

IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DA ARTRITE E OSTEOARTRITE NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Emanuel Miranda de Santana Oliveira ¹

Ana Paula Santos Pessoa ²

Antônio Batista Silva ³

Danielle de Andrade Pitanga Melo ⁴

Nadja Maria Jorge Asano ⁵

RESUMO

A artrite e a osteoartrite são condições crônicas que afetam cerca de dois milhões de pessoas no Brasil. A artrite é a inflamação enquanto a artrose é a degeneração das articulações. Além dos sintomas físicos, como dor crônica, fadiga, diminuição da funcionalidade e limitação da mobilidade, essas condições também geram significativos impactos na saúde mental e na qualidade de vida das pessoas idosas. A psicoterapia se insere enquanto possibilidade de elaboração do corpo através da palavra e neste sentido, o objetivo deste trabalho é refletir acerca dos impactos psicossociais da artrite e da osteoartrite na qualidade de vida de pessoas idosas destacando os desafios e estratégias de enfrentamento utilizadas. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, sobre um acompanhamento psicoterapêutico realizado a uma pessoa idosa no período de janeiro de 2022 a maio de 2023, em um consultório particular em Recife-PE. Observou-se relatos sobre os aspectos que tocam o corpo, com importante evidência à perda da independência e qualidade de vida, que geram implicações em atividades diárias como caminhar, subir escadas, realizar tarefas domésticas e participar de atividades sociais. Os impactos psicológicos dessas condições incluem sentimentos de frustração, tristeza, isolamento social, ansiedade em relação ao futuro, medo, depressão e ideação suicida. Foram realizadas consultas psicológicas ancoradas na abordagem psicanalítica ao menos uma vez por semana com duração média de 45 minutos. Foi possível perceber, que a vivência da pessoa idosa com artrite e osteoartrite geram significativos impactos negativos na qualidade de vida física e emocional. A psicoterapia desempenha papel crucial no manejo dessas condições por se constituir enquanto importante ferramenta na criação de estratégias que favorecem o engajamento em tratamentos e atividades adequadas, busca por terapias complementares e sobretudo, do suporte social no grupo familiar, de amigo ou em grupos de apoio.

Palavras-chave: Artrite, Osteoartrite, Psicoterapia, Pessoa Idosa, Qualidade de Vida.

¹ Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, psiemanuelsantana@gmail.com;

² Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, anapaulapessoa.psi@gmail.com;

³ Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, antonio.batistasilva@ufpe.br;

⁴ Professora Doutora no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, danielle.pitanga@ufpe.br

⁵ Professora orientadora: Doutora no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, nadja.asano@ufpe.br.

INTRODUÇÃO

Tanto o envelhecimento quanto a longevidade da população mundial têm se ampliado de forma larga. Na medida em que a população envelhece tem-se desafios que acabam majoritariamente se tornando específicos a esta fase da vida, a velhice. Decorrente do envelhecimento, algumas alterações biológicas acabam por ampliar a probabilidade de exposição às doenças crônicas, tais quais a artrite e osteoartrite. Entender os impactos psicossociais dessas doenças na qualidade de vida de pessoas idosas é fundamental para o cuidado e bem-estar. Essas condições médicas, que afetam as articulações e os ossos, são extremamente prevalentes entre os idosos, e sua influência transcende o âmbito físico, estendendo-se profundamente ao psicológico e ao social.

A artrite e a osteoartrite são doenças crônicas e degenerativas das articulações que acometem milhões de pessoas em todo o mundo. Conforme a população envelhece, a prevalência dessas condições aumenta significativamente. Embora ambas as doenças afetem as articulações e causem dor, elas têm diferenças distintas em termos de origem, progressão e tratamento. A artrite é uma condição autoimune que envolve inflamação crônica das articulações, enquanto a osteoartrite é uma doença degenerativa das articulações, muitas vezes associada ao envelhecimento e ao desgaste natural das articulações (Cimmino *et al.*, 2005; Harrison TR., *et al.*, 2002).

