

---

## DEPRESSÃO EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO A PARTIR DO REFERENCIAL DA PSICANÁLISE

*Renan Mota Silva<sup>1</sup>*  
*Elenson Gleison de Souza Medeiros<sup>2</sup>*  
*Bruno de Cardoso de Menezes Bahia<sup>3</sup>*

### RESUMO

Este artigo apresenta um estudo sobre os estados depressivos em idosos hospitalizados, a partir de referenciais da psicanálise. O percurso do estudo partiu dos conceitos de pulsão, melancolia e depressão, através de levantamento bibliográfico, tendo como bases de dados: SciELO, BVS e PEPSIC, o qual foram selecionados, principalmente, artigos publicados entre os anos 1996 e 2024; e das obras completas de Sigmund Freud e estudos de psicanalistas que versam sobre a referida temática. Diante de uma situação de hospitalização, fator este que por si só implica em perdas, no caso, da saúde, do convívio familiar e a ameaça de perda da vida, configuram momento de significativa importância para se identificar a clínica desses estados depressivos, e possibilita um melhor diagnóstico diferencial dos casos. Como resultado foi observado nos estudos freudianos mais afincos aos estudos da melancolia. Portanto, vale ressaltar que a depressão não é considerada uma estrutura clínica na teoria psicanalítica.

**Palavras-chaves:** Melancolia. Depressão. Idoso. Hospitalização.

### DEPRESSION IN HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE: A STUDY BASED ON THE PSYCHOANALYSIS FRAMEWORK

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP/UFPA) <https://orcid.org/0000-0002-5855-5418><http://lattes.cnpq.br/7628646267977823> EMAIL: renanmota16@hotmail.com

<sup>2</sup> Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH/PPGP/UFPA). <https://orcid.org/0000-0002-5670-3720><http://lattes.cnpq.br/6120372804337114>

<sup>3</sup> Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). <https://orcid.org/0000-0002-8976-0035><http://lattes.cnpq.br/0728241677912831>

## **ABSTRACT**

This article presents a study on depressive states in hospitalized elderly individuals, based on psychoanalytic references. The study path started from the concepts of drive, melancholy and depression, through a bibliographic survey, using the following databases: SciELO, BVS and PEPSIC, from which articles published between 1996 and 2024 were selected, as well as the complete works of Sigmund Freud and studies by psychoanalysts that deal with the aforementioned theme. Faced with a situation of hospitalization, a factor that in itself implies losses, in this case, of health, family life and the threat of loss of life, it is a moment of significant importance to identify the clinical features of these depressive states, and allows a better differential diagnosis of the cases. As a result, it was observed that Freudian studies focused more on the studies of melancholy. Therefore, it is worth mentioning that depression is not considered a clinical structure in psychoanalytic theory.

**Keywords:** Melancholy. Depression. Elderly. Hospitalization.

## **DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS: UN ESTUDIO BASADO EN EL MARCO DEL PSICOANÁLISIS**

## **RESUMEN**

Este artículo presenta un estudio sobre los estados depresivos en ancianos hospitalizados, basado en referencias psicoanalíticas. El recorrido de estudio partió de los conceptos de pulsión, melancolía y depresión, a través de un levantamiento bibliográfico, utilizando las siguientes bases de datos: SciELO, BVS y PEPSIC, de donde se seleccionaron principalmente artículos publicados entre 1996 y 2024; y las obras completas de Sigmund Freud y estudios de psicoanalistas que tratan el tema mencionado. Ante una situación de hospitalización, factor que de por sí implica pérdidas, en este caso, de salud, de vida familiar y amenaza de pérdida de vida, constituye un momento de significativa importancia para identificar los signos clínicos de estos estados depresivos, y permite un mejor diagnóstico diferencial de los casos. Como resultado, los estudios freudianos se centraron más en los estudios de la melancolía. Por lo tanto, vale la pena señalar que la depresión no se considera una estructura clínica en la teoría psicoanalítica.

**Palabras clave:** Melancolía. Depresión. Anciano. Hospitalización.

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema abordado nesta pesquisa emergiu das interações estabelecidas durante os encontros promovidos pelo Grupo de Estudos Decoloniais da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (GED/UFRRJ) e das experiências práticas adquiridas ao longo dos atendimentos psicológicos realizados com idosos. Tais atendimentos decorreram da inserção como psicólogo residente na área de saúde do idoso, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA), desde março de 2016. Este programa, implementado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), apresenta duração de 24 meses, organizados em módulos de formação teórica, prática e teórico-prática.

Durante esse período de dois anos de atuação em diversas clínicas do referido hospital, foi possível exercitar a escuta ativa perante as mais variadas demandas apresentadas pelos idosos hospitalizados. Essa prática revelou um terreno fértil para reflexões clínicas, especialmente no tocante aos estados depressivos e ao desejo de morte frequentemente manifestados por esses sujeitos. Nessa perspectiva, torna-se crucial delinear as características da velhice, que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), inicia-se a partir dos 65 anos de idade em países desenvolvidos e dos 60 anos em países em desenvolvimento (Brasil, 2005).

