



## ARTIGO ORIGINAL

# Perfil de idosos que buscam psicoterapia em ambulatório de saúde mental

Profile of elderly people seeking psychotherapy in mental health outpatient clinic

*Cristiane Ferreira<sup>a</sup>*

*Camila Piva da Costa<sup>b</sup>*

*Marina Gastaud<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> Especialista em Psicoterapia Psicanalítica – (Psicóloga Clínica).

<sup>b</sup> Doutoranda em Psiquiatria – (Psicóloga Clínica) – Porto Alegre.

<sup>c</sup> Doutora em Psiquiatria – (Psicóloga Clínica).

DOI:10.5935/2318-0404.20170002

**Instituição:** Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

## Resumo

A literatura vem apontando um crescimento da população idosa e projeta um aumento ainda maior para os próximos anos. Por isso, conhecer as especificidades desse grupo de pacientes torna-se necessário. Este estudo teve como foco traçar o perfil de idosos que buscam atendimento em saúde mental em um ambulatório de psicoterapia psicanalítica em Porto Alegre. O delineamento do estudo foi transversal e documental elaborado a partir dos prontuários de pacientes atendidos na instituição, totalizando uma amostra de 104 idosos. A maioria dos pacientes que buscaram atendimento eram do sexo feminino, com renda de 2 a 6 salários mínimos e faixa etária que compreendia o intervalo de 60-69 anos. A maior parte buscou atendimento encaminhado por médicos, por problemas depressivos. Os sintomas mais presentes foram a depressão e obsessividade/compulsividade e utilizavam mecanismos de defesa maduros. A qualidade de vida foi boa, mas o domínio

psicológico foi mais baixo. Devido ao aumento da expectativa de vida da população vemos que se justifica uma intensificação das pesquisas nessa área, servindo de balizamento ao atendimento dessa população com características tão específicas.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; Idoso; Saúde Mental.

## **Abstract**

Literature has been pointing to an increase in the elderly population and projects an even bigger increase for the coming years. Therefore, knowing the specificities of this group of patients becomes necessary. This study aimed to trace the profile of the elderly who seek care in mental health in a psychoanalytic psychotherapy outpatient clinic in Porto Alegre. The study design was cross-sectional and documentary based on the medical records of patients attended at the institution, totalizing a sample of 104 elderly. The majority of patients who sought care were female, with income of 2 to 6 minimum wages and age range that comprised the range of 60-69 years. Most sought medical care from depressed patients. The most present symptoms were depression and obsessiveness / compulsiveness and they used mature defense mechanisms. The quality of life was good, but the psychological domain was lower. Due to the increase in the life expectancy of the population we see that an intensification of the research in this area is justified, serving as a beacon to the attendance of this population with such specific characteristics.

**Keywords:** Psychotherapy; Aged; Mental Health.

## **Introdução**

A Política Nacional do Idoso (PNI), lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, e o estatuto do idoso, Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem por idosas pessoas com 60 anos ou mais<sup>1</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS), também determina que são idosas as pessoas com 60 anos ou mais, válido para países em desenvolvimento, já nos países desenvolvidos a idade sobe para 65 anos<sup>2</sup>. Na última década essa população aumentou consideravelmente, dando origem a um novo campo de reflexão, investigação e intervenção<sup>3</sup>.

Até recentemente, as abordagens psicológicas voltadas a idosos eram consideradas somente um suporte para aumentar a adesão à medicação. A associação americana de psicologia reconhecendo as particularidades especiais que envolvem a prática profissional com esse setor populacional, publicou um documento que define as principais linhas de atuação do psicólogo. De acordo com o Guidelines for Psychological Practice with older adults<sup>4</sup>, diversas modalidades de psicoterapia mostram-se eficazes com essa população. As intervenções psicoterápicas incluem revisão de vida e trabalho das reminiscências, foco nas tarefas do desenvolvimento e adaptação as mudanças da idade avançada.

Atualmente, observa-se que o uso de psicoterapia psicanalítica no tratamento desta população conta com

objetivos mais amplos, como a redução dos sintomas, a elaboração do trabalho de luto relacionado às perdas decorrentes das modificações nos papéis sociais e familiares e, principalmente, a melhora na qualidade de vida dos pacientes<sup>5</sup>. As intervenções psicológicas também podem aumentar o funcionamento social, ocupacional e a capacidade de manejo de situações estressantes.