A dor é um sintoma central tanto na artrite quanto na osteoartrite, e seu impacto na qualidade de vida dos idosos é profundo. Essas dores muitas vezes limitam a mobilidade, dificultam a realização de atividades diárias simples e podem contribuir para o surgimento de quadros depressivos, ansiosos, transtornos de pânico e inclusive, suicídio. Além disso, a diminuição da capacidade funcional devido à dor pode resultar na perda da autonomia laboral e em isolamento social, uma vez que a pessoa idosa pode se sentir cada vez mais incapaz de trabalhar e de participar de atividades sociais e de lazer como antes costumava participar (Felson *et al.*, 2008; Shisheng *et al.*, 2019).

A relação entre dor crônica e saúde mental é complexa e bidirecional. Por um lado, a dor crônica pode desencadear ou piorar condições de saúde mental, como depressão e ansiedade. Por outro lado, a depressão e a ansiedade podem amplificar a percepção da dor, tornando-a mais debilitante. Portanto, é imperativo abordar não apenas a dor física, mas também o bem-estar psíquico de pessoas idosas que sofrem de artrite e osteoartrite (Shisheng *et al.*, 2019; Teng *et al.*, 2005).

Outrossim, é importante perceber que a dor, essa desagradável experiência sensitiva e emocional, presente nos casos de artrite e osteoartrite, é vivida como uma experiência aniquiladora se traduzindo, nas palavras de Nasio (2008, p. 78), “[...] por uma sensação física de desagregação [...], um desmoronamento mudo do corpo”. Também é importante apontar aqui, que para além da dor colocada por Freud, quando da conversão histérica, dos sintomas históricos, outros entendimentos são possíveis e que a dor crônica, não deve ser reduzida unicamente à conversão histérica, mas entendidas como uma manifestação direta no corpo, sem inscrição simbólica (Marblé, 2011, tradução nossa; Nicolau, 2008).

Para compreender melhor os impactos psicossociais da artrite e osteoartrite na qualidade de vida de pessoas idosas, é crucial considerar as experiências e perspectivas individuais. Cada sujeito enfrenta desafios e adaptações únicos ao lidar com essas condições. Portanto, este relato de experiência buscará explorar a história de vida de uma pessoa idosa que vive com artrite e osteoartrite, destacando as estratégias de enfrentamento que desenvolveu, os desafios que enfrenta e as mudanças em sua vida ao longo do tempo.

A artrite e a osteoartrite são condições crônicas que têm um impacto substancial na qualidade de vida dos idosos, tanto em termos físicos quanto emocionais, embora os últimos ainda sejam pouco estudados o que torna fundamental compreender os aspectos psicossociais dessas doenças para desenvolver estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, seja a partir do trabalho interdisciplinar ou multidisciplinar, seja a partir da psicoterapia e suas diversas possibilidades de intervenções, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, mesmo dentro de uma dinâmica que é ao mesmo tempo lenta, dolorosa e angustiante.

A escolha deste tema se justifica pela relevância das questões relacionadas à saúde da população idosa, que está em constante crescimento devido ao aumento da expectativa de vida, contudo, considerando a inserção da psicologia no campo das atividades interdisciplinares, como ciência importante às relações subjetivas da condição humana e de suas relações com a saúde.

Também é importante destacar que, embora a pesquisa científica sobre as causas e o tratamento da artrite e osteoartrite seja extensa, os aspectos psicossociais frequentemente recebem menos atenção. Portanto, este estudo pretende minimizar a lacuna na literatura ao se concentrar especificamente nas experiências emocionais, sociais e psicológicas dos idosos afetados por essas condições.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cuja abordagem é qualitativa, do tipo relato de experiência referente ao acompanhamento psicoterapêutico realizado por um profissional psicólogo. Os atendimentos ocorreram no período de janeiro de 2022 a maio de 2023. A média foi de uma sessão por semana, que aconteciam na modalidade *on-line* e com duração média de 45 minutos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pessoa idosa aqui relatada, trata-se de uma mulher, com 61 anos de idade que chega ao atendimento a partir de demanda espontânea, através de uma indicação de sua rede de amigos.

