitas divergências entre a nomenclatura usada - velhice, terceira idade, idoso, senescência - devido à maneira como cada autor no meio acadêmico significa esses termos. As autoras Caldas e Thomaz (2010), por exemplo, trazem uma distinção clara entre algumas delas: “a palavra ‘velho’ foi vista como um termo depreciativo, carregado de significados negativos e preconceituosos. O termo ‘idoso’ foi categorizado como algo mais personificado, com mais características dos idosos. Já a palavra ‘terceira idade’ remete a algo mais grupal” (p. 82).

Pontarolo e Oliveira (2008) consideram “velhice, também chamada de Terceira Idade” (p. 116), não fazendo distinção entre elas. Também de acordo com as autoras, ainda não há uma definição exata para velhice e o termo de designação *velho* estaria ligado à morfologia da palavra gerontologia, visto que *gero*, do grego, é o mesmo que *velho*. Zimerman (2007) considera *velho* partindo dos mesmos princípios que as autoras anteriores citam de *terceira idade*: refere-se à idade física, social, psicológica, econômica.

Segundo Laslett (1987, *apud* Debert, 1996), a expressão *Terceira Idade* teve origem na França, nos anos 70, com a criação da *Universités du T’roisième Âge* e posteriormente, em 1981, incorporada ao vocabulário anglo-saxão a partir da criação das *Universities of the Third Ate em Cambridge*, Inglaterra. Para ela, a expressão usada pelos estudiosos da velhice, não se refere à faixa etária claramente, mas sim por ser essa uma forma de tratamento às pessoas desse período de vida que não obteve, ainda, caráter depreciativo.

Silva (2008) refere-se à *velhice* como algo que “se somou a ‘terceira idade’ e uma série de características inéditas que a acompanham” como sendo uma transformação baseada em uma maior sensibilidade da *velhice* “antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo, passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, hobbies e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família”. No entanto, outros autores, apenas intercalam dois ou mais termos, sem distinção entre eles ao longo de seus trabalhos (SANTOS, 2002; CALDAS & THOMAZ, 2010)

De acordo com Silva (2008), a noção de terceira idade surgiu a partir da necessidade de diferenciar as idades entre a classe trabalhadora do século XIX de acordo com as funcionalidades de cada faixa etária, bem como seus hábitos. No século seguinte, as estruturas etárias já estão estabelecidas e melhor posicionadas, tornando-se

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

mais evidente tal separação por meio da “institucionalização de ritos de passagem, como o ingresso na escola e na universidade e a aposentadoria” (HAREVEN, 1995 *apud* SILVA, 2008).

Essa fase da vida do ser humano é vista de acordo com diferentes aspectos. Ela pode ser constituída por alterações biológicas, orgânicas, as quais interfere no bom funcionamento do organismo, o que a torna sinônimo de doença, podendo ser vista como uma questão patológica que caracteriza a senescência própria dos saberes médicos conforme apontam Jean Martin Charcot (1825–1893), François Broussais (1772–1838) e Marie François Xavier Bichat (1771–1802) (Silva, 2008) e Hayflick (1996) (Santos, 2002). Dessa forma, Illich (1975) traz a visão de problema geriátrico baseado na medicalização da condição de determinada idade sem questionamentos. Além disso, pode representar a dependência, a fragilidade e o isolamento do sujeito (SANTOS, 2002).

Pode também ser vista como uma fase da vida em que o sujeito não oferece mais a mesma produtividade, comprometendo seu rendimento econômico que está diretamente ligada à aposentadoria e ao desgaste psicológico (PONTAROLO & OLIVEIRA, 2008). Além disso, há uma visão dessa fase da vida, nas palavras de Rodrigues (2003), como uma “fase de realizações” que “vem associada ao lazer”. Desse ponto de vista, seria o momento em que o sujeito pode se dedicar a uma vida ativa, pautada na saúde e na necessidade de manter hábitos sempre rejuvenescidos (RODRIGUES, 2003; DEBERT, 1996).

Para Katz (SILVA, 2008), a inserção da postura médica diante de um corpo físico biologicamente envelhecido e a instauração regulamentada da aposentadoria são os pontos primordiais ao surgimento da velhice. A questão médica se dá devido ao surgimento da gerontologia e geriatria, ciências médicas específicas para tratar pessoas cronologicamente avançadas, cujo organismo já apresenta alterações e tende a se degenerar, conforme as formulações propostas por Ignatz Nascher. Como consequência dessa “degeneração” corporal, há que se considerar questões, como a perda de autonomia e dependência.

A representação do que é ser idoso e como isso será vivido não depende somente dele próprio como também dos demais que o cercam, da sociedade e cultura nas quais ele está inserido (CALDAS & THOMAZ, 2010). A ideia de que uma pessoa com idade superior a 60 anos esteja fora dos padrões de produtividade, bem estar e vida ativa parece estar culturalmente presente nos dias atuais (CARLOS, JACQUES, LARRATÉA

& HEREDIA, 1999; LAUTENSCHLEGER, 2010) e amplamente ligada à questão da aposentadoria como meio de manter essas pessoas distantes do trabalho (CARLOS *et al*, 1999). Em contraste a essa realidade, vemos que a ideia de juventude simboliza força, felicidade, vida e tende a afetar e influenciar na maneira de pensar dos próprios idosos, cuja representação própria tende a ser pejorativa.

