

# Depressão em idosos: uma visão Winnicottiana

## *Depression in the elderly: a Winnicottian view*

---

*Esdras Guerreiro Vasconcellos<sup>4\*</sup>*  
*Flávia Figueira de Andrade Porto<sup>\*\*</sup>*  
*Izabella Lopes de Arantes<sup>\*\*\*</sup>*  
*Ivonise Fernandes da Motta<sup>\*\*\*\*</sup>*  
*Josiane dos Santos Cozac<sup>\*\*\*\*\*</sup>*  
*Pedro Vinicius de Souza Brito<sup>\*\*\*\*\*</sup>*

### **Resumo**

Como uma questão de saúde pública na atualidade, a depressão exige reflexões e práticas que ofereçam tratamento compatível às suas necessidades de cuidado. Os idosos são um dos grupos que mais apresentam demandas ligadas aos estados de humor deprimido, variando em sua intensidade e gravidade. A partir da visão winnicottiana, o artigo explora tal fenômeno sob duas conjunturas: a depressão como uma conquista da capacidade de deprimir-se diante de perdas e frustrações; a depressão como incapacidade de tolerar impulsos agressivos básicos, tendo como realidade a obstrução do processo de maturação. Apresenta especificidade do tratamento, enfatizando o potencial terapêutico das relações de cuidado e a relevância da atenção profissional interdisciplinar.

**Palavras-chave:** Depressão. Idosos. Psicanálise. Winnicott. Donald Woods.

### **Abstract**

*As a current public health issue, depression requires reflections and practices that offer treatment compatible with the person's care needs. The elderly is one of the groups that most present demands related to depressed mood states, varying in intensity and severity. From this viewpoint, the article explores this phenomenon under two circumstances: depression as an achievement of the ability to depress oneself due to losses and frustrations; and depression as an inability to tolerate basic aggressive impulses, with the reality of obstructing the maturation process. It presents the specificity of treatment, emphasizing the therapeutic potential of care relationships and the relevance of interdisciplinary professional care.*

**Keywords:** Depression. Elderly. Psychoanalysis. Winnicott. Donald Woods.

---

\* Pós-doutorado pela Universidade Ludwig Maximilian zu München. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. esdras@intercencias.com.br

\*\* Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Especialista em Psicologia da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Universidade de São Paulo (USP). São José dos Campos, SP, Brasil. flafigueira@gmail.com

\*\*\* Mestranda pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. izabella-arantes@hotmail.com

\*\*\*\* Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. ivonise.motta@gmail.com

\*\*\*\*\* Mestranda pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. josianepsi@uol.com.br

\*\*\*\*\* Especialista em Gerontologia e Interdisciplinaridades, Hospital São Camilo - Pompéia (HSC/Pompéia). Centro Universitário São Camilo. Osasco, SP, Brasil. pedrovinicius.brito@gmail.com

## Introdução

A longevidade é uma conquista da humanidade. Porém, não existe apenas uma forma de envelhecer. Há inúmeras variáveis que impactam esse processo: a genética, o gênero, a etnia, o ambiente no qual a pessoa vive, dentre outras. De acordo com a pesquisa do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos (DIEESE, 2021), no Brasil, há cerca de 37,7 milhões de pessoas idosas. Esse número foi alcançado com o desenvolvimento das tecnologias da saúde, tanto no tratamento quanto na prevenção das doenças. Devido às suas disparidades sociais, o Brasil não apresenta o mesmo aparato institucional para suportar as demandas advindas de sua população, que está ficando cada vez mais idosa.

O alcance da longevidade é marcado por uma série de aspectos característicos do avanço dos anos, aspectos que vão desde as limitações de mobilidade experimentadas pelo corpo que envelhece, até as experiências impalpáveis vivenciadas por aqueles que têm a chance de assistir ao caminhar do tempo e ao impacto dele nas ruas, no bairro, na cidade, nos parentes, nos amigos e nas memórias que vão, pouco a pouco, se desfazendo ou se transformando. Também é, e tem sido cada vez mais comum, a incidência da depressão em pessoas acima de 60 anos, possivelmente como mais um desses aspectos que simbolizam a ambivalência de poder conquistar o envelhecimento. A Pesquisa Nacional de Saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS - IBGE, 2020) indicou que na faixa etária de 60 a 64 anos, cerca de 13,2% da população convive com a depressão.

Os serviços de saúde oferecidos a esta população devem contemplar ações específicas, coletivas e individuais, voltadas às necessidades típicas dessa fase da vida. Muitos idosos envelhecem em um contexto de escassez de recursos, de cuidados específicos, de promoção e de prevenção em saúde, não gozando do direito de serem tratados de modo integral, em suas condições físicas, psicológicas e sociais, a partir de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2006).

O adoecimento depressivo está presente em diversas partes do mundo e é, atualmente, a modalidade de sofrimento psíquico prevalente. Além disso, em casos de suicídio ou ideações suicidas, comumente a depressão aparece como o diagnóstico predominante.

Para Roudinesco (2000), a incidência das depressões denuncia fenômenos próprios da contemporaneidade: a tentativa desesperada de apartar de si quaisquer vestígios de insatisfação, a negação dos conflitos e as faltas – de tem-

po, de paciência e de interesse – para compreender a subjetividade. Então, ao contrário dos neuróticos freudianos que padeciam pelo embate entre desejo e proibição, os depressivos de hoje sofrem por não poderem sofrer, por estarem inseridos em uma época que sufoca o mal-estar em nome de uma sociedade que vive para o espetáculo, conforme Birman (2017).

No ponto de vista de Ehrenberg (2008), a depressão marcaria uma impotência de viver, ligada a uma tristeza, inibição, fazendo uma relação com a infelicidade íntima. Dentro deste contexto, ela seria resultado do fim das tradições, normas e costumes que deram lugar à emancipação individual. O que a princípio parecia levar a uma transformação do modo de viver do ser humano, ocasionou o enfraquecimento dos laços sociais e a diminuição da convivência pública. O homem passa a ser responsável por suas atitudes e responde, portanto, pelos resultados de suas ações. Nesse contexto, o sentimento de insuficiência se torna cada vez mais presente, o que culmina em uma patologia mental.

Nas teorias psicanalíticas, as explicações sobre a depressão são polissêmicas, mas, em geral, aludem a uma perda – simbólica ou não – que atravessa o indivíduo e o coloca diante do sofrimento. Seja apreendida como a expressão de um Eu que está demasiadamente investindo libido no objeto que perdera e, por isso, segue retirado do mundo e agarrado à representação daquilo que já foi e não pode ser mais, seja percebida, essencialmente, como reflexo de sua incapacidade de suportar nuances desagradáveis do percurso maturacional, a depressão é uma temática atual, com números elevados e que é campo fértil para a investigação, contribuição e atuação da Psicanálise.

Tomando a depressão em idosos como objeto de estudo, este artigo apresenta uma revisão bibliográfica da literatura psicanalítica, explorando tal fenômeno sob duas conjunturas: a depressão como uma conquista da capacidade de deprimir-se, relativa à vivência transitória diante de perdas e frustrações; e a depressão como incapacidade de tolerar impulsos agressivos básicos, obstruindo o caminho em direção a processos de integração do *self*. Expõe, ainda, reflexões sobre o atendimento profissional ao idoso em depressão, tendo como premissa a relevância do ambiente e das relações de cuidado no processo de prevenção e promoção da saúde.