Durante muito tempo, acreditou-se que os idosos não poderiam se beneficiar das abordagens psicoterápicas<sup>6,7</sup>. Em relação à psicoterapia psicanalítica de idosos ainda há a premissa de que estes não teriam indicação para tratamento devido a uma maior dificuldade de mudança pela idade avançada. Porém, deve-se considerar que os critérios de indicação e contraíndicação precisam se afastar da base exclusivamente teórica e buscar evidências empíricas que corroborem ou mostrem outras possibilidades,, tendo em vista que os critérios se modificam de tempos em tempos em virtude da modernização das técnicas terapêuticas<sup>8</sup>.

Durante a evolução da teoria psicanalítica o critério da idade como fator de indicação para iniciar um tratamento foi-se se modificando. Em seu trabalho “Sobre a psicoterapia” (1905/1977b) Freud<sup>9</sup> reconheceu que a idade do paciente é importante no processo de análise, já que a pouca elasticidade mental, diminuiria a capacidade do individuo tirar o devido proveito de uma análise.

Após quinze anos dessas declarações de Freud, Abraham<sup>10</sup> foi o primeiro psicanalista a contrariar a interdição analítica em candidatos na idade avançada, comprovando com casos que reagiram satisfatoriamente ao tratamento. Hanna Segal<sup>11</sup>, também publicou trabalhos reforçando a eficácia da psicanálise em pacientes com mais de 50 anos.

Outros autores, como, Dewald<sup>12</sup>, consideram que o adulto jovem teria mais capacidade para a terapia voltada ao insight, já que tem mais tempo e condições de realizar mudanças, enquanto os insights do idoso podem deixá-lo deprimido, tendo em vista que há menos tempo pela frente. De qualquer modo, o autor não defende que a idade seja fator de contraíndicação para psicoterapia voltada ao insight, mas recomenda cuidadoso exame da indicação diante dos extremos da idade.

Autores contemporâneos<sup>13, 14, 15, 16</sup>, diante das crescentes evidências de que a análise ou psicoterapia psicanalítica é capaz de trazer benefícios tanto a crianças quanto a idosos, refutam este preceito e retiram do rol das contraíndicações clássicas um limite de idade pré-estabelecido.

No contexto brasileiro, as pesquisas sobre psicoterapia com idosos ainda são incipientes. Existem poucos estudos sistemáticos sobre o processo psicoterápico e as medidas disponíveis aos pesquisadores desta área são escassas<sup>17</sup>. Tanto no Brasil como no cenário internacional, a avaliação do processo psicoterápico e o consequente efeito das intervenções psicológicas permanecem sendo um importante desafio para pesquisadores e clínicos.

Diante desse contexto, o presente estudo se justifica não só pela carência de investigações com essa população, mas principalmente pela necessidade de se elaborar programas de ensino mais coerentes com a realidade atual e a aperfeiçoar os atendimentos nos ambulatórios de psicoterapia.

## Método

Trata-se de um estudo transversal e documental realizado a partir de prontuários de pacientes idosos atendidos no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), em Porto Alegre, sul do Brasil. O CIPT constitui-se em uma instituição que forma especialistas em psicoterapia psicanalítica, que integra um ambulatório que oferece prática clínica nas áreas da psicoterapia (individual, familiar, conjugal e grupal), psiquiatria, psicopedagogia, fonoaudiologia e nutrição, promovendo, assim, a saúde emocional dos indivíduos. O ambulatório é voltado à população de média e baixa renda, os tratamentos têm término aberto e os honorários são estipulados pela dupla paciente-terapeuta a partir de um valor mínimo estabelecido pela instituição.

Os atendimentos nesta instituição funcionam da seguinte forma: o paciente comparece a uma Entrevista de Recepção e Pesquisa, e na primeira etapa preenche um questionário sócio-demográfico e clínico e três instrumentos: qualidade de vida (WHOQOL-Bref), sintomas (SCL- 90R) e mecanismos de defesa (DSQ-40). Na segunda etapa o paciente é entrevistado por um profissional especializado em triagens, sendo posteriormente encaminhado para o tipo de tratamento indicado para o seu caso. Os dados da presente investigação foram obtidos a partir dos formulários preenchidos pelos pacientes e pelos triadores durante esta entrevista.

As variáveis de interesse para este estudo foram assim definidas:

– Sexo, religião, com quem reside e fonte de encaminhamento: conforme preenchido pelos pacientes nos prontuários.

– Idade: consideraram-se idosas as pessoas com 60 anos de idade ou mais, de acordo com Estatuto do Idoso<sup>1</sup>.

– Renda: conforme preenchido pelos pacientes nos prontuários dentre as seguintes categorias: 1) Até 1 salário mínimo, 2) de 2 a 3 salários mínimos, 3) de 4 a 6 salários mínimos, 4) de 7 a 10 salários mínimos, 5) mais de 10 salários mínimos.