Tempos atrás, o idoso era visto como aquele que trazia consigo uma vida carregada de experiências e lembranças ou a imagem daquele(a) avô(ó) que contava as histórias e era rico em saberes (CALDAS & THOMAZ, 2010). No entanto, a representação que essas pessoas têm para a sociedade desde a criação da aposentadoria até os dias de hoje apresentam fortes contrastes.

Inicialmente (SILVA, 2008; CARLOS *et al*, 1999; CALDAS & THOMAZ, 2010), o idoso era visto como aquele cujo corpo já desgastado está fragilizado e exhibe uma baixa ou nenhuma produtividade para o trabalho. Dessa forma, a aposentadoria estaria atrelada aos interesses de donos de indústrias e empresas, a fim de assegurá-los da manutenção do bom comportamento e boa produção da classe trabalhadora. Ao passo que, atualmente, a aposentadoria seria o momento em que a pessoa poderá usufruir da vida, buscar atividades de lazer e melhorar sua qualidade de vida, desfrutar seu tempo em atividades que possam assegurar seu bem estar. Esse tipo de discurso, que confere ao idoso um *momento de lazer*, chama a atenção para a questão de produtividade e saúde, como uma forma de transparecer o ponto de vista médico sendo promotor de um certo laço social. Assim, surge a questão: como teria sido a experiência de vida desse sujeito até então? Essa visão do outro pré-definida pelas nomenclaturas de tais períodos da vida suspendem por completo a subjetividade desses indivíduos, não se levando em conta suas emoções, experiências, vivências e pensamentos.

Por outro lado, ainda, há a representação de terceira idade com bases em parâmetros médicos, ou seja, os sinais estão presentes fisicamente, há um desgaste do corpo, surgem as rugas, doenças, problemas crônicos e as perdas. Com vistas para se trabalhar tais questões, temos especialidades médicas como a gerontologia (SILVA, 2008; ZIMERMAN, 2007).

Essa visão de idoso baseada em desgastes e perdas do corpo físico, ganha força com a lei 8.842/94, a qual cria o Conselho Nacional do Idoso e prevê medidas governamentais para que o idoso tenha melhores condições de vida, como criação de projetos para interação social e cultural, serviços e assistência a saúde, garantia dos direitos e moradia, dentre outros.

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

No entanto, ao se dar tanto enfoque às questões físicas do organismo para se tratar do idoso e considerar todas as queixas com fundamentos físicos, coloca-se de lado o subjetivo e, conseqüentemente, é a partir do mesmo princípio que são pensados os ditos tratamentos, cujos problemas já diagnosticado receberão um fármaco como forma de intervenção. Esse processo medicalizante, baseado em diagnósticos pré-definidos em manuais e com medicação *a posteriori*, é observável em muitos idosos ao se tratar a depressão, cujo diagnóstico consta nesses manuais e é identificável a partir de eventos que o sujeito relata. Todavia, questionamos nesse fato se há a devida preocupação com a subjetividade ou trata-se apenas de cifração dos pacientes em termos epidemiológicos. Destacaremos, nas próximas, seções ambos os pontos de vista, tomando como perspectiva a depressão.

Depressão na terceira idade do ponto de vista da psiquiatria dos transtornos

A medicalização da terceira idade se faz presente na sociedade como uma perspectiva que generaliza como patológico toda e qualquer queixa que o sujeito leva aos consultórios. Seus sofrimentos e angústias são diagnosticados muitas vezes, como veremos a seguir, como depressão e são transformados em cifras estatísticas a partir do ponto de vista epidemiológico que se quer prevalentes na psiquiatria atual, conforme veremos a seguir.

Para alguns autores, além da idade avançada estão os desgastes físicos e mentais que podem estar ligados ao estado psicológico dos idosos, como ocorre na depressão. Esse quadro depressivo estaria relacionado à qualidade de vida que o idoso teve, aos seus índices de produtividade, à sua participação social, aos laços afetivos, bem como ao seu estado de saúde (STELLA, GOBBI, CORAZZA & COSTA, 2002; LEITE, CARVALHO, BARRETO & FALCÃO, 2006).

A depressão tem sido, desde a década de noventa, diagnosticada a partir de critérios estatísticos, em pessoas idosas, variando de 1 a 16%, conforme já apontavam Almeida e Almeida (1999) e ainda associada, em proporções aumentadas, a doenças degenerativas e características da idade avançada, tais como Parkinson, Alzheimer, doenças do coração e cerebrovascular. Essas pessoas tornam-se alvos mais vulneráveis ao passo que os sintomas considerados para tal diagnóstico não permitem uma clara distinção entre o que é considerado normal daquilo cuja origem é patológica (MACIEL & GUERRA, 2006).

O diagnóstico da depressão, nessa perspectiva, é frequentemente detectado por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica - (*Geriatric Depression Scale*) GDS de Yesavage (1983), composta originalmente por 30 questões, adaptada e mais utilizada atualmente em versões reduzidas de 20, 15, 10 ou 4 questões aplicadas de acordo com a quarta edição revista do “Diagnostic and statistical MANUAL OF MENTAL DISORDERS” - DSM-IV-TR . (Ferrari & Delacorte, 2007; Almeida & Almeida, 1999).