## **A depressão na psicanálise**

O desenvolvimento de uma teoria psicanalítica freudiana, capaz de explicar os processos envolvidos na depressão, iniciou-se com o texto *Luto e melancolia*,

de 1917. Embora Sigmund Freud aproxime o luto da melancolia, devido às suas semelhanças, o enfoque de seu trabalho é ressaltar as diferenças. Segundo este autor, o luto diz respeito, em geral, a uma resposta “à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar” (FREUD, 1917/2010, p. 128).

Apesar da presença de sentimento de desânimo, da falta de interesse pelo mundo externo e de um distanciamento da vida cotidiana – como ocorre na melancolia –, no luto não há comprometimento da autoestima, e a consciência do objeto perdido se mantém. O Eu liga-se fortemente ao objeto faltante, às suas lembranças. Contudo, com o tempo, ocorre a superação dessa fase. A energia libidinal é retirada do objeto perdido e transferida para um outro significativo. Segundo Freud (1917/2010), deve-se evitar perturbações nesse processo, permitindo, com isso, que o curso do luto se conclua, a ponto de ser possível o alcance da capacidade para amar novamente: “após a consumação do trabalho do luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido” (FREUD, 1917/2010, p. 130).

De acordo com Kehl (2015), Freud contribuiu, de modo decisivo, para o entendimento da melancolia, levando a uma ruptura tanto no plano clínico, inserindo-a no campo da clínica psicanalítica, quanto no plano das ideias, afastando-a de seu sentido de experiência sublime, própria dos homens de caráter melancólico, assim representados desde a Grécia antiga. Neste quadro, estão presentes comportamentos autopunitivos, de ofensas à própria pessoa, de empobrecimento do Eu, o qual se considera, diante dos outros, “indigno, incapaz e desprezível” (FREUD, 1917/2010, p. 130). Estas características estão articuladas a uma falta de constrangimento ou vergonha no melancólico, uma vez que, no fundo, as recriminações dirigidas a ele mesmo são relativas ao objeto amoroso perdido. Nas palavras do autor, “não se envergonham nem se escondem, pois tudo de desabonador que falam de si mesmos se refere, no fundo, a outra pessoa” (p. 133).

A despeito de o quadro melancólico implicar uma perda significativa do objeto amado e ideal, há que se considerar, em certos casos, a existência de um desconhecimento sobre aquilo que, no objeto, fora perdido, um sentido oculto sustentando o sofrimento. Como pontua Freud (1917/2010, p. 130), “não podemos discernir claramente o que se perdeu [...]. Esse caso poderia apresentar-se também quando a perda que ocasionou a melancolia é conhecida do doente, na medida em que ele sabe *quem*, mas não *o que* perdeu nesse alguém”.

Nesse enredamento da melancolia aconteceu uma ligação da libido a um objeto que fora afetada por uma “real ofensa ou decepção vinda da pessoa amada”, levando a uma fragilização dessa relação. Ao contrário do luto – em que, nas mesmas condições, a libido pode ser reinvestida em um novo objeto

–, o investimento objetal na melancolia não acontece e a libido recua para o Eu que, por sua vez, torna-se identificado com o objeto abandonado (FREUD, 1917/2010, p. 133). Assim, no caso da melancolia, em vez da retirada e do investimento libidinal em um novo objeto, internaliza-se o objeto perdido, como uma regressão ao narcisismo secundário (FREUD, 1914/2004), criando uma realidade. Em outras palavras, a melancolia faz com que a perda do objeto se torne inconsciente, levando a pessoa a viver um sofrimento que, por não ter sido nomeado, torna-se simbólico.

Um dos pontos marcantes sobre o tema em Freud é seu olhar para o fenômeno da depressão, com a relevância de seus desdobramentos nos trabalhos psicanalíticos que se seguiram. Seja sob circunstâncias “normais” do luto, seja em suas características patológicas como na melancolia (FREUD, 1917/2010, p. 128), a depressão está colocada em um campo científico e terapêutico marcado por questões psíquicas, econômicas e dinâmicas, complexas, demandando seu destrinchar para um devido tratamento. A pessoa enlutada por um objeto amado perdido terá como fator facilitador de atravessamento do luto uma postura analítica que, em vez de oferecer “tratamento médico”, se pautará na confiança em sua transicionalidade (FREUD, 1917/2010, p. 128). Em referência ao paciente melancólico, Freud (1917/2010) afirma que seria improdutivo contrariá-lo em suas autorrecriminações, sendo necessário admitir “sem restrições” o fato de que “ele deve ter razão, deve descrever algo que se passa tal como lhe parece”. Para o autor, não é fundamental saber se o melancólico está falando a verdade sobre si, se sua autocrítica é compatível com a dos outros, mas entendê-lo como alguém que “descreve corretamente sua situação psicológica” (FREUD, 1917/2010, p. 132).

Melanie Klein, em suas contribuições à psicanálise, apresenta a depressão tanto sob circunstâncias patológicas quanto em sua natureza desenvolvimental. Neste último caso, como própria do processo de fortalecimento do ego, a depressão está implicada em uma posição do indivíduo frente ao outro, de reconhecimento de sua importância, de responsabilização e culpabilização por ações impulsivas dirigidas a ele, reais e/ou sob vigorosa produção fantasística, tendo como primeiro ensejo a precocíssima infância. Se nesse enredo, ante a possibilidade de perder o objeto amado, todos os esforços de reparação dos danos causados a ele não forem, satisfatoriamente, experimentados pelo indivíduo, estados de “depressão exagerada ou anormal” são estabelecidos (KLEIN, 1936/1996, p. 334).

A concepção de funcionamento mental em Klein está sustentada na noção de “posição”, como conjunto de ansiedades e defesas no curso do cresci-

mento psicológico (KLEIN, 1948/1991, p. 17). Tanto a esquizo-paranoide quanto a depressiva – sob prevalência de ansiedades paranoides, esquizoides e depressivas, respectivamente – são duas posições referidas pela autora, cada qual marcada por um modo específico de relação do indivíduo com objetos internos<sup>1</sup> e externos (KLEIN, 1946/1991, 1935/1996).

No início da vida, com o trauma do nascimento, as frustrações corporais – e sob o embate das pulsões de vida e morte<sup>2</sup> –, angústias e ansiedades são vividas pelo bebê, ligadas ao medo de aniquilamento e a sentimentos de perseguição agudos (KLEIN, 1946/1991). Nesta primeira posição, esquizo-paranoide, o bebê se defende prevalentemente por meio da identificação projetiva – processo que implica uma série de cisões e projeções, por parte do bebê, em suas relações com objetos parciais<sup>3</sup>. O curso desses mecanismos configura-se na projeção do mal-estar infantil no seio da mãe, que, na perspectiva do bebê, passa a portar seus impulsos destrutivos, tornando-se o “seio mau” perseguidor, capaz de destruir seu ego primitivo (KLEIN, 1946/1991, p. 21). A projeção de impulsos movidos pela pulsão de morte está atrelada à atividade sincrônica da pulsão de vida, que por meio da libido agarra-se ao seio gratificador, ícone das boas experiências, e passa a representá-la no mundo externo. Nesse sentido, impulsos de amor e hostis são separados por meio da cisão simultânea dos objetos internos e externos, na tentativa de preservar o self da maldade do seio frustrador (KLEIN, 1946/1991).