No contexto brasileiro, a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, promulgado pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, corroboram o critério adotado pela OMS ao definir a pessoa idosa como aquela com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2005). Complementarmente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) conceitua o envelhecimento como um processo subjetivo, irreversível, universal, sequencial e não patológico, que acarreta uma progressiva deterioração do organismo maduro, característica compartilhada por todos os integrantes de uma mesma espécie (Ministério da Saúde, 2006).

Importante destacar que as transformações inerentes ao envelhecimento não se restringem à passagem do tempo, expressa pela idade cronológica. Outros fatores, como níveis de dependência, condições de saúde, envolvimento social e aspectos psicológicos, estão intimamente relacionados ao processo de envelhecer (Brasil, 2005).

No contexto hospitalar, constatou-se que muitos idosos, ao serem internados, demonstravam uma notável ausência de desejo em prosseguir com a vida. Essa resistência manifestava-se por meio da recusa ao tratamento, expressa na preferência por retornar às suas residências, no comportamento de remover sondas alimentares, na alegação de dores corporais, na rejeição de medicamentos e cuidados oferecidos pela equipe multiprofissional, e, não raro, na negativa em se submeter a procedimentos cirúrgicos essenciais para a recuperação de sua saúde física.

Mediante a escuta psicológica desses pacientes, observou-se com frequência a presença de sentimentos de entristecimento, desinteresse pelos cuidados dispensados pela família e pela equipe de saúde, além de profundo sofrimento emocional. Essas vivências impulsionaram reflexões sobre os estados depressivos no contexto da hospitalização e sobre a prática do psicólogo hospitalar nesse cenário.

A partir dessas constatações, formulou-se a indagação central: As manifestações de estado depressivo em idosos hospitalizados podem ser explicadas com base nos fundamentos psicanalíticos? Assim, o objetivo desta pesquisa é realizar uma análise teórica das manifestações de estados depressivos em idosos hospitalizados, utilizando como base os fundamentos psicanalíticos relacionados à pulsão e aos estados depressivos, articulados com textos de autores especializados na temática e aos encontros do GED/UFRRJ.

Considerando a relevância do envelhecimento populacional e a importância de compreender a subjetividade do idoso no contexto da hospitalização, este estudo adota como metodologia a pesquisa bibliográfica, com foco nos processos de hospitalização em idosos, na atuação do psicólogo hospitalar e na articulação teórica de conceitos psicanalíticos, especialmente os desenvolvidos por Freud, como a pulsão de morte, a melancolia e os estados depressivos. Tais fenômenos são abordados não como estruturas clínicas, mas como expressões psíquicas que podem emergir no sofrimento subjetivo do idoso hospitalizado.

A pesquisa fundamenta-se em fontes bibliográficas extraídas de bases de dados renomadas, como SciELO, BVS e PEPSIC, priorizando artigos publicados entre os anos de 1996 e 2024, além de obras de autores que discorrem sobre as temáticas abordadas, as Obras Completas de Sigmund Freud e textos de psicanalistas que exploram questões correlatas.

## 2. PULSÃO DE VIDA E MELANCOLIA NA CONCEPÇÃO PSICANALÍTICA

No âmbito da metapsicologia freudiana, a teoria das pulsões figura como uma das questões centrais da obra de Sigmund Freud. Na língua alemã, o termo *Trieb* é utilizado para designar pulsão, sendo seu significado associado à ideia de uma pressão interna. Já em português, a palavra assume o sentido de impulso, o que sugere uma tendência direcionada a um objetivo. Dessa forma, a pulsão, manifestada através do corpo do sujeito, exerce demandas sobre o aparelho psíquico.

Freud estruturou sua teoria pulsional em duas etapas principais. Na primeira teoria, o conflito ocorre entre as pulsões do Eu (também conhecidas como pulsões de autoconservação) e as pulsões sexuais. Posteriormente, na segunda formulação, o conflito é redefinido, passando a ser entre as pulsões de vida (*Eros*) e as pulsões de morte (*Thanatos*). Para Freud, “a pulsão é o representante psíquico dos estímulos que se originam de dentro do organismo e alcançam o psiquismo” (Freud, [1915] 1996, p. 127). A finalidade da pulsão é alcançar a satisfação, permitindo que o aparelho psíquico reduza ao mínimo possível o nível de estímulos.

Conforme Hanns (1999), Freud, ao conceituar a pulsão, tinha como objetivo: (1) propor um modelo de funcionamento psíquico; (2) estabelecer uma base fisiológica para a atividade psíquica; e (3) situar os fatores biológicos que influenciam o comportamento humano. Segundo Hanns, Freud buscava uma correspondência entre os processos psíquicos e a fisiologia pulsional, articulando uma integração entre o biológico e o mental.