Estudos apontam para taxas de prevalência bastante variadas da depressão em idosos, sendo que no Brasil vemos a aplicação de critérios epidemiológicos apontarem para uma ampliação das pesquisas em várias regiões do país. De acordo um estudo realizado por Santos (1999) em Pelotas-RS com idosos entre 60 e 97 anos de idade, cerca de 20% das 776 pessoas entrevistadas apresentaram diagnóstico positivo para a depressão, dentre os quais, 17,2% haviam ainda ingerido medicamento antidepressivo. Além disso, mais de 50% dessas pessoas eram mulheres.

Porcu et al (2002) estudaram a prevalência de depressão em idosos com idade igual ou superior a 60 anos, na cidade de Maringá-PR, com base em uma amostra de 90 pessoas divididas em categorias de hospitalizados, residentes em instituições (asilos) e em lar próprio, dos quais a maioria eram mulheres. Os índices obtidos foram 56,67% em idosos hospitalizados, 60% em idosos residentes em asilos e 23,34% em residentes de lar próprio.

Em Brasília, por sua vez, foram avaliados 118 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, 90% eram mulheres. Cerca de 31% dos idosos estudados apresentavam um quadro de depressão, desses, 26% apresentavam depressão leve ou moderada e os demais depressão grave. (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006)

Outro estudo realizado no Recife e região metropolitana de Pernambuco, com 358 idosos com idade a partir de 60 anos de idade, sendo 312 mulheres e 46 homens, possibilitou o diagnóstico da depressão em 24,02% dos participantes. Desses, 75,58% apresentavam *depressão menor* e os outros 24,42% apresentavam *depressão maior* (LEITE, CARVALHO, BARRETO & FALCÃO, 2006). No Rio Grande do Sul, por sua vez, foram avaliados 50 pacientes do Hospital São Lucas da Puc-RS, 16 homens e 34 mulheres com idade igual ou superior aos 80 anos. Desse total, 46% apresentaram depressão (FERRARI & DELACORTE, 2007).

Vemos que os dados, quando usados somente a favor da escala de depressão, ora oscilam entre 16 e 25 %, ora apontam para uma tendência de aumento dos casos de

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

depressão em idosos. Como consequência, temos também o aumento do uso de medicação antidepressiva. No entanto, dois aspectos clínicos são importantes para o tratamento da questão antes de nos valermos de critérios padronizados que preconizam como tratamento privilegiado a medicação: como entender a depressão? Como pensar a relação do sujeito com seus sintomas e sua experiência de perda. Acreditamos que a maneira como a psicanálise pensa sua clínica pode ajudar a esclarecer tais questões que escalas padronizadas não permitem responder.

Depressão, psicanálise e noção de sujeito

Atualmente, como apontamos nas seções anteriores, a partir da psiquiatria biológica é comum vermos os sintomas, os eventos cotidianos, as queixas serem medicados, ou seja, transformados em potenciais problemas a serem tratados bioquimicamente. Isso se deve em grande parte aos procedimentos diagnósticos amparados em critérios estatísticos e reunidos em manuais diagnósticos criados ao longo da história de classificações das doenças mentais. No entanto, nem sempre foi assim, e mesmo hoje há divergências em relação a essa metodologia diagnóstica e suas consequências. No caso da depressão, podemos ver que seu diagnóstico pode ser dividido em três diferentes momentos.

De acordo com Francisco Paes Barreto (2010), o primeiro deles é situado a partir de Jules Baillarger em 1854, quando esse autor constrói seu conceito de loucura de forma dupla, que significa uma alternância entre estados melancólicos e maníacos. Nessa mesma época, Jean-Pierre Falret descreve o que chamou de loucura circular, na qual não haveria alternância entre mania e melancolia como duas partes distintas que trocam de lugar, e sim momentos distintos em uma mesma situação. O segundo momento é o difundido por Emil Kraepelin, no século XX, o qual tende a abordar a depressão de forma organicista, considerando que todo sofrimento psíquico é considerado como doença cerebral. Para tentar dar um fim ao debate entre diversas teorias psicopatológicas, surge, em um terceiro momento, os Manuais Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), invadindo o campo do sofrimento psíquico a partir de uma diagnose que pretende apenas descrever o conjunto de sintomas e sua prevalência no tempo, reunindo-os sob o nome de transtorno.

É sob a égide da noção de transtorno que a antiga loucura circular ou loucura de forma dupla, que no século XX foi chamada de psicose bipolar, passa por uma

generalização sob o nome de transtorno ao espectro bipolar (BARRETO, 2010). Generalização, visto que a noção de espectro permite com poucos sintomas diagnosticar o transtorno e, assim, aumentar o número de pessoas que se enquadram nessa categoria. Desse modo, vemos a aliança entre os manuais estatísticos e a psicofarmacologia em que os medicamentos prometem a remissão dos sintomas.