Com o desmame e os consequentes progressos ligados à sua vida intelectual e emocional – incluindo o aumento de sua capacidade de comunicação, expressão das emoções e relação com os objetos do mundo –, o bebê passa a experimentar novas ansiedades e defesas, inaugurantes da posição depressiva. Frente à gradual constatação de que o objeto para o qual são destinados seus impulsos agressivos e destrutivos é o mesmo objeto alvo de seus investimentos libidinais, o bebê experimenta sentimento de culpa e medo intenso de perder

<sup>1</sup> Objetos introjetados no ego arcaico, sob ação da fantasia inconsciente (SEGAL, 1975).

<sup>2</sup> Klein concorda com Freud que, desde o início, o *id* comporta as pulsões de vida e de morte. No entanto, sua hipótese sobre as pulsões estende-se na noção de que a causa da ansiedade primitiva é o medo de aniquilamento, produto da ação interna da pulsão de morte. Sob embate dessas pulsões, o ego defende-se com a deflexão para fora do impulso destrutivo, colocando em funcionamento a pulsão de vida. Mesmo na falta de coesão do ego, Klein o apresenta, desde o princípio, em sua urgência por integração (KLEIN, 1952/1991, 1957/1991).

<sup>3</sup> Objetos internos e externos, com os quais o bebê se relaciona, a partir de seus impulsos destrutivos e libidinais. Inicialmente, o bebê interage com parte da mãe, o seio, de modo cindido: ora com o bom objeto, que o gratifica; ora com o mau objeto, que o frustra em suas necessidades. Posteriormente, outros objetos estão incluídos, por exemplo, o pênis (KLEIN, 1948/1991).

o objeto bom. Neste ensejo, ocorre um processo cada vez mais sofisticado de diferenciação entre o ego do bebê e o objeto, de integração gradual do seio bom e seio mau, tanto interna quanto externamente, que na posição anterior estiveram radicalmente cindidos (KLEIN, 1935/1996, 1946/1991, 1952/1991). Assim, à sombra de um estado de luto e sob prevalência de angústia depressiva, o bebê inicia um trabalho de reparação dos danos causados à mãe, paulatinamente tornando-se capaz de eliminar e reduzir seu sofrimento, no firme estabelecimento de seus objetos bons internalizados (KLEIN, 1940/1996, 1952/1991). Segundo a autora, no impulso de reparar o objeto por amor, além das ansiedades persecutórias que não são extintas, são acionadas defesas maníacas, a fim de aniquilar os perseguidores e fazer frente à culpa e ao desespero (KLEIN, 1935/1996).

Para Klein (1940/1996, p. 403), a cada perda de um objeto amado, o ego reexperimenta aquele primeiro luto da infância e, ao atingir seu grau máximo de sofrimento, o objeto amado é revitalizado e o sentimento decorrente desta experiência é de que a vida prosseguirá “por dentro e por fora”, que em seu interior está preservado o objeto perdido. Nas palavras da autora, “qualquer dor trazida por experiências infelizes, qualquer que seja sua natureza, tem algo em comum com o luto”, visto que se trata de uma reativação da posição depressiva infantil (KLEIN, 1940/1996, p. 403). Do contrário, “se a pressão é muito grande, o desenvolvimento de uma personalidade forte e bem equilibrada pode ficar impedido” (KLEIN, 1959/1991, p. 290).

Assim, nessa perspectiva, o adoecimento por depressão está ligado a um fracasso no trabalho do luto infantil, tendo como marca a não possibilidade de um firme estabelecimento de bons objetos no mundo interno do indivíduo (KLEIN, 1940/1996), impedindo a conquista da capacidade de amar (KLEIN, 1935/1996). Nos casos em que não foi possível a elaboração suficiente da posição depressiva e a convicção no amor e na criatividade do ego, em sua capacidade de reparar objetos bons, o crescimento psicológico fica prejudicado. O ego sofre de ansiedade ligada à perda absoluta “das situações internas boas”, tornando-se “empobrecido e enfraquecido” (SEGAL, 1975, p. 93).

Ainda que o adulto de meia-idade tenha consciência de que não haverá possibilidade alguma de regresso à infância e à mocidade, sempre haverá um desejo pelos prazeres de outrora. No entanto, para que esses anseios não atrapalhem a sua vida, é fundamental que os sentimentos de perda possam ser reparados, de alguma forma, “pela capacidade de aceitar substitutos” e, ainda, que seja possível encontrar prazer na vida, usufruindo de experiências da juventude, a partir dos filhos e netos, além de fomentar as lembranças “que man-

têm vivo o passado”. O insucesso da reparação leva ao desespero, ensejo para a doença depressiva, enquanto o sucesso dela leva a um renovado sentimento de esperança (KLEIN, 1960/1991, p. 306).

## **A depressão na psicanálise winnicottiana**

Donald W. Winnicott, pediatra e psicanalista inglês de suma importância dentre os pós-freudianos, em seus questionamentos sobre a excepcionalidade do período edipiano como lócus por meio do qual são estruturados elementos fundamentais da personalidade, afirma que a capacidade para se deprimir é uma conquista essencial do amadurecimento humano, alicerçada em uma fase pré-edípica. Tendo como ponto de desdobramento em seus estudos sobre depressão o conceito de “posição depressiva” desenvolvido por Klein, Winnicott atribui valor ao termo que cria, o “estádio da preocupação”, principalmente por seu caráter de normalidade. Segundo o autor, “um termo que implique doença não deveria ser utilizado na descrição de um processo normal”, pois denota que “bebês saudáveis passam por um estágio de depressão, ou humor doentio” (WINNICOTT, 1954/1978, pp. 440-441). Enfatiza, ainda, a importância do cuidado materno no alcance da capacidade para deprimir, em sua tarefa de adaptação às necessidades do ego, apresentando uma série de experimentos vividos pela criança nesse estágio, que culminam na descoberta da resistência ambiental e, conseqüentemente, da própria criança a seus impulsos agressivos e destrutivos, além da possibilidade de repará-los. Dentre suas características mais marcantes está “uma nova experiência de destrutividade e de ideias destrutivas que desaparecem com o amor” e que precisam ser reavaliadas internamente (WINNICOTT, 1963/2011, p. 63-65).