Ao acompanhar o desenvolvimento teórico da psicanálise sobre as pulsões, percebe-se que Freud (1915) inicialmente localiza a pulsão em um espaço intermediário entre o mental e o somático, apresentando-a como o representante psíquico dos estímulos provenientes do corpo. Além disso, o autor identifica que a pulsão é composta por dois principais representantes: o afeto e a ideia. Esses elementos permitem compreender como os estímulos do corpo são simbolizados e integrados na dinâmica psíquica, ou seja, o autor nos afirma que a pulsão é composta por alguns representantes, sendo eles: afeto e ideia.

No seu artigo “O inconsciente”, Freud nos revela que “uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência – só a ideia que a representa”. Ele chega a dizer que mesmo no inconsciente a pulsão só pode ser representada por uma ideia. Freud utilizava a palavra pulsão na acepção de uma espécie de organizador biológico, em torno do qual os estímulos endógenos circulam. Estes estímulos, ao chegarem à psique, se transformam em imagens-representações carregadas de afeto, as quais são os representantes pulsionais, e que se fixarão na memória. Junto a estímulos exógenos formarão os complexos de ideias que compõem o psiquismo. Podemos dizer que a natureza da pulsão é tanto psíquica, pois só podemos conhecê-la através de seus representantes, quanto física, já que sua fonte é o corpo (Pestana, 2005, p. 7).

A partir de 1920, com a publicação de *Além do Princípio do Prazer*, Sigmund Freud inaugura uma nova concepção acerca das pulsões, estabelecendo um novo dualismo na teoria psicanalítica. Após extensas reflexões sobre as vicissitudes das pulsões e suas manifestações clínicas, Freud propõe a existência de duas forças fundamentais em constante oposição, mas intrinsecamente conectadas: a pulsão de vida (Eros) e a pulsão de morte (Thanatos).

Esse dualismo pode ser compreendido, metaforicamente, por meio da mitologia grega, onde Eros, o deus do amor, e Tântatos, o deus da morte, ilustram a complexidade e a interconexão entre essas pulsões. De acordo com a narrativa mítica, Eros, ao ser embriagado por Hipno, irmão de Tântatos, adormece em uma caverna, onde suas flechas se misturam com as de Tântatos. Ao despertar, Eros passa a portar tanto flechas de amor quanto de morte, simbolizando a indissociabilidade e o entrelaçamento dessas forças no psiquismo humano.

Freud (1920) descreve a pulsão de morte como uma força que se manifesta por meio da agressividade e da destrutividade, desintegrando as grandes unidades psíquicas e conduzindo ao estado de inércia, ou seja, ao inorgânico. Essa pulsão, com seu caráter regressivo, busca um retorno ao estado anterior à vida, o que Freud associa ao princípio de Nirvana, definido como a tendência dominante da vida psíquica de suprimir ou minimizar as tensões internas de estímulos: “a tendência dominante da vida anímica, e talvez da vida nervosa em geral, de baixar, manter constante, suprimir a tensão interna de estímulo” (Freud, 1920, p. 54).

Esse princípio sugere uma conexão intrínseca com a pulsão de morte, levando à hipótese de que ambas convergem na busca pela cessação da inquietação e pelo retorno ao estado inorgânico, em que tudo que é vivo regressa a um estado de repouso primordial (Freud, 1920).

Freud também analisa a pulsão de morte no contexto dos estados melancólicos, fenômeno que despertou sua curiosidade desde 1910. Ele questiona o que leva o melancólico a superar a pulsão de vida em direção ao autoextermínio, desafiando a compreensão psicanalítica. Em sua obra *Luto e Melancolia* (1915), Freud apresenta a melancolia não como um mero distúrbio do humor, mas como uma expressão de luto pela perda da libido. Nesse processo, o sujeito experimenta uma perda cujo significado permanece inconsciente, mesmo que em alguns casos ele saiba o que perdeu, mas não compreenda o significado dessa perda.

Para Freud, a melancolia pode estar relacionada à perda de um objeto amado, mas o vínculo do sujeito com o objeto perdido é obscurecido, impossibilitando uma compreensão clara e consciente do que foi perdido. Segundo Roudinesco e Plon (1998), o termo “melancolia” deriva das palavras gregas melas (negro) e kholé (bile), sendo utilizado em diversas áreas, como filosofia, medicina, psiquiatria e psicanálise, para descrever uma condição caracterizada por

tristeza profunda, desânimo, medo, humor sombrio e, em alguns casos, delírios ou tendências suicidas.

Freud enfatiza que somente por meio da investigação psicanalítica o sujeito melancólico pode descobrir o significado de sua perda. Esse processo revela que as conexões com o objeto perdido, assim como os fatores que levaram ao desenvolvimento da melancolia, permanecem ocultos no inconsciente, exigindo uma análise detalhada e profunda para serem elucidados.

No caso da melancolia é como se houvesse uma negação da realidade exterior e a pessoa se agarrasse ao objeto por meio de uma psicose alucinatória de desejo. A melancolia pode ser uma reação à perda de um objeto amado, mas pode ser também uma reação a uma perda idealizada, na qual o objeto de amor não morreu, mas foi perdido enquanto objeto de amor” (Mendes, Viana e Bara, 2014, p. 425).