Na primeira sessão, a idosa relata que busca ajuda por se sentir só, chorosa e emocionalmente cansada. Relata que a convivência com a família se resume a duas pessoas, com as quais os laços afetivos estão fragilizados e cerceados por experiências de violência psicológica, que ocorrem através de insultos, chantagem e exploração, inclusive financeira, assim como limitação no direito de ir e vir e minimização no direito à liberdade de crença.

Essas violências, que puderam ser nomeadas e renomeadas durante o processo psicoterapêutico, pois antes eram vistas pela pessoa idosa como problemas, dificuldades, e como uma normalidade atribuída ao “gênio” (personalidade), dos agressores, entre outras formas, contudo, sempre que alguma dessas violências ocorriam, havia o relato de que por esse motivo, suas dores físicas se ampliavam.

Inicialmente, a idosa relatava que suas dores se concentravam majoritariamente nos trapézios e que durante as sessões de massagem que frequentava também uma vez por semana, era possível aliviar as dores dessa parte do corpo, ou como ela relatava “destravar” as costas. Na medida em que as resistências do processo psicoterapêutico foram diminuindo, ainda nos primeiros encontros, relatou que sofria com artrite e osteoartrite, e que nos momentos de maior tensão e diante das violências vivenciadas, suas dores aumentavam a ponto de limitar sua rotina de vida diária.

Relatou, que já era nítida a limitação em se agachar, pois desse movimento resultava muitas dores. Que a limitação para lavar suas louças e que em alguns momentos, devido as

dores eram tão intensas que não conseguia movimentar os dedos das mãos bem como a própria mão. Outrossim, também narrou o desespero de perceber, que em função das dores que sentia sobretudo nos joelhos e pernas, em vários momentos perdia o equilíbrio ao caminhar ou subir escadas (mesmo que com contraindicação médica), rampas ou quando da necessidade de movimentos mais abruptos.

Falar sobre essas limitações mobilizou muitos afetos, tristeza, desesperança, culpa – por considerar que deveria ter feito algo na juventude para prevenir, embora também relate não ter como antecipar tal condição – sentimento de inutilidade, fragilidade, conflito com a velhice e com a imagem de si mesma, frustração, raiva, ódio entre outros.

Esta mulher idosa, narrava não se situar frente à idade cronológica que possuía, e que neste sentido, os desejos de ter e viver algumas experiências outrora silenciadas por uma existência de desejos reprimidos frente à manutenção de um ideal de família, se colocavam de forma conflitante diante de um corpo, que envelhecido, dava-lhe a sensação de aprisionar suas possibilidades. É neste cenário, que se coloca o fantasma da velhice, denunciando o conflito entre desejo e corpo, contudo, é essencial lembrar, que “o desejo não tem idade”, mas que em muitos casos, “[...] o excesso de descarga pulsional precipita-se sobre o corpo [...]” ampliando uma área de conflitos somáticos: “[...] *velhice e enfermidade não são sinônimos, mas a imagem do corpo carente concretiza-se em enfermidade somática*” (Soares, 2012, p. 74-75, grifo da autora).

Poder ser acolhida e ter suas angústias validadas a partir da fala, possibilitou a visualização e construção de novas possibilidades diante daquilo que se colocava como um Real⁶. Esse conflito, diante de um espelho que a projetava como um sujeito em que o viver, lhe convoca a atualizar o sentido frente “[...] a estrutura, a forma e aparência do corpo que passam por mudanças contínuas no transcorrer da vida – e que revelam continuamente novas feições – vão incidir diretamente sobre a apreensão da autoimagem” (Soares, 2012, p. 72).

Foi a partir do se ouvir que foi possível a essa pessoa idosa, reconhecer a duplicação da imagem de um corpo que com efeito, era ao mesmo tempo Estranho (*Heimlich*) e Familiar (*Unheimlich*) (Freud, 1919 [1976]). Esse estranho corpo, que difícil de ser apreendido diante de um espelho que refletia a realidade⁷ que lhe impunha limites e diferente daquele imaginado, pôde deslizar para a construção de um novo significado e imagem frente ao corpo, que mesmo

⁶ Real, aqui entendido em termos lacanianos, como: realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar, Segundo Roudinesco e Plon (1998, p. 645).