A partir do estudo de sua teoria do amadurecimento pessoal, é possível reconhecer a peculiaridade no olhar que Winnicott (1963a/1983, p. 200-201) lança para os “distúrbios mentais”, não como sinônimo de “doenças”, mas como “conciliações entre imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras”. Nesse sentido, considera-se que tais quadros clínicos podem ser alterados, favoravelmente, num ambiente propício ao desenvolvimento da personalidade. Ainda, sob uma ótica esperançosa, o autor afirma a possibilidade de haver na depressão esquizóide ou esquizofrenia “uma área do funcionamento normal da personalidade”, implicando subjacente obstrução do processo maturacional (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 201). Assim, sem descartar o potencial humano para o viver criativo e para a saúde, Winni-



cott pontua a necessária consideração “da impossibilidade de uma destruição completa da capacidade de um indivíduo humano” para esse viver, uma vez que, mesmo em situações críticas e desdobramentos defensivos, há uma vida satisfatória “oculta em alguma parte”, por seu caráter “criativo ou original” (WINNICOTT, 1975/2020, p. 99). Cabe ressaltar que o sentido atribuído à saúde pelo autor está ligado à maturidade emocional correspondente à idade cronológica do indivíduo, incluindo a ideia de uma vida estimulante, com experiências de intimidade, a sensação de “se sentir real, de ser e de haver experiências realimentando a realidade psíquica interna, enriquecendo-a, dando-lhe direção” (WINNICOTT, 1967/2011, p. 14).

Nesta perspectiva, a depressão configura-se como um espectro que se estende de uma extrema falha ambiental primitiva – e decorrente afecção psicótica – a um processo maturacional que, apesar de doloroso, é transitório e tem grande valor no fortalecimento do *self*, com a integração dos impulsos agressivos e destrutivos, como exposto a seguir.

## **A depressão como conquista do amadurecimento**

Conforme já mencionado, para Winnicott, a depressão tem suas raízes na saúde, estando articulada a uma conquista adquirida numa fase pregressa do desenvolvimento humano, mas já em um momento em que, por meio de uma provisão ambiental satisfatória, o *self* se constituiu minimamente, a ponto de ser capaz de viver experiências incipientes de existência individual. Este estado de humor deprimido tem ensejo nas primeiras experiências de unidade pessoal, quando o bebê, progressivamente, relaciona-se com a mãe<sup>4</sup>, de modo a percebê-la separada dele, caracterizando uma disposição fundamental de diferenciação Eu e Não-Eu (WINNICOTT, 1963/2011). Mas, no caminho para o alcance do *self* unitário, uma ponte deve ser construída pela criança, garantindo profícua e vindoura união de dois continentes experienciais, representados por Winnicott (1954/1978) pela mãe dos momentos tranquilos e a mãe dos momentos excitados. A distinção das duas mães está diretamente relacionada às formas de estar do bebê, ora tranquilo, ora excitado, norteando a mãe em sua tarefa de cuidar. Os estados de tranquilidade configuram-se como os “momentos de contemplação que seguem a experiência instintual”, enquanto os de excitação são aqueles “em que os instintos se impõem”, sendo que esses estados

<sup>4</sup> Ou cuidador principal, ou seja, aquele que assume os cuidados do bebê de maneira implicada.

e a transição de um estado para outro “são aspectos do amadurecimento humano que ocuparão um indivíduo ao longo de toda a vida” (MORAES, 2005, p. 160). Neste sentido, é fundamental que a mãe seja capaz de exercer estas duas tarefas, combinando-as e mantendo-as no curso do tempo, de modo que habilite o bebê na utilização desse “*setting* especializado”, levando-o ao conhecimento desta técnica de cuidado “como parte da mãe” (WINNICOTT, 1954/1978, p. 442).

A união destas duas funções da mãe, na mente do bebê, inaugura uma delicada realidade: a de deparar-se com o fato de que a mãe, reconhecida em seu caráter apaziguador, fonte de calma na vida do bebê, é também o destino de suas tensões pulsionais, das quais ele não consegue se ver livre o tempo todo. Se a mãe se mantiver receptiva e sobrevivente às suas demandas instintuais e de amor primitivo, pode levá-lo a experimentar momentos de excitação na relação com ela. Na vida infantil, perceberá que pode dar conta, minimamente, de sua própria apreensão relativa ao dano causado no objeto, imaginado como um “buraco” no corpo da mãe. Logo, será capaz de preencher essa fissura, de restitui-la, simplesmente por ter tido uma mãe sobrevivente e que se manteve no tempo, em sua função de cuidado adaptado. No futuro, essa experiência estará na base dos sentimentos de responsabilidade pelos próprios atos, de aceitação do próprio ódio e maldade, “de todas essas coisas que coexistem com sua capacidade de amar e construir” (WINNICOTT, 1958/2013, p. 76).

Também está incluído, nesta fase, um trabalho interno de diferenciação das experiências boas e ruins, respectivamente em seus aspectos mantenedores e perseguidores do *self*. Aos poucos, e a partir destas qualidades na mãe, o bebê inicia o processo de “reconhecimento de ideias, fantasias, elaboração imaginativa da função, a aceitação da fantasia como algo relacionado ao fato, mas que não deve ser confundido com ele”. Uma descarga pulsional vivida pelo bebê será contornada, uma vez que a mãe é capaz de sustentar e sobreviver a estas manifestações primitivas repetidas vezes, possibilitando a compreensão de que “a mãe ‘tranquila’ tomou parte de toda a experiência pulsional e sobreviveu”, resultando no “despontar, dentro do bebê, do reconhecimento da diferença entre o que é chamado fato e fantasia, ou realidade externa e interna” (WINNICOTT, 1954/1978, p. 444-445).

De acordo com Loparic (2000, p. 387) citando Winnicott, (1988), nesta fase o bebê realiza a tarefa de “conciliar o uso excitado da mãe, já externa, com a dependência dessa mesma mãe, garantia dos seus estados tranquilos”, levando ao seguinte desdobramento:

O que devo fazer para poder aguardar os meus “instintos de amanhã”, ou seja, o meu novo ataque à mãe, apenas com um “medo limitado”, sem correr, por exemplo, o risco de despersonalização, isto é, da dissolução da unidade ou da parceria entre a psique e o soma? (WINNICOTT, 1988 *apud* LOPARIC, 2000, p. 387).

Ainda, conforme o psicanalista, mesmo em distúrbios afetivos graves, a ocorrência do humor depressivo possibilita a constatação de que o ego individual não está “rompido” e, ainda, que “a estrutura do ego suportou uma fase de crise” (WINNICOTT, 1963/2011, p. 64).

A partir da perspectiva winnicottiana, portanto, a depressão está ligada a um estado de humor transitório, “fenômeno comum e quase universal”, relacionada com o luto, com a capacidade de sentir culpa e com o processo de amadurecimento humano (WINNICOTT, 1963/2011, p. 68). Entretanto, quando a depressão é prolongada e grave, as capacidades de ação do indivíduo acometido se tornam significativamente limitadas, impedindo o desenvolvimento de recursos pessoais saudáveis direcionados às possibilidades de reparação (WINNICOTT, 1963/2011).

### **A depressão como incapacidade para tolerar impulsos agressivos básicos**

Winnicott (1963a/2007, p. 199) associa os conflitos existentes na depressão à “tarefa pessoal do indivíduo de acomodar sua agressão e seus impulsos destrutivos”. E, considerando a existência de uma pluralidade de possíveis conflitos, se faz necessária a compreensão do histórico de vida do indivíduo que permita inferir se houve integração suficiente da personalidade para lidar com as manifestações que se desenham no cenário da afecção instalada.