Freud (1915), ao tratar da melancolia em Luto e Melancolia, destaca que o foco principal não está na revelação das “verdades recriminadas” pelo sujeito, mas naquilo que precisa ser externalizado. A insatisfação com o Eu emerge como a característica mais marcante do melancólico, reflexo da ordem moral que permeia esse estado psíquico.

A insatisfação do melancólico, segundo Freud, manifesta-se como recriminações, que, ao invés de se direcionarem ao objeto perdido, voltam-se agressivamente para o próprio sujeito. Esse movimento ocorre devido à identificação do Eu com o objeto perdido, tornando-se uma forma indireta de manter o vínculo com o objeto através da autodepreciação.

Freud (1895) propõe que o luto é o afeto correspondente à melancolia, onde o desejo de recuperar algo perdido é central. Na melancolia, essa perda se caracteriza pela ausência de representação simbólica, formando um “buraco” na esfera psíquica do sujeito. Trata-se da perda da libido ou de uma perda pulsional, cuja natureza permanece inominada e inconsciente.

Distinguir o luto da melancolia é essencial para compreender as nuances dessas experiências psíquicas. Freud (1915) afirma que, em ambos os casos, há a perda de um objeto, mas no luto, o objeto perdido é real e perceptível na realidade externa. Essa perda é consciente, embora não necessariamente simbolizada. Por outro lado, na melancolia, não há elaboração da perda, e sua manifestação depende de uma predisposição patológica que impede o sujeito de processar a ausência de maneira adaptativa.

No luto, a consciência clara da perda permite identificar os sintomas decorrentes dessa experiência, possibilitando ao sujeito enfrentar o sofrimento de forma compreensível e aceitável. Freud explica que o luto é considerado um processo normal justamente porque o sujeito consegue explicar o que perdeu: “o luto é normal porque se sabe explicar tão bem o que se perdeu” (Freud, 1915, p. 29). Essa clareza diferencia o luto de processos patológicos, ainda que ele possa se tornar prolongado ou difícil em algumas situações.

A melancolia, por sua vez, envolve uma perda cuja natureza e significado permanecem obscuros para o sujeito. Essa condição impede a elaboração simbólica e, em vez de processar a ausência, o indivíduo direciona sua dor para si mesmo, culminando em autodepreciação ou, em casos mais graves, tendências suicidas.

A relação entre melancolia e depressão ocupa lugar central nos estudos de Freud, que dedicou parte significativa de sua obra à compreensão dos mecanismos psíquicos envolvidos na melancolia, tomada como paradigma para a investigação dos estados depressivos. Neste estudo, propomos dar continuidade a essa linha analítica, abordando a depressão como uma manifestação patológica que incide de forma particular entre idosos, à luz dos referenciais psicanalíticos que possibilitam a compreensão subjetiva desse sofrimento.

### **3. DEPRESSÃO NA CONCEPÇÃO FREUDIANA**

Freud (1926 [1925]) define a depressão como uma inibição generalizada, os quais apresentam “limitações das funções do eu”, ou seja, fugas. Isto ocorre por haver empobrecimento de energia no sujeito e assim, pode-se associar depressão e inibição pelo fato de que ambas serem geradas pelo eu e são formas de reações desta instância psíquica.

Ao iniciar esta seção, devemos nos desvencilhar de alguns problemas conceituais. Em primeiro lugar, não estamos em posição de conferir à depressão um estatuto nosológico no campo psicanalítico. Entendemos que este caminho a colocaria numa dimensão isolada de outras afecções relativas à sua configuração sintomática. Deixamos assinalado que a depressão se configura como um estado que pode se manifestar em várias organizações psíquicas. Neste traçado teórico, damos destaque a um tipo específico de depressão que se manifesta cada vez mais nos dias de hoje e que está próxima do campo da neurose. Diferentemente da melancolia – e não menos das depressões histérica e obsessiva –, nossa hipótese é de que esse tipo de depressão é uma das mais importantes vicissitudes da crença narcísica atualmente, deflagrando um estado psíquico peculiar quando da incidência de uma perda objetual (Pinheiro, Quintella e Vertman, 2010, p. 155).

A compreensão das neuroses e de suas adições, conforme Fenichel (1891), permite elucidar os mecanismos subjacentes à formação dos sintomas depressivos, que se mostram mais recorrentes e problemáticos no funcionamento psíquico.

Para Quinet (1997), a depressão não pode ser vista como algo singular, pois os estados depressivos manifestam-se de formas variadas na vida dos sujeitos, com gradações e características diversificadas. Essa visão aponta para a pluralidade de fatores que contribuem para a emergência desses estados e a complexidade em tratá-los.