⁷ Importante notar, que aqui não se trata nem se faz referência a operação de forclusão como a proposta por Jaques Lacan para designar a base etiológica das psicoses.

denunciando a finitude, ainda assim era o corpo investido de desejos. A este respeito, Lifac (1991, p. 169) nos lembra que “mediadora entre sujeito e mundo, a imagem do corpo condensa em sua textura fantasmática toda a vivência relacional: corpo memória, corpo repetição, lugar de apego, da falta, também lugar da ilusão”.

Esse deslizamento na cadeia significativa, promoveu expressiva mudança na economia psíquica, de maneira que a pessoa idosa, passa a fazer investimentos diversos em si mesma: corta os cabelos, mas não os pinta, pois relata que agora vê a velhice como um momento de possibilidades dentro de sua realidade; compra novas roupas, e aqui é importante salientar que na medida em que ela vai às compras, também rompe com um silenciamento de muito tempo⁸ colocado na relação com alguns membros familiares, o que favorece novas formas de gozo. Passa a restabelecer contato com velhos amigos e amigas, e também estabelece novos contatos, neste sentido, se autoriza sair para almoçar ou jantar fora, fazer um lanche da tarde ou mesmo encontrar com alguém sem que tenha um objetivo definido e sem ter a comensalidade como operador de apoio de seu investimento.

Dos mais expressivos investimentos que faz, foi fundamental para ela revelar e reinvestir em uma atividade artística e ao mesmo tempo física que praticava desde muito jovem e que como narra, promovia tamanha satisfação e bem-estar que, mesmo nas condições físicas atuais, foi possível um retorno – equilibrado – sem que daí decorressem dores, ao contrário, narra que sobretudo no primeiro momento que rompeu com os imperativos familiares e colocou seu desejo em cena, pôde então, movimentar-se, suar, sentir-se desejada – e aqui o destaque para o retorno ao convívio com *velhos* amigos e amigas – e não somente, sentir-se apoiada, valorizada, acolhida além de ver e ter nas relações sociais, possibilidades de ampliar o reconhecimento de si mesma, sem que daí decorra uma projeção.

Na medida em que foi vivendo e ao mesmo tempo revivendo essas experiências, em que o corpo não mais conflitava com a realidade, pois inclusive os cuidados como uso de medicação, fisioterapia, massagens, atividades físicas entre outras foram tomando um novo lugar e tendo um novo significado, narrado por ela como o de não cura, mas o de condições de viver alguns desejos, suas narrativas também ganharam novo corpo.

Lacan (2009, p. 113), indica que “Entre centro e ausência, entre saber e gozo, há litoral, que só vira literal quando, essa virada, vocês podem tomá-la, a mesma, a todo instante. É

⁸ Não cabe aqui, eticamente, adicionar outros elementos adjacentes a estas vivências o que incorreria na possibilidade de uma possível identificação do sujeito narrado. Contudo é importante saber, que por mais que as situações vividas na relação familiar fossem de violência, o rompimento dessas vivências sempre foram possíveis, mas que antes de iniciar o processo psicoterápico, o gozo se sobrepôs ao sintoma, e que na medida em que outras formas de gozo foram observadas, foi possível suplantarem parte do sintoma.

somente a partir daí que podem tomar-se pelo agente que a sustenta”. Neste sentido, a idosa começa a chegar às sessões narrando, ao mesmo tempo, suas vivências atuais, em que é afetada pela realização de seus desejos, enquanto em contraponto, como numa melodia, escrevia duas pautas, uma marcada pelas catástrofes vividas e outra, sendo agora composta e marcada pelo reconhecimento de uma caligrafia própria, singular, não mais condenada aos efeitos da linguagem.