A depressão como incapacidade para tolerar impulsos agressivos básicos tem raízes na indisposição da mãe para acolher os movimentos de reparação do bebê. Nos casos em que ela se sente muito cansada ou deprimida, ausentando-se ou retaliando essas produções, “a balança interna começa a pender para o mal”, levando o bebê à inibição de seus impulsos e repressão da própria destrutividade. Enquanto não se recuperar desse estado de desesperança relativa às consequências de seus atos, como defesa, seus impulsos continuarão “amortecidos” e suas fantasias reprimidas (LAURENTIIS, 2016, p. 423). A mãe que não suporta essas oscilações do bebê, que não resiste aos ataques, impede que

a agressividade e a posterior reparação sejam consistentes ou sequer desenvolvidas. A culpa não encontra lugar para prosperar e permitir a construção de ações reparadoras, mas se aloja nas raízes que sustentam o estado depressivo (WINNICOTT, 1963b/1983). Em decorrência de uma falha ambiental significativa, ao estado de humor deprimido podem somar-se outras fragilidades, como as relacionadas à precariedade da formação psicossomática. Como pontua Laurentiis (2016), a destrutividade pessoal pode produzir tensões no mundo interno e, conseqüentemente, medo de rompimento da integração do eu unitário.

Winnicott (1960/2021) destaca a relativa facilidade de lidar com impulsos odiosos e agressivos quando estes aludem a um objeto ou situação que despertam alguma hostilidade ou antipatia bem definidas. No entanto, é bastante desafiador sustentar a existência de sentimentos de amor e ódio quando estes são dirigidos aos objetos amados. Também é verdade que para ser saudável é preciso estar integrado, e a integração pressupõe a conciliação de afetos opostos. Diante das ansiedades geradas na incapacidade de conciliar afetos de amor e ódio por uma mesma pessoa, ou na perda desta capacidade de ambivalência, em vez de seguir com seu processo de fortalecimento psicossomático, o indivíduo imaturo pode lançar mão da cisão – fragmentando-se ou fazendo o mesmo com a mãe – ou da dissociação, deixando incomunicáveis diversos aspectos de sua personalidade.

Todos os relacionamentos, desde os iniciais, são caracterizados também pela destrutividade – afinal, esta é inerente ao sentimento de amor, sendo impossível dissociá-los (WINNICOTT, 1958/2013). A culpa sentida pelo bebê, diante do receio de que seu potencial de destruição tenha conspurcado seus objetos de amor, faz surgir a reparação. Contudo, quando o ambiente não recebe de forma satisfatória a expressão da ambivalência, a depressão aparece de modo patológico. A cisão do bom e do mau objeto ameniza a culpa, mas ao mesmo tempo ocasiona uma perda do potencial agressivo do amor, intensificando ainda mais o ódio. O ressurgimento da dissociação entre o “bebê excitado” e o “bebê tranquilo”, e a conseqüente inibição do instinto amoroso primitivo, ocorre justamente na incapacidade do bebê em lidar com o fato de ser o causador de sofrimento à pessoa que o alimenta e o atende em suas necessidades. Quando as manifestações de ambos os estados, excitado e tranquilo, podem ser integradas por meio da percepção de que há tempo para consertar os danos causados à mãe, cria-se um círculo benigno. Do contrário, pode haver, de acordo com Winnicott (1950-1955/1978), “[...] inibição dos instintos e um empobrecimento geral da personalidade e, em

seguida, uma perda da capacidade para sentir culpa”, da “capacidade de amar com afeição” (p. 366).

É importante estabelecer uma diferenciação entre os tipos de depressão. Um primeiro, que é a reativa simples, ligada ao estágio em que, segundo Winnicott (1950-55/1978), há a conquista da capacidade de se preocupar com as possíveis consequências da própria destrutividade por meio do sentimento de culpa. Um segundo tipo é a reativa patológica, como resultante de falhas no prosseguimento dos cuidados ao bebê, partindo do “estádio da preocupação” referido acima (1950-55/1978, p. 358). E o terceiro tipo é a depressão psicótica, ligada a falhas na integração do Eu do bebê, indicando que este precisou reagir às ameaças do ambiente se defendendo, em vez de ter tido a oportunidade de se constituir como um ser unitário (WINNICOTT, 1963a/1983).

Dessa forma, a depressão como incapacidade para tolerar impulsos agressivos básicos indica uma dificuldade no indivíduo de considerar a destrutividade e o amor como duas faces da mesma moeda, estando associada a vivências paranoides que se apresentam frente à integração e ao incômodo gerado pelo fato de o indivíduo ter conquistado o Eu-sou e percebido que a mãe usada por ele nos momentos excitados é a mesma dos momentos tranquilos. Esta realidade pode ocasionar obstáculos no direcionamento dos afetos ambivalentes à mãe, desencadeando uma sensação de ameaça ao ego imaturo. De acordo com Moraes (2005), apesar de o indivíduo reconhecer seus impulsos agressivos e instintivos, não consegue suportar a própria destrutividade. Neste caso, está implicada uma “dúvida a respeito da possibilidade de a luta interior se resolver de modo a fortalecer a crença e a esperança a respeito de sua capacidade reparadora e construtiva”, podendo se estender na “falta de esperança quanto aos relacionamentos objetivos” (MORAES, 2005, p. 244).

Ante a amplitude dos modos de depressão, que partem de um polo de normalidade e caminham até o extremo oposto, relacionado à patologia, Winnicott (1963a/1983) ressalta a importância de localizar a qual etapa do desenvolvimento os conflitos se referem, reafirmando uma ideia já anteriormente referida no texto.

Além disso, em seu trabalho “Os doentes mentais na prática clínica” (1963a/1983), Winnicott inclui a depressão quase psicótica, um tipo de adoecimento que se aproxima da esquizofrenia e apresenta sintomática semelhante às sensações de perda da realidade e de esmaecimento do senso de si. Na origem deste problema encontra-se uma vivência de perda, que está localizada em um estágio progressivo à consolidação do indivíduo, isto é, pode ter existido, nas palavras de Winnicott (1963a/1983, p. 200), “[...] a perda [...] de certos

aspectos da boca, que desaparece do ponto de vista do lactente junto com a mãe e o seio, quando há uma separação em uma data anterior ao desenvolvimento do indivíduo”.

## **Reflexões sobre o atendimento profissional ao idoso em depressão**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reformulada em 2006 no Brasil, propõe medidas de prevenção e promoção da saúde nesta fase da vida, tendo como um de seus princípios fundamentais a integralidade da atenção. Com raízes na Constituição Federal de 1988, legitimada pela Lei 8.080/1990, tal princípio configura-se por um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, art. 7). Ele contempla uma prática profissional que seja capaz de oferecer “uma escuta aberta”, estabelecida a partir de uma relação de cuidado (BRASIL, 2015, p. 291), visando a substituição da atenção à pessoa como “sistema biológico com lesões ou disfunções” pelo atendimento em suas necessidades e reconhecendo-as para além de suas demandas evidenciáveis (PINHEIRO; MATTOS, 2009, p. 52). Nesse sentido, sob o modelo de uma Clínica Ampliada<sup>5</sup>, não há supervalorização de uma disciplina ou outra, pois estão integradas a favor de “um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p. 14).