– Cidade em que reside: agrupada nas categorias Porto Alegre, Região Metropolitana e Serra/Litoral/Interior do estado.

– Escolaridade: conforme descrita pelo paciente e assim categorizada: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Técnico Profissionalizante e Ensino Superior. Considerou-se, nesta pesquisa, o grau máximo de instrução do paciente, independentemente de ter completado ou não o curso referido.

– Estado civil: conforme preenchido pelos pacientes. Foram agrupados da seguinte forma: 1) Solteiro; 2) Casado/União Estável; 3) Separado/Divorciado; 4) Viúvo.

– Motivo da consulta: definido conforme descrição dada pelos pacientes no momento da triagem. As informações referentes ao motivo de consulta apresentadas no prontuário foram armazenadas de forma livre.

Para classificação desta variável, os triadores registravam a queixa do paciente e em seguida categorizavam-na usando como modelo as categorias propostas pelo ABCL (*Adult Behavior Check-List*)<sup>23</sup>.

– Mês da busca por atendimento, história de tratamentos prévios, uso de medicação e conduta terapêutica: conforme relatado pelos triadores nas fichas de triagem.

– Qualidade de vida: esta variável é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>18</sup>. Nesta pesquisa, ela foi avaliada de acordo com o WHOQOL-Bref (*World Health Organization Quality of Life – Brief version*), que é um inventário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida, com base em 4 domínios: 1) Domínio Físico: avalia se o indivíduo apresenta dor ou desconforto, energia ou fadiga para realizar atividades, a qualidade de seu sono e seu repouso; 2) Domínio psicológico: avalia se o indivíduo percebe-se como tendo sentimentos positivos, seu pensamento, aprendizado, memória e concentração, sua autoestima, sua satisfação com sua imagem corporal e aparência física, bem como a presença de sentimentos negativos; 3) Relações sociais: como o indivíduo percebe e se gratifica com suas relações pessoais, seu suporte social e sua atividade sexual; 4) Ambiente: como o indivíduo percebe e se preocupa com sua segurança física e sua proteção, o ambiente no seu lar, seus recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, o sentimento de ter oportunidade para adquirir novas informações e habilidades, etc. OS valores obtidos através do WHOQOL-Bref, variam entre zero (muito baixa qualidade de vida) e cem (muito alta qualidade de vida). A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil<sup>19</sup>.

– Gravidade dos sintomas e tipo de sintomas: essas variáveis foram avaliadas a partir dos resultados do SCL-90-R (*Symptom Check-List 90 – Revised*). Este instrumento é um inventário multidimensional de auto avaliação de sintomas, projetado para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos, dentro das seguintes dimensões: 1) Somatização: distúrbios provindos da percepção da disfunção corporal; 2) Obsessividade/compulsividade: pensamentos, impulsos e ações que são vividos como repetitivos, irresistíveis e indesejáveis; 3) Sensibilidade interpessoal: sentimentos de inadequação, inferioridade, principalmente em comparação com outras pessoas; 4) Depressão: manifestações clínicas da depressão que são representadas por sinais de retraimento, de baixo interesse na vida, falta de motivação e falta de energia vital, sentimentos de derrota, pensamentos suicidas.; 5) Ansiedade: sinais de nervosismo, tensão e tremor, bem como sentimentos de terror, de apreensão e medo; 6) Hostilidade: pensamentos, sentimentos ou ações que são características da afetividade negativa do estado de raiva; 7) Ansiedade fóbica: resposta de medo persistente dirigida a uma pessoa específica, lugar, objeto ou situação; 8) Ideias paranoides: modo desordenado de pensamento caracterizado por pensamento projetivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, medo de perder autonomia e desilusão; 9) Psicoticismo: sintomas como retraimento, isolamento, estilo de vida esquizoide que passam de um contínuo graduado de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose. A partir dos 90 sintomas pontuados, cada dimensão pode estar nada (zero), pouco (um), moderadamente (dois),

bastante (três) ou muito (quatro) presente na sintomatologia do paciente. Foi desenvolvido por Derogatis e Savitz<sup>20</sup> e adaptado e validado para a população brasileira por Laloni<sup>21</sup>.