Mais ou menos à altura final do período citado neste relato de experiência, a idosa consegue falar sobre o seu desejo de morrer por considerar que seu corpo já havia morrido e não mais prestava, inclusive para sustentá-la; sobre como ainda era difícil levantar da cama, literalmente, todos os dias, sobretudo sem ter alguém que credibilizasse suas dores, invisíveis aos olhos e insensíveis à ação, e pudesse lhe dar a mão para auxiliá-la a levantar-se; sobre como sentia-se ao mesmo tempo depressiva e melancólica e de como, por mais que “agora” pudesse pensar no futuro de uma forma diferente, ainda era impossível negar, o imperativo de um corpo que se deteriorava.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o período de atendimentos aqui narrado, foi possível perceber que na medida em que o *setting* – ou seja, esse lugar oferecido para estruturação simbólica das vivências e experiências subjetivas – foi tomando forma através da transferência, a pessoa idosa conseguiu nomear aquilo que para ela, era antes de tudo impossível de simbolizar. Foi o acolhimento que favoreceu a criação de um lugar em que ela pudesse existir enquanto sujeito do seu próprio narrar, sem que daí decorressem violências como as que encontrava como resposta às demandas que fazia.

A partir do momento em que foi possível não só intervir a partir do acolhimento, mas construir, junto com a paciente, possibilidades de defesas egóicas que ultrapassassem as formas primitivas de defesa às frustrações como a projeção, a passagem ao ato e o comportamento passivo, por exemplo, que não favorecia ao ego a plasticidade e flexibilidade necessárias para manutenção do equilíbrio intrapsíquico, foi possível verificar, a prevalência de defesas mais maduras e, sobretudo, adaptativas frente a um adoecimento sem cura.

Foi possível à pessoa idosa aqui narrada, manter prevalente defesas que contribuíssem mais ao seu bom estado de saúde mental, na medida em que pode por exemplo, usar a

criatividade, o altruísmo e mesmo a sublimação para suportar as frustrações que advinham de um campo de expressão bastante significativo. Não somente, observa-se que as pulsões agressivas, perderam espaço na medida em que houve a ampliação do espaço e significados de acolhimento no processo da idosa, quando rompe com o silêncio e se coloca diante de outras possibilidades de vida.

É importante notar, que o processo psicoterapêutico não é linear, e opera segundo o que Lacan nos lembra, de acordo com a verdade que cada sujeito pode suportar. Desta forma, a transitoriedade da vida de qualquer sujeito segue sujeita aos imperativos dos quais não se pode mudar, como por exemplo, o avanço da artrite e osteoartrite, contudo, não significa dizer, que os sujeitos seguirão assujeitados a outras dores como as das violências que os dominam e tentam paralisá-los como a doença, pois, por mais que o corpo envelheça, o inconsciente não envelhece, posto que é atemporal.

REFERÊNCIAS

CIMMINO, Marco A. *et al.* Clinical Presentation of Osteoarthritis in General Practice: determinants of pain in italian patients in the amica study. **Seminars In Arthritis And Rheumatism**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 17-23, ago. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2005.01.015>.

FELSON, David T et al. Comparing the prevalence of rheumatic diseases in China with the rest of the world. **Arthritis Research & Therapy**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 106, 2008. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/ar2369>.

FREUD, Sigmund. O estranho. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1919 [1976].

HARRISON TR., *et al.* **Medicina interna**. 15ª ed, Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2002.

LACAN, Jacques. A pulsão de morte. In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 7: a ética na Psicanálise** (pp. 246-260). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MARBLÉ, Jacques. La douleur, dernière frontière ? **Psychanalyse**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 41, 2011. CAIRN. <http://dx.doi.org/10.3917/psy.020.0041>.

LIFAC, Solchi. Cuerpo em la vejez. Eros o Tanatos? **Revista de La Asociación de Psicología y psicoterapia de Grupo**. Buenos Aires, v. XV, n. 34, 1991.

NASIO, Juan-David. **A dor física: Uma teoria psicanalítica da dor**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

NICOLAU, Roseane Freitas. A psicossomática e a escrita do real. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, dez. 2008. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 set. 2023.

ROUDINESCO, Elisabeth; Plon, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SHISHENG, Hao *et al.* Mental health resources and awareness of anxiety and depressive disorders in general hospitals in China. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 46, n. 4, p. 107-112, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000205>.

SOARES, Sylvia Salles Godoy de Souza Soares. **Envelhecência: um fenômeno da modernidade à luz da psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2012.

TENG, Chei Tung *et al.* Depressão e comorbidades clínicas. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 149-159, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000300007>.