O trabalho interdisciplinar e transdisciplinar<sup>6</sup> está presente na obra winnicottiana a partir da exposição de ações específicas em saúde e de profissionais de áreas distintas. Esse ponto de articulação entre disciplinas tem como característica fundamental o valor terapêutico atribuído a uma atenção profissional especial<sup>7</sup>, compatível às necessidades físicas, emocionais e sociais do paciente. Nessa perspectiva, tal atenção abarca tanto o potencial terapêutico de

---

<sup>5</sup> Constituída pela articulação, ampliação e compartilhamento de processos de saúde, tanto no âmbito das relações de cuidado (agente de saúde e paciente) quanto no âmbito das relações entre serviços e a comunidade (BRASIL, 2009).

<sup>6</sup> Características relativas, respectivamente, à possibilidade de alcançar um objeto por dois vértices ou mais, havendo uma articulação entre esses, e à “perspectiva pela qual determinado método atravessa diferentes disciplinas como elemento de investigação inerente a cada uma delas” (SAFRA; ANTÚNEZ, 2018, p. 367).

<sup>7</sup> Com qualidades da atenção especializada da mãe que, estando identificada com o bebê, consegue oferecer um ambiente favorável a processos de integração do self (WINNICOTT, 1956/1978).

cada agente em seu exercício profissional – do assistente social, que sobrevive<sup>8</sup> ao estado depressivo de seu assistido, ao cozinheiro institucional, na forma como serve as refeições cotidianamente (WINNICOTT, 1970/2014) –, quanto uma gama de elementos ambientais que, assim como em uma comunicação inter-humana dessa natureza, também comunicam cuidado. Sobre esse último aspecto, e a partir de sua experiência de trabalho em uma instituição de acolhimento, Winnicott (1970/2014, p. 251) ressalta o alcance da externalidade nos processos de saúde, especialmente, ao considerar que a terapia naquele espaço se estendia “pelas paredes e telhado”, pelos banhos de banheira com água aquecida, pelos acolchoados coloridos e quentes das camas.

Tais conjunturas estão implicadas na noção de *holding* winnicottiano, representado (i) pela “empatia materna” que considera as sensibilidades sensoriais do bebê – e àquelas relativas à queda e ao desconhecimento “de qualquer coisa que não seja ele mesmo” –, oferecendo-lhe um ambiente protegido e “suficientemente bom” para o crescimento (WINNICOTT, 1960/1983, p. 48); bem como (ii) pela atenção profissional adaptada às necessidades do paciente em sofrimento, cuja falha pregressa nesses cuidados da mãe levou a um congelamento do desenvolvimento emocional. Winnicott (1963c/1983, p. 189) afirma que “a reprodução no tratamento de exemplos como ocorreram na falha ambiental original, conjuntamente com a experiência pelo paciente da raiva que lhe é apropriada” libera seu processo de maturação. Nas palavras de Dias (2002, p. 350), ao tratar de bebês e pessoas que necessitaram do regresso à fase de dependência, Winnicott percebeu a necessidade fundamental de todo indivíduo vir a existir e continuar existindo, sendo necessário não somente voltar ao começo do desenvolvimento, mas também ser capaz de “manter-se vivo pela vida afora”. Com base nesta perspectiva, a autora pontua que, independentemente do grau de maturidade alcançado, “os seres humanos têm de ser, e continuar sendo”, a ponto de manterem-se criativos, dispondo de sentido para a vida até a morte (DIAS, 2002, p. 350).

Nesta direção, o entrecruzamento de recursos humanos e materiais e o trânsito das possibilidades terapêuticas nas diferentes áreas de atuação profissional é indispensável diante da complexidade e multiplicidade das demandas desenvolvimentais dos pacientes idosos em suas depressões. Como já mencionado, a multiformidade da depressão reflete um espectro que se estende de uma extrema

---

<sup>8</sup> Nesse sentido, sobreviver implica capacidade de continuar a existir, de permanecer ao lado da pessoa deprimida pelo tempo que durarem seus impulsos agressivos e destrutivos (WINNICOTT, 1963a/1983).

falha ambiental primitiva, e decorrente afecção psicótica, a um processo maturacional que, apesar de doloroso, é transitório e tem grande valor no fortalecimento do *self*, com a integração dos impulsos agressivos e destrutivos. Cabe ao profissional que acompanha o idoso depressivo, além de considerá-lo em seu contexto de acesso a recursos ambientais e perspectivas terapêuticas, em suas relações familiares e interações comunitárias (quando houver), ser capaz de identificar suas necessidades maturacionais, a fim de oferecer-lhe uma atenção correspondente e evitar medidas generalistas no trato com os sintomas.

A partir de sua história de vida, na forma como se relaciona com os objetos e pessoas do mundo e como lida com as perdas próprias do envelhecimento, o paciente dispõe de uma espécie de antídoto contra o próprio estado depressivo, podendo ser ativado por meio de um olhar profissional apurado, capaz de oferecer uma atenção “tremendamente simples” ou extremamente complexa (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 205), dependendo da natureza de cada depressão.

Como aponta Winnicott (1963a/1983, p. 199), sendo capaz de acompanhar o estado depressivo de um paciente, o assistente social, por exemplo, “está fazendo terapia”, apenas por continuar existindo a seu lado, deixando “a depressão seguir seu curso”, a partir de uma concepção de indivíduo “cuja história pregressa revela evidência de que a integração da personalidade pode tolerar a carga da doença depressiva, em que certos tipos de conflitos estão se resolvendo”. Nos casos de depressão grave, o atendimento ocorrerá por uma nova provisão ambiental, a partir da qual o profissional se torna digno de confiança, favorecendo a integração de aspectos dissociados da personalidade do paciente (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 206).

Seja qual for a área de atuação do profissional que acompanha o idoso em sua depressão, em consultório particular ou instituição de saúde ou assistência social, faz-se necessária a atenção ao indivíduo em sua história de vida. Como afirma Winnicott (1963d/1983, p. 180): “foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri o fato de que isto provê a melhor oportunidade de tratamento”. Torna-se, portanto, fundamental entender o paciente em seu modo próprio de envelhecer, recolhido e deprimido ou em um permanente esforço para alcançar a vida que nunca foi sentida como real. Vale ressaltar que, de acordo com o autor, “somente o *self* verdadeiro pode se sentir real” (WINNICOTT, 1959/1983, p. 122), sendo fundamental avaliar de que modo esta experiência fora alcançada pelo paciente.

Sob um aglutinado de perdas e limitações, mas tendo como horizonte a esperança na tendência criativa do ser humano, em suas capacidades reparató-



rias, espera-se que o profissional da saúde possa aproximar-se do paciente em seu tempo maturacional, entendendo seu papel de sobrevivente, sendo capaz de aceitar o ódio, recebendo-o “com firmeza, ao invés de como vingança” (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 206).