Mas qual seria a função de um psicofármaco? Um psicofármaco, conforme ainda Barreto (2010, p.176), teria por objetivo eliminar os sintomas dos transtornos mentais e do comportamento e adequar o sujeito às normas do espaço sociocultural onde ele vive, além do que atualmente tem se tornado uma válvula reguladora que tende a uniformizar a sociedade. De acordo com Pignarre (1999), para que um medicamento seja inserido no mercado e se torne mais um nas prateleiras das farmácias, deve passar por ensaios clínicos, cujo objetivo é verificar a eficácia bioquímica do mesmo. Sendo assim, um ensaio clínico utiliza três grupos distintos: o primeiro, composto por pacientes que farão uso do novo medicamento; o segundo, formado por pacientes que receberão um medicamento amplamente estudado e por último, no terceiro, pacientes que vão receber um placebo, ou seja, uma drágea com as mesmas características dos medicamentos dos dois grupos anteriores, porém sem nenhuma substância química. Os integrantes desses grupos devem ser distribuídos aleatoriamente de forma a garantir mais consistência nas comparações. O grupo placebo, por sua vez, é o que garante aos pesquisadores que os resultados tenham sido realmente pelo medicamento e não resultados subjetivos dos pacientes por estarem em tratamento.

Os resultados dos ensaios clínicos são baseados em dados estatísticos, cujos fatores de eficácia analisados são a redução ou supressão dos sintomas. Para isso, tais sintomas precisam se transformar em valores, fazendo necessária a criação de escalas de avaliação (Barreto, 2010). É nesse aspecto que falamos de aliança entre os manuais classificatórios de transtornos mentais e a lógica de tratamento via fármacos.

Para a psiquiatria biológica, o que se trata é o transtorno, e a cura passa a ser a eliminação de um sintoma, de algo que destoa ao dito normal através do uso cada vez maior de psicofármacos como reguladores da sociedade (PRISZKULNIK, 1998, p. 19). Mas acreditamos que quando estamos às voltas com a definição do que é um sintoma que é qualificado de psíquico, a abordagem passa por outros caminhos. Afinal, no caso de um sintoma psíquico, o sintoma faz com que emergja o sujeito como uma dúvida sobre si. É uma insuficiência sobre o que herdou da família, seja em termos biológicos, seja em termos culturais. Insatisfação em relação ao discurso que o antecedeu, aos

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

significantes que o identificaram e o guiaram até aquele momento. Freud nomeou essa insatisfação de desejo e chamou sua expressão, ou presença, de... sintoma! O sintoma é uma resposta velada à angústia, a qual se constitui em torno da castração, em torno da questão da sexualidade e da ausência de critério que permite estabelecer a relação sexual. É aí que Freud encontra a sexualidade e seu caráter infantil para o sujeito. Um sintoma implica sempre a posição do sujeito, a sua própria avaliação sobre si e sobre o outro (MILLER, 1998, p.248).

Por isso que podemos afirmar que no campo do sofrimento psíquico o uso de psicofármacos não é o único modo de tratamento. Há possibilidades que passam não pela bioquímica, mas pela palavra. E onde há palavra, há sujeito que pode se responsabilizar pelo seu sintoma e por seu tratamento. Por isso que, para a psicanálise - abordagem que escolhemos para relativizar a lógica do diagnóstico da depressão na terceira idade -, é o sujeito quem deve ser tratado, ou seja, o sintoma deve ser tratado tanto pelo sofrimento quanto pelo enigma desse sofrimento. O paciente, ao aceitar uma análise, acredita que o analista seja aquele que possui o saber sobre a sua causa, dando início assim ao processo de transferência, embora esse saber seja do seu próprio inconsciente (PRISZKULNIK, 2000). Freud nos dirá, em 1915, que o inconsciente não conhece o tempo, o que já nos abre uma possibilidade outra de tratamento de casos na terceira idade que leve em consideração a posição do sujeito e suas relações com o outro, e não somente o tratamento por conta de seu organismo envelhecido.

Um outro aspecto importante que diferencia a psicanálise da psiquiatria atual é que para a psicanálise, a tentativa de eliminar o sintoma é em vão, visto que ao se eliminar um sintoma, pela própria lógica do inconsciente, os afetos que o sustentam são deslocados e gerem um novo sintoma (FREUD, 1915). Os sintomas, por sua vez, não são somente prejudiciais e inúteis ao sujeito. Eles causam desprazer e sofrimento aos mesmos, além de acarretar danos, como dispêndio mental e adicionais para combatê-los. Esses dispêndios tendem a enfraquecer a energia, mental do sujeito. Mas, além dessa dimensão de sofrimento, os sintomas também são também respostas desses sujeitos a conflitos psíquicos (FREUD, 1916).

Para Freud (1916), a formação dos sintomas é o resultado de um conflito psíquico e uma nova forma de buscar satisfação para a libido quando insatisfeita. A libido é interceptada e busca alguma saída para descarregar seus investimentos de energia de acordo com o princípio de prazer. Ela é estável enquanto mantém-se satisfeita, porém com a frustração tanto interna quanto externa torna-se refratária. De

acordo com Freud, o sintoma surgiria então como resultado de uma realização distorcida do desejo libidinal inconsciente.

Os sintomas são, então, substitutos para a satisfação frustrada a partir de uma regressão da libido às representações que se vinculam diretamente a um retorno ao passado de escolha objetal ou de organização. Os neuróticos estão ligados a representações, a um momento em que a libido primordialmente se satisfazia. O sintoma repete a satisfação infantil que é alterada pela censura que surge do conflito e transformada em uma sensação de sofrimento. Porém, a satisfação aqui obtida pode ser irreconhecível para o sujeito devido ao conflito psíquico que se encontra sob pressão e gera o sintoma. O que antes para o sujeito era satisfatório, posteriormente pode se tornar motivo de resistência ou repugnância (FREUD, 1916).