Soler (1997) concebe a depressão como uma das formas pelas quais o sujeito enfrenta a castração e a falta, ressaltando que tais modos de enfrentamento se articulam às contingências singulares da existência. Segundo o autor, a depressão expressa um estado de inércia que

compromete a vitalidade psíquica, interferindo diretamente nos interesses e na capacidade de ação do sujeito. Nessa perspectiva, a depressão não é compreendida como uma estrutura psíquica autônoma, mas como um estado que integra o funcionamento do aparelho psíquico, podendo manifestar-se em qualquer uma das estruturas clínicas descritas pela psicanálise.

Complementando, Siqueira (2007) afirma que a depressão surge quando o sujeito recua diante de seus desejos, evidenciando inibição e evitando sua determinação inconsciente. Esse movimento de evitação indica uma tensão interna relacionada à dificuldade de lidar com a realização dos próprios desejos e com as exigências do inconsciente, contribuindo para a manifestação dos estados depressivos.

Dessa forma, a depressão se apresenta como um fenômeno multifacetado, relacionado tanto aos mecanismos defensivos do Eu quanto às vicissitudes das relações do sujeito com suas pulsões e desejos.

Nesses termos, situamos o estado depressivo grave como resultado vil da negação do desejo e não menos da finitude. Ou seja, o mito narcísico da onipotência e da imortalidade não passa de um lampejo de perfeição que se apaga no tempo, mas cuja finitude, se não é elaborada numa construção narrativa, reduz o sujeito, paradoxalmente, a um natimorto (Pinheiro, Quintella e Vertman, 2010, p. 156).

Para Siqueira (2007), na depressão, o eu, fica triste para não entrar em contato com a falta, e ainda, há perda de investimento libidinal devido a perda do prazer e da libido. Mas, ao lidar com a falta, o sujeito deveria se entusiasmar e não, ficar triste, pois assim, o desejo pode emergir (vir à tona), uma vez que a falta só é possível se tiver desejo e sem desejo, o sujeito não existe.

Diferentemente dos pacientes melancólicos, que não apresentam qualquer referência a uma experiência jubilosa no narcisismo, os pacientes deprimidos fazem referência ao júbilo da imagem de si subjugados à idealização do outro parental. Entretanto, permanecem radicalmente atados à crença narcísica e encontram grandes dificuldades em estabelecer uma projeção de si no futuro. Eles projetam (apenas para o passado) um eu-ideal forjado na configuração familiar do discurso dos pais, contudo sumariamente perdido. É uma imagem de si que, como eles mesmos sabem, nunca será recuperada ou alcançada (PINHEIRO, QUINTELLA e VERZTMAN, 2010, p. 156).

A compreensão das neuroses e de suas adições, conforme Fenichel (1891), permite elucidar os mecanismos subjacentes à formação dos sintomas depressivos, que se mostram mais recorrentes e problemáticos no funcionamento psíquico. Para Quinet (1997), a depressão não pode ser vista como algo singular, pois os estados depressivos manifestam-se de formas variadas na vida dos sujeitos, com gradações e características diversificadas. Essa visão aponta para a pluralidade de fatores que contribuem para a emergência desses estados e a complexidade em tratá-los.

Soler (1997) define a depressão como uma maneira pela qual o sujeito enfrenta a castração e a falta, destacando que essas formas de enfrentamento variam de acordo com as contingências vividas. A depressão, segundo o autor, reflete um estado de inércia que afeta a animação do sujeito, interferindo diretamente em seus interesses e ações. Para Soler, a depressão não é uma estrutura psíquica em si, mas sim um estado que compõe o funcionamento do aparelho psíquico, sendo potencialmente manifestado em qualquer estrutura psíquica.

Complementando, Siqueira (2007) afirma que a depressão surge quando o sujeito recua diante de seus desejos, evidenciando inibição e evitando sua determinação inconsciente. Esse movimento de evitação indica uma tensão interna relacionada à dificuldade de lidar com a realização dos próprios desejos e com as exigências do inconsciente, contribuindo para a manifestação dos estados depressivos. Isto posto, a depressão se apresenta como um fenômeno multifacetado, relacionado tanto aos mecanismos defensivos do Eu quanto às vicissitudes das relações do sujeito com suas pulsões e desejos.

### **3.1 Estado depressivo em idosos hospitalizados**

No que se refere a depressão no idoso, Stella *et al.* (2002) aborda que com o aumento do número de idosos, haverá também acréscimo no número de casos de doenças crônico-degenerativas, uma vez que estão associadas e entre estas doenças é possível destacar as enfermidades neuropsiquiátricas, em especial, a depressão.

Esta patologia é a doença psiquiátrica mais comuns nos idosos, e ainda, uma das mais importantes de serem estudadas. Para os autores, esta doença se caracteriza como um distúrbio que afeta o humor do sujeito e tem um impacto na funcionalidade, seja em qualquer fase do desenvolvimento humano (Irigaray e Shcheider, 2007).

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida, sendo assim de grande relevância na saúde pública. Entretanto, ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde (Ferrari e Dalacorte, 2007, p. 4).

A depressão é um distúrbio multifatorial que impacta significativamente a população idosa, sendo influenciada por aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Segundo Irigaray e Schneider (2007), os idosos frequentemente descrevem sua experiência depressiva por meio de sentimentos como angústia, tristeza, saudade e desânimo, evidenciando a complexidade de sintomas relacionados à condição.