Em uma prática interdisciplinar e transdisciplinar, o terapeuta pode, além de sobreviver aos sintomas daquele que atende, auxiliar a equipe no sentido de suportar sua depressão, continuar vivo, apesar da carga mortífera subjacente nos casos mais graves. No entanto, espera-se, como nos melhores casos, que tal cuidado adaptado, relativo a esta experiência de sobrevivência, não precise ser indicado por alguém de fora da dupla “agente de saúde e paciente”, uma vez que, se isso não ocorrer, jaz um cuidador em seu ofício especializado e transformador.

Diante das perdas expressadas por meio do casamento dos filhos, da aposentadoria, das alterações corporais, da viuvez, da morte de amigos que se avolumam com o passar do tempo, é necessário que o atendimento siga rumo ao desenvolvimento da capacidade para a esperança e ressignificação do *self*. Que seja possível o oferecimento de um espaço de “encontro humano”, propício a “balanços existenciais”, a partir do qual sonhar o “fim último” e atualizar aquilo que não aconteceu “para que se possa vir a ser” se efetivem. Que seja possível alcançar a capacidade de acolher a própria velhice, podendo morrer em paz “sem agonias ou aflições” (SAFRA, 2006 *apud* GENARO, 2013, p. 88-89). Nas palavras de Motta e Silva (2021, p. 82), o “espaço terapêutico é onde o paciente pode expressar sua esperança de ser escutado”, sendo que, sob tal circunstância, “o trauma poderá ser ressignificado e o indivíduo poderá passar para um estágio independente, com objetos internalizados de forma a viver seu verdadeiro *self*, sendo a esperança a força que mantém essa busca”.

Desta feita, a imprescindibilidade da presença acolhedora do médico no tratamento de pacientes depressivos não foi um tema desenvolvido pela psicanálise em sua origem como o foi em Winnicott – que trouxe o analista em seu papel fundamental de oferecer reparação às satisfações das necessidades do paciente, não atendidas na infância. Como explica Silva & Coelho Júnior (2020, p. 485), “é justamente através da neurose de transferência, na figura do médico ou do analista, que o paciente poderá superar as falhas do cuidado ou os traumas vividos na vida infantil ou adulta”. Sob este ponto de vista, a discussão dos fenômenos depressivos no idoso requer, indubitavelmente, a abordagem de uma prática clínica que forneça elementos reparadores do sofrimento por deficiências ligadas ao atendimento de necessidades maturacionais. O

analista, nesse sentido, mais do que um agente favorecedor do pensar<sup>9</sup>, deve ser capaz de viver com<sup>10</sup> o paciente idoso suas aflições, anseios, medos, incluindo, nesse plano de experiências, tanto os sentimentos ligados a perdas circunstanciais, próprias da velhice, quanto àquelas de outrora, que ganham, no presente da relação analítica, chances de reparação.

As falhas de provisão ambiental e decorrente sofrimento – aqui referidos os de caráter depressivo – demandam que o terapeuta seja capaz de, a partir de uma presença paciente e solidária (WINNICOTT, 1975/2020), aprender a conhecer “como é se sentir como o seu cliente”, de tornar-se merecedor de confiança, de se preocupar com ele, de receber seus afetos, hostis e amorosos, sem retraimentos, dissimulações e retaliações (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 205).

### Considerações finais

De acordo com os estudos winnicottianos, a saúde humana configura-se em um processo contínuo de integração do *self*. Assim, ao longo da vida, experiências boas e ruins, de encontros e desencontros, conquistas e perdas tornam-se ingredientes para o fortalecimento da personalidade. A disposição para integrar sentimentos despertados por tais vivências ambivalentes, para conseguir suportar os próprios impulsos amorosos e destrutivos diante da vida e da implacável passagem dos anos permite a redescoberta de possibilidades de um *self* verdadeiro, capaz de desfrutar de um viver criativo. Em um ambiente favorável, contrabalançando afetos – de amor e hostis, impetuosos e pacíficos – advindos do interior e das relações com os objetos e pessoas do mundo, o indivíduo incrementa sua disposição para administrá-los sem grandes danos à sua condição de vivente em processo de amadurecimento, do nascimento até a morte.

Envelhecer em um ambiente suficientemente bom possibilita o sentimento de que a vida vale a pena ser vivida. Nessas condições, o futuro não é reduto de assombros ou de desespero porque derradeiro, mas entendido como destino para uma vida satisfatória, lugar para descansar os pés, afrouxar os nós dos sapatos, de onde se ofertará a relíquia da história pessoal, o testemunho para

---

<sup>9</sup> A partir da prática interpretativa, visando a revivescência e elaboração de conflitos infantis.

<sup>10</sup> Sob a premissa de uma prática profissional, a partir da qual o analista, dentre outros aspectos, encontra-se profundamente envolvido com seu paciente, no entanto, conservando “seus pés na terra”, não tomando para si a culpa pela doença do paciente e tendo consciência de seus limites na alteração da crise (WINNICOTT, 1963a/1983, p. 206).

novas gerações de um eu verdadeiro, que continua sendo o mesmo, ainda que com as marcas da velhice. Este eu-mesmo implica um estado de abertura para o que está por vir, partindo de um núcleo essencial da personalidade que não foi corrompido, tampouco subjugado pelo meio.

Winnicott, próximo de completar 75 anos, expõe o gradativo processo de enriquecimento do *self*, iniciado em tempos remotos da existência, atravessando a fase adulta e alcançando, na posteridade, a condição de um crescimento “para baixo”. Na velhice, o que salta aos olhos, como mais uma conquista do amadurecimento, é a possibilidade de o indivíduo tornar-se menor a cada dia, a ponto de “passar pelo estreito buraco chamado de portas da morte”.<sup>11</sup>

Desse modo, a velhice traz à baila a desconstrução do *self*, não no sentido de um desmonte dos recursos conquistados ao longo do tempo, mas de um rearranjo de forças e sentidos para o viver. É na realocação da energia psíquica, no reinvestimento de afetos, na reinvenção do cotidiano, que a terceira idade pode inaugurar a possibilidade de convivência com a condição de finitude da vida.

Ante a amplitude dos modos de depressão, que partem de um polo de normalidade e caminham até o extremo oposto, relacionado à patologia, ressalta-se, aqui, a importância de localizar a qual etapa do desenvolvimento os conflitos se referem, para que seja possível oferecer um cuidado adequado às necessidades maturacionais do idoso. Além dos estudos teóricos sobre o tema, cabe destacar ainda neste artigo que, a partir da prática clínica, da experiência profissional dos autores atendendo pacientes idosos em suas depressões – seja sob circunstâncias de internação em hospital geral, assistidos por um serviço residencial terapêutico<sup>12</sup>, ou em consultório particular –, compreendeu-se a relevância da presença sobrevivente do terapeuta. Este, quando não se assusta, tampouco se retrai frente aos aspectos destrutivos apresentados pelo paciente ao longo do tratamento, possibilita o atravessamento de imaturidades ligadas aos primórdios da relação mãe-bebê. Nos casos em que a depressão fez morada, quando, ao idoso, parecia não restar outra coisa que não a lamúria e o lamento pelo tempo passado, “a sensação de não ter vivido”, a aflição e o medo de morrer a qualquer momento<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Palestra proferida na Association of Workers for Maladjusted Children, em 1970 (WINNICOTT, 1970/2014, p. 250-251).