Freud (1916) nos mostra também que as experiências infantis às quais a libido está fixada, no entanto, podem não ser sempre reais ou verdadeiras. Os sintomas tanto podem ser resultados de experiências reais do sujeito, havendo influência da fixação da libido quanto podem apenas representar fantasias do sujeito. Mas em se tratando de psicanálise, ambas podem ser igualadas, realidade e fantasia fazem parte das experiências infantis. Além disso, as fantasias teriam como fonte as pulsões e nós tenderíamos a avaliar e obedecer o princípio de realidade, mesmo que com ele estejamos nos distanciando da satisfação (princípio de prazer) e não obtendo prazer. Vemos aqui que estamos às voltas com noções que remetem ao que Lacan chama de sujeito.

Portanto, o que podemos depreender sobre isso para a depressão? A psiquiatria biológica atual considerará a depressão a partir de critérios descritivos e escalas. Ao tomar como exemplo um ensaio clínico sobre a depressão, Barreto (2010) nos mostra que o critério de inclusão é apenas estar deprimido, não considerando aqui o sujeito ou sua singularidade. Independente de número ou intensidade dos sintomas apresentados, o importante é o ser enquanto deprimido. A intenção e o efeito de um tratamento variam de acordo com o ponto de vista que se percebe a questão. Em função disso, a psiquiatria biológica, ao postular a remissão dos sintomas, privilegiará o tratamento psicofarmacológico. No entanto, a psicanálise dará a esse meio de tratamento um outro lugar. Não se trata de ser contra os psicofármacos, mas de entender seu lugar numa dinâmica de tratamento.

O psicofármaco teria, então, lugar para a psicanálise para tratar não o sintoma, mas sim os modos de satisfação pulsional que um sintoma comporta. Conforme

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

afirmação de Freud “as substâncias químicas influiriam sobre a quantidade de energia e sua distribuição no aparelho psíquico” (1938/1996, p.127) ou seja, na regulação do gozo. Como lembra Éric Laurent, para Lacan, “haveria uma equivalência entre o Édipo e uma dose do psicofármaco, na medida em que ambos introduzem uma neutralização, um tempero do gozo” (2003, p.35). A depressão, para a psicanálise, seria, portanto, o sintoma ou gozo do sintoma, se abordada pelo campo do sofrimento. Ademais, poderia ser tratada com psicofármacos, uma vez que o psiquiatra tivesse consciência de que o medicamento é apenas um coadjuvante e que este não será capaz de eliminar nenhum tipo de sintoma, apenas poderá moderar o gozo (BARRETO, 2010). Em outros termos: a psicanálise irá tratar da dimensão dos afetos por meio de sua regulação não apenas por meio bioquímico, mas principalmente por meio da palavra que pode modalizar esses mesmos afetos, tal como a psicanálise faz desde seu surgimento. Isso valeria, seja para sujeitos novos ou na terceira idade. Se a terceira idade traz alguma novidade, é a proximidade de um real indizível cada vez mais presente e que também deve ser subjetivado: a morte.

Para o psicanalista Darian Leader (2011), a depressão, na verdade, é posta como justificativa para se administrar os antidepressivos, suas causas são reduzidas ao biológico e as condições interiores do sujeito são desconsideradas. O sujeito não trabalha questões subjetivas para que efetive o uso de sua medicação.

Esteves e Galvan (2006) apontam o luto e a melancolia trazidos por Freud como sendo uma explicação mais plausível para o que tão rotineiramente intitulou-se depressão. Esse termo seria vago para representar tantas adversidades da vida do sujeito que sofre perdas e separações. Para Freud (1917), o processo normal de luto relativo a uma perda de um ente querido (ou uma representação de algo querido) difere da melancolia, cuja perda pode ser evidente de *quem*, no entanto não se sabe *o que* nessa pessoa deixou de existir.

O luto não é uma condição patológica e se caracteriza, principalmente, pelo sentimento de perda de alguém querido, que deve, entretanto, ser superado em um determinado período de tempo. As características coincidem com as da melancolia, porém no luto há a perda de interesse pelo mundo externo, pois na melancolia há uma perturbação da autoestima, há um processo de autorrecriminação. No luto, há uma grande dificuldade de substituição daquele objeto perdido (objeto de amor), ou seja, não havendo mais o objeto amado, tendo este deixado de existir, há uma exigência de que toda a libido das ligações do sujeito para com este seja retirada. Esse processo é lento e

com grandioso dispêndio de energia, de modo que há uma hipercatexização das lembranças daquele objeto de amor. Uma vez concluído o trabalho do luto, “o ego fica outra vez livre e desinibido” (FREUD, 1917).

O processo de luto para Lacan envolve a *constituição do objeto*, ao contrário do que se espera, como o reconhecimento de que o objeto não existe mais. Para ele, trata-se de registrar psiquicamente um espaço vazio e assim ficar claro que o objeto desejado foi perdido de forma definitiva. Então, dessa forma, para que o sujeito viva o luto recente, ele precisa retornar às perdas passadas, a partir do momento em que ele é capaz de distinguir, inconscientemente, o objeto e o lugar desse objeto. Feito isso, o sujeito é capaz de entender a razão por ter amado aquilo que perdeu (LEADER, 2011).