– Estilo defensivo: mecanismo de defesa é uma ferramenta inconsciente utilizada pelo indivíduo para lidar com um conflito ansiogênico. Será avaliado mediante o DSQ-40 (*Defense Style Questionnaire*), que mensura o grau com que o paciente faz uso de determinados mecanismos de defesa. O questionário agrupa os 20 mecanismos de defesa pressupostos, em três categorias hierárquicas de funcionamento: defesas imaturas, defesas neuróticas, defesas maduras. As defesas imaturas são as defesas narcísicas, que envolvem uma maior distorção na imagem de si mesmo ou de outros, podendo ser empregadas para regular a autoestima. As defesas neuróticas são as defesas que permitem as formações de compromisso, ou seja, o indivíduo mantém as ideias, sentimentos, recordações, desejos ou temores, considerados potencialmente ameaçadores, fora da consciência. As defesas maduras são as defesas consideradas adaptativas, pois conseguem maximizar a gratificação do impulso e permitem o conhecimento consciente dos sentimentos, ideias e suas consequências. Validado para a população brasileira por Blaya, Ceitlin, Isolan, Kipper, Heidht e Band<sup>22</sup>.

## Participantes

Participaram do estudo 104 prontuários de pacientes adultos que buscaram atendimento entre maio de 2009 e abril de 2013 (4 anos), que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando que os dados de seu atendimento fossem usados para pesquisa e ensino.

## Análise dos dados

O banco de dados foi elaborado no SPSS versão 17. A análise estatística utilizou o mesmo programa e foi feita em termos de frequência, porcentagem, medidas de dispersão e tendência central.

## Resultados

Durante o referido período, 2765 pacientes buscaram atendimento no ambulatório; destes, 108 (3,9%) pacientes eram idosos. Dos idosos, 4 não assinaram o termo de consentimento, restando os 104 pacientes para a amostra final desta investigação. Como se trata de pesquisa com dados secundários, algumas variáveis não puderam ser obtidas a partir dos prontuários, demonstradas nas tabelas como “não consta”.

A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas dos pacientes adultos pesquisados.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	20,2
Feminino	83	79,8
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 SM	14	13,5
2 a 6 SM	64	61,5
7 SM ou mais	17	16,4
Não consta	9	8,7
<b>Religião</b>		
Católica	55	52,9
Espírita	17	16,3
Outras	8	7,7
Sem religião	24	23,1
<b>Cidade em que reside</b>		
Porto Alegre	94	90,4
Região Metropolitana	7	6,7
Interior do estado, Serra, Litoral	3	2,9
<b>Pessoas que residem com o paciente*</b>		
Sozinho	22	
Cônjuge/Companheiro	33	
Mãe	3	
Filhos adultos	34	
Filhos crianças	2	
Netos	12	
Irmãos	4	
Outros familiares	6	
<b>Idade do paciente</b>		
60 - 69 anos	70	67,3
70 - 79 anos	26	25,0
80 - 89 anos	8	7,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	23	22,1
Ensino Médio	32	30,8
Ensino Técnico/Profissionalizante	8	7,7
Ensino Superior	40	38,5
Não Consta	1	1,0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	9	8,7
Casado/União estável	37	35,6
Separado/Divorciado	31	29,8
Viúvo	26	25,0

Não consta	1	1,0
<b>Atividade profissional</b>		
Aposentado	46	44,2
Ativo	39	37,5
Nunca trabalhou	16	15,4
Não consta	3	2,9

(\*Como o paciente pode residir com mais de uma categoria, não são apresentadas frequências relativas.)

As características clínicas estão descritas na Tabela 2. A maior parte dos pacientes buscou atendimento encaminhado por médicos (26,0%), por problemas depressivos (57,7%). A maior parte nunca realizou psicoterapia (74,7%), tratamento psiquiátrico (58,7%) ou neurológico (97,1%); a maior parte já havia utilizado medicação psicotrópica (56,7%) - 36 pacientes relataram uso prévio de antidepressivo, 18 de ansiolítico, 6 de estabilizador de humor e 4 de antipsicótico, isolada ou combinadamente. Considerando a população pesquisada, 13 (12,5%) pacientes relataram internação psiquiátrica prévia. No momento da entrevista de recepção e pesquisa, 21 (20,2%) pacientes relataram uso atual de medicação psicotrópica – 14 antidepressivo, 11 ansiolítico, 3 estabilizador do humor e 1 antipsicótico, isolada ou combinadamente.