Embora o diagnóstico da depressão em idosos possa ser desafiador em algumas clínicas, trata-se de um problema sério de saúde pública. Argimon e Stein (2005) destacam que a prevalência de sintomas depressivos nessa faixa etária não se deve exclusivamente à idade avançada, mas está fortemente associada à fragilidade da saúde física, que se manifesta com maior frequência nesse grupo. Essa relação sublinha a necessidade de uma abordagem multidimensional para o cuidado dos idosos, considerando tanto os fatores médicos quanto os psicossociais que contribuem para a vulnerabilidade à depressão.

O declínio da saúde física é frequentemente pensado como o principal fator de relação para risco de depressão, pois a presença de doenças muitas vezes leva os idosos a situações de incapacidade e maior dependência. Entretanto, desordens depressivas maiores são relativamente raras em idosos, enquanto sintomas depressivos que não têm critérios diagnósticos definidos pelo DSM-IV para depressão são comuns. Por outro lado, estudos mostram um notável grau de estabilidade de sintomatologia depressiva em adultos com menos de 70 anos e um aumento em idades subsequentes. No decorrer do envelhecimento, é observado, principalmente, um aumento de sintomas somáticos e falta de bem-estar. Todavia, a quantidade de comorbidades é responsável por uma pequena parte dessa associação, devendo os sintomas somáticos serem vistos como sintomas da depressão e não como expressão de saúde física precária (Irigaray e Shcheider, 2007, p. 20).

Quanto aos sintomas da depressão, Batistoni (2005) afirma que perder o interesse/prazer em atividades e demonstrar humor deprimido são os principais sintomas que se apresentam diante da depressão. Para este autor, em idosos a depressão tem manifestação de forma heterogênea, seja na etiologia ou no tratamento.

A depressão pode ser responsável pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. É frequentemente associada a maior risco de morbidades e de mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e a maior risco de suicídio. Em idosos, a presença de comorbidades e o uso de múltiplos fármacos fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão se tornem mais complexos (Irigaray e Shcheider, 2007, p. 20).

Estela *et al.* (2002) corroboram a caracterização dos sintomas depressivos em idosos ao apontar que, além dos sintomas mais comuns da doença, essa população frequentemente apresenta baixa autoestima, queixas somáticas, humor disfórico, alterações no sono e no apetite, ideias paranoides, tendência autodepreciativa e ideação suicida. Esses fatores ressaltam a complexidade do quadro depressivo em idosos, que pode variar em intensidade e manifestação.

No contexto hospitalar, a prevalência de depressão entre idosos é ainda mais alarmante. Segundo Maleiro (2000) e Almeida e Almeida (1999, apud Sousa, 2007), nas clínicas médicas de hospitais gerais, estimam-se que entre 35% e 45% dos pacientes com mais de 60 anos apresentam sintomas depressivos. Furlanetto *et al.* (1998) destacam que essa condição pode

agravar os quadros clínicos, impactando níveis na evolução das doenças e aumentando a mortalidade.

Stopper-Jr (1997) enfatiza que a depressão é uma comorbidade frequente entre idosos hospitalizados, contribuindo para o prolongamento do tempo de internação, retardando a recuperação e aumentando as taxas de mortalidade hospitalar. Esses dados reforçam a necessidade de uma abordagem integrada que considere tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico dos pacientes idosos hospitalizados, promovendo medidas eficazes para minimizar os impactos da depressão nesse grupo vulnerável.

Apesar de sua relevância clínica, é baixa a detecção de sintomatologia depressiva em idosos nesse contexto, o que pode ser atribuído, em parte, à expressão clínica diferente desses sintomas em relação aos demais grupos etários. Há também uma baixa valorização dessas manifestações por parte dos médicos generalistas, que geralmente focalizam sua atenção clínica na doença que motiva a internação do paciente (Sousa *et al.* 2001, p. 103).

A hospitalização de idosos com depressão frequentemente está associada a uma piora significativa nos quadros clínicos e no estado geral do paciente, levando a uma redução acentuada na qualidade de vida (Papaléo-Netto e Ponte, 1996). A depressão em idosos hospitalizados pode contribuir para comportamentos como diminuição do autocuidado, recusa alimentar e não seguimento das orientações da equipe de saúde. Esses fatores, combinados, levam a maior permanência no leito e à redução da mobilidade física, o que, por sua vez, pode resultar em debilidade clínica geral, fragilidade imunológica e maior suscetibilidade a processos infecciosos (Stella *et al.*, 2002).

Além disso, quando a depressão em idosos hospitalizados não é tratada de maneira adequada, há um aumento nos riscos de mortalidade e morbidade clínica. Isso se deve à multiplicidade de aspectos clínicos que a doença apresenta, incluindo sua complexa etiopatogenia e os desafios relacionados ao tratamento. Essa realidade reforça a necessidade de diagnósticos precoces e intervenções terapêuticas que considerem tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos para melhorar a qualidade de vida e os resultados clínicos desses pacientes.