Ainda segundo Leader (2011), em termos de representação, no luto, há um movimento entre a representação de coisa e a representação de palavra que é facilitado pelo pré-consciente ligando os dois sistemas e permitindo uma passagem entre ambos. O luto é então um processo lento e doloroso, pois a representação de coisa muda primeiro para imagem acústica da palavra e só depois para a fala e o objeto deve ser acessado em todos os registros desse sistema.

A melancolia, no entanto, trata-se não necessariamente, de uma perda definitiva, mas sim, da perda relativa àquele objeto amado. Apesar do sujeito estar consciente de tal perda e até mesmo ser capaz de identificar *quem* perdeu, ele não é capaz de identificar *o que* foi perdido nesse alguém. Esse algo perdido está inconsciente para o sujeito enquanto no luto não, ele sabe que a perda foi de um ente querido. No “luto é o mundo que se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio ego” (FREUD, 1917).

De acordo com Leader (2011), na melancolia existe uma barreira que impede a passagem entre os sistemas de representação. Há um bloqueio no pré-consciente que impede que a representação de coisa que é inconsciente seja acessada pelas representações de palavras. Ela está mais ligada à angústia e o sujeito nem sempre sabe o que ele perdeu, ou seja, o que lhe falta com a perda de um ente querido. A queixa do melancólico é mais profunda e mais direcionada a si próprio, em apontar defeitos, fazer críticas e acusações a si mesmo.

O discurso do paciente melancólico, para Freud (1917), gira em torno de si próprio e da sua própria decadência, seu ego sem qualquer valor, autorrepreensões e autodegradações. Para ele, a mudança não é acometida em si própria, os relatos de inferioridade surgem desde os tempos passados e são principalmente morais. O melancólico perde o seu amor-próprio e seu ego se divide em dois, em que as partes se

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

enfrentam julgando-o de maneira crítica.

Porém, tais acusações e insatisfações com o próprio eu refletem seus sentimentos para com o objeto amado. O sujeito redireciona para si mesmo o que ele pensa e sente a respeito do outro, a libido livre, que deveria ter sido deslocada para outro objeto, é deslocada para o próprio ego. Dessa forma, com o baixo investimento, a escolha do objeto de amor é feita de forma narcísica, que quer dizer que mesmo que haja conflito com o objeto de amor, não é necessário que a relação para com o mesmo se esvaia. Para um melancólico, o amor pelo objeto não pode ser renunciando, mesmo que o próprio objeto seja. Assim, o afeto volta-se contra o ego e o faz sofrer. O ego traz para si toda a hostilidade do mundo externo (FREUD, 1917).

O luto, no entanto, diz mais respeito aos sentimentos depressivos ligados a um longo e doloroso trabalho de separação. Conforme aponta Freud “separar as memórias e esperanças mantidas pelos sobreviventes em relação aos mortos”. Trata-se de perder e registrar a perda de algum ponto de referência que foi importante em nossas vidas e o sujeito tem uma noção daquilo que foi perdido. Há um esgotamento das representações daquele objeto que foi perdido. As memórias e lembranças ligadas a ele vêm à tona de forma dolorosa, porque sabe-se que ele não existe mais (LEADER, 2011).

CONCLUSÃO

Sendo o luto visto dessa maneira e com base no que nos diz Freud e Lacan, que o sujeito para o inconsciente está além do tempo cronológico, ou seja, não envelhece assim como também ocorre no que diz respeito ao desejo, acreditamos que a depressão tal como é vista na psiquiatria não considera aspectos importantes que são trabalhados pelos conceitos de luto e melancolia e a noção de sujeito. Para a psicanálise, os sentimentos depressivos existem enquanto representação de perdas. Como nos mostra Freud, em nosso inconsciente, onde está presente o desejo, acreditamos na imortalidade, uma vez que não há nele uma representação simbólica da morte (SIQUEIRA, 2007) que gera pensamentos e ações baseados, muitas das vezes, em uma fantasia de imortalidade.

Essa fantasia de imortalidade juntamente com o desejo tendem a buscar constantemente o prazer e a satisfação, mas quando o sujeito se encontra na terceira idade e se defronta com sua realidade de perdas, o que ocorre na verdade é uma ruptura do sujeito com seu desejo. A velhice, por sua vez, representaria algo que fez com que o sujeito sofresse perdas significativas, por exemplo, a aposentadoria que poderia ser

representativa da perda de sua produtividade e seu *status* social reafirmando sua fraqueza. Os sentimentos do ser idoso entram em conflito com sua realidade nesse momento, causando-lhe angústia, sofrimento, por vezes, desânimo, e essas características já o identificam logo como depressivo, tanto pela sociedade como pela classe médica. A depressão poderia ser encarada como uma forma de encobrir a realidade que se apresenta nessa fase da vida (MUCIDA, 2004).