<sup>12</sup> O SRT é um equipamento de saúde mental que se configura como uma alternativa substitutiva da internação prolongada. A partir do oferecimento de casas inseridas na comunidade, esse programa do Ministério da Saúde visa a reabilitação psicossocial dessas pessoas, com assistência de cuidadores e equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2004).

<sup>13</sup> Vivência ligada à sensação de ameaça ao ego imaturo, na luta em suportar sua própria destrutividade, consequência dos obstáculos encontrados no direcionamento de afetos ambivalentes à mãe.

, “de ser puxado pela morte”, o terapeuta teve que ser capaz de manter-se desperto, vivo<sup>14</sup>, demonstrando sobreviver aos acontecimentos dirigidos pelo instinto agressivo. Precisou se manter confiante na tendência humana para o crescimento, no caráter transicional das depressões quando sustentadas na relação transferencial. E, ainda, foi necessário se manter aberto às possibilidades de futuro, atento ao menor sinal de vida criativa buscando conexões, novos caminhos para o devir. Enquanto as rugas do idoso deprimido, não reconhecidas e experimentadas como marcas de uma vida vivida, se mantiverem como registros de um acúmulo de perdas e incapacidades; quando tudo o que o paciente puder oferecer forem suas autorrecriminações, sua presença queixosa tomando a rota de um circuito de falas e gestos desesperançosos, o terapeuta deve manter-se consciente de sua longa tarefa na direção do amadurecimento emocional de seu paciente. Tal realidade, portanto, envolverá o alcance da capacidade para lidar com impulsos agressivos, tendo como mola propulsora movimentos reparatórios e construtivos pela via do amor.

Assim, ainda que sob circunstâncias de inúmeras perdas, a partir de um ambiente suficientemente bom, da relação com profissionais de saúde aptos a oferecerem uma atenção especializada – correspondente às necessidades maturacionais da pessoa nesta fase da vida –, espera-se que seja possível na velhice vislumbrar, com entusiasmo e confiança, o desabrochar das gerações futuras.

### **Tramitação**

Recebido 13/12/2021

Aprovado 19/10/2022

### **Referências**

BRASIL. *Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2021.

---

<sup>14</sup> Sem perder de vista o humor deprimido do paciente, que requer uma adequação afinada do terapeuta ao que pede tal aspecto de imaturidade, nem sendo criativo demais, “arguto” (WINNICOTT, 1975, p. 82) – como na música de Chico Buarque, “você chega assim sorrindo (...) e eu morrendo, morrendo” – nem desvitalizado a ponto de apagar-se no campo das possibilidades de identificação.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em 03 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno Humaniza SUS* (Vol. 5). Brasília, D.F. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade. *A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2017.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS ECONÔMICOS (DIEESE). *Perfil das pessoas com 60 anos ou mais*. 2021. Disponível em: <<https://www.dieese.org.br/outraspublicacoes/2021/graficoPerfil60AnosMais.html>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

DIAS, E. O. Da sobrevivência do analista. *Natureza Humana*, v. 4, n. 2, p. 341-362, 2002. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302002000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302002000200004&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em : 07 dez. 2021.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 2008.

FREUD, S. (1914). A guisa de introdução ao narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 95-131. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

\_\_\_\_\_. (1917). Luto e melancolia. In: *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 127-144. (ESB, 12).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em : 07 dez. 2021.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2015.

- KLEIN, M. (1935). Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos. In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 301-329.
- \_\_\_\_\_. (1936). O desmame. In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 330-345.
- \_\_\_\_\_. (1940). O luto e suas relações com os estados maniaco-depressivos. In: \_\_\_\_\_. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.
- \_\_\_\_\_. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 17-43.
- \_\_\_\_\_. (1948). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 44-63.
- \_\_\_\_\_. (1952). Influências mútuas no desenvolvimento de ego e id. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 80-84.
- \_\_\_\_\_. (1957). Inveja e gratidão. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 205-267.
- \_\_\_\_\_. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 280-297.
- \_\_\_\_\_. (1960). Sobre a saúde mental. In: \_\_\_\_\_. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 305-312.
- LAURENTIIS, V. R. F. *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW, 2016.
- LOPARIC, Z. O animal humano. *Natureza Humana*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 351-397, 2000. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-2430200000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-2430200000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 de ago. 2021.
- MORAES, A. A. R. E. *A contribuição winnicottiana para a teoria e a clínica da depressão*. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15266>>. Acesso em: 09 de ago. 2021.
- MOTTA, I. F.; SILVA, C. Y. G. *Esperança e fases da vida*. São Paulo: Editora Ideias e Letras, 2021.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

- SAFRA, G. *A clínica da maturidade*. Áudio - Exposição oral da disciplina clínica winnicottiana ministrada na Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. (Disponibilizado em DVD pelas edições Sobornost). São Paulo, 2006.
- SAFRA, G.; ANTÚNEZ, A. E. A. *Psicologia clínica: da graduação à pós-graduação*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.
- SEGAL, H. *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- SILVA, S. G.; COELHO JUNIOR, N. E. Para uma nova etiologia das neuroses: notas a partir da teoria das relações objetais de Donald W. Winnicott. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 27, n. 2, p. 479-505, 2020. Disponível em: <<http://revista.sppa.org.br/index.php/RPdaSPPA/article/view/418/622>>. Acesso em: 13 jun. 2022.
- WINNICOTT, D. W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 437-458.
- \_\_\_\_\_. (1956). A preocupação materna primária. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 491-498.
- \_\_\_\_\_. (1950-1955). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1978. p. 355-374.
- \_\_\_\_\_. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: \_\_\_\_\_. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1978. p. 437-458.
- \_\_\_\_\_. (1958). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: \_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2013. p. 73-88.
- \_\_\_\_\_. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.
- \_\_\_\_\_. (1960). Agressividade, culpa e reparação. In: \_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Ubu editora, 2021. p. 93-104.
- \_\_\_\_\_. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 114-127.
- \_\_\_\_\_. (1963a). Os doentes mentais na prática clínica. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 196-207.

- \_\_\_\_\_. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 70-78.
- \_\_\_\_\_. (1963c). Psicoterapia dos distúrbios de caráter. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 184-195.
- \_\_\_\_\_. (1963d). Treinamento para psiquiatria de crianças. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 184-195.
- \_\_\_\_\_. (1963). O valor da depressão. In: \_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. São Paulo: WMF/Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In: \_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. São Paulo: WMF/Martins Fontes, 2011. p. 3-22.
- \_\_\_\_\_. (1970). Assistência residencial como terapia. In: \_\_\_\_\_. *Privação e delinquência*. São Paulo: WMF/Martins Fontes, 2014. p. 147-158.
- \_\_\_\_\_. (1975). A criatividade e suas origens. In: \_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 2020. p. 95-120.