#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A depressão em idosos hospitalizados é um tema que demanda maior atenção, especialmente devido à sua alta prevalência e aos impactos negativos na recuperação e qualidade de vida. Embora Sigmund Freud tenha focado em suas pesquisas na melancolia, a depressão ganhou maior destaque nas últimas décadas, principalmente no campo médico e

psiquiátrico. A unificação de ambas as condições nos manuais diagnósticos, como o DSM-IV e a CID-10, contribuiu para que a melancolia passasse a ser tratada como um quadro depressivo, ampliando a generalização do diagnóstico (Peres, 1996; Pessotti, 1999).

Nos idosos, a depressão apresenta particularidades que vão além dos sintomas clássicos. Além do humor deprimido, observa-se baixa autoestima, desmotivação, alterações no sono e apetite, e, em casos mais graves, ideação suicida. Esses sintomas frequentemente interagem com condições de saúde preexistentes, agravando o estado geral dos pacientes (Stella et al., 2002). Segundo Siqueira (2007), a depressão na velhice surge, muitas vezes, como resposta a perdas significativas, que incluem declínio físico, morte de entes queridos e mudanças na autonomia.

Estudos indicam que, durante hospitalizações, idosos deprimidos podem demonstrar menor adesão ao tratamento médico, redução do autocuidado e uma tendência ao isolamento, fatores que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade (Beekman et al., 1997). Além disso, o tempo prolongado de internação e a piora nos quadros clínicos estão frequentemente associados à presença de sintomas depressivos não tratados.

Embora o envelhecimento seja acompanhado por desafios como o aumento de hospitalizações e maior vulnerabilidade a doenças, é essencial que a depressão não seja vista como algo inerente à idade avançada. Irigaray e Shcheider (2007) destacam que sintomas somáticos comuns em idosos podem ser, na verdade, manifestações de estados depressivos. Assim, diagnósticos precisos e intervenções efetivas são fundamentais para evitar que essa condição seja subdiagnosticada ou negligenciada.

Na perspectiva psicanalítica, a depressão em idosos pode ser compreendida como resultado de conflitos psíquicos inconscientes relacionados a perdas, lutos e fragilidades do ego. Sigmund Freud, em seu texto “Luto e Melancolia” (1915), diferencia o luto normal da melancolia, indicando que esta última envolve uma identificação inconsciente com o objeto perdido, gerando um processo de autodepreciação e culpa. Em idosos hospitalizados, essa dinâmica pode ser intensificada diante das perdas simbólicas que o envelhecimento e a hospitalização impõem, como a perda da autonomia, da imagem corporal e das relações sociais, reatualizando vivências passadas de abandono e desamparo.

Além disso, a clínica psicanalítica enfatiza a singularidade do sofrimento psíquico, recusando a padronização dos sintomas e propondo escuta e acolhimento da subjetividade do idoso. A depressão, nesse sentido, não deve ser apenas tratada como um transtorno do humor, mas como um modo de expressão de conflitos internos que se articulam com a história de vida, os vínculos afetivos e os mecanismos de defesa do sujeito. Em um contexto de hospitalização,

onde a subjetividade tende a ser apagada em nome do cuidado técnico, a escuta psicanalítica pode oferecer um espaço simbólico de elaboração, promovendo sentido e resgate da dignidade frente à fragilidade do corpo.

Por fim, a psicanálise contribui para o entendimento da depressão no envelhecimento como um fenômeno complexo, que envolve luto não elaborado, dificuldades na simbolização das perdas e uma possível retração libidinal do mundo externo. Tais elementos exigem intervenções que vão além do tratamento medicamentoso, incluindo espaços de fala que favoreçam a reconstrução da identidade, o resgate do desejo e a reintegração do sujeito à sua própria história. A escuta clínica, quando inserida em equipes multiprofissionais hospitalares, pode ser um recurso fundamental para humanizar o cuidado e promover saúde mental em idosos em situação de vulnerabilidade.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As reflexões desenvolvidas neste artigo alcançaram o objetivo proposto ao articular os aportes da teoria psicanalítica com as contribuições das discussões do Grupo de Estudos e Discussões (GED). Nesta investigação, a depressão foi abordada não como uma entidade nosológica rigidamente definida, mas como um estado psíquico atravessado por processos inconscientes, à luz da psicanálise. A análise aprofundou-se em conceitos como pulsão de morte e melancolia, que receberam destaque nos escritos de Sigmund Freud, especialmente em contraposição à abordagem biomédica da depressão.

Compreendida enquanto retração libidinal e negação dos investimentos pulsionais, a depressão — sobretudo em idosos hospitalizados — revela-se como um apagamento simbólico do desejo, potencializando o desamparo e, por vezes, acelerando o adoecimento. Trata-se de uma condição que compromete a imagem do Eu envelhecido, já fragilizado pelas múltiplas perdas inerentes ao processo de envelhecimento. Estar idoso, doente e hospitalizado frequentemente significa ocupar um lugar marginal na lógica produtivista do capitalismo contemporâneo, que valoriza o desempenho, a juventude e a aparência. Esse deslocamento subjetivo contribui para o surgimento ou agravamento de estados depressivos, tornando fundamental o acolhimento psíquico no contexto hospitalar.

Ao enfatizar a importância da escuta terapêutica como dispositivo de resgate da subjetividade, este estudo evidencia a necessidade de práticas psicológicas que reconheçam a singularidade do sofrimento psíquico do idoso. Frente ao uso muitas vezes apressado de psicofármacos, é preciso considerar que as dores emocionais e os vazios existenciais exigem

elaboração simbólica e não apenas contenção química. Como observa De Assis (2016), a depressão deve ser compreendida como expressão do mal-estar contemporâneo, marcado por intensidades corporais e afetivas mais do que pela culpa moral tradicional. Destaca-se, por fim, que a depressão não constitui uma característica inerente à velhice, tampouco se manifesta universalmente em idosos hospitalizados. A escuta sensível e contextualizada é, portanto, essencial para evitar reducionismos diagnósticos e promover intervenções verdadeiramente humanizadas.

## REFERÊNCIAS

ARGIMON, Irani I.; STEIN, Lilian Milnitsky. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 64-72, 2005.

AMARAL, Ana Claudia Santos et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1617-1626, 2004.

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, p. 573-585, 2016.

BATISTONI, S. S. T. **Depressão**. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Alínea; 2005. p. 59-61.

BEEKMAN, A. T. F. et al. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). **Journal of affective disorders**, v. 46, n. 3, p. 219-231, 1997.

BERLINCK, Manoel Tosta; FÉDIDA, Pierre. A clínica da depressão: questões atuais. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 3, n. 2, p. 9-25, 2000.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

CARVALHO, Daura Cândida Pereira; DE ASSIS, Maria de Fátima Pessoa. A depressão na clínica psicanalítica: ressonâncias da atualidade. **PP [Internet]. 10º de janeiro de**, v. 20, n. 2, 2017.

FENICHEL. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

FERRARI, Juliane F.; DALACORTE, Roberta R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Sci méd**, v. 17, n. 1, p. 3-8, 2007.

FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares; RODRIGUES, F. D.; BENFICA, T. M. S. Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes na residência. **Rio de Janeiro: Vozes**, 2010.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer**. L&PM Editores, 2016.

FREUD, Sigmund. **Rascunho G: Melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud). Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 1.

FREUD, Sigmund. **Além do Princípio de Prazer**. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro: Imago, 1920/1976, vol. XVIII, pp. 13-85.

FREUD, Sigmund. “Inibições, sintomas e angústia” (1926 [1925]). ESB, v. XX.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 14.

FREUD, Sigmund. O inconsciente. Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 27-370.

FURLANETTO, Letícia Maria; BUENO, Joao Romildo; SILVA, Roberta Vergara da. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. **J. bras. psiquiatr**, p. 609-617, 1998.

HANNS, L. A. **A Teoria pulsional na clínica de Freud**. Editora Imago; Rio de Janeiro, 1999.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, p. 19-27, 2007.

MENDES, E. D; VIANA, T. de C. e BARA, O. **Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2014, vol.30, n.4, pp.423-431. ISSN 0102-3772.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Br. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, v. 19, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; FRENK, B. A atuação do profissional de saúde mental no hospital de ensino: a interconsulta médico-psicológica. **Boletim de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 30-37, 1980.

NETTO, Matheus Papaléo; PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 2002. p. 3-12.

PERES, U. T. (org.). **Melancolia**. São Paulo: Escuta. 1996.

PESSOTTI, I. **Os nomes da loucura**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

PESTANA, C. S. **O conceito de pulsão na teoria freudiana**. 2005

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia clínica**, v. 22, p. 147-168, 2010.

ALMEIDA, Consuelo, P.; MOURA, J. M. A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia. **Rio de Janeiro: Kalimeros-Escola Brasileira de Psicanálise**, 1997.

ROMANO, B. W. **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário amoroso da psicanálise**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2019.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença—São Paulo: Casa do Psicólogo. **Editora e Gráfica Ltda**, 2004.

SIQUEIRA, Érica de Sá Earp. A depressão e o desejo na psicanálise. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 1, p. 71-80, 2007.

SOLER, C. **Um mais de melancolia**. In: ALMEIDA, C, P de; MOURA, J, M (Orgs.). A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria, 1997, p. 166 - 187.

SOUSA, Rilva Lopes de et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, p. 102-107, 2007.

SOUSA, Rilva Lopes de et al. Valorização de sintomas depressivos em idosos internados em enfermarias de clínica médica. **Rev. bras. clín. ter**, p. 183-188, 2001.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz Revista de Educação Física**, p. 90-98, 2002.

STOPPE JUNIOR, Alberto. Características clínicas da depressão em idosos. In: **Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico**. 1997. p. 47-68.