**Tabela 2:** Distribuição da amostra quanto às características clínicas

	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Fonte de encaminhamento</b>		
Médico	27	26,0
Iniciativa própria	26	25,0
Familiar	21	20,2
Amigo/colega	12	11,5
Psicólogo	7	6,7
Outros	5	4,8
Não consta	6	5,8
<b>Motivo de consulta</b>		
Problemas depressivos	60	57,7
Problemas de ansiedade	22	21,2
Problemas de convívio social	0	0
Retraimento/Problemas de relacionamento	4	3,8
Queixas somáticas	9	8,7
Problemas de atenção	1	1,0
Não consta	8	7,7
<b>Tratamentos prévios*</b>		
Psicoterapia	27	
Psiquiatria	43	
Neurologia	3	

Medicação psicotrópica	59	
Internação psiquiátrica	13	
<b>Tratamentos atuais*</b>		
Psicoterapia	0	
Psiquiatria	17	
Neurologia	3	
Medicação psicotrópica	21	
<b>Conduta terapêutica na triagem*</b>		
Psicoterapia individual	92	
Psicoterapia vincular	1	
Psiquiatria	7	
Psicodiagnóstico	1	
Grupoterapia	3	

(\*O mesmo paciente pode ter realizado ou realizar mais de um tipo de tratamento e pode ter recebido mais de uma indicação de tratamento no momento da triagem, não sendo possível calcular a frequência relativa.)

Dos 104 prontuários referentes a adultos, 90 contavam com o WHOQOL-Bref adequadamente preenchido pelo paciente. A tabela 3 mostra os resultados destes dados, na qual se pode observar que a média mais baixa de qualidade de vida foi no domínio psicológico.

**Tabela 3:** Caracterização da amostra quanto à média da qualidade de vida no momento da busca por atendimento\*

Qualidade de Vida	Média	Desvio Padrão
Percepção sobre qualidade de vida	65,78	23,28
Satisfação com a saúde	60,67	22,53
Domínio Físico	53,41	21,08
Domínio Psicológico	49,23	18,78
Domínio Relações Sociais	52,09	22,82
Domínio Ambiente	56,39	17,72

Dos 104 prontuários referentes a adultos, 82 contavam com SCL-90 adequadamente preenchidos pelo paciente. A tabela 4 mostra os resultados destes dados, na qual se pode observar que as dimensões mais pontuadas como presentes na sintomatologia dos pacientes foi Depressão (Média=1,59) e Obsessividade/Compulsividade (Média = 1,59); a menos pontuada foi Psicoticismo (Média=0,80). Analisando os pacientes individualmente, a dimensão em que houve mais casos cuja sintomatologia estava muito presente na patologia do paciente foi Depressão.

**Tabela 4:** Caracterização da amostra quanto aos sintomas apresentados

	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>TSP*</b>		47,27 (19,21)
Até 29 sintomas	13 (15,9)	
30 a 59 sintomas	47 (57,3)	
60 a 90 sintomas	22 (26,8)	
<b>IGS**</b>		1,49 (2,48)
Nem um pouco severo	10 (12,3)	
Pouco severo	46 (55,6)	
Moderadamente severo	21 (25,9)	
Bastante severo	5 (6,2)	
Muito severo	0 (0)	
<b>IDSP***</b>		2,14 (0,70)
Nem um pouco severo	1 (1,2)	
Pouco severo	12 (14,6)	
Moderadamente severo	40 (48,8)	
Bastante severo	28 (34,1)	
Muito severo	1 (1,2)	
<b>Somatização</b>		1,30 (0,91)
Nem um pouco presente	17 (20,7)	
Pouco presente	33 (40,2)	
Moderadamente presente	23 (28,0)	
Bastante presente	8 (9,8)	
Muito presente	1 (1,2)	
<b>Obsessividade/Compulsividade</b>		1,59 (0,92)
Nem um pouco presente	7 (8,5)	
Pouco presente	32 (39,0)	
Moderadamente presente	28 (34,1)	
Bastante presente	13 (15,9)	
Muito presente	2 (2,4)	
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>		1,19 (0,89)
Nem um pouco presente	23 (28,0)	
Pouco presente	33 (40,2)	
Moderadamente presente	18 (22,0)	
Bastante presente	7 (8,5)	
Muito presente	1 (1,2)	
<b>Depressão</b>		1,59 (0,99)
Nem um pouco presente	10 (12,2)	
Pouco presente	30 (36,6)	
Moderadamente presente	24 (29,3)	
Bastante presente	14 (17,1)	
Muito presente	4 (4,9)	