Portanto, o idoso ao se sentir desconfortável com a sua realidade, tende a procurar exclusivamente um profissional da medicina. Tal procedimento soma números ao processo medicalizante da sociedade, uma vez que esse idoso não estaria sendo *tratado* no que lhe afeta realmente, suas questões enquanto sujeito, desejos e aflições teriam meramente um caráter biológico partido desse ponto de vista. O diagnóstico e tratamentos médicos, estariam pautados unicamente no seu corpo físico, considerando suas aflições como presentes na sua estrutura orgânica e os sintomas que estariam agrupados em algum tipo de manua, garantiriam o rápido diagnóstico, e no constante (muitas vezes permanente) de algum psicofármaco se tornaria a solução. O que faria com que seus sintomas fossem, na realidade, direcionados para outra posição, que por não ser de fato solucionado enquanto questão psicológica, tenderia a voltar novamente ao sujeito com uma nova representação em outro momento. Esse processo visa tornar-se um *looping* infinito, uma vez que o medicamento por não solucionar, mas sim redirecionar os sintomas do sujeito faria com que novos sintomas surgissem, o que faria esse sujeito retornar aos consultórios e novos medicamentos seriam acrescentados à lista, tornando esse ser idoso um *dependente químico*, porém com receita médica.

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

Referências:

AGUIAR, A. A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004. 166 p.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.13, suppl.0, Apr. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000700023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt acesso em: 13 de janeiro de 2014

BARRETO, F. P. Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Scriptum, 2010. 333p.

BERCHERIE, P. Fundamentos da clínica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BRASIL. Estatuto do idoso. Organizado por Paulo Paim. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003. 68 p. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/idoso/lei_10741_03.pdf acesso em: 03 de março de 2014

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003.

CALAZANS, R. ; LUSTOZA, R. Z. . A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. Arquivos Brasileiros de Psicologia (Rio de Janeiro. 1979) (Cessou em 2002), v. 60, p. 5, 2008.

CALDAS, C. P. E THOMAZ, A. F. A Velhice no Olhar do Outro: Uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. Revista Kairós Gerontologia 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo, novembro 2010: 75-89. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5367> acesso em: 06 de novembro de 2013

CARLOS, S. A.; JACQUES, M. G. C.; LARRATÉA, S. V.; HEREDIA, O. C.: Identidade, aposentadoria e terceira idade. Est. Interdiscipl. Envelhec, Porto Alegre, v. 1, p. 77-89, 1999. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4653/2569> acesso em: 06 de novembro de 2013.

CASTRO, C. G. S. O., coord. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. Disponível em <http://static.scielo.org/scielobooks/zq6vb/pdf/castro-9788575412657.pdf> acesso em 04 de fevereiro de 2014

Esteves, F. C. E Galvan, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia n.24 Canoas 17 dez. 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000300012&script=sci_arttext&tlng=es acesso em: 13 de outubro de 2013

FERRARI, J. F. & DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837> acesso: 04 de fevereiro de 2014

FOUCAULT, M. Os anormais. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2002.

FRANÇOSO, F. G. A Comunicação para a Saúde na Ressocialização e Autonomia do Cidadão Idoso. 2010. Dissertação (Pós Graduação em Comunicação Social). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010. Disponível em <<http://www.academicoo.com/artigo/a-comunicacao-para-a-saude-na-ressocializacao-e-autonomia-do-cidadao-idoso>> acesso em 27 de setembro de 2013

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII, p. 242) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1996).

FREUD, S. (1974b). Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917).

FREUD, S. (1980). Os caminhos da formação dos sintomas. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XVI, p. 419-440). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1917).

FREUD, S. (1996). Esboço de Psicanálise. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XXII, p. 90-210). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1938).

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>>. acesso em 15 ago. 2012.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.: Abandono na velhice. Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v.8 n.3, 2005. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282005000300002&lng=pt&nrm=iso acesso em 12 de novembro de 2013

ILLICH, I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JESUS, P. R. C. de. A linguagem da dor na Propaganda de Medicamentos: “a cura pela palavra”. Relato de experiência vivida em eventos de Comunicação e Saúde em 2005. UNIrevista, v. 1, n. 3, jul. 2006. Disponível em http://www.cit.sc.gov.br/propaganda/pdfs/artigos/linguagem_dor_propaganda.pdf acesso em 13 de novembro de 2013

LAURENT, E. Como engolir a pílula? Em: MILLER, J.A. Ornicar? Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. P.32-43

LAUTENSCHLEGER, G. Terceira Idade, Mídia e Sociedade. REDD – Revista Espaço

de Diálogo e Desconexão, Araraquara, v. 2, n. 2, jan/jul 2010. Disponível em: <http://piwik.seer.fclar.unesp.br/redd/article/view/4151/3757> acesso em: 03 de março de 2014

LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F. DE; BARRETO, K. M. L. & FALCÃO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, vol.6, no.1, Jan./Mar. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000100004&script=sci_arttext acesso em: 03 de março de 2014

LEADER, D. Além da Depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia. Tradução: Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

MILLER, J. A. Patologia da ética. Em: MILLER, J.A. Lacan Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p-234-289

MUCIDA, A. O sujeito não envelhece. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

Organización Panamericana de La Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington:OPAS, 2003

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2003 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932003000100006&lng=pt&nrm=iso> acesso em: 13 de outubro de 2013

PIGNARRE, P. O que é o medicamento?: Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34, 1999.