<b>Ansiedade</b>		1,26 (0,94)
Nem um pouco presente	19 (23,2)	
Pouco presente	31 (37,8)	
Moderadamente presente	20 (20,4)	
Bastante presente	11 (13,4)	
Muito presente	1 (1,2)	
<b>Hostilidade</b>		0,92 (0,76)
Nem um pouco presente	22 (26,8)	
Pouco presente	43 (52,4)	
Moderadamente presente	14 (17,1)	
Bastante presente	2 (2,4)	
Muito presente	1 (1,2)	
<b>Ansiedade Fóbica</b>		0,84 (0,95)
Nem um pouco presente	37 (45,1)	
Pouco presente	31 (37,8)	
Moderadamente presente	5 (6,1)	
Bastante presente	7 (8,5)	
Muito presente	2 (2,4)	
<b>Idéias Paranóides</b>		1,08 (0,95)
Nem um pouco presente	24 (29,3)	
Pouco presente	34 (41,5)	
Moderadamente presente	15 (18,3)	
Bastante presente	7 (8,5)	
Muito presente	2 (2,4)	
<b>Psicoticismo</b>		0,80 (0,68)
Nem um pouco presente	31 (37,8)	
Pouco presente	37 (45,1)	
Moderadamente presente	13 (15,9)	
Bastante presente	1 (1,2)	
Muito presente	0 (0)	

Dos pacientes idosos, 83 pacientes preencheram o DSQ-40 ao entrar na instituição. O mecanismo de defesa cuja pontuação teve maior média foi Sublimação (Média = 11,54 em uma pontuação que varia de 2 a 18), seguido de Antecipação (Média = 11,31) e Racionalização (Média = 11,20). A menor pontuação média foi no mecanismo Projeção (Média = 5,98) e Negação (Média = 6,77). O DSQ-40 utiliza as definições propostas por Kaplan e Sadock<sup>24</sup> para estes mecanismos de defesa: Sublimação é um mecanismo maduro e permite que os instintos sejam canalizados ao invés de bloqueados ou reprimidos, obtendo gratificação através da alteração de uma meta ou objeto socialmente reprovável para um socialmente aceito. Antecipação é um mecanismo maduro e significa antecipar realisticamente algum desconforto futuro; implica um planejamento cuidadoso ou preocupação e antecipação afetiva prematura, porém realista, de resultados calamitosos e potencialmente assustadores. Racionalização também é uma defesa madura e significa oferecer explicações racionais em

uma tentativa de justificar atitudes, crenças ou comportamentos que podem de outro modo ser inaceitáveis. Projeção, a defesa com menor média, é um mecanismo imaturo que significa atribuir os próprios sentimentos e desejos a uma outra pessoa devido a esses sentimentos internos serem intoleráveis ou dolorosos. Negação, também imatura, é uma defesa caracterizada por evitar a percepção de algum aspecto doloroso da realidade, negando dados sensoriais; a negação abole a realidade externa.

## **Discussão**

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento que mais cresce na população brasileira. Entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60-69, 70-79 e 80+ anos de idade cresceu duas a quatro vezes mais (28, 42 e 62%, respectivamente) do que o resto da população (14%)<sup>1,2</sup>. Uma das consequências do crescimento da população idosa é o aumento da demanda por serviços médicos e sociais, portanto, pode-se esperar um aumento da demanda por tratamentos de saúde de uma forma geral, incluindo a psicoterapia.

No entanto, não foi possível notar essa mesma proporção de aumento nos atendimentos do citado ambulatório nesse período, já que somente 3,9% das pessoas que buscaram a instituição eram idosos. Rebelo<sup>3</sup> percebe um afastamento entre terapeutas e idosos. Por um lado, tendo como base maior rigidez das estruturas mentais e o declínio cognitivo associado ao envelhecimento, os idosos foram considerados inaptos para o tratamento psicoterapêutico. Por outro, os idosos, que cresceram num contexto sociocultural relativamente hostil às psicoterapias, mantem alguma resistência na procura desse tipo de serviço.

A pequena busca por psicoterapia neste grupo pode dever-se, além disso, a um preconceito de que com o avanço da idade não haja mais possibilidade de mudança ou de reflexão do passado, o que pode desencadear sintomas de desesperança ou depressão, como nos mostram os achados do SCL-90, em que os maiores motivos de busca por atendimento (57,7%), seriam esses. Vale lembrar que é recente a presença do idoso como cidadão valorizado de nossa sociedade, já que somente em 1994, com uma lei federal é que o idoso ganhou status diferenciado.

Relacionado à depressão, vê-se que o número e a frequência de laços sociais, são inversamente proporcionais à sintomatologia depressiva, bem como a falta de suporte social está associada a um maior risco de mortalidade e a um maior período de tempo necessário para a recuperação de doenças<sup>25</sup>. Portanto, se coloca como prioritário na psicoterapia de idosos a manutenção da autoestima e o reforço do narcisismo para enfrentar todas as perdas e mudanças que a fase os impõem<sup>3</sup>.

Observamos que na amostra pesquisada (44,2%) são de aposentados, para quem a aposentadoria pode representar a perda de maiores laços e contatos sociais, período no qual geralmente também ocorre uma queda nos rendimentos, levando muitas vezes a um conflito de dependência x independência. A mudança do vínculo com o trabalho representa uma perda muito significativa no âmbito geral, uma vez que, é uma área onde a pessoa investe grande parte da sua energia, seu tempo e seus afetos<sup>25</sup>.

Em relação a qualidade de vida dos idosos, nosso estudo mostrou que a maioria deles (65,78%) avaliam sua qualidade de vida como boa, no entanto no domínio psicológico o resultado foi mais baixo (49,23%). Esse resultado corrobora a importância do atendimento psicológico a essa população, já que a saúde psíquica se constitui um pilar essencial para o contínuo cuidado com os outros domínios da qualidade de vida. Estudos epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável<sup>26</sup>.

A faixa etária que apresentou maior procura entre os idosos foi a de 60-69 anos (67,3%) e hoje já se sabe que menos de 5% das pessoas com mais de 65 anos necessitam de cuidados por terem perdido a capacidade de gerirem suas próprias vidas. Nesse sentido, esse dado, pode indicar que esses pacientes procuraram psicoterapia preventivamente, já que é frequente o comentário de idosos saudáveis a respeito da própria expectativa quanto a chegada da velhice, remetendo-a ao momento em que não terão mais capacidades<sup>25</sup>.

Podemos observar que a procura por atendimento é maior por parte das mulheres idosas, onde 79,8% são do sexo feminino, o que vai de encontro com os estudos que mostram a prevalência de busca por psicoterapia por parte das mulheres<sup>27, 28</sup>. Esse dado também corrobora com estudos atuais sobre o tema<sup>2, 29</sup> que nos falam sobre uma feminização do envelhecimento, onde as mulheres vivem em média 6 anos mais do que os homens. Em países como o Brasil as mulheres correspondem a aproximadamente dois terços da população acima de 75 anos. Portanto, o motivo de busca ser maior nesta população também se justificaria pela predominância deste gênero nesta faixa etária.

A maioria dos pacientes realizava ou já havia realizado tratamento psiquiátrico e/ou utilizavam medicação psicotrópica. Apesar da eficácia comprovada das intervenções psicoterapêuticas nessa faixa etária, um número significativo dos clínicos gerais e psiquiatras continuam a considerar a psicofarmacologia com o tratamento de primeira linha<sup>30</sup>. Uma revisão sistemática avaliou ensaios clínicos randomizados para testar o efeito da psicoterapia e da farmacologia para pacientes idosos com depressão. O estudo encontrou resultados superiores para a psicoterapia sozinha ou combinada com a medicação comparada a farmacologia<sup>31</sup>.

Os idosos estão, geralmente, mais disponíveis para processos introspectivos, bem como mais capazes para efetuar uma revisão da sua história de vida, com atribuição de novos significados<sup>32</sup>. Segundo Quinodoz<sup>33</sup> uma das necessidades vitais do idoso é reconstruir sua própria história interna. Essa necessidade tem relação com a sua representação da passagem do tempo. A autora fala da oportunidade do idoso poder discutir essas questões em análise e poder fazer a reparação ligada a posição depressiva.

Nota-se através do DSQ-40 que os mecanismos de defesa mais utilizados foram a sublimação (11,54%), a antecipação (11,31%) e a racionalização (11,20%), todos mecanismos maduros que denotam uma boa forma de entender as vicissitudes da vida, ao que chamamos sabedoria, característica advinda de anos vividos e diversidade de experiências.

## Conclusões

A demanda por atendimento na velhice tende a crescer devido ao aumento da expectativa de vida e por isso se reforça a necessidade de aprimoramento dos serviços de saúde para atender a esse perfil populacional. O paciente idoso traz demandas e questões específicas a serem trabalhadas, como: finitude da vida, perda do valor social, relacionamento com a família, sexualidade<sup>34</sup>.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de aumentar os índices de procura e permanência em psicoterapia por parte da população idosa, já que demonstram sintomas depressivos e baixa qualidade de vida no domínio psicológico. A estratégia para captar esse perfil implica em desenvolver mais estudos sobre essa etapa do desenvolvimento humano e também estudos sistemáticos sobre as relações entre terceira idade e psicoterapia e pesquisas sobre efetividade, instrumentalizando assim, os profissionais para que trabalhem com foco nas necessidades desta população.

A partir deste estudo, notamos a importância da criação de cursos de especialização com enfoque voltado especialmente para a psicoterapia psicanalítica de idosos, onde haja um currículo formatado para o atendimento desta população.

Vemos a premente necessidade de programas específicos para os idosos nos serviços de saúde mental, tais como grupos de preparação para a aposentadoria, para lidar com as perdas vividas, etc. Assim frisamos a importância de haver fomento governamental dos serviços que oferecem psicoterapia à população, atuando assim, na prevenção da saúde dos idosos e para que estes vivam de forma mais feliz e com maior qualidade sua velhice.

## Referências

1. Brasil. Estatuto do idoso. LEI N°10.741, Art. 1, de 1 de outubro de 2003.
2. Brasil. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília DF. 2005.
3. Rebelo H. Psicoterapia na idade adulta avançada. *Anál Psicol.* 2007;4(25):543-57.
4. Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. *AmPsychol.* 2014;69(1):34-65.
5. Dourado MCN, Souza MFB, Santo RL. Ensinando psicoterapia com idosos: desafios e impasses. *Rev bras Psicoter.* 2012;14(1):92-102
6. Aréan PA. Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003;11(1):4-6.
7. Kennedy GJ, Tanenbaum S. Psychotherapy with older adults. *Am j. psychoter.* 2000; 54(3):386-406.
8. Gastaud MB, Goi JD, Bassols AMS, Costa CP, Krieger D, Machado D, et al. Is it all grist to the mill? Wandering between indications for psychoanalytic treatment and the analytic field. *Trends Psychiatry Psychother.*

- [Internet].2013 [cited 2016 June 09] ; 35( 1 ): 12-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892013000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000100003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000100003>
9. Freud S [1905]. Sobre a psicoterapia. In: Strachey J, editor. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1987. V.7. p.239-52.
  10. Abraham K. La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. In: Abraham K, Jones E, editors. Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Paidós; 1959. p. 238-42.
  11. Segal H. Fear of death: notes on the analysis of an old man. *International Journal of Psychoanalysis*. 1958; 39:178-81.
  12. Dewald P. Indicações para psicoterapia. *Psicoterapia: Uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 133-61.
  13. Zimerman DE. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed; 2004.
  14. Etchegoyen H. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2. ed. amp. Porto Alegre: Artmed; 2004.
  15. Gabbard G. Tratamentos em psiquiatria dinâmica: psicoterapia individual. In: \_\_\_\_\_ *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 79-102.
  16. Eizirik C, Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: Cordioli A., editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 151-66.
  17. Peuker AC, Habigzang LF, Koller SH, Araujo LB. Avaliação de processo e resultados em psicoterapias: uma revisão. *Psicol estud*. 2009;14(3):439-45.
  18. Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-Bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(3):1-12.
  19. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:178-83.
  20. Derogatis LR, Savitz KL. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: Maruish ME (Org.). *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2000. p. 297-334.
  21. Laloni D. Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R): adaptação, precisão e validade (Tese de doutorado), 2001. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=294](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=294).
  22. Blaya C.; Ceitlin LH, Isolani LR, Kipper LC, Heidt E, Band M. Versão em Português do Defense Style Questionnaire (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev bras psiquiatr*. 2004;26(4):16-46.
  23. Achenbach TM. Manual for the data manager program (ADM): CBCL, YRS, TRE, YARS, ABCL, CBCL/2-3, CBCL1/2-5 e C-TRF. Vermont: Aseba; 2001.
  24. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

25. Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2015.
26. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saúde. 2003;12(4):189-201.
27. Gatti AL, Jonas AL. Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clinica- escola no ano de 2005. Integração. 2007;13(48):89-93.
28. Romaro RA, Capitão GC. Caracterização da clientela da clinica escola de psicologia da Universidade São Francisco. Psicol teor prá. 2003;5(1):111-21.
29. Rosenberg HM, Ventura SJ, Maurer JD, Heuser RL, Freedman MA. Births and deaths: United States, 1995. Mon vital stat rep. 1996;45(3, suppl 2):1-40.
30. Walker DA, Clarke M. Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. Aging ment health. 2001; 5(2):197-99.
31. Scazufca M, Matsuda C. Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. Rev Bras Psiquitr. [Internet]. 2002, Apr [cited 2016 June 09] ; 24( Suppl 1 ): 64-69. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000500012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000500012>.
32. Cohler BJ. Psychoanalysis and the life course: development and intervention. In: Nordhus IH, VanderBos GR, Berg S, Fromholt P (Eds.). Clinical geropsychology. Washington: American Psychology Association; 1998. p.61-78.
33. Quinodoz D. Growing old: a psychoanalyst's point of view. Int J Psychoanal. 2009;90(4):773-93. doi: 10.1111/j.1745-8315.2009.00166.x.
34. Eizirik CL, Bassols AMS. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

### **Correspondência**

*Cristiane Ferreira*

cristianemarferreira@hotmail.com

Submetido em: 31/10/2016

Aceito em: 03/01/2018