PONTAROLO, R., S. Terceira Idade: Uma breve discussão. Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, vol. 16, n.1, p. 115-123, jun. 2008. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5212/PublicatioHum.v.16i1.115123> acesso em: 13 de outubro de 2013

PORCU, M.; SCANTAMBURLO, V. M.; ALBRECHT, N. R.; SILVA, S. P.;

Medicalização e terceira idade: a questão da depressão

VALLIM, F. L.; ARAÚJO, C. R.; DELTREGGIA, C. & FAIOLA, R. V. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. Acta Scientiarum, Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002. Disponível em <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2498/1668>> acesso em 12 de novembro de 2013

PRISZKULNIK, L. As entrevistas diagnósticas em psicanálise. Psychê, v.2 n.2, p.17-23, 1998. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=405916&indexSearch=ID> acesso em 12 de novembro de 2013

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. Psicol. USP. São Paulo, vol.11, n.1, pp. 11-28, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642000000100002&script=sci_arttext&tlng=pt acesso em 13 de novembro de 2013

RODRIGUES, M. C. As novas imagens do idoso veiculadas pela mídia: transformando o envelhecimento em um novo mercado de consumo. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003. Disponível em http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/imagens%20.html acesso em: 13 de outubro de 2013

RODRIGUES, N. C. & Terra, N. L. Gerontologia Social Para Leigos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006, 94p.

SANTOS, G. A. Por uma política de medicamentos que privilegie a vida. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 290-373, set./dez. 2002. Disponível em http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n62.pdf#page=91 acesso em: 13 de outubro de 2013

SILVA, L. R. F.: Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online], Rio de Janeiro, vol.15, n.1, jan./mar. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/hcsm/v15n1/09.pdf> acesso em: 15 de agosto de 2013

Siqueira, E. S. E., A depressão e o desejo na psicanálise. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, vol.7, n.1, p. 71-80, abr. 2007. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812007000100007&script=sci_arttext)

[42812007000100007&script=sci_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812007000100007&script=sci_arttext) acesso em: 13 de outubro de 2013

SOUZA, J. F. R. de; Marinho, C. L. C. & Guilam, M. C. R. Consumo de medicamentos e internet: análise crítica de uma comunidade virtual. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, vol.54, n.3 mai/jun 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000300015

acesso em: 13 de outubro de 2013

STELLA, F.; Gobbi, S.; Corazza, D. I. & Costa, J. L. R. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Motriz, Rio Claro, Vol.8 n.3, p. 91-98, Ago/Dez 2002. Disponível em <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf> acesso em: 15 de agosto de 2013

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface - Educ., Comunic., Saúde, Educ. v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832006000100005&nr_m=iso&tlng=pt acesso em 03 de novembro de 2014

VERAS, R. P.; COUTINHO, E. da S. F. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. Rev. Saúde Públ. São Paulo, vol.25 n.3 1991. p.209-217. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n3/08.pdf> acesso em: 15 de agosto de 2013

ZIMERMAN, GUILTE I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Artmed, 2000, reimpressão 2007

(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). acesso em: 15 de agosto de 2013

MEDICALIZATION AND SENIORS: THE QUESTION OF DEPRESSION

Abstract:

This paper aims to discuss the medicalized process that has been installed in the current society, which assumes as all biological and any feeling or complaint and irrelevant experiences and the history of the subject. This process expand for every moment of existence, marking its presence in characteristic fashion when dealing with the elderly, when the subject has a baggage of feelings and greater losses and requires further elaboration of a work of mourning. These factors, when linked to depression, can be treated from two points of view: the medicalizing, who sees the patient only while being whose almost exclusive support for drugs aiming at remission of a symptom is evident. Or the psychoanalytic point of view in which the subject is primarily based on the notion of subject and highlighting their needs, difficulties and conflicts.

Keywords: Psychoanalysis, Medicalization, Seniors, Depression; Subject

LA MÉDICALISATION ET LES PERSONNES ÂGÉES: LA QUESTION DE LA DÉPRESSION

Resumé:

Cet article vise à discuter du processus de médicalisation qui a été installé dans la société actuelle, ce qui suppose comment biologique tout les sentiments ou d'une plainte et tournat irrélevant d'expériences et l'histoire su sujet. Cet processus se devellopement pour chaque moment de l'existence, marquant sa présence dans la mode caractéristique lorsqu'ils traitent avec les personnes âgées, lorsque le sujet a un bagage de sentiments et de plus grandes pertes et requiert une élaboration d'un travail de deuil. Ces facteurs, liés à la dépression, peuvent être traités à partir de deux points de vue: la médicalisante, qui voit le patient que tout en étant dont le soutien quasi exclusif pour les médicaments visant à la remise d'un symptôme est évident. Ou le point de vue psychanalytique, dans laquelle le sujet est essentiellement basée sur la notion de sujet et en soulignant leurs besoins, leurs difficultés et les conflits.

Mots-Clés: Psychanalyse; Médicalisation; Personnes Âgées; Dépression, Sujet

Renata Andrade e Roberto Calazans

Recebido em: 10/10/2014

Aprovado em: 28/11/2014

©2014 Psicanálise & Barroco em revista

www.psicanaliseebarroco.pro.br

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq

Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.

Memória, Subjetividade e Criação.

www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php

revista@psicanaliseebarroco.pro.br www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista