MARISTELA SPERA MARTINS

O trabalho do psicólogo na clínica de Geriatria: relato de experiência em saúde e desenvolvimento humano

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Linha de Pesquisa: Saúde e Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Walquíria Fonseca Duarte

SÃO PAULO

2011

MARISTELA SPERA MARTINS

O trabalho do psicólogo na clínica de Geriatria: relato de
experiência em saúde e desenvolvimento humano
(Versão Original)

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo como parte dos requisitos para
a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento Humano

Linha de Pesquisa: Saúde e
Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Walquíria
Fonseca Duarte

SÃO PAULO

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Martins, Maristela Spera.

O trabalho do psicólogo na clínica de Geriatria: relato de experiência em saúde e desenvolvimento humano / Maristela Spera Martins; orientadora Walquíria Fonseca Duarte. -- São Paulo, 2011.

104 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Envelhecimento 2. Psicanálise 3. Psicologia hospitalar 4. Multidisciplinaridade 5. Desenvolvimento humano I. Título.

QP86

NOME: Maristela Spera Martins

TÍTULO: O trabalho do psicólogo na clínica de Geriatria: relato de experiência em saúde e desenvolvimento humano

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Walquíria Fonseca Duarte

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe, meu maior exemplo de pessoa e de
profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Walquíria Fonseca Duarte, pelo apoio e encorajamento.

À minha família: minha mãe, apoio incondicional; meu irmão, amigo de todas as horas; meu pai, onde quer que esteja.

Aos colegas e amigos que compartilharam ideias, sentimentos e pensamentos e permaneceram ao meu lado durante todo o tempo de elaboração desta tese.

Aos professores da pós-graduação pelas aulas enriquecedoras e geradoras de ideias.

Aos colegas do aprimoramento no HCFMUSP: sem o apoio e o companheirismo de vocês nunca teria conseguido.

À minha orientadora e supervisora do aprimoramento, Valmari Cristina Aranha, que me auxiliou e incentivou desde a Monografia até o projeto de mestrado.

Aos idosos que tive a oportunidade de conhecer, atender, entrevistar, conversar e compartilhar: com a certeza de que ganhei muito mais com esse encontro do que eles próprios.

Aos meus parentes que moram longe de mim, mas estão sempre em meu pensamento e não deixaram de torcer.

Aos amigos com quem já não tenho muito contato, do colégio e da faculdade, mas que de alguma forma contribuíram em minha formação como pessoa, estudante e profissional.

Aos amigos da Clínica Dialética, que me compreenderam em tantos momentos de ausência e com quem aprendi muito.

Às amigas psicólogas da Pronep, com quem partilho muitas experiências, especialmente à coordenadora, Soraia, exemplo de liderança.

Finalmente, agradeço a Fernanda, minha amiga goiana, que fez vezes de orientadora, conselheira, mãe e irmã. Sem sua presença em minha vida nesse momento, nunca teria conseguido.

“Uma flor que dura apenas uma noite
nem por isso nos parece menos bela.”

Sigmund Freud

RESUMO

MARTINS, M. S. **O trabalho do psicólogo na clínica de Geriatria: relato de experiência em saúde e desenvolvimento humano.** Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.

Partindo dos relatos de atendimentos a pacientes idosos realizados em hospital público da cidade de São Paulo, bem como da experiência enquanto psicóloga aprimoranda da equipe de Geriatria do referido local, os objetivos da presente Dissertação são: caracterizar a velhice como etapa do desenvolvimento humano; discorrer a respeito das especificidades teóricas e metodológicas da atuação em clínica geriátrica sob o enfoque psicanalítico; discutir a problemática dos limites impostos pela percepção da finitude e da morte dentro e fora do contexto hospitalar; a influência do contexto sócio-histórico na constituição da subjetividade do idoso; e as características da interação da equipe de saúde no serviço de Geriatria. Apresenta-se a importância do conhecimento em Geriatria e gerontologia por todos os profissionais da saúde, bem como da comunicação entre os saberes nesse contexto. Reafirma-se a importância do saber psicológico sobre a velhice e a inter-relação necessária entre os pacientes idosos, profissionais e familiares numa instituição em que a ordem médica é dominante e prima por excluir a subjetividade. O conhecimento de que existem limitações dos profissionais em lidar com o paciente idoso, comumente associado à morte, e o desinvestimento libidinal presentes estabelecem a necessidade de haver propostas de reflexões sobre o assunto, como a uniformização dos trabalhos e de seus discursos profissionais para atingir, progressivamente, os níveis inter e transdisciplinares de funcionamento nas equipes. Além da utilização dos instrumentos de exclusividade dos psicólogos, ou seja, os testes psicológicos para a avaliação e intervenção nos atendimentos, o profissional da Psicologia, no referencial em questão, tem como uma das tarefas a reafirmação constante da importância da inclusão da dimensão subjetiva na compreensão do paciente idoso diante de toda a objetividade presente no cenário do hospital.

Palavras-chave: Envelhecimento, Psicanálise, Psicologia Hospitalar, Multidisciplinaridade, Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

MARTINS, M. S. The psychologist practice in a geriatrics clinic: a report regarding health and human development. Master's Thesis – Institute of Psychology, University of São Paulo, 2011.

Starting from the psychological care of elderly patients in a public hospital from São Paulo and the experience as psychologist part of its Geriatrics care team, the aims of this Thesis were: define old age such as a human development stage; report regarding the theoretical and methodological particularities about the psychoanalytical approach in geriatrics clinics; the issues of the restrictions imposed by the finitude and death consciousness inside and out the hospital context; the influence of the social historical context over the elderly subjectivity; and the health care team's relationship features on the Geriatrics Service. It is important that all the team workers have the knowledge about Geriatrics and gerontology, such as the good communication between them. The Old Age Psychology is one of the most important guidelines about elderly and the relationship between patients, family and the health care team, especially in an institution that the Medicine is prevalent and excludes the subjectivity. The fact that we know there are limitations of the professionals in dealing with the elderly patient, commonly associated with death and the lack of present libidinal investment, requests the creation of initiatives for changes, such as establishing common goals and languages between the different areas. Until we gradually achieve the levels of interdisciplinary and transdisciplinary communications. Besides the use of particular Psychology instruments, the psychologist, inside the psychoanalysis reference, has the task of reaffirm the importance of including the subjectivity on elderly patient treatment, against all the objectivity of the hospital.

Keywords: Aging, Psychoanalysis, Clinical Psychology, Multidisciplinarity, Human Development.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivos	16
1.1.1 Objetivos gerais	16
1.1.2 Objetivos específicos	17
2 DESENVOLVIMENTO HUMANO E SUAS ETAPAS EVOLUTIVAS	18
3 HISTÓRICO CULTURAL DA VELHICE.....	25
3.1 A velhice no mundo: uma viagem pelo tempo	25
3.2 Velhice no Brasil: percursos possíveis a partir do século XX	32
4 CARACTERIZAÇÃO DA VELHICE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O ENTENDIMENTO DESSA ETAPA.....	38
5 PSICANÁLISE E VELHICE: INTERFACES POSSÍVEIS	42
6 VELHICE E FINITUDE.....	61
7 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA GERIATRIA	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

O atual crescimento da população idosa é um fato evidente no Brasil e no mundo. Não só o crescimento da população idosa, mas também o de idade bastante avançada, na qual é comum o aparecimento de doenças crônicas e limitações físicas e mentais. Com a expansão do número de idosos em condições de fragilidade, faz-se necessário cada vez mais o desenvolvimento de pesquisas e estratégias para o provimento de cuidados específicos para essa população. O envelhecer possui aspectos psicossociológicos, sociodemográficos e econômicos importantes, que têm consequências para a sociedade como um todo, não só para o idoso em si.

Em artigo intitulado “Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social”, disponível no portal do Ministério da Previdência Social (www.previdencia.gov.br), Batista, Jaccoud, Aquino e El-Moor (2008) apontam para a evolução da proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) em diversos países desde o ano de 1950 e as projeções para 2050. No ano de 1950, a participação dos idosos na população das regiões mais desenvolvidas era de 12,5% do total. No ano de 2000, houve aumento dessa proporção: na Europa passou a ser de 20,3%; na América do Norte, de 16,2%; e de 13,4% na Oceania.

As projeções para o ano de 2050 indicam que a população idosa na Europa será de 36,6%; 27,2% na América do Norte; e 23,3% na Oceania. Quanto aos países denominados “em desenvolvimento”, a população idosa no ano de 1950 era da ordem de 6% da população. Na Ásia, América Latina e Caribe, esse percentual aumentou em dois pontos no ano de 2000. A projeção para 2050 é de 22,5% do total da população nessas regiões em desenvolvimento.

Com o aumento mundial da expectativa de vida, a parcela idosa da população sofre mudanças em sua imagem e representação. Segundo Debert (2004, p. 14) “a idéia (em relação à velhice) de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal”. Ao mesmo tempo em que aumentam as iniciativas sociais voltadas à terceira idade, essa nova imagem do idoso, se considerada como verdade única, não favorece o enfrentamento das questões de decadência física, cognitiva e emocional presentes. Ela acaba negando tais aspectos, numa exigência para que o idoso também os negue e, assim, não se permita enfrentá-los e elaborá-los.

A mídia transmite um estereótipo de “eterna juventude”, segundo a mesma autora, vendendo inúmeros recursos para apagar as marcas do tempo (cirurgias plásticas, cosméticos, ginásticas, tratamentos estéticos, vitaminas, entre outros). O perigo dessa combinação de exigências é a “exclusão dos valores e estilos de vida particulares” (DEBERT, 2004, p. 22).

O temor e a negação da finitude, somados a esses aspectos, acentuam as dificuldades para a chegada e elaboração da etapa da velhice como parte do desenvolvimento humano.

Esses fatores configuram a relevância do estudo dessa população e das formas que vivenciam tal fase da vida e suas mudanças e, no conjunto, despertaram meu interesse enquanto pesquisadora desde a formação no curso de graduação em Psicologia.

A presente Dissertação é fruto de diferentes experiências profissionais que obtive durante minha formação. Desde a graduação deparei-me com a oportunidade de trabalhar diretamente com a população idosa. Destaco, em primeiro lugar, minha participação no projeto de pesquisa intitulado “Estudo das interações entre idosos e cães em um asilo beneficiado por um projeto de Terapia Assistida por Animais”, parte prática de uma disciplina da graduação, realizado em um asilo na cidade de São Paulo. Na ocasião, o grupo observou o trabalho de voluntários que faziam parte do projeto intitulado “Cão do idoso” e realizavam visitas aos moradores do asilo, utilizando-se de cães como facilitadores da comunicação e interação com os idosos. O objetivo principal da pesquisa era identificar quais eram os possíveis efeitos, ou seja, os comportamentos dos idosos, decorrentes da utilização de animais como coterapeutas. A partir dos comportamentos dos idosos na ausência e na presença dos voluntários com os cães, foi concluído que os animais tinham a função principal de facilitadores na comunicação e interação entre os idosos e os voluntários visitantes. Os resultados foram apresentados em forma de painel na Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia na cidade de Curitiba, em 2005.

Participei, ainda, da prática supervisionada, em outra disciplina da graduação, em um Centro de Referência de Idosos na cidade de São Paulo. O trabalho foi intitulado “Projeto de oficinas: expectativas e projetos para o futuro”. O objetivo foi promover atividades que envolvessem movimentos corporais, recursos expressivos e diálogos para o levantamento de estratégias e limites inerentes ao público-alvo, visando elaborar projetos para a vida futura. A partir dos encontros realizados e com a utilização de trabalhos de expressão corporal, seguidos de reflexão sobre a temática exposta e estimulada pelos exercícios, as experiências desses idosos foram ouvidas e as reflexões consequentes serviram de base para o delineamento de mudanças pessoais.

Já formada, ingressei no Curso de Aprimoramento e Especialização em Psicologia em Hospital Geral, permaneci na clínica geriátrica e no ambulatório de cuidados paliativos de um hospital público referenciado de grande porte em São Paulo, onde realizei o atendimento de idosos e seus familiares em ambulatório e enfermaria e tive a oportunidade de constatar as possibilidades do atendimento hospitalar norteado pela teoria psicanalítica. Além disso, pude conviver com diversos profissionais da área da saúde, tanto em reuniões formais quanto em encontros informais e interconsultas. Segue o relato dessa experiência.

Relato da experiência no Serviço de Geriatria

O Serviço de Geriatria era constituído por três modalidades de atendimento: o ambulatorial (atendimento de múltiplas comorbidades crônicas), o de enfermaria (atendimento a descompensações agudas ou investigações) e do GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial). O objetivo era a prevenção e promoção da saúde física e mental dentro de uma perspectiva multiprofissional. Além de ter atuado em todas essas modalidades, tive a oportunidade de participar dos atendimentos no Ambulatório de Cuidados Paliativos, onde eram atendidos pacientes considerados pela equipe médica como sem possibilidades de cura.

A equipe de Psicologia do Serviço de Geriatria era composta pela psicóloga responsável, duas aprimorandas e algumas psicólogas voluntárias que realizavam pesquisas e auxiliavam nos atendimentos aos pacientes. Como psicóloga aprimoranda, minhas funções envolviam atender os encaminhamentos formais e informais de pacientes em ambulatório e enfermaria, além de participar de grupos psicoeducativos no GAMIA com a psicóloga responsável e supervisora no curso.

Além das aulas teóricas e práticas supervisionadas, participava de reuniões com equipe multidisciplinar tanto na enfermaria (onde atuava toda a equipe do Serviço de Geriatria), quanto no ambulatório de cuidados paliativos (onde se encontravam outros profissionais, além dos participantes da equipe usual).

No ambulatório, a psicóloga responsável encaminhava os casos que julgasse mais urgentes para atendimento psicológico. Os atendimentos que realizava eram prioritariamente breves e focais, de acordo com a necessidade do paciente, e sob supervisão. Na enfermaria, a

cada psicóloga aprimoranda era delegado um número de leitos para atendimento aos pacientes e familiares.

Nas reuniões de equipe, tinha a oportunidade de esclarecer as dúvidas dos profissionais solicitantes, compartilhar meu plano de ação e sanar minhas dúvidas consultando as percepções de outros profissionais que pudessem auxiliar nos atendimentos psicológicos. Era notável a dificuldade de comunicação com alguns desses profissionais, de diversas áreas da saúde, que pareciam estar mais resistentes com relação aos aspectos emocionais dos pacientes e, conseqüentemente, à opinião do psicólogo. Deparei-me com as dificuldades relatadas em muitos trabalhos de pesquisa e relatos profissionais na comunicação em equipe multidisciplinar (CAMACHO, 2002; TONETTO; GOMES, 2007; SANTOS, 2009), o que afetou a possibilidade de uma visão global do paciente e, conseqüentemente, de seu tratamento e recuperação. Além disso, com o rodízio dos residentes médicos, o diálogo tinha que ser reiniciado para uma nova aproximação por parte do psicólogo e tinha que haver um manejo diferente na comunicação.

No GAMIA, os profissionais de Psicologia atuavam em grupos quinzenais de discussões e outras atividades de expressão com os pacientes, com temas por eles escolhidos durante o primeiro encontro do ano: aposentadoria, sexualidade, relacionamentos, perdas, morte, entre outros.

O Ambulatório de Cuidados Paliativos ocorria em local diferente dos outros serviços e com frequência semanal de encontros. Dele participavam alguns profissionais que também atuavam no dia-a-dia do Serviço de Geriatria, além daqueles vindos de outros serviços e outras faculdades conveniadas. Uma peculiaridade que achava importante nesse serviço era a existência de um assistente espiritual (teólogo), que tinha por função o auxílio nas questões condizentes à religião e à espiritualidade dos pacientes. A comunicação desse profissional com o setor de Psicologia era constante, com troca de experiências e pareceres, o que era de grande auxílio.

Apesar de as reuniões desse Ambulatório se caracterizarem por priorizar mais os aspectos médicos dos pacientes (como já ocorria nas reuniões da enfermagem), notava-se que a preocupação com o aspecto humano no tratamento era mais marcante entre esses profissionais. O diferencial era a presença do médico assistente que chefiava as reuniões, que demonstrava interesse pelos aspectos emocionais e espirituais, levando os demais profissionais a considerarem essas questões como relevantes no tratamento em discussão.

Os encaminhamentos de pacientes feitos formalmente (por meio de fichas) pelos profissionais da área médica do Serviço de Geriatria continham informações extremamente

restritas acerca dos motivos pelos quais seria necessária uma avaliação psicológica e/ou acompanhamento psicológico. Havia dois espaços nos impressos, sendo um para a introdução dos diagnósticos médicos atuais e outro para as justificativas dos encaminhamentos, que incluíam como seguintes indicações mais frequentes: falta de visitas de familiares durante internação; desconhecimento de diagnóstico de doença grave; recebimento de diagnóstico de doença grave recentemente; choro constante; paciente “poliqueixoso”; paciente muito calado e pouco contactuante com a equipe; resistência a discutir ou aceitar tratamentos ou intervenções médicas; paciente referindo “tristeza”, “depressão”, “ansiedade”, “falta de energia”, “falta de motivação”, “solidão”, “cansaço excessivo” e outros; sintomas somáticos não justificados pelos diagnósticos médicos atuais; insônia; obesidade; piora nos sintomas das doenças; familiares com dificuldades de aceitação de diagnóstico ou tratamento; familiares ansiosos, deprimidos, muito solicitantes ou ausentes; entre outros.

Nos atendimentos a esses pacientes, pude notar que alguns encaminhamentos estavam mais relacionados a dificuldades advindas dos próprios profissionais do que dos pacientes. A não-adesão aos tratamentos, o choro, a alta ansiedade, por exemplo, eram aspectos que poderiam ser contemplados com o esclarecimento dos procedimentos médicos invasivos ou do prognóstico não esclarecido aos paciente e/ou familiares.

A questão da morte me chamou atenção logo no início dessa experiência, principalmente no contato com pacientes da enfermaria. Lembro-me do caso de um homem de pouco mais de 60 anos, com diagnóstico de câncer na bexiga, que teve complicações por pneumonia. Havia passado por cirurgia de enxerto da aorta ilíaca. Perguntei ao médico residente se havia algum aspecto observado por ele que mereceria uma avaliação por parte da equipe de Psicologia e obtive como resposta que o paciente apresentava dores abdominais que não eram justificadas pelo quadro somático, pois sua última cirurgia havia sido realizada há bastante tempo. Além disso, acrescentou que o paciente parecia “depressivo”.

No contato com o paciente no leito, deparei-me com uma pessoa quieta, que evitava responder às minhas perguntas. No retorno, o paciente contou-me que estava sendo submetido a diversos procedimentos pela enfermagem (estava com o “braço roxo” pelas tentativas de encontrarem acesso venoso, por exemplo), que não havia recebido inalação e não dormia bem à noite. Nos atendimentos, permanecia cabisbaixo e aparentemente desanimado. Por sua fala escassa, perguntei se ele gostaria de receber minhas visitas e ele respondeu afirmativamente. Dizia que “piorava a cada dia”, que era muito ativo e não se conformava com o fato de estar internado, sentindo-se “chateado”. Tinha mais facilidade de falar de assuntos referentes ao que o incomodava fisicamente.

Após alguns desses encontros, fui abordada pela fisioterapeuta, que relatou que o paciente estava “se recusando em receber sua ajuda”, assim como em “se alimentar”, dizendo que “queria morrer em casa”. Acrescentou que o paciente estava “se entregando”. Na continuidade de minhas visitas, ele se mantinha focado nas questões físicas e à piora que sentia na sua saúde. Queixava-se de inchaço nas pernas e no pênis, ambos causando muito incômodo. Demonstrava estar mais focado nas suas percepções físicas e não queria pensar nas questões psíquicas que perpassavam aquilo tudo que estava sentindo: a falta de atividade por conta da doença, a perda de sua função profissional, a posição de doente e dependente de cuidados, além da solidão.

A impressão que tive durante todos os atendimentos era a de que realmente ele estava desinvestindo na própria vida e a única coisa a que ele se ligava era a doença e os sintomas físicos que o preocupavam. Desejava a cura rápida e a eliminação dos sintomas que o incomodavam, perpetuando a perda de sua identidade.

O paciente obteve alta sem que pudesse ter mais tempo para ouvi-lo. Pouco ampliei os espaços destacados em seu prontuário médico e não consegui ir muito além dos sintomas que narrava.

Diferentemente dos demais profissionais, imersos em suas ações, importantes e essenciais, procurava constantemente refletir minha própria prática: que tipo de intervenção seria a mais adequada e como poderia ter melhor oferecido um espaço para a subjetividade desse paciente? E para a equipe? O que estava por trás das queixas manifestas daquele idoso?

Moura (1996) discute a importância de o psicólogo oferecer uma escuta que permita a explicitação do sofrimento e a discriminação entre a escuta médica e a subjetiva. Acredito ter conseguido uma escuta empática junto ao paciente, que necessitava ser acolhido nas dores de seu corpo naquele momento.

As indagações em torno desse caso foram importantes nessa etapa de minha formação e motivaram a busca de um melhor entendimento dos aspectos que perpassavam a doença e os motivos que faziam com que os pacientes parassem de investir na própria vida num movimento em direção à morte (real ou psíquica). Optei pela escolha dessa temática para desenvolver a Monografia de conclusão de curso.

O objetivo geral da Monografia foi identificar a percepção da finitude e sua relação com a capacidade de investimento libidinal em idosos atendidos em ambulatório e enfermaria. Um total de trinta idosos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, participou da pesquisa espontaneamente, sendo dez provenientes da enfermaria e vinte do ambulatório. Dentre os participantes do ambulatório, cinco deles eram provenientes do projeto GAMIA.

Os instrumentos utilizados foram: um protocolo composto por entrevista semidirigida elaborada pelos pesquisadores, contendo dados de identificação e questões pertinentes ao tema e o Procedimento de Desenho-Estória com Tema: uma pessoa idosa, elaborado por Vaisberg (1997). Os instrumentos foram aplicados nessa ordem. Os dados obtidos por meio das questões da entrevista foram analisados de forma quantitativa, por meio de verificação da frequência de conteúdos, e de forma qualitativa, pela interpretação segundo referencial psicanalítico freudiano. A técnica gráfica foi analisada segundo metodologia proposta pela autora (VAISBERG, 1997).

Destacarei alguns resultados obtidos na pesquisa. Nas entrevistas (ANEXO I), a perda de entes queridos foi o fato indicado como mais marcante pelos pacientes no decorrer de suas vidas. Com relação ao tema da morte, a maioria respondeu que já havia pensado na questão e, dentre os demais, a maioria tentou uma fuga do tema. Dos participantes que disseram pensar na morte, a maioria indicou sentir medo da mesma. O período da noite foi o mais indicado como o que desencadeia o pensamento de morte, seguido das ocasiões nas quais havia uma piora na saúde. Sobre a percepção do outro com relação a ser idoso, os pacientes associaram uma visão negativa, como sem produtividade ou valor pessoal.

A rotina indicada foi considerada monótona, sem muitas atividades fora de casa. A maioria dos participantes relatou ter desejo de mudar algo em suas vidas, particularmente seu estado de saúde ou algo que fizeram em seu passado. Dos que não manifestaram desejo de mudanças, a maioria disse estar satisfeito com a própria vida e as outras respostas referiram-se à desesperança causada pelas limitações físicas e pela proximidade da morte. Houve escassez de planos para o futuro, principalmente por conta da idade avançada e das limitações do corpo. O desejo de ter saúde é a expectativa mais frequente em relação ao futuro.

Na comparação das respostas nos diferentes contextos hospitalares, destacaram-se alguns aspectos. Quando perguntados sobre o que mais marcou as vidas pessoais, a perda de entes queridos foi a resposta mais frequente no ambulatório, sendo que na enfermaria foi a realização pessoal. A grande maioria dos pacientes internados demonstrou esperança de melhora no estado de saúde. Destacou-se a baixa frequência (em relação aos participantes ambulatoriais) com que os internados responderam já ter pensado em morte. Eles justificaram, por exemplo que não se devia pensar; não queriam pensar; não pensavam em suicídio; a morte era natural e tinham esperança de melhora. A grande maioria dos participantes internados relatou uma falta de desejo de mudar algo em suas vidas e completa ausência de planos para o futuro.

A análise do Procedimento de Desenho-Estória com Tema permitiu identificar conteúdos que indicaram a representação mais frequente de um idoso frágil, sem recursos para lidar com os limites do envelhecimento e a percepção da finitude. A velhice pareceu ser vista como sinônimo de perdas e sofrimento, sem espaço para um desenvolvimento emocional que permitisse uma identidade própria, com a diminuição de investimento libidinal. Os recursos mais utilizados para compensar tais aspectos foram: a utilização dos mecanismos de defesa como negação das limitações e finitude e fuga ao passado ou regressão. Apesar desses aspectos, 25% das produções apresentaram características que evidenciaram a presença de recursos egóicos satisfatórios para o enfrentamento dos conflitos.

Em síntese, a representação do idoso nessa amostra evidenciou as perdas e o sofrimento. Os participantes demonstraram, em sua maioria, uma escassez de recursos para elaborá-los, com a consequente utilização de mecanismos de defesa para não entrarem em contato profundo com os conflitos internos e com a percepção da finitude.

As conclusões dessa Monografia demonstraram que foi possível identificar que os idosos, de maneira geral, possuíam uma dificuldade de desinvestimento libidinal em objetos perdidos, na juventude e na imagem de um corpo idealizado. Tais fatores colaboraram para que o reinvestimento na vida atual e a resignificação da maturidade não ocorressem de maneira natural.

As experiências como profissional e pesquisadora nesse período de minha formação impulsionaram-me para o ingresso no programa de pós-graduação e elaboração da presente Dissertação, na direção de uma maior aproximação da Psicologia e sua ação profissional com esses idosos que apresentam um corpo doente, um conjunto de sintomas, uma história pessoal e subjetividade, aspectos para os quais a medicina pouco tem a oferecer. O medo da morte e a finitude foram os elementos norteadores nessa difícil tarefa.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivos gerais

- Discorrer sobre a velhice como uma etapa do desenvolvimento, situá-la num contexto socio-histórico e analisar suas implicações na constituição subjetiva do idoso;

- Refletir sobre as problemáticas da morte e da finitude com relação aos limites impostos pela velhice dentro e fora do contexto hospitalar;
- Considerar e oferecer possibilidades de intervenções terapêuticas ao paciente idoso, a partir do relato de atuações do psicólogo em contexto hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos

- Apresentar pressupostos psicanalíticos que possam nortear o entendimento do psiquismo do idoso e as intervenções nesse paciente;
- Oferecer subsídios para a atuação do psicólogo e sua inserção em equipes multiprofissionais de saúde em Geriatria.

2 DESENVOLVIMENTO HUMANO E SUAS ETAPAS EVOLUTIVAS

A Psicologia do Desenvolvimento não se voltava para o estudo da idade adulta e velhice (*life-span*) até meados do século XX. Havighurst (1973), entre outros autores, denominam *life-span* como a linha da Psicologia do Desenvolvimento que estuda os aspectos ontogenéticos e suas mudanças ao longo da vida, do nascimento até a morte. O autor fixa os anos 1930 como a época em que apareceram os pensadores que expandiram o estudo do desenvolvimento humano até a idade adulta e a velhice, como Charlotte Bühler, Else Frenkel-Brunswick, Erik Erikson e Hans Thoma. A partir de então, começaram a surgir estudos empíricos longitudinais, estudos de caso, biografias e autobiografias. A preocupação do campo de estudo *life-span* é com o desenvolvimento da personalidade e os processos de socialização que a influenciam, explica o autor, principalmente a partir da idade adulta.

Nas teorias psicológicas do desenvolvimento, entre 1850 e 1920, mais focadas na infância e na adolescência, era suposto que a personalidade era prioritariamente controlada por aspectos hereditários, individuais e raciais. Somente depois desse período é que os psicólogos se deram conta da importância do ambiente no comportamento humano.

Durante as primeiras décadas do século XX, os psicólogos do desenvolvimento passaram a considerar a hereditariedade na interação com o ambiente social como um dos fatores geradores da personalidade. Os behavioristas viam a personalidade como uma tabula rasa; aqueles que se interessaram pelo desenvolvimento *life-span* viam a personalidade como um padrão de comportamento que surge a partir da interação entre as esferas biológica, social e a ação do próprio indivíduo sobre o ambiente social e vice-versa.

A autora Charlotte Bühler, uma das pioneiras no movimento *life-span* em Viena, solicitava que os seus alunos coletassem histórias de vida de pessoas idosas. A partir disso, Bühler dividiu o desenvolvimento em cinco períodos, classificados de acordo com o critério da idade. Sua colega, Else Frenkel-Brunswick, coordenou nos anos de 1950 um estudo em Berkeley, Califórnia, com homens de 60 anos ou mais. Foi o primeiro estudo sistemático da personalidade de homens na fase de aposentadoria (HAVIGHURST, 1973).

Erik Erikson saiu da Europa para os Estados Unidos para estudar o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Criou sua teoria baseada em oito tarefas psicológicas que o indivíduo deveria cumprir em cada fase de seu desenvolvimento, dividido por faixas etárias. Já Bernice Neugarten, na Universidade de Chicago, coordenou, entre 1954 e 1964, um estudo

sobre o desenvolvimento da personalidade da meia-idade para a velhice (HAVIGHURST, 1973).

Neri (2001) concorda com Havighurst quando discute a questão da história da Psicologia do Desenvolvimento. Afirma que, desde o surgimento das primeiras teorias, a etapa da infância tem ocupado lugar de destaque nos estudos, com ênfase em pesquisas direcionadas para os ganhos evolutivos. A velhice foi estudada por muito tempo dentro dessa área, mas com um espaço de importância inferior àquele dado para a Psicologia Infantil, como podemos verificar também em Baltes (1995) e Neri (2005).

Os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento são chamados de processos adaptativos pela Psicologia e pela gerontologia. Eles caminham juntos, estando presentes em todo o ciclo vital humano, numa tensão constante entre ganhos e perdas. Partindo-se do ponto de referência de que o padrão normativo do desenvolvimento é o estágio da vida adulta (saúdável, produtiva e com envolvimento social), a infância ocupa o lugar de destaque nesse ciclo como sendo a etapa em que existe maior probabilidade de ocorrerem ganhos evolutivos. A velhice é colocada como a etapa em que há maior probabilidade de haver a ocorrência das mudanças evolutivas caracterizadas como perdas (NERI, 2001).

A partir da teoria freudiana do desenvolvimento infantil, o psicanalista Erik Erikson apresentou sua própria teorização sobre a maturação, adicionando quatro etapas que vão até a velhice. Sua concepção de maturação baseia-se no conceito de ciclo de vida, ou seja, as etapas do desenvolvimento são constituídas por ciclos que implicam em sucessão, repetição e tendência ao fechamento, assim como a própria vida humana é concebida como um ciclo. Cada etapa constitui um momento de crise evolutiva que depende da interação do indivíduo com a sociedade, culminando no surgimento de qualidades do ego – esperança, domínio, propósito, competência, fidelidade, amor, cuidado e sabedoria (NERI, 2007). A seguir serão apresentadas as etapas dessa teoria.

A primeira etapa de maturação de Erikson é a fase bebê (confiança básica *versus* desconfiança básica), correspondente à fase oral na teoria freudiana. O autor destaca o desenvolvimento de um ego rudimentar, em que a criança aprende a confiar na continuidade dos provedores externos e, ao mesmo tempo, na própria capacidade de lidar com as necessidades urgentes. A gustação e a experimentação constantes pela boca originam o princípio da diferenciação entre o externo e o interno. A confiança nasce do cuidado recebido pelo bebê e das frustrações, que contribuem para a continuidade do desenvolvimento (ERIKSON, 1976).

A segunda etapa, a da infância inicial (*autonomia versus vergonha e dúvida*), corresponde à fase anal em Freud. Caracteriza-se pelo controle dos esfíncteres. A criança agora tem o desejo de escolher o que quer e o que não quer, tendo o poder de autonomia. Para isso, é necessário que se tenha a confiança estabelecida na fase anterior. Para o autor, o sentimento de autocontrole sem a repressão externa, que causa a vergonha e a dúvida, produz um sentimento de boa vontade e orgulho.

A etapa da iniciativa *versus* culpa inicia-se com capacidade de andar e com a genitalidade infantil. A criança sente-se potente para fazer conquistas e atacar pelo gosto de ser ativa e estar em movimento. Essas iniciativas de ataque podem se dirigir aos irmãos e ao pai, rivais em potencial pela atenção exclusiva da mãe. O fracasso desses ataques traz a culpa e a ansiedade. Os genitais são percebidos e erotizados, mas com isso surge o complexo de castração. É nessa fase também que o superego¹ começa a se formar e a criança se vê diante de uma lei externa que começa a internalizar-se (auto-observação e autopunição). A união do poder adquirido e da culpa, conseqüentes da etapa edípica, fazem com que, nessa fase, a criança esteja mais apta a cooperar e a identificar-se com seus iguais, procurando livrar-se do demasiado conflito infantil instaurado (ERIKSON, 1976).

A quarta etapa do desenvolvimento humano descrito por Erikson é denominada indústria *versus* inferioridade. O autor descreve essa fase como produtiva, no sentido de que a criança já domina a locomoção e os modos orgânicos e já se constitui num genitor rudimentar. Aproxima-se o período de latência e ela começa a sublimar seu desejo por tomar o lugar de um de seus pais e ter o amor incondicional do outro (fase edípica). Assim, ela passa a conquistar o reconhecimento por meio de suas conquistas produtivas na vida fora da família. Dois perigos apresentam-se nessa fase: um sentimento de inferioridade ou a autorrestrição. O sentimento de inferioridade e inadequação surgem quando a criança desacredita de seu *status* no grupo de que participa e não consegue se identificar mais com seus integrantes e sua produção. Nesse momento, ela regride à etapa edípica e à rivalidade familiar já conhecida. Já a autorrestrição é o perigo descrito como a limitação do homem ao seu trabalho, considerando a produção seu único critério de valor.

A puberdade e a adolescência são caracterizadas pela etapa identidade *versus* confusão de papel. A rapidez do crescimento e desenvolvimento do corpo e a maturidade genital provocam a quebra da relativa uniformidade anterior. Agora há uma preocupação excessiva

¹ O superego é definido por Freud como a instância que representa a interiorização das exigências (desejo) e interdições parentais. Sua formação data da resolução do complexo de Édipo e da identificação com a instância parental, da qual se forma o ideal de ego. Suas funções são relacionadas à consciência moral, à autocritica e ao modelo identificatório. (LAPLANCHE, 2001).

com sua imagem diante dos outros e com o emprego atual de suas habilidades anteriormente adquiridas. Os adolescentes nomeiam seus ídolos e seus adversários na tentativa de formar uma identidade. Formam grupos identificados com heróis em comum (nos quais projetam sua imagem egóica), na tentativa de superar sua falta de identidade ocupacional. Alguns identificam-se com um espírito cruel de clã, não tolerando os que são “diferentes”, numa tentativa de defesa contra “a confusão do sentimento de identidade” (ERIKSON, 1976, p. 241). Segundo o autor, a mente adolescente está entre a moral adquirida na infância e a ética que deverá ser desenvolvida no adulto.

A sexta etapa, do adulto jovem, é denominada intimidade *versus* isolamento. O jovem baseava-se na busca de sua identidade e agora, adulto, adquiriu segurança o bastante para se dispor a fundi-la com a de outros, ou seja, está preparado para ter relações de intimidade e ser fiel a essas ligações. Isso implica enfrentar o temor da perda do ego, pois tais relações impõem sacrifícios e autoabandono. Assim, o perigo nessa etapa se constitui na evitação desse risco: não se relacionar intimamente e até destruir aqueles que constituem uma ameaça potencial à própria identidade. Essa etapa se caracteriza pela possibilidade do exercício da real genitalidade (prazer genital), bem como de uma maior capacidade de se suportar frustrações.

A etapa generatividade *versus* estagnação é aquela em que surge a preocupação em firmar e guiar a nova geração, ou seja, o homem maduro necessita produzir e cuidar das produções (investimento libidinal no que foi gerado). O perigo dessa fase é uma regressão acompanhada pelo sentimento de estagnação, que pode advir de uma falta de crença na espécie, vinda da primeira infância, e um excesso de amor-próprio decorrente.

A integridade do ego *versus* desesperança é a etapa da maturidade do homem. Erikson (1976) denomina como integridade do ego a capacidade de desenvolvimento das sete etapas. O fato de o ser humano ter chegado a uma etapa em que se encontra na condição de criador de coisas e pessoas (generatividade) implica na adaptação às vitórias e frustrações que tal tarefa traz consigo. É essa adaptação que permite a integridade do ego, ou seja, a aceitação do próprio ciclo de vida acompanhada de um amor (gratidão) aos pais. Esse estado mental traz consigo a capacidade de lutar contra ameaças à sua integridade física e psíquica e de aceitar a morte como algo natural, sem o caráter de caos. O perigo é a perda da integração do ego, que se caracteriza pelo temor da morte e desesperança, que traz consigo um descontentamento de si e da própria vida, cegando o indivíduo para outras possibilidades de se viver.

Assim, no desenvolvimento maturacional de Erikson, a maturidade dependerá de como foram construídas todas as etapas anteriores da vida do indivíduo, tendo como ponto de partida a confiança básica que ele deve adquirir na primeira infância.

Os referenciais sobre os estudos da vida adulta têm ainda outros critérios: idade cronológica (LEVINSON, DARROW, KLEIN, LEVINSON, 1978); individualidade (NEUGARTEN, 1968); curso de vida (BALTES, 1979); transições do desenvolvimento (LOWENTHAL, THURNHER, CHIRIBOGA, 1975) e crises de desenvolvimento (SCHLOSSBERG, 1981).

Segundo Levinson (1986), o estudo do desenvolvimento do ser humano deve ser um exame detalhado do curso de sua vida numa sequência de anos: desejos e fantasias, relacionamentos amorosos, participação em sistemas sociais, mudanças no corpo, tudo que tem uma significância no curso da vida, segundo a evolução desses padrões ao longo do tempo. Araújo e Carvalho (2005) reiteram essa questão.

Historicamente, as grandes figuras do desenvolvimento humano, como Piaget e Freud, assumiram que o desenvolvimento humano é completado na sua maior parte até o final da adolescência. As mudanças nessa concepção de desenvolvimento somente até a adolescência vieram nos anos 1950, quando surgiram os campos de estudo da Geriatria e gerontologia.

A concepção de Levinson chamada ciclo de vida (*life cycle*) deriva das teorias de Erik Erikson, Jung, Von Franz, Jacobi na Jaffe, Neugarten, Ortega y Gasset e van Gennep (LEVINSON, 1986). Em sua teoria, o autor divide o ciclo vital em eras e cada uma possui sua própria composição biopsicossocial e tem distintas contribuições para o todo do ciclo. A transição entre uma era e outra dura em média cinco anos (entre o término da última e o início da próxima). Cada era e período de desenvolvimento tem início e término em uma média de idade definida. As eras definidas pelo autor são as seguintes: pré-idade adulta (até os 22 anos), início da vida adulta (17 aos 45 anos), idade adulta média (40 aos 75 anos) e idade adulta tardia (a partir dos 60 anos).

Cada transição entre uma era e outra demanda uma tarefa diferente. O conceito-chave dessa concepção de Levinson é, então, chamado *life structure* (estrutura de vida), ou seja, existe um padrão subjacente a cada momento da vida de um indivíduo a ser estudado e compreendido considerando suas particularidades.

Para Baltes (1979), o desenvolvimento psicológico envolve o estudo das constâncias e mudanças no comportamento do ser humano durante seu ciclo de vida. Deve-se reconhecer: a multidirecionalidade das mudanças ontogenéticas; os fatores conectados à idade e os que não estão conectados; a interação dinâmica entre perdas e ganhos; a ênfase nos fatores históricos e

outros contextos estruturais; além da variação da plasticidade no desenvolvimento. Para acessar os resultados dos ganhos e perdas do desenvolvimento, é necessário conhecer as demandas colocadas pelo indivíduo e por seu ambiente durante o processo vital de adaptação.

Na perspectiva de Lowenthal, Thurnher e Chiriboga (1975), o foco está no processo de mudança que ocorre entre cada estágio do desenvolvimento, contribuindo para o conhecimento dos eventos e formas de adaptação na vida do indivíduo.

Schlossberg (1981) enfoca também em sua teoria a questão de como os indivíduos lidam com as mudanças. Reconhecendo que o desenvolvimento psíquico não termina na adolescência, o autor explica que à medida que seguimos no curso da vida, experienciamos mudanças e transições que constantemente implicam em redes de relacionamento, comportamentos e percepções de nós mesmos. Cada um difere em suas habilidades para se adaptar às mudanças. Além disso, cada indivíduo pode lidar de forma diferente com mudanças semelhantes, dependendo do momento de sua vida.

A morte e a percepção da finitude fazem parte da aceitação/negação do próprio ciclo de vida, com ameaças à integridade física e psíquica. Diante de tal conflito, temos que a desesperança impede o encontro de formas possíveis de adaptação à crise, promovida pelo aparecimento de doenças do corpo e da mente.

Segundo Erikson (1976), a confiança básica que deveria ter sido construída na primeira etapa do desenvolvimento é um dos pontos principais que irá configurar as capacidades de manejo com as necessidades urgentes da vida, como as decorrentes dos processos de envelhecimento e adoecimento.

Essa questão nos remete à importância da escuta para uma ressignificação da confiança básica vivenciada pelo paciente, em especial pelo profissional de Psicologia. Pensando do âmbito hospitalar e no acometimento do corpo físico por doenças crônicas, muitas vezes limitantes ou até incapacitantes, tal ressignificação torna-se mais difícil, mas, ao mesmo tempo, mais importante para o enfrentamento da crise da maturidade, última etapa para Erikson (1976).

O que se escuta ou deve ser escutado? A resposta está nas palavras do próprio paciente, de seus familiares e da equipe de profissionais. Como se escuta nos remete à apropriação do conhecimento em Psicologia do Desenvolvimento enquanto uma das áreas de saber científico.

Os autores destacados apresentam em suas teorias uma base para a compreensão do desenvolvimento e da etapa de maturidade. Os ciclos caminham favorecendo as constâncias e proporcionando mudanças, fundamentais para a organização progressiva da integridade

psíquica. Não obstante, há encontros com o isolamento, a estagnação e a desesperança, por exemplo, com consequências na capacidade de investimento libidinal.

A seguir, a velhice será a etapa de desenvolvimento em destaque.

3 HISTÓRICO CULTURAL DA VELHICE

3.1 A velhice no mundo: uma viagem pelo tempo

Viajando pelo tempo constatamos que lidar com o idoso difere de acordo com as crenças, os costumes, a época histórica e a presença ou não da religião em cada sociedade. A velhice e a juventude são conceitos criados historicamente, não sendo absolutos, mas modificando-se com o percurso de nossa cultura (BIRMAN, 1995).

Simone de Beauvoir foi uma intelectual existencialista e escritora francesa, companheira de Jen-Paul Sartre, que esteve à frente de seu tempo em todas as suas obras (incluindo romances, memórias e ensaios), as quais em grande parte provocaram discussões e propostas de mudanças acerca de temas relacionados às estruturas psíquicas, políticas e sociais, inclusive dos temas da velhice e da morte.

Beauvoir (1990), ao publicar na década de 1970 o seu livro sobre a velhice, queria provocar uma quebra no que considerava uma “conspiração do silêncio” (p. 8). O tema da velhice, até então, era tido como algo vergonhoso e até proibido de se falar e pensar. Com estilo contestador, Beauvoir decidiu escrever sobre os aspectos biopsicossociais e existenciais dessa etapa da vida em uma obra considerada ousada para a época, tornando-se uma referência literária no tema. Num tom de denúncia, descreveu as situações nas quais as sociedades, em diferentes épocas e culturas, lidavam com os idosos.

Caminhando com a autora nesses paradoxos, em sociedades primitivas a escassez de alimentos e o nomadismo obrigavam os mais jovens a deixarem excluídos e abandonados os mais velhos, mais fracos e dependentes; em sociedades em que aparecem rituais de magia e/ou práticas religiosas específicas, os idosos eram detentores de conhecimentos valiosos para a manutenção dos costumes entre os mais jovens, sendo preservados e cuidados (BEAUVOIR, 1990).

Em sociedades chamadas históricas, como na China, o ancião era respeitado e tinha o poder de decisão na família (casamentos arranjados, direito sobre a vida e a morte dos filhos, etc.). A autora cita os judeus, que, segundo relatos bíblicos, consideravam os idosos dignos de

respeito por sua sabedoria e longevidade (considerada uma recompensa dada por Deus aos indivíduos virtuosos).

Entre os gregos, a velhice era ligada, em geral, ao conceito de honra (*géra* e *géron* são termos utilizados para referir-se à idade avançada, sinônimos de privilégio da ancianidade). Em contraposição, Henrique Fortuna Cairus², em texto sobre a referência aos idosos na literatura grega, cita que o personagem Aquiles, no poema homérico *Ilíada*, refere-se ao idoso como “alguém que já deveria ter morrido em combate e, por isso, sua existência deve ser justificada e sustentada pela palavra”. Os idosos da obra de Homero são a fonte da verdade e da sabedoria (CAIRUS, 2000). No entanto, Cairus refere-se a uma divergência entre os poetas líricos da época. Ele cita o excerto de Mimnermo (séc. VII-VI a. C.) como exemplo:

É breve como um sonho e repleta de honra
a juventude; enquanto a terrível e disforme
velhice pende repentinamente sobre nossa cabeça,
odiosa e também desonrada, ela torna irreconhecível o homem,
e fere seus olhos e suas mentes ao envolvê-los.

O poeta refere-se à degeneração da velhice como algo digno de repulsa, em oposição à beleza e saúde da juventude.

Retornando à Beauvoir (1990), na Grécia antiga as capacidades individuais não tinham importância diante da posse da terra. Assim, os idosos, que acumulavam riquezas durante toda sua vida situavam-se no topo da escala social. Em Esparta, ao serem liberados das obrigações militares aos 60 anos, os idosos tinham a função de manter o *status quo* e, assim, conquistavam o respeito dos mais jovens. Atenas, enquanto aristocrática e conservadora, era governada pelos idosos. Com a democracia instituída mais tarde, mantiveram-se somente alguns poderes, como oráculos, de ordem sobrenatural.

Os pensadores gregos Platão e Aristóteles tinham concepções divergentes quanto à velhice. Platão estava mais voltado à sua opinião política: “o reinado das competências, do conhecimento da verdade” (BEAUVOIR, 1990, p. 134). Somente aquele que contemplava as ideias era sábio o bastante para governar e isso só se tornaria possível a partir dos cinquenta anos. O declínio físico não tinha relevância diante da imortalidade da alma.

Aristóteles considera a alma diretamente ligada ao corpo, não só ao intelecto. Por isso, a velhice só era feliz se o corpo estivesse intacto. O declínio do corpo acometia o indivíduo

² Professor Adjunto de Língua e Literatura Grega, Diretor Adjunto de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade de Letras – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

por inteiro, apesar das experiências e da sabedoria do idoso. A velhice apresentava-se, então, como o oposto da juventude: é uma involução como um todo (nos desejos, na segurança, no desempenho, nas emoções, nas relações com o outro, na esperança, no prazer e na força). O idoso nunca poderia estar no poder, pois é um indivíduo enfraquecido, debilitado. Apenas a classe média de militares (jovens) deveria governar a polis.

Na Roma antiga, enquanto prevalecia a República e o poder era da oligarquia, havia um favorecimento aos idosos por estarem afinados ao seu conservadorismo e possuírem a maioria dos votos no Senado. O idoso tinha todo o poder e respeito dentro das famílias, como patriarca, detendo as decisões sobre todos os membros mais jovens. Mas a História e a Literatura não possuem a mesma concepção do idoso romano. Em várias obras, o idoso aparece como uma figura de avareza, que atrapalha os prazeres de seus filhos. Denunciavam-se conflitos entre as gerações nas famílias. Outras vezes, ele aparece como objeto de escárnio.

Com a decadência do sistema oligárquico romano, os idosos perderam seus privilégios e poderes políticos. O Senado foi substituído pelo poder dos militares, homens jovens. Com interesse na volta do poder ao Senado, o senador Cícero, aos 63 anos, escreveu *De Senectute*: uma defesa aos idosos, onde tentou demonstrar que a idade trazia o aumento das capacidades e da sabedoria. O mesmo interesse pelo poder inspirou Sêneca, cem anos depois, a escrever as *Epístolas*: defendeu a naturalidade da velhice e negou qualquer decadência dela originada.

Já os poetas eram muito mais sinceros em relação à sua visão sobre a velhice, pois não tinham interesses políticos para defendê-la: Ovídio e Juvenal, por exemplo, descreveram a feiúra e a decadência do idoso, além das perdas dos entes queridos decorrentes de se viver por muito tempo. “Ridícula aos olhos dos autores cômicos e do público deles, a velhice é, para os poetas, uma potência destruidora cujos golpes eles temem.” (BEAUVOIR, 1990, p. 153).

Entre os bárbaros, guerreiros que viviam apenas para lutar, há poucas informações sobre os idosos em sua história. Para eles, os deuses criaram o mundo e, em sua mitologia, houve combates entre eles, que já governavam, e os novos deuses. Os jovens venciam os velhos deuses a quem o tempo desgastou e enfraqueceu. Acreditava-se que os idosos eram poucos e não tinham muito valor. Beauvoir ilustra essa desvalorização com uma tabela que descreve a “compensação pecuniária exigida no caso do assassinato de um homem livre” (p. 155): entre os visigodos, o menor valor era do homem com mais de 65 anos.

As invasões bárbaras marcaram o fim do mundo antigo, ao lado do triunfo do cristianismo, que se tornou predominante entre os bárbaros e todo o Ocidente graças à adoção de costumes dos diferentes povos, em particular, dos germânicos. Tendo assimilado a cultura

clássica a partir do século III, o cristianismo também acatou a ideia negativa da velhice. A única contribuição positiva fora a criação de asilos e hospitais no século IV.

No fim da Alta Idade Média, descrita como um período de destruição, degradação das castas, regressão das técnicas agrícolas e ruralização da sociedade, a religião não contribuiu para melhorar a sorte dos idosos. O trabalho pesado na terra impedia a sua participação na produção. Os jovens conduziam a sociedade com sua força e até mesmo os papas nomeados eram, na sua maioria, jovens. No campo, a uma certa idade, o pai cedia ao filho mais velho sua terra, pois não tinha mais forças para trabalhar. Então, o pai idoso, sem mais autoridade, era frequentemente maltratado pelos filhos. Mesmo nas cidades, com o auxílio de instituições aos velhos e aos doentes, os recursos eram insuficientes, razão pela qual eram fadados à mendicância. Na sociedade feudal (que toma forma por volta do ano 1000), a força física do jovem também era pré-requisito para ter o poder. Os valores mais exaltados eram os da juventude, que defendia o feudo com sua espada.

A ideologia do cristianismo foi profundamente influenciada pela supervalorização da juventude: nas camadas populares, a figura do Cristo era central na nova religião e mais evocada, mesmo não se fazendo esquecer o Pai.

A imagem do idoso era também exprimida no folclore alemão da época, essencialmente pelos contos dos irmãos Grimm. A mulher velha era símbolo característico da maldade e a fada bondosa era representada por uma figura jovem e bela.

Na iconografia da Idade Média destacaram-se a veneração pelo Deus Filho em detrimento de Deus Pai, as estátuas de velhos que simbolizavam o Apocalipse, os profetas ou santos e a imagem do Velho Tempo, que segura uma foice. Ao contrário da veneração pelo tempo (com caráter fecundo) na Antiguidade, na Idade Média ele era símbolo de declínio. Em consequência do pecado original, o homem estaria fadado à infelicidade, que seria agravada pelo tempo e que o arrastaria no mundo para o fim. Desde o século XI, a morte também era representada por uma figura segurando uma foice. “O tempo, enquanto investe contra a vida, aparenta-se à morte.” (BEAUVOIR, 1990, p. 174).

Ao final da Idade Média, deparamo-nos com o renascimento da vida urbana e a ascensão da burguesia, que adquire títulos na compra de terras e casamentos. Não mais a força física era símbolo de poder, e os idosos passaram a ter a possibilidade de acumular riquezas e obter domínio.

A corrente religiosa da época dizia que a principal preocupação da velhice deveria ser aceitar de forma serena o fim de sua existência. O morrer seria uma arte para os pregadores da época e, para ensiná-la, havia os manuais de preparação para a morte (*artes moriendi*): a arte

para o bem morrer. Esses continham as orações e os passos, como numa cartilha, para o cristão preparar-se para tal momento, redimindo-se de seus pecados e assegurando a salvação. Enfatizavam o momento do julgamento em que haveria um conflito entre anjos e demônios pela alma no leito de morte (RODRIGUES, 2008).

A idade avançada não era tão valorizada para o cristão, pois a devoção estava voltada ao Cristo como Salvador e, portanto, a juventude e a maturidade eram santificadas. Já a velhice, esquecida. A literatura profana ridicularizava a sociedade e os idosos ricos, em particular, por conseguirem mulheres belas com seu dinheiro (BEAUVOIR, 1990).

A Renascença (século XVI) somente continuou com as ideias da Idade Média. Ela exaltava a beleza do corpo jovem e denunciava a feiúra do corpo velho. A mulher idosa era descrita de forma impiedosa pelos poetas, principalmente na figura da alcoviteira (antiga prostituta), ridicularizada por ainda querer conservar prazer de viver. Também aparece, seguindo as tradições anteriores, a figura da velha feiticeira. No teatro cômico, o escárnio era voltado novamente ao idoso rico e avaro, em busca do prazer em troca de seu dinheiro.

Na análise de Beauvoir, o rancor manifestado na cultura da época ao idoso rico não era direcionado aos nobres, que tinham o poder por direito divino, mas aos burgueses, que tiveram sucesso nos negócios e acumularam riquezas durante a vida. Aos olhos do jovem trabalhador, esses bens só poderiam ser acumulados pela avareza e tornaram-se motivo de inveja. Na iconografia da época, apareciam clichês, como a comparação das idades do homem com as estações do ano, a imagem da escada (a vida como uma escalada, com o auge na maturidade e a descida da velhice até a morte) e a da fonte da juventude.

No início do século XVII pode-se constatar uma exceção a todos esses estereótipos e clichês da literatura que representaram a velhice como à margem da humanidade, desde o Antigo Egito até a Renascença: o Rei Lear, de Shakespeare. A velhice assemelhava-se à loucura e, ao mesmo tempo, à sabedoria que o rei expressava. Apesar de mostrar insanidade, o rei Lear demonstrava consciência de sua condição de passividade, de falta de futuro, ambos impostos socialmente.

A média etária era de 20 a 25 anos nesse século. Os jovens conservavam o poder, com exceção do rei absolutista francês Luís XIV, que ainda mantinha alguma influência no governo. A Contra-Reforma dotou os papas de maior prestígio e os mais idosos eram eleitos com o objetivo de se manter o conservadorismo. O absolutismo francês tornou a vida do idoso mais difícil: o trabalho desgastava os indivíduos com muita rapidez e aos 50 anos não se tinha mais lugar na sociedade.

Na literatura ainda estava mantida uma sátira à feiúra da mulher idosa (Beauvoir dá os exemplos dos autores Quevedo, espanhol, e Saint-Amant, francês). A autora cita apenas um poeta que defendia a velhice nas mulheres: Maynard. Ela considera que nessa época “a imagem do velho torna-se mais sutil do que antes” (p. 216); ele é pintado por alguns autores com mais valor do que nos séculos anteriores. Exemplos desses autores são Pierre Corneille e Saint-Évremond, que escreveram obras em que autorizaram personagens idosos a amarem, desde que fosse um amor platônico. Na Inglaterra apoderada pela miséria, a rainha Elizabeth decretou a lei dos pobres na tentativa de compensar a situação: o Estado deveria responsabilizar-se por eles, e os capazes de trabalhar teriam de fazê-lo de forma dura. A religião pregava o respeito à pobreza.

Tal contexto mudou quando os puritanos (burgueses) tomaram o poder. A nova ideologia era o dever do trabalho, sinônimo de virtude, além do horror à pobreza e à preguiça. A burguesia venerava os idosos, reconhecidos como autoridades, com o poder sobre a vida e a morte dos filhos. Fecharam-se os teatros, considerados locais de pecado. Após a Restauração – da monarquia –, os teatros foram reabertos com espectadores aristocratas, que eram contrários aos ideais puritanos de virtude. Assim, os temas das peças eram críticas contra tudo que representava virtude, inclusive o idoso, além dos conflitos entre gerações.

Entre os séculos XVIII e XIX, a ciência no Ocidente iniciou a biologização da existência humana. A teoria evolucionista inaugurou a separação do ciclo vital do ser humano em faixas etárias determinadas pelas características típicas de seu funcionamento biológico. Assim, a velhice passou a ser determinada pelo conceito de degeneração (BIRMAN, 1995). Avançando na história da conceituação da velhice, Birman (1995) nos conta, ainda, que a partir do surgimento da Psicologia do Desenvolvimento no século XIX, iniciou-se o interesse particular pela estrutura cognitiva e afetiva do ser humano nas diferentes faixas etárias, embora esse movimento tenha se interessado mais pela infância por conta do surgimento da escolarização obrigatória.

No registro filosófico da História, Kant inaugurou o conceito de ser humano histórico, ou seja, incluiu as dimensões de tempo e temporalidade para defini-lo. Do século XIX para o século XX, a transformação sociopolítica foi determinante para a mudança no *status* da velhice. O ser humano passou a ser visto e valorizado como produtor e reprodutor de riquezas. A velhice, além de perder seu valor social, também perdia seu valor simbólico na sociedade ocidental.

A partir da metade do século XX, segundo Birman (1995), com o visível aumento da população idosa e a diminuição da renovação populacional, principalmente nos países

desenvolvidos, houve a transformação progressiva da visão social diante do idoso da modernidade. Pensar um lugar social e cuidados especiais para essa população se tornou necessário e urgente. Configurou-se lentamente um lugar simbólico, antes inexistente para a população idosa, no entanto, ainda referida de forma prioritariamente negativa, associada à morte e à total falta de perspectivas de futuro.

Saramago (2005), em sua obra *Intermitências da morte*, discorre de forma provocativa sobre o que aconteceria se ninguém mais pudesse morrer em um país. Dentre as consequências relatadas, destacou que a preocupação maior daquela população era o que fazer com os doentes e os velhos, que abarrotariam hospitais e casas de repouso, tornando-se, assim, um fardo oneroso para aquela sociedade. Denuncia a realidade da posição ocupada pelo idoso de depositário dos males da sociedade: a morte, a doença e a dependência.

Podemos notar que nas sociedades tradicionais, então, a figura do velho era considerada prioritariamente sinônimo de sabedoria e de detentora dos valores ancestrais da cultura, que tinha a função de transmitir valores ao jovem e fundar-lhe no registro simbólico. A valorização da produção e do capital a partir dos séculos XVIII e XIX fez com que a necessidade dessa transmissão não fosse mais prioridade, culminando no isolamento do indivíduo na família nuclear, dentro de uma sociedade que prima pelo individualismo. O velho perdeu esse lugar simbólico de saber coletivo para não ter uma função social definida e nenhuma função, aliás, já que não era mais considerado como mão de obra economicamente ativa (GOLDFARB, 1998).

Diante do exposto, há a compreensão inicial dos motivos que levaram a sociedade da década de 1970 a externalizar um brado de indignação com relação à Simone de Beauvoir (aos 62 anos) e sua obra, destacada em especial dentre as mulheres da época.

A velhice é um tema que tem caminhado com toda gama de preconceitos, não apenas nas sociedades ocidentais. Nesta Dissertação, o foco está em situar a velhice como uma etapa do ciclo do desenvolvimento, sem o objetivo de conceituá-la ou promover uma discussão mais profunda dos seus aspectos psicopatológicos. Compreendê-la sob o ponto de vista sociocultural remete-nos à construção de um saber mais diferenciado do psicólogo na clínica de Geriatria.

Para a ampliação de uma visão sobre a velhice, serão apresentados a seguir os percursos possíveis desse fenômeno no Brasil, a partir do século XX.

3.2 Velhice no Brasil: percursos possíveis a partir do século XX

O Brasil ainda podia ser considerado um país de população jovem até os anos 1980 (VENTURI; BOKANY, 2007). A partir de então, houve um significativo aumento da população idosa decorrente quer da redução da taxa de natalidade, quer do aumento da expectativa de vida. Em 2005 os idosos já eram cerca de 10% da população e, segundo os autores, a projeção para o ano de 2030 é de que esse número dobre.

Neri (2006) realizou uma interessante pesquisa documental a partir de textos extraídos do jornal *O Estado de São Paulo*, publicados entre os anos de 1995 e 2002, sobre o tema velhice. Os objetivos principais eram verificar a frequência com a qual o tema era abordado e identificar os significados associados aos idosos.

Os resultados da análise das produções indicaram que os textos considerados informais e sem bases científicas demonstraram uma imagem passiva e improdutiva do idoso, como sendo uma etapa da vida em que se volta a ser criança. Além disso, houve a associação da velhice com morte, doença, feiúra, abandono e tristeza. A mulher idosa seria considerada como tendo um corpo digno de vergonha. As vantagens da velhice seriam o senso de integridade do *self* e a seletividade cognitiva e socioemocional.

Preconceitos e estereótipos negativos estiveram presentes nos textos pesquisados e a autora considerou que esse resultado teria uma relação com a condição social dos idosos no Brasil, pois a maioria da população não possuía acesso a serviços de qualidade durante sua vida (moradia, educação, transporte, nutrição, lazer, segurança, emprego e saúde), o que dificultava o alcance da etapa da maturidade com qualidade de vida. Assim sendo, a boa velhice seria possível desde que se tivessem asseguradas boas condições durante o ciclo da vida.

Os textos considerados mais formais, com dados científicos e baseados em depoimentos de especialistas, destacaram a preocupação com o alto custo decorrente do aumento da população idosa no país, como discutido na Introdução desta Dissertação, e a falta de condições do Estado para suprir suas necessidades. O envelhecimento da população foi demonstrado como preocupação e motivo para uma reforma previdenciária no país. A autora apontou para o fato de que os próprios profissionais dedicados ao idoso utilizavam os dados demográficos para justificarem problemas nacionais financeiros e sociais que, no entanto, poderiam, de fato, serem fruto mais da imensa desigualdade social em que vivemos até hoje.

Outro tema discutido foi a denúncia da precariedade de instituições de longa permanência, que não possuíam normas nem avaliações específicas, o que facilitaria os maus-tratos e a negligência ao idoso asilado. A falta de adequações nos transportes públicos, acessos de circulação e serviços também foram citados como decorrentes de negligência, não só com relação aos idosos, mas também com quem era considerado diferente, isto é, as pessoas com necessidades especiais. A visão do idoso mostrou-se pessimista, como uma sobrecarga para a sociedade na maioria das vezes, minimizando as deficiências das políticas públicas em vários setores.

Maria Cláudia Moura Borges, assistente social, Mestre em gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), especialista em políticas públicas pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) e em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), discorre sobre as políticas públicas no Brasil (BORGES, 2006), destacando que os direitos do idoso, especificados pela legislação na Política Nacional do Idoso de 1994 (PNI), devem ser assegurados, principalmente, por políticas sociais nos âmbitos socioeconômico, da saúde e do esporte e lazer.

No entanto, a legislação ainda não é colocada em prática com o direcionamento de recursos suficientes e permanentes para garantir esses direitos. Um dos aspectos dessa situação é a crescente privatização de serviços de saúde e previdência incentivada pelo Estado brasileiro, que se exime das responsabilidades com os cidadãos idosos. Tal tendência faz parte de uma política neoliberalista integrante dos programas de governo de países europeus e dos EUA na década de 1970 e no início dos anos 1980.

As características desse sistema são a valorização do mercado e do capital em detrimento de políticas sociais, não consideradas lucrativas. Tal configuração faz parte das mudanças socioeconômicas, culturais e políticas dos séculos passado e atual, que atingem as concepções do que é ser idoso e do processo de envelhecimento populacional. A autora discute ainda o histórico da política de saúde e da previdência social, de suma importância para a compreensão das condições sociais da população idosa no Brasil de hoje.

A luta por direitos sociais e de cidadania fortificou-se com os movimentos de trabalhadores e operários no final do século XIX e início do século XX, quando ainda imperavam os ideais liberais, em que o papel do Estado se resumiria apenas a aspectos legais que favorecessem a liberdade do mercado. Com a crise econômica de 1929, geradora de desemprego, as ideias de um Estado à margem da economia passaram a ser mais questionadas (BORGES, 2006).

O processo de industrialização na década de 1930 ampliou as contratações de operários e intensificou as más condições de trabalho e de vida da população no Brasil. Esses fatos fizeram com que houvesse o aumento das reivindicações dos trabalhadores por melhorias e que acabaram por virar uma questão social com consequente intervenção do Estado.

Após a Segunda Guerra Mundial, intensificaram-se quer o capitalismo, quer a intervenção social, econômica e política do Estado. Nessa época, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi crucial para o início dessa intervenção no âmbito social. No Brasil e na América Latina, os anos 1970 e 1980 foram marcados pelo regime militar, que passou a tratar essas questões com autoritarismo, dando ênfase ao setor privado para cuidar da assistência na saúde e na educação. A forte crise econômica instaurada nos anos 1980 e os movimentos na busca pela democracia colaboraram para tornar a saúde uma questão a ser mais discutida no âmbito político (BORGES, 2006).

Na Constituição Federal de 1988, entrou a Reforma Sanitária e a proposição de um Sistema Único, que tem então a saúde como um direito universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e com a participação da comunidade (BORGES, 2006). Contrariando as diretrizes programadas desse Sistema Único de Saúde criado (o SUS), o que ocorre é o aumento da contenção de gastos com políticas públicas e o sucateamento da saúde pública brasileira até o momento atual. A política neoliberal influencia na tendência a se considerar a saúde como parte do mercado. Assim, o Estado fornece só o mínimo àqueles que não podem pagar e a outra parcela desse mercado fica por conta do setor privado de saúde.

A Previdência Social, que tem a função de proteção ao trabalhador e redistribuição de renda pelo Estado, surgiu em 1923 (Lei Eloy Chaves) sob a luta dos trabalhadores. O primeiro fundo reservado à previdência, a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), destinava-se apenas aos ferroviários. Posteriormente, surgiram autarquias chamadas Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que se dividiam por categorias de trabalhadores. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado em 1963 para unificar os planos de benefícios. Somente nos anos 1970 surgiu o “amparo à velhice e aos inválidos” (BORGES, 2006, p. 93).

Com a conquista da inclusão na Constituição de 1988 dos direitos à saúde, também estava previsto o direito à previdência e assistência social, incluindo os idosos como beneficiários, além dos trabalhadores formais. As crises econômicas seguintes e o crescimento da inflação somente colaboraram para que houvesse um crescente déficit de recursos previdenciários. Após a saída do ex-presidente Fernando Collor de Melo com sua proposta de

reforma previdenciária, o presidente Fernando Henrique Cardoso seguiu seu governo aumentando as privatizações e deixando de lado questões sociais em prol da reestabilização econômica (BORGES, 2006).

Diante do déficit previdenciário, aumentou-se a contribuição dos trabalhadores, no entanto, o rombo cresce. Borges (2006) aponta para o fato de que essa característica contributiva da Previdência Social brasileira configura uma lógica regressiva e não de redistribuição de renda. O fato é que o idoso tem rendimentos muito menores na aposentadoria do que em sua vida ativa, e o rápido envelhecimento populacional somado à precariedade dos serviços públicos de saúde e assistência social tornam mais difícil a vida dessa população. Assim, faz-se necessário que se criem espaços para que os idosos possam lutar por seus direitos de cidadania, como aqueles que se organizaram na busca de parceria com instituições como o Serviço Social do Comércio (Sesc) e o Serviço Social da Indústria (Sesi) (p. 101). Em tese, do ponto de vista social, a aposentadoria é o sinal verde para a entrada na velhice (SANTOS, 1996).

Em pesquisa realizada no ano de 2006 e publicada em forma de livro em 2007 sob a organização de Neri (2007), foram entrevistados idosos e não-idosos provenientes das cinco regiões brasileiras a respeito de suas percepções em relação à velhice (em diversos temas, como educação, trabalho, aposentadoria, acessibilidade, lazer, saúde, preconceito, violência, direitos, relações familiares, instituições de longa permanência e preocupações com a morte).

Alguns resultados chamaram a atenção dos pesquisadores. Destaca-se, por exemplo, que tanto idosos, quanto não-idosos, possuíam uma visão predominantemente negativa da velhice. Os idosos atribuíram mais valor aos aspectos positivos que reconhecem em suas vidas, mesmo tendo consciência do preconceito social que recebem e de sua não notoriedade. Reconheceram que ser idoso nos dias de hoje é melhor do que na época em que eram mais jovens, remetendo-se às melhorias nos direitos adquiridos, como aposentadoria e transporte gratuito (VENTURI; BOKANY, 2007 in NERI, 2007).

Apenas 22% da população idosa pesquisada fazia parte da parcela economicamente ativa e a maior parte trabalhava informalmente, fazendo o que denominam como bicos. Grande parte dos aposentados disse ter tido problemas para enfrentar essa mudança, o que demonstra a necessidade e a importância de políticas para a aposentadoria (VENTURI; BOKANY, 2007 in NERI, 2007).

Neri (2007) discorre ainda sobre as atitudes e preconceitos em relação ao idoso que apareceram nos resultados. A maioria dos idosos (80%) e não-idosos (90%) concordou com a

afirmação de que temia “a dependência, a perda de dignidade, a solidão e o sofrimento, que sabemos, podem anteceder a morte” e não a morte em si (p. 33).

Com relação ao que esperavam de suas próprias vidas e seus sonhos, idosos e não-idosos mencionaram as metas pessoais, prioritariamente. Os não-idosos deram mais valor para metas relacionadas a aspectos que caracterizavam adultos ajustados (educação própria e dos filhos), ao passo que os idosos valorizaram a própria realização (família, felicidade e saúde).

A despeito da questão da existência do preconceito envolvendo idosos, ambos os grupos reconheceram como negativa a maioria das atitudes dessa população. Os idosos destacaram a incapacidade e a desatualização; já os não-idosos, os aspectos relacionados ao desrespeito e preconceito. Neri (2007) enfatizou que o próprio Estatuto do Idoso, criado em outubro de 2003, possui uma visão preconceituosa do idoso à medida que acaba por apresentar uma imagem de incapacidade e dependência. Exemplo disso é o artigo 3º por ela destacado, que garante prioridade na realização dos direitos do idoso, enquanto que é o poder econômico que determina a prioridade e a qualidade no atendimento recebido em qualquer categoria social. O artigo 27 discorre sobre a prioridade dos idosos em concursos públicos e ocupação de vagas, mas a realidade do mercado brasileiro discrimina-os justamente pela idade, além das características como gênero, classe social e aparência física. Enfim, o Estatuto somente reafirma a “ideologia da velhice como problema médico-social e dos idosos como cidadãos a serem tutelados por serem frágeis e incapazes” (p. 39).

Com base no Estatuto, a maioria dos idosos entrevistados afirmou saber de sua existência apenas por ter ouvido falar. Apenas a minoria afirmou conhecer realmente seus direitos, referindo-se exclusivamente ao transporte gratuito, dispensa de filas e aposentadoria. Os resultados estão relacionados à desinformação, uma posição passiva ocupada por essa população e mais presente nas respostas dos não-idosos, reiterada pelos preconceitos e estereótipos existentes na sociedade como um todo.

Neri (2007) concluiu que a curto prazo é necessário melhoria dos recursos humanos frente ao atendimento dos idosos para que melhores níveis de qualidade em saúde e condições sociais possam promover atitudes mais positivas com relação à velhice. E a longo prazo faz-se necessária a resolução gradual dos problemas sociais crônicos, como a educação, a saúde do nascimento à velhice e a produtividade, que dependem de investimentos socioculturais e políticas públicas eficazes.

As considerações apresentadas, correspondentes à realidade brasileira, ampliam a visão do homem que envelhece, incluindo os aspectos socioeconômicos e de segurança social.

Na minha prática no ambulatório e enfermaria no Serviço de Geriatria já destacado, deparei-me com a necessidade de uma aproximação do contexto social dos idosos atendidos, em especial, por tratar-se de um hospital da rede pública do Estado de São Paulo.

O estabelecimento de uma Psicologia do Idoso nesse cenário não poderia deixar de lado importantes questões que perpassam a vida psíquica desses pacientes em especial, configurando-se em aspectos que influenciam suas percepções sobre o envelhecimento e as formas de enfrentamento da doença e do corpo que adoece.

Os trechos dos atendimentos realizados com o paciente, descritos na Introdução, revelaram o alto grau de ansiedade nele presente diante de uma realidade decorrente da hospitalização em um serviço público de saúde, o que intensificava uma série de temores e preocupações, agravadas pela ausência de uma rede de apoio social e familiar.

Beauvoir (1990) discute essa questão quando estabelece uma relação direta entre melhores condições familiares e sociais durante o desenvolvimento pessoal e maiores probabilidades de conservação dos idosos em todos os seus aspectos.

As más condições de apoio à saúde e à aposentadoria, bem como da condição social aos idosos, revelam a contradição social estabelecida a essa etapa do desenvolvimento, particularmente na sociedade brasileira (MOSCOVICI, 1981). Reforçam a representação negativa do indivíduo velho (SANTOS, 1990).

4 CARACTERIZAÇÃO DA VELHICE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O ENTENDIMENTO DESSA ETAPA

O avanço da Medicina nas últimas décadas na prevenção e tratamento de doenças que antes causavam a mortalidade de jovens e adultos foi uma das importantes causas do envelhecimento da população mundial. A vacinação em massa, o uso de antibióticos, os avanços em quimioterapia e radioterapia e a melhora do saneamento básico são exemplos das estratégias na área da saúde para tal êxito.

Em contrapartida, houve o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, mais predominantes na velhice, o que intensificou o medo do enfrentamento da etapa da velhice sob o ponto de vista psicológico e social.

Um dos focos desta Dissertação é tratar a velhice como etapa do desenvolvimento considerando-se a dinâmica entre suas características evolutivas e patológicas, bem como sua relação com a rede familiar e o Estado. O enfoque é contribuir para os subsídios do trabalho profissional do psicólogo nas equipes de saúde em Geriatria.

A Psicologia e a Sociologia de meados dos anos 1960 vieram trazer a reflexão de que velhice não era sinônimo de perda de capacidades e competências de forma brusca e irrevogável: “crescer e declinar não são processos mutuamente excludentes” (NERI 2001, p. 25). “Na vida adulta e na velhice, fica preservado o potencial para o desenvolvimento e sua ativação depende dos recursos do organismo e das influências do meio.” (NERI, 2001, p. 27). Na nossa sociedade capitalista contemporânea, a perda de funções produtivas (relacionadas a bens de consumo e serviços de apoio) e reprodutivas não tem substitutos simbolizados culturalmente. As produções artísticas, intelectuais, de lazer ou de cuidados não são valorizadas por nossa cultura (GOLDFARB, 2004b). Uma vez aposentado, o indivíduo se vê sem lugar simbólico reconhecido socialmente.

A velhice é vivida de forma variável, individualmente. Beauvoir (1990) fala em velhices individuais, que se diferenciam de acordo com a classe social, estado de saúde, entorno familiar, social e cultural. A faixa etária que determina esse período da vida não é uma unanimidade universal.

Goldfarb (1998) introduz o conceito de múltiplas velhices, referindo-se às diversas formas de relação que cada idoso estabelece com as vicissitudes do envelhecimento, dependendo de sua condição social e estrutura psíquica. Refere-se ao fato de que apesar de

existirem características mais ou menos universais para definir o ser velho, não existe uma categorização que dê conta totalmente de defini-lo. O que ocorre é que ele vira um depósito de valores negativos: inutilidade, dor, sofrimento e morte. E já que a velhice é rejeitada pela sociedade e pelo indivíduo que envelhece, não nos reconhecemos como velhos e normalmente a constatação de nossa idade vem do outro e não de nós mesmos.

A velhice não possui uma representação interior plena, pois o ego é um objeto transcendente e só pode ser visto à distância. Assim, visualizar-se velho só é possível através da imagem que o outro tem de nós, a partir da qual tentamos representar a nós mesmos. E a forma como o idoso interpretará seu reflexo no espelho depende de sua atitude diante da velhice. A primeira vivência da velhice é sentida no corpo e, mesmo que não seja ele próprio que vai revelá-la a nós, ele nos inquieta porque sabemos que a velhice o habita (BEAUVOIR, 1990).

Considerando-se o fator biológico, Neri (2001) cita que velhice e doença têm relação de reciprocidade: a doença acelera a senilidade, e a idade avançada predispõe a determinadas patologias, em particular os processos degenerativos que lhe são característicos. O declínio geral pode ser acelerado por aspectos biológicos (saúde, hereditariedade), pelo meio em que se vive (relações interpessoais, culturais), por hábitos adotados durante a vida do indivíduo e por suas condições socioeconômicas. Após a maturação sexual, as transformações pelas quais passa o organismo fazem com que diminua gradualmente a probabilidade de sobrevivência, havendo um limite para a longevidade, que é geneticamente determinado (NERI, 2001).

Beauvoir (1990) discute a reciprocidade entre velhice e morte. No entanto, constata que não há nenhuma impressão cenestésica que nos revela a involução da velhice, diferentemente da doença, que se instaura em nosso corpo avisando-nos de sua presença. Ela é “um novo estado de equilíbrio biológico: se a adaptação se opera sem choques, o indivíduo que envelhece não a percebe” (BEAUVOIR, 1990, p. 348). A maioria dos indivíduos a partir dos 60 anos, segundo a autora, considera-se em mau estado de saúde (fato também constatado por Martins et al, 2008). O hábito de cuidar de si próprio muitas vezes não é cultivado entre os idosos porque frequentemente consideram as manifestações das patologias como sendo inerentes à idade e até mantêm-se numa atitude de passividade diante da vida decorrente, por exemplo, da visão social de menos-valia.

Não se pode negar a existência dos determinantes biológicos no processo de envelhecimento do ser humano. No entanto, sabe-se que os produtos desse processo dependem muito das oportunidades (educacionais e sociais), da saúde física e mental, bem como do modo como o indivíduo conduz sua própria vida. No plano neurológico, por

exemplo, a manutenção das capacidades intelectuais básicas do ser humano na velhice depende da continuidade das condições biológicas e da atividade intelectual presente. Psiquicamente falando, a estrutura da personalidade do indivíduo mantém-se de acordo com a preservação da integridade do organismo e de sua interação social (NERI, 2001).

Para Beauvoir (1990), um homem que está satisfeito consigo mesmo e com sua condição, mantendo bons relacionamentos interpessoais, tem uma percepção abstrata da própria idade. São as deficiências, as doenças e as fraquezas que causam impacto e o lembram da idade avançada. A autora afirma que mesmo para o idoso que lida com resignação às limitações e doenças, tais fatores se interpõem entre ele e o mundo: as atividades que realizava com facilidade em seu cotidiano tornam-se mais penosas. É preciso ter conservado o prazer de viver para se manter motivado a transpor os limites dados pelo corpo, assim como a boa saúde também favorece a motivação para manter interesses. Nas palavras da autora, “a velhice é, então sentida – mesmo sem acidente patológico – como uma espécie de doença mental em que se conhece a angústia de se escapar a si mesmo.” (p. 387). Estamos no campo do investimento libidinal.

A forma como o indivíduo lida com sua própria vida e com o outro é que dará o tom de sua velhice, ou seja, a forma como se reconhece velho. Uma pessoa aposentada, por exemplo, pode dar mais atenção a seu corpo porque seu trabalho já não o solicita mais. A angústia real trazida pela perda de uma função faz com que as dores físicas escondam a dor da falta de prestígio, de um lugar (BEAUVOIR, 1990).

Neri (2001) define três principais formas de envelhecimento: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário ou normal, ou ainda chamado senescência, é aquele processo universal, gradual e contínuo determinado pelas características genéticas da espécie, tendo como resultado final o comprometimento do nível adaptativo do organismo ao seu ambiente.

O envelhecimento secundário ou patológico é caracterizado pela ocorrência de alguma doença típica dessa etapa do desenvolvimento e que sai do padrão esperado de mudanças. Exemplos de doenças mais comuns à velhice: esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, demência senil, doenças neurológicas e certos tipos de câncer.

O envelhecimento terciário ou terminal é aquele que determina um rápido e cumulativo aumento nas perdas do organismo num período relativamente curto, culminado na morte do indivíduo. Ocorre por conta da acumulação dos efeitos na senilidade ou por doenças características da fase (NERI, 2001).

A relação do idoso com o tempo também é algo peculiar e digno de reflexão, pois o passar dos anos apresenta-se como mais um desafio. Nas palavras de Beauvoir (1990): “A idade modifica nossa relação com o tempo; ao longo dos anos, nosso futuro encolhe, enquanto nosso passado vai-se tornando pesado” (p. 445).

Em geral, o idoso define a si mesmo a partir de seu passado, na tentativa de driblar a constatação da velhice. Mesmo tendo aceitado a nova imagem após tantas mudanças, evocar as lembranças do passado dá a sensação de permanência e de constância. Lembrar dos projetos feitos em outra época e que ainda não foram realizados pode trazer desânimo pela constatação de que não há mais possibilidades de levá-los adiante, mas também pode se tornar um estímulo.

O tempo que o ser humano considera como seu é aquele em que se sentiu ativo, pertencente, em que era povoado por pessoas de sua idade, em que exercia seus direitos, enraizando-se no concreto. Constantemente, o idoso sente-se exilado do mundo de hoje por não conceber mais a realização daqueles projetos que mantinha quando era jovem, por não reconhecer mais aquele universo que lhe era tão familiar e não conseguir se readaptar (BEAUVOIR, 1990).

Em um trabalho que visa compreender as problemáticas que perpassam a etapa da velhice sob os pontos de vista psíquico, social e biológico, baseado em conceitos apresentados pela Psicologia e gerontologia, não se poderia deixar de lado um importante referencial teórico do psiquismo: a psicanálise e suas contribuições para o tema, que servem de norte ao trabalho do psicólogo em Geriatria.

No item sobre desenvolvimento, incluímos alguns autores de Psicologia para embasar a velhice nas etapas evolutivas. A seguir, partiremos de Freud e de psicanalistas contemporâneos estudiosos do processo de envelhecimento para o melhor entendimento da velhice nos tempos atuais sob a perspectiva do psiquismo.

5 PSICANÁLISE E VELHICE: INTERFACES POSSÍVEIS

Freud tinha resistências na utilização do método de associação livre em pacientes idosos, sendo que, na época, eram pessoas de 50 ou 55 anos. Em conferência intitulada “Sobre a psicoterapia” (1904), dentre as contraindicações para a realização do trabalho psicanalítico, propôs que a idade avançada (superior a 50 anos) dificultaria o processo analítico pela ausência da plasticidade psíquica de que dependia a psicoterapia.

No início dessas considerações (p. 249), Freud já antecipara que as ideias apresentadas não seriam definitivas. Em “Análise terminável e interminável”, de 1937, identificou grupos de pessoas muito jovens que apresentavam atitudes às quais ele atribuiu a “um esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e desenvolvimento ulterior”, além de discorrer como “todos os processos mentais, relacionamentos e distribuições de força são imutáveis, fixos e rígidos”, circunstâncias antes somente encontradas e relatadas em casos de pessoas muito idosas, justificados por uma espécie de “entropia psíquica” (p. 258-259).

Karl Abraham, discípulo de Freud, divergiu do mestre nessa questão, atendendo pacientes considerados de idade avançada. Afirma que muitos dos casos tiveram sucesso, particularmente se a neurose incorreu a partir da etapa da puberdade, se o paciente teve vida sexual e social satisfatórias. Os casos que considerou desfavoráveis foram devido aos mesmos motivos pelos quais a psicanálise falha com pacientes mais jovens (ABRAHAM, 1959 in GOLDFARB, 2004a).

Os psicanalistas progressivamente passaram a demonstrar maior interesse por essa população, mas identificam-se ainda muitas resistências, possivelmente advindas dos efeitos contratransferenciais do encontro com o idoso (e com as questões da morte e das limitações do corpo), isto é, pelas “reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mas particularmente, à transferência deste” (LAPLANCHE, 2001, p. 102).

A psicanálise nos traz a possibilidade de entender os conflitos e atitudes próprias do ser humano que envelhece, assim como pensar meios de prevenção às patologias dessa fase por meio do entendimento da identidade e da economia (psíquica) do indivíduo em seu desenvolvimento com a passagem do tempo (BIANCHI, 1993). Freud deixou de lado essas questões, no entanto, sua teoria é utilizada como referência até hoje.

Atualmente, quando falamos em indivíduos entre os 40 e 50 anos, referimo-nos culturalmente a pessoas situadas na meia-idade, etapa que prenuncia a velhice. Essa

denominação traz a sensação de que nos falta metade de nossa vida a ser vivida, ou seja, estimar a data de nossa morte, carregando em si efeitos sobre a identidade do indivíduo.

Outro sentido que pode ser dado a essa denominação é o de que o indivíduo não seria mais inteiro, configurando-se numa forma de castração em oposição à completude do sujeito. As mudanças que se iniciam nessa fase da vida do ser humano exigem, como em qualquer mudança, a elaboração de um luto: pelo corpo, vigor e beleza, papel social e pelos relacionamentos, modificados com o passar do tempo. É como se já não nos reconheçêssemos, fato que exige a busca de um novo eu, que desembocará na velhice, tão temida e negada (PY; SCHARFSTEIN, 2001).

Do ponto de vista do inconsciente, a velhice pode ser associada a fantasmas de castração. Entre os irrealizáveis do ser humano, a constatação da idade avançada é o que consciente e inconscientemente temos mais repugnância em assumir. Há uma crise de identificação e só se consegue sair dela a partir do momento que somos capazes de assumir uma nova imagem de nós mesmos (BEAUVOIR, 1990).

Prenunciando a velhice, a meia-idade traz diversos afetos³, configurando-se num processo de transição: não se tem mais o corpo jovem que se tinha, mas também não se sente ainda todas as limitações trazidas pela velhice. Jacques⁴ (1965 apud Py; SCHARFSTEIN, 2001, p. 131) denomina tal fase de crise da meia-idade por se tratar de um período que exige a elaboração de diversas mudanças para o indivíduo e pelo seu caráter transitório entre a vida adulta e a velhice em si.

A crise da meia-idade, segundo o autor, remete a uma revivência da posição depressiva infantil kleiniana, por ser uma etapa que corresponde a um momento em que o indivíduo passa pela ampliação de sua capacidade de amar o outro e pela fase do luto pelo passado.

O bebê, nessa mesma fase, percebe a mãe como objeto único (bom e mau, amado e odiado), acarretando uma ambivalência de sentimentos, na diferenciação entre o eu e a realidade externa e num processo de luto e desamparo. Ocorre, então, a separação entre objeto e símbolo, e a energia psíquica fica livre para investimento em novos objetos.

No adulto, comparativamente, são gerados afetos negativos e positivos. Pode ser que haja lamento na proximidade da velhice e a perda das esperanças na própria vida ou, ao

³ A definição de “afeto” na psicanálise freudiana diz respeito à “expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional e das suas variações”. Toda pulsão manifesta-se em dois registros: o do afeto e o da representação. (LAPLANCHE, 2001, p. 9)

⁴ JACQUES, E. Morte e Crise da meia-idade. *The International Journal of Psychoanalysis*, v.46, pp. 502-514, 1965.

contrário, pode ser que aproveite essa etapa para uma renovação criativa de vida e reinvestimento da energia psíquica desinvestida. É comum a busca por reparação do que já foi vivido buscando-se experiências renovadoras, mas essa busca pode se tornar apenas uma tentativa de volta ilusória ao passado.

A procura por relacionamentos amorosos com pessoas bem mais novas, por exemplo, pode ser uma tentativa de reparação ou somente uma fuga do temor de tornar-se velho. A soma de ganhos e perdas nessa etapa gera sentimentos ambivalentes, numa luta constante entre os impulsos destrutivos e os amorosos/reparadores.

Segundo Melanie Klein, “o êxito da reparação supõe (...) a vitória das pulsões de vida sobre as pulsões de morte” (LAPLANCHE, p. 448). Py e Scharfstein (2001) explicam que dependendo da carga conferida aos distintos afetos (amor e ódio), o indivíduo pode seguir diferentes caminhos nessa transição. A relação com o jovem, por exemplo, pode ser de mentor-aprendiz, caracterizando um sentimento de continuidade no indivíduo, ou, então, prevalece o ressentimento e a inveja, que provocam estagnação e não-fluidez na relação.

A vivência da meia-idade, nas palavras de Py e Scharfstein (2001): “(...) vai depender do trabalho interno que essa pessoa faça como sujeito desejante afetado por prazeres e angústias, de vida e de morte” (p. 136). Para muitos, essa fase gera reflexões acerca da proximidade da própria morte, associada comumente à etapa da velhice, assunto que será discutido em capítulo posterior.

Havendo uma ferida narcísica aberta na constatação da perda do corpo idealizado, a sexualidade pode ficar comprometida, não apenas pela perda do corpo, mas também da potência sexual. Beauvoir (1990) questiona como fica, então, a sexualidade de um indivíduo e sua relação consigo e com o outro quando na organização genital desaparece o primado da genitalidade. A relação narcísica consigo mesmo, abalada, pode fazer com que um indivíduo que sempre viveu uma sexualidade plena renuncie à mesma ao deparar-se com as modificações de seu corpo na velhice.

Outro fator que pode interferir na relação com sua sexualidade é a pressão social, que faz com que o indivíduo se envergonhe de seus próprios desejos e fuja de suas próprias pulsões sexuais, podendo reprimi-las (BEAUVOIR, 1990).

No entanto, o corpo não é só representante do orgânico, mas carrega a história do indivíduo. Construimos desde a infância uma imagem de nós mesmos baseada no desejo do outro e nas identificações sucessivas. Denominamos identificação o termo psicanalítico definido por Laplanche (2001) como: “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um

aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (p. 226).

A personalidade é constituída e diferenciada por essas identificações que ocorrem durante nossa vida, além das repetições e das recordações (e, acrescentaríamos, da capacidade de investimento libidinal do ego nos objetos e em si próprio). Bianchi (1993) afirma que a identidade do indivíduo é o “produto momentâneo do trabalho psíquico ininterrupto” (p. XIII). A integridade do ego ao longo da vida se faz por meio do movimento constante do fluxo energético, que, segundo Freud (1920), constitui-se por meio da busca incessante pela satisfação dos instintos primários, que nunca são satisfeitos, o que configura o fator que nos impulsiona e mantém esse fluxo.

A construção da identidade ocorre apesar da passagem do tempo e das modificações na imagem real do corpo. A tarefa de reconhecer o próprio eu e suas mudanças com a chegada da velhice traz os sentimentos de desamparo e incompletude, numa busca incessante pelo reconhecimento dos próprios desejos e sua satisfação. Tal busca faz com que o indivíduo canalize muito mais energias para si, desviando-as do mundo externo. Está configurado o momento de crise narcísica, provocada pela percepção dos limites e modificações que o envelhecimento traz àquele corpo idealizado de acordo com as expectativas do outro (PY; SCHARFSTEIN, 2001).

Pensando nessa crise narcísica que advém da constatação da velhice e que faz com que o sujeito se veja incompleto e finito, remetemo-nos ao artigo de Freud “Sobre a transitoriedade” (1915), em que ele discorre sobre os efeitos que a transitoriedade causa ao sujeito. A tendência de tudo que é belo e perfeito à decadência pode trazer dois sentimentos: o esmorecimento e a revolta contra o fato. São nossos desejos que dão origem à exigência que fazemos de que tudo que nos é caro seja eterno, mesmo não sendo possível na realidade. Há uma antecipação do luto quando sabemos que algo não é eterno, isso porque o desligamento da energia libidinal investida naquele objeto é muito penoso para nós. Na meia-idade sabemos que a beleza da juventude de nosso corpo vai se desvanecendo até chegar na velhice. Assim, o que ocorre também é o luto pela imagem do eu ideal jovem que temos.

A constatação da velhice impõe à psique a tarefa de ser capaz de lidar de forma diferente das outras fases da vida, com três limites fundamentais: o tempo, a morte, e a representação do contexto social sobre o que é ser idoso. A questão do tempo é condicionada à consciência da finitude (própria e do outro).

Ao contrário da criança, que se vê no espelho e antecipa sua unidade corporal, o sujeito que envelhece se deprime com sua imagem, que não lhe traz nada mais do que o

vislumbre da decrepitude da velhice e da proximidade da morte. É o que Goldfarb (1998) chama de “espelho negativo” (p. 54). É o fenômeno que anuncia a velhice em termos de imagem corporal e vem acompanhado de outros, já citados anteriormente, que têm uma relação com a funcionalidade do corpo e o simbolismo cultural da velhice. Tal fenômeno é desencadeado por alguma mudança na vida do sujeito, como uma doença ou perda, ou mesmo a aposentadoria, que o localiza no tempo e facilita o aprofundamento em tal contexto.

Na constituição do ego, a criança confirma sua identidade como imagem de completude e onipotente perfeição, formando o ego ideal. O ego ideal, segundo Freud (1914), está relacionado com a perspectiva narcisista da primeira infância e “(...) se acha possuído de toda perfeição de valor” (p. 100). Ele é o substituto do narcisismo perdido na infância, ou seja, a busca pelo indivíduo de seu próprio ideal. As mudanças no corpo, advindas do envelhecimento e que se chocam com esse ideal, instituem uma tarefa para o psiquismo: a de encontrar “mecanismos elaborativos” para atualizar a imagem na instância egóica (GOLDFARB, 1998, p. 55).

A autora prossegue. O ideal de ego, sendo representante do discurso social, deveria fazer a regulação entre a tensão instaurada com o ego. No entanto, nem sempre o sujeito encontra um lugar de reconhecimento simbólico e de um ser desejado, ocorrendo uma falha na função do ideal de ego. Tal ocorrência, por sua vez, é seguida de falhas na estrutura narcísica de onipotência, perfeição e sabedoria, incorrendo na castração. Daí advém as patologias da velhice, como a depressão e o total aniquilamento do ego, isto é, a demência.

Quando falamos na perda da funcionalidade do corpo ideal, a perda da autonomia e da independência (decadência orgânica, falta de potência, perda da memória, etc.), deparamo-nos com a constatação da chegada da velhice. O corpo, além de não ser mais objeto de desejo do outro, também não mais corresponde a um instrumento da satisfação do desejo do ego. As consequências desse desinvestimento libidinal podem ser desde a hipercatexização de órgãos doentes, em substituição à catexia de um corpo não ideal, até o reconhecimento, de fato, de um papel de doente. A doença do corpo, apesar de ser um ataque ao ideal narcísico, representa um ganho secundário: na prática clínica, constata-se que é a única forma de o corpo receber investimento, ser tocado e cuidado pelo outro (GOLDFARB, 1998).

Em minha experiência na ala geriátrica no hospital também pude notar a ênfase dada às questões somáticas pelos pacientes idosos, tanto em ambulatório como em enfermaria. Em decorrência dos ganhos secundários advindos da doença, pude verificar também que o idoso colocava o hospital e seus representantes, os profissionais que o atendiam, num lugar de destaque em sua vida. O hospital era um ambiente em que o idoso sentia segurança e cuidado.

Muitas vezes pode-se incorrer na exacerbação de sintomas pelo paciente e até na manutenção de doenças como garantia da continuidade do vínculo com a instituição hospitalar. Na enfermaria, pode contribuir para o prolongamento da internação. Em muitos casos de internação que tive oportunidade de acompanhar, quando perguntava ao idoso como era para ele estar internado no hospital, a resposta obtida era de que ele se sentia muito bem na enfermaria, pois estava sendo cuidado e assistido o tempo todo por profissionais em quem podia confiar e que lhe davam atenção. Em parte, tal sensação decorre de carência afetiva e de vínculos fora do ambiente hospitalar, mas também da desnarcização do corpo, que, para o idoso, só se torna passível de investimento por meio da doença.

Na pesquisa realizada durante minha permanência no Serviço, algumas respostas das entrevistas indicaram essa transferência dos pacientes em relação ao hospital também no espaço ambulatorial. Com o objetivo de exemplificar esse fato, foram transcritas a seguir algumas respostas dos idosos ao questionário: “acho que vir pra cá, o dia que venho e fico longe de casa; às vezes tenho vontade de vir e sentar e ficar olhando; não tenho mais o que me alegre e faça eu feliz; o dia que eu venho para cá sou bem atendida, fico disposta, bem atendida, tratam com carinho.” (sujeito 1, 80 anos, feminino, ambulatório, questão 10); “de terça-feira, quando venho trabalhar aqui; uma vez por semana.” (sujeito 7, 73 anos, feminino, ambulatório, questão 10); “acordo cedo, venho para o GAMIA; tem assistente social, terapia ocupacional, passo o dia todo com felicidade; é um dia importante aqui nas Clínicas.” (sujeito 12, 76 anos, masculino, GAMIA, questão 9).

Os pacientes procuravam manter vínculos com o hospital de diversas formas, seja como voluntários; como participantes do projeto GAMIA, onde profissionais de diversas áreas realizavam intervenções de caráter preventivo em grupos de idosos, já apresentados anteriormente; ou mesmo nas consultas médicas.

O problema dessa patologização do envelhecimento é, então, o não-redirecionamento da libido que era investida na sexualidade, ou seja, a incapacidade de sublimação (GOLDFARB, 1998). Lidamos, portanto, com um sujeito psíquico em quem a velhice provoca alterações importantes no narcisismo e na sexualidade, desencadeando um sentimento de desvalorização.

O corpo que adoece também conduz o idoso a confrontar-se com o tempo e a evidenciar a importância da temporalidade nessa etapa.

Freud aborda a questão da relação do indivíduo com o tempo em diversas passagens de suas obras, na perspectiva de um tempo subjetivo, ou seja, tempo vivido e construído pelo indivíduo. Em “Além do princípio do prazer” (1920), ele enfatiza que “os processos mentais

inconscientes são, em si mesmos, intemporais” (p.39). Ou seja, não há ordem temporal para tais processos inconscientes, tampouco o tempo tem influência sobre eles.

Baseando-se na teoria freudiana, Bianchi (1993) relata que há dois tipos de articulações psíquicas com o tempo: primária e secundária. O processo primário é aquele do inconsciente, do id, que não admite o limite do tempo cronológico e onde a energia psíquica é livre e passível de investimentos e reinvestimentos de representações, sendo possíveis os mecanismos de condensação e deslocamento. Baseia-se fundamentalmente na realidade narcísica e atua em função da descarga das excitações pulsionais.

O processo secundário caracteriza-se pela energia ligada de forma estável às representações, considerando o princípio da realidade e os limites temporais impostos, sendo possível retardar a satisfação da libido e até sublimá-la. É mediado pelo ego e, em sua formação, dá origem à noção de tempo.

Segundo Birman (1995), a consequência primordial desse processo é a desnarcização incidente sobre a economia libidinal do idoso. A condição existencial imposta a ele é a de um sujeito faltoso, que “revisita o passado sem ter qualquer possibilidade de rearticular o presente e de se relançar face ao futuro” (p. 40). Ou seja, em face da deliberação de ser um sujeito diante da morte e nada mais, o idoso não encontra lugar para investir num futuro, que se encontra muito limitado para ele.

Sabemos que homem e tempo se influenciam mutuamente. Em nossa sociedade, tendemos a focar o futuro, descartando o passado por ser um tempo já ultrapassado. Assim, o idoso encontra-se marginalizado em mais um aspecto: percebendo seu futuro encurtado, ele valoriza a experiência de seu passado como fundamental e fundante em sua vida, entrando em convergência com essa cultura da juventude e do amanhã (GOLDFARB, 1998).

Com relação às suas memórias, o idoso também não encontra interlocutores para elas na contemporaneidade. Segundo Bosi (2003), “(...) o meio urbano afasta as pessoas que já não se visitam, faltam os companheiros que sustentavam as lembranças e já se dispersaram.” (p. 200).

Sob esse ponto de vista, o idoso tem dificuldade em encontrar um sentido para sua vida. Na ausência da possibilidade do futuro, há a marginalização do circuito do desejo. Ele acaba por simbolizar brutalmente a impotência e a castração. O fato de o jovem projetar no idoso os aspectos rejeitados pelo seu próprio eu potencializa tal ocorrência.

Birman (1995) esboça três formas ou estilos de ordenação psíquica consequentes dessa ausência de futuro: a depressão, a paranoia e a mania. A depressão caracteriza-se por ser melancólica, pois há a perda do lugar simbólico no âmbito social e o foco está somente nas

perdas e faltas em sua vida. O idoso sente que não há outras possibilidades de investimento na vida, reagindo com negativismo e apatia.

Na paranoia há o caminho do ressentimento e da culpabilização do outro pelas faltas e perdas em sua vida. A recusa da falta de perspectiva de futuro, da passagem do tempo e da proximidade da morte promovem o aparecimento do estado maníaco: o sujeito comporta-se e tenta viver num mundo juvenil, não reconhecido pelo outro, compensando, assim, o sentimento de impotência.

A falta de lugar de reconhecimento simbólico e as perdas de muitos objetos significativos na velhice fazem com que haja uma falha na função reguladora do ideal de ego, como citado anteriormente.

Dessa forma, o idoso não pode mais satisfazer esse ideal, surgido a partir da família, cultura e sociedade, justamente por ter chegado à velhice e por estar em um contexto tão carregado de estereótipos negativos. A perda da beleza física, do papel social, da saúde e da sensação de imortalidade e onipotência da juventude traz o sentimento de finitude, mesmo quando preservada a qualidade de vida do sujeito. Faz-se necessário elaborar o luto por todas essas perdas e lutar contra a dominação da pulsão de morte. Um confronto de difícil enfrentamento.

É necessária a existência de uma boa estrutura psíquica estabelecida durante a vida do idoso, combinada a um meio sociocultural que não o marginalize e crie condições para desenvolver capacidades sublimatórias. Nas palavras de Goldfarb (1998), “um Ideal do Eu bem-estruturado resistirá às agressões do tempo, da imagem e dos mandatos sociais e não sucumbirá às feridas narcísicas: o Ideal do Eu não será assim soterrado pelo Eu de feiúra e horror” (p. 59).

O trabalho de luto psíquico do ego (como fonte de investimento) e do corpo, “em proveito de uma substituição sublimativa que permita manter uma continuidade de natureza ideativa”, faz-se necessário como estratégia para dar sentido à vida aceitando a possibilidade da morte (BIANCHI, 1993, p. 93). É necessário que o ego seja capaz de sublimação, recurso muito diminuído na velhice. Segundo o autor, em um momento em que a satisfação da libido pela atividade genital está prejudicada e seria importante desviá-la de seu objeto original, parece que tal desvio fica difícil por ser exatamente a única possibilidade de descarga excitatória.

Na medida em que a velhice ameaça o narcisismo e impõe uma mudança de posição do sujeito, é a estrutura psíquica que vai ditar quais defesas serão ativadas diante da ameaça à

estabilidade psíquica. A forma como o idoso vivencia os limites da morte e do tempo vai depender de sua estrutura psíquica, fixada no desenvolvimento psicosssexual infantil.

Bianchi (1993) explica que apesar de nunca ser independente de sua estrutura, o indivíduo possui uma capacidade denominada de margem de manobra, ou seja, a possibilidade de mudar de posição frente à vida e as vicissitudes do envelhecimento.

Outra questão importante da psicanálise nessa etapa é o assinalamento das mudanças na dinâmica entre as instâncias psíquicas (id, ego e superego). Há necessidade de uma reorganização da relação, que depende do modo como foi (ou não foi) elaborada a problemática da situação edípiana e a subsequente organização estrutural do aparelho psíquico (constituição do superego e ideal de ego).

O que pode ocorrer, então, na relação entre o ego e o superego? Diante da real possibilidade da finitude e do aniquilamento do ego (e da angústia decorrente), essa instância não mais encontra razões para seguir regras e interdições morais. Também há uma desvalorização dos modelos identificatórios anteriores e do ideal de ego. Pode haver uma espécie de erosão do superego e a flexibilização dos limites por ele impostos, permitindo que o ego busque satisfações regressivas.

Outro movimento regressivo que pode ser observado é a revivência da situação edípiana, justamente pelo questionamento da função de ideal do superego (função de modelo fundado no desejo do outro, o ideal de ego) já apresentada.

Toda regressão pode ter duas funções diferenciadas: o retorno do processo de idealização do passado numa busca incessante pela sensação de totalidade que se tinha (anterior à castração decorrente da resolução do complexo de Édipo) ou a possibilidade de re-elaboração da fase edípiana. Como foi exatamente nessa situação em que se fundaram o superego e o ideal de ego, bem como as identificações primárias, a ocorrência de reviver tal situação e a capacidade do ego para elaborá-la ou não vão determinar o tipo de “envelhecimento psíquico” daquele indivíduo (BIANCHI, 1993, p. 121).

Sobre a mudança na relação entre o ego e o id há duas dinâmicas possíveis, identificadas por Bianchi (1993): o superinvestimento em conteúdos regressivos referentes ao narcisismo primário na tentativa de busca da eternidade do ego (negação da finitude), sensação experimentada na infância; e a manutenção da troca entre o ego e o id, ou seja, a manutenção do desejo e da busca de sua satisfação por objetos externos ao ego.

O idoso vivenciará as perdas objetais, a diminuição da libido, a queda da atividade genital, a consciência da finitude e o encurtamento do tempo de acordo com fatores internos (sua estrutura psíquica), mas também de acordo com os fatores externos (as oportunidades

diante do contexto histórico-cultural e de seus relacionamentos) e seu próprio processo de subjetivação.

Internamente, o ego deve ser capaz de encontrar substitutos possíveis em sua realidade para os objetos perdidos. Além disso, deve ter consciência de sua finitude e capacidade de enfrentamento, sem bloquear sua criatividade (buscando somente a autoconservação) e a manutenção de prazeres e desejos (GOLDFARB, 1998).

Nesse sentido, Green (1988) postula uma oposição entre narcisismo positivo e negativo. Esse último é representante das pulsões de morte e tende à redução da libido a zero, “aspirando à morte psíquica” (p. 300). Segundo o autor, o narcisismo primário tem uma dupla meta, a saber, o retorno ao autoerotismo e a busca do não-desejo do outro, ou seja, uma outra forma de acesso à imortalidade do ego: a não submissão à mortalidade do corpo. Quando perde qualquer ilusão sobre seu futuro, o indivíduo renuncia a seus ideais e recai na passividade, na antecipação de sua morte (psíquica).

O aparelho psíquico só manterá sua continuidade e funcionalidade se mantiver o fator relacional, ou seja, a capacidade de continuidade de investimentos fora do ego (narcísico). Com a perspectiva de sua destruição, o ego precisa investir em objetos externos a si e em novos esquemas de sentido (crenças, interesses etc.) para ser novamente capaz de justificar sua existência e continuidade até o fim. O modelo para o investimento fora de si é construído na primeira infância, nos investimentos primários, a qual influenciará os investimentos secundários subsequentes. Ou seja, esse modelo de investimentos parte da confiança básica instaurada nos primeiros anos de vida (ERIKSON, 1976).

Bianchi (1993) introduz o conceito de situação deceptiva, que seria algo universal, parte da constatação da passagem do tempo e da velhice pelo idoso. As mudanças que o sujeito percebe no mundo ao seu redor e que recaem sobre sua vida psíquica (a imagem do próprio corpo, seus comportamentos, seus desejos, suas aptidões, etc.) proporcionam a sensação de que ele é o lugar da “decepção encontrada por um desejo que se opõe à ordem das coisas, à fluência do tempo” (p. 66). É a sensação tida como constatação pelo sujeito idoso de que as coisas e ele próprio escaparam do controle.

A situação deceptiva seria, então, para Bianchi (1993), algo universal, parte da constatação da passagem do tempo e da velhice pelo sujeito, que pode adotar diferentes posições com relação à percepção do envelhecimento, de acordo com sua estrutura psíquica e com as influências do contexto sociocultural em que vive. Para o autor, a atividade da vida psíquica depende da capacidade que o indivíduo tem de investir energia (psíquica) e dar sentido a ele próprio, ao corpo, aos outros, ao mundo exterior, às suas atividades, ideias e a

todo tipo de informação que recebe. É importante que haja um fluxo de investimento de energia (libidinal) que una o eu a um objeto para que o aparelho psíquico se mantenha em atividade. Mas adaptar-se às mudanças e perdas advindas da passagem do tempo depende da existência de condições internas (estrutura psíquica) e externas favoráveis (MARTINS et al, 2008).

Tendo analisado os desafios que a velhice impõe ao indivíduo e a necessidade de um trabalho psíquico de reorganizações e reconfigurações internas para que este mantenha a continuidade do aparelho psíquico, e sabendo que esse trabalho será balizado por sua estrutura psíquica, que determina quais defesas do ego serão ativadas, acrescentaremos mais sobre os possíveis desfechos desse processo.

Para Bianchi (1993), teríamos a manutenção da juventude psíquica, a depressão e a melancolia; para Goldfarb (1998; 2004a; 2004b), também o caminho da demência como sendo passível de resultar desse processo psíquico.

A depressão corresponderia à inércia do desinvestimento libidinal no presente. Diante de uma realidade presente que gera frustrações, de um futuro que lhe parece ausente de possibilidades, de um ideal de ego inalcançável, além da incapacidade de elaboração do luto por objetos perdidos e do investimento em novos objetos possíveis, o ego recolhe-se em si mesmo, desinvestindo de seu presente.

A melancolia é decorrente da impossibilidade de um luto do ego como objeto de investimento e de renúncia narcísica. O ego identifica-se com algo perdido (que pode ser o corpo jovem ou a própria vida, por exemplo). A perda do objeto torna-se, então, a perda do próprio ego, que se identifica com a parte ruim de tal objeto: a parte que o torna desprezível.

Figura 1: Desenho produzido pelo sujeito 17, feminino, 76 anos, ambulatório.

A produção acima (Figura 1) foi feita por uma paciente ambulatorial de 76 anos. Como já explicitado anteriormente, o tema solicitado aos sujeitos da pesquisa foi: “desenhe um idoso”. A figura humana desenhada não possui indicadores de gênero, revelando uma falta de especificação de identidade sexual e de uma composição de contorno do corpo. É complementada por dois elementos cíclicos (peixes e uma construção abstrata, sem definição) na parte inferior da folha que parecem uma espécie de tentativa de compensação da falta de continuidade egóica. O foco encontra-se, então, fora da figura central, que seria o tema do desenho, isto é, um idoso. As outras duas figuras é que ocuparam maior tempo de execução e com uma melhor qualidade gráfica (HAMMER, 1981).

A história contada pela paciente referiu-se a um “espantalho”, um “velho que fica à beira de um lago, sozinho, um coitado”, cuidando de um “sapo”. Identificam-se uma falta de perspectiva de vida no personagem retratado, uma apatia e um sentido restrito (“cuidando de um sapo”) também para a própria vida. A associação com o “espantalho” revela a incapacidade que a paciente sentia em mobilizar-se, pela estagnação do instinto de morte, conduzindo-a ao fechamento.

Na entrevista (ANEXO A), o sujeito relatou a perda dos pais na infância e de uma filha em acidente, com um tiro na face. Disse não ter mais motivos para viver e que gostaria de morrer para se encontrar com os parentes falecidos. Para ela, os idosos deveriam ser respeitados e “tratados como crianças”. Seu único plano é “ter dinheiro para arrumar sua casa e poder ir embora tranquila”. Encontramos nesse relato alguém que ao mesmo tempo se deprime com o presente e deseja voltar ao passado (a ser “criança”), embora possua recursos para manter-se na velhice: “arrumar a casa”, ou seja, arrumar a si mesma, talvez no hospital.

A paciente possui diagnóstico de depressão e osteoartrose, o que lhe impunha uma série de limitações físicas e muitas dores, que dificultam drasticamente sua locomoção. Suas atividades resumem-se em cuidar da casa e de um dos netos durante o dia.

O desenho de um estereótipo de figura humana (“espantalho”) indica um empobrecimento da autoimagem e a presença de poucos recursos de vitalidade. O contexto e as associações são relativos à morte, sendo que a paciente acaba até por desejá-la por não ter mais objetos passíveis de investimento libidinal, além da incapacidade para desinvestir nos objetos perdidos (parentes falecidos e próprio corpo). Tem apenas o “sapo” e outros objetos desenhados como elementos de investimento afetivo. “Cuidar do sapo” pareceu ser a única forma que o aparelho psíquico encontrou para manter seu investimento e continuidade. Assim, é o outro, objetos externos a si mesmo, que justificam sua própria existência, pois o “espantalho” é digno apenas de repulsa (porque espanta) e de pena (pela sua fragilidade) (HAMMER, 1981).

A concepção da paciente do que é ser velho perpassa pela doença e desvalorização, bem como por um desejo de ser criança, ou seja, voltar a um passado perdido e idealizado frente às frustrações do presente (principalmente a perda não elaborada de objetos que ainda se encontram investidos de energia libidinal, isto é, os pais e a filha). A regressão, nesse caso, parece não ter tido função elaborativa e ter causado apenas a fixação no passado e o desejo de reviver as satisfações narcísicas da infância. Diante da impossibilidade desse retorno e do encontro temporal, o ego desinveste-se quase completamente dos objetos externos a si e volta-se para as dores desse corpo doente e limitado, em forma de espantalho, imóvel e castrado enquanto pessoa.

Retornando aos desfechos propostos por Bianchi (1993), a demência caracteriza-se pelo domínio da pulsão de morte sobre a pulsão de vida, ou seja, a destruição do ego, o apagamento dos vínculos objetivos e da história do indivíduo. Isso tudo para proteger o ego da depressão e da morte biológica (GOLDFARB, 1998).

Figura 2: Desenho produzido pelo sujeito 12, masculino, 76 anos, GAMIA

No exemplo da Figura 2 (produzida por um paciente do sexo masculino, de 76 anos, participante do GAMIA, com diagnóstico médico de depressão) nota-se um desenho esquemático, incompleto, com um “bastão” em uma das mãos, representação gráfica que parece uma seta apontando para baixo. O esquema representado indica um ego desorganizado e até desestruturado (HAMMER, 1981). A cabeça tem seu contorno incompleto, com destaque para olhos e nariz. O corpo está composto por traços de avanços e recuos que provocam uma percepção de sombreamento nas partes assim representadas, denotando que a projeção do paciente é de uma figura frágil.

A cabeça, como sendo a parte do corpo que representa a capacidade de pensar, está desenhada de forma incompleta, compensada pelo aumento dos olhos e ausência de boca. Ser idoso nessa representação gráfica é projetar uma “mulher” (título do desenho: “Dona Beja ou Joana D’arc”) com perdas na integração das partes do corpo, em especial a cabeça, e com sentimentos de rejeição e aniquilamento.

A história referia-se a uma personagem feminina, idosa, que realiza muitas atividades, mas sem um investimento afetivo autêntico e identidade. “Uma criança engatinhando, após nascer. Fica adulto, anda em pé e bem seguro. Quando fica idoso, com o passar do tempo, usa três pés com o bastão até o fim da vida. Participa de atividade física, caminhada, hidro e natação, passeios. Tem bom relacionamento com seu grupo e pensa sempre no bem de todos até o fim da vida.” (Como é o fim da história? – perguntei ao paciente). Ele disse: “É um pouco triste: quando tá bem velhinho é não dar trabalho aos outros, morrer de infarto”.

Nas associações verbais procurou ancorar a figura desde o seu nascimento até a velhice, onde o “bastão” é o elemento de apoio para a passagem das etapas de

desenvolvimento. Há um notável contraste entre o desenho realizado e a história relatada: a desintegração de partes da figura em confronto com a situação idealizada de atividades, de vigor, saúde e habilidade social. Nota-se um idoso na tentativa de investir fora do próprio ego, mas os recursos egóicos disponíveis não possibilitaram a formação de um sentido para essas atividades e a própria vida. Há um ego que parece estar sendo esvaziado, que faz sentido diante de seu diagnóstico médico de depressão. O desenho ilustra, como citado anteriormente, uma possibilidade de erosão do superego que permite ao ego buscar satisfações regressivas, incluindo a representação de uma figura feminina e não de uma masculina, como uma tentativa inconsciente de afastar-se dos sentimentos de desamparo e incompletude. As descrições atribuídas à figura reforçam o narcisismo e opõem-se àquela graficamente representada. Utiliza a idealização e a mania como mecanismos de defesa frente à finitude e a perspectiva de morte.

Em entrevista (ANEXO A), o paciente relatou não ter tido mãe e ter perdido sua esposa, o que desencadeou o quadro de depressão e a necessidade de controle medicamentoso (questão 1). Quando perguntado a respeito da morte, disse só nunca ter pensado em se matar, mas projetou-se como mulher, nela depositando sua angústia de morte. Relatou ter muitos amigos, realizar atividades físicas e participar do ambulatório do GAMIA, associações facilitadas pelo aparecimento do estado maníaco que compensou os sentimentos de impotência. Os planos que relatou para o futuro também são vagos e não relatados com entusiasmo: quer ter boa saúde, viajar no final do ano e espera “prosperidade” para o seu amanhã.

Figura 3: Desenho produzido pelo sujeito 9, feminino, 71 anos, ambulatório

No exemplo da produção acima (Figura 3), diferentemente das demais, há o desenho de uma idosa com a presença de todas as partes do corpo, mais organizado em comparação com os demais, e identificável como figura humana do sexo feminino. As associações verbais da paciente foram: “como vou contar uma história? Pode ser tirada de alguém que conheço? Porque tenho uma vizinha, solteira, com uma filha, com 92 anos. Usava tomara-que-caia, ganhou concurso de miss, eu admirava muito. Ia nos bailes e nas festas e dormia na casa das amigas. No fim ficou de cama, ficou esclerosada, a filha trancou ela porque fugia. Ela ficou dois meses sem conhecer ninguém, em parte foi por pouco tempo. Ninguém dizia que tinha 90 anos. Nunca deu trabalho, só no fim, pela idade. Eu queria ser assim. Se eu souber que tem alguém doente, vou visitar, minha irmã, é obrigação. Eu sou diferente da minha turma, eles não visitam. Eu jogo baralho com os filhos, faço churrasco. Eu gosto assim... a gente não deve ficar ai, ai... minha irmã é assim e não muda, é briguenta.” Quando perguntada sobre a senhora da história, a paciente disse: “Morreu, coitada, tinha mais de 90 anos”.

A história refere-se a uma idosa, que não era a paciente, mas que serviu como modelo identificatório atual para que pudesse falar de si mesma, como no exemplo da Figura 2. A temática é de decadência física e psíquica ao longo do desenvolvimento, partindo de um tempo vivido com muito prazer e gratificações até a morte por “esclerose” e demência. A paciente procurou distância dos próprios elementos de perda da funcionalidade do corpo, da autonomia e da independência, associadas à etapa da velhice, na qual ela se encontra. O corpo

da “vizinha” e dela mesma não correspondem mais àquele instrumento da satisfação do desejo do ego, tampouco são representantes do desejo do outro (não correspondem mais ao ideal de ego).

No entanto, não há ênfase na doença como única possibilidade de investimento nesse corpo desinvestido, como observado no caso da paciente da Figura 1. Pelo contrário, no caso dessa senhora assumir o papel de doente é digno de críticas (através da projeção da figura de uma irmã, como segue no relato abaixo).

Na entrevista (ANEXO A), a paciente relatou uma rotina com presença de diversas atividades que lhe traziam prazer (“crochê, grupo de oração, ginástica e artesanato”). Há também a presença de relacionamentos afetivos com amigos que compartilhavam de seus interesses, além de uma filha e netos. Todo esse conjunto parece ter a função de continuidade do próprio ego, pois refere-se a ele na questão 13 dizendo que espera para seu amanhã que possa vê-los crescer e desenvolver-se. Além disso, relata fazer planos com frequência, como viagens e trocar os móveis de sua casa. A paciente lutava contra as dores nos joelhos, acarretadas por uma osteoartrose, mas que não a paralisaram, pelo contrário, pareciam ser mais um desafio que impulsionava um desejo de superar seus limites, não impedindo-a de fazer investimentos fora do ego, portanto, utilizando suas possibilidades de manobra.

Embora esse quadro clínico (que poderia ser incapacitante) representasse um ataque ao ideal narcísico do ego da paciente, a doença e as dores decorrentes não eram ganhos secundários de imediato. Ela lutava diante do confronto com sua dor física, a morte e a finitude.

As atividades que a paciente realizava e as metas que estabelecia (por exemplo, os trabalhos artesanais, os jogos com os netos, os grupos com os quais mantém vínculos), bem como a busca de novos modelos identificatórios (vizinha) foram formas de impedir a falha na função do ideal de ego já desgastado pelo rebaixamento do superego e, em consequência, do ideal baseado no desejo parental e na sociedade. A constatação da finitude e sua estrutura psíquica provavelmente facilitaram a utilização da negação como mecanismo de defesa: negação dos limites do corpo, do envelhecimento e da doença. No entanto, tal mecanismo parecia funcionar para essa paciente como um recurso para conseguir continuar investindo em objetos externos a si (vínculos afetivos, atividades físicas e sociais etc), garantindo a continuidade do ego. O desenho da idosa retratada reitera essas considerações, por ter uma melhor integração de partes em relação aos outros desenhos apresentados, além de estar ancorada por uma linha de base (HAMMER, 1981).

A juventude psíquica ou envelhecimento saudável só serão possíveis na medida em que se tenha mantida a capacidade do ego em reconhecer e aceitar a própria finitude, desinvestindo dos objetos perdidos (incluindo o ego-objeto) e investindo em objetos novos e possíveis. Além disso, é preciso ser capaz de sublimação, de realização de identificações secundárias de acordo com novos modelos identificatórios, dando sentido à sua existência e continuidade desse ego até o fim.

O processo de subjetivação seria baseado, essencialmente, nas limitações corporais e na consciência da finitude, mas não como fatores paralisantes, e sim impulsionantes e balizadores de novos projetos de vida e investimentos possíveis, que mantenham o fluxo de energia libidinal. Como vimos no caso da paciente da Figura 3, a doença física e a finitude puderam ser aceitas como limites e ser elaboradas de forma a não impedir esses novos investimentos que possibilitaram a continuidade do ego.

A partir do conhecimento dessas exigências e dificuldades psíquicas encontradas pelo idoso no processo de envelhecimento, a psicanálise nos dá subsídios para a compreensão dessa dinâmica e realização de intervenções no processo.

Na clínica psicanalítica de hoje, a técnica para o tratamento do idoso não difere tanto do indivíduo mais jovem por ser o inconsciente atemporal e a estrutura psíquica não mudar somente com a idade avançada. Segundo Goldfarb (1998), o que muda é o fato de que o analista deve lidar com as limitações do tempo, o tema da finitude (do paciente e de si próprio) e a sensação de que o tempo passa mais rápido, pelo fato de estar com um paciente idoso. O auxílio à mudança de posição do idoso diante da velhice é possível, mas dentro das possibilidades que sua própria estrutura nos oferece.

Sabemos que a subjetividade é construída com a passagem do tempo, e tal construção não se esgota com a velhice. Além disso, é por meio das identificações sucessivas que esse processo se torna sempre renovável e o sujeito é capaz de mudanças de posição. Sendo assim, é precisamente nesse ponto que o psicanalista pode intervir e contribuir para a aceitação e a possibilidade de elaboração dos limites do tempo, do envelhecimento e da finitude, tão necessárias, como já mencionado, para a assunção pelo sujeito de uma posição ativa e saudável diante da velhice e suas vicissitudes.

Durante a escuta psicanalítica, o idoso pode obter um espaço onde encontra suporte psíquico para restaurar a confiança para investir em objetos presentes e possíveis. Pode ser um espaço de acolhimento de reminiscências, que, de acordo com Goldfarb (1998), têm sua importância como reafirmação do existir. São nas reminiscências que se presentificam fatos

do passado e onde o ego pode encontrar identidade. Essas podem servir para impulsionar o idoso num movimento de elaboração do passado e investimento no presente e futuro.

A identidade está amarrada à memória, mas só é passível de ser acessada por um outro que a reconhece como existente, que a reafirme. As memórias só podem ser elaborativas se tiverem uma escuta que as legitimem, um outro que as considere e valorize. Diferentemente da nostalgia do idoso deprimido, onde a lembrança é de um objeto perdido, a reminiscência faz com que a lembrança traga a possibilidade de recriar os objetos (as experiências, os entes queridos falecidos, o próprio corpo, a juventude, etc.). O idoso pode reconhecer-se como pertencendo àquela lembrança e sempre encontrar satisfação em tê-la vivido e poder revivê-la no acesso à memória.

Diante dessas considerações, que não esgotam a questão, apresentaremos a seguir reflexões sobre a relação que idoso e sociedade estabelecem com o tema da finitude e suas implicações na velhice.

6 VELHICE E FINITUDE

“O envelhecer é o signo mais expressivo da experiência-limite do ser humano, que é o *ser-para-a-morte*” (ZUBEN, 2001).

Por que a finitude tem lugar de importância no trabalho com idosos? Rodrigues⁵ (1999) esclarece a questão quando relata que, em mais de vinte anos de trabalho com essa população, identificou dois assuntos tabu: a sexualidade e a morte.

No curso da vida vivemos um conflito constante entre Eros e Tanatos, ou seja, as pulsões de vida e de morte. No extremo da vida situam-se o amor, a solidariedade, o vigor e a criatividade. No extremo da morte estão os fenômenos: ódio, destrutividade, inveja, desumanidade e corrupção (CASSORLA, 1992).

Para o autor, todos esses fenômenos estão articulados, coexistindo entre si, no ser humano e na sociedade. Quando a pulsão de morte torna-se proeminente, ocorre o que chamamos de sofrimento psíquico, que pode se manifestar também nos âmbitos orgânico e social.

O conhecimento do ser humano em relação à inevitabilidade da sua morte é, por si só, causa de sofrimento, mesmo que não houvesse nenhum outro tipo possível (LEME, 1999). Esse conhecimento configura-se numa ferida aterrorizante, pois a morte representa o “não-saber, o não-controle” (p. 93) e a submissão diante de um fenômeno tão presente quanto misterioso na vida. A consequência é a mobilização de fantasias inconscientes diversas sobre a morte, que podem ser reconfortantes (o reencontro com pessoas queridas ou com Deus e a vida num lugar paradisíaco) ou terroríficas (fantasias persecutórias relacionadas à culpa ou ao remorso, pavor de aniquilamento e desintegração).

Saramago (2005) provoca-nos reflexões sobre como a sociedade encara a morte de forma a rechaçá-la: “(...) o maior sonho da humanidade desde o princípio dos tempos, isto é, o gozo feliz de uma vida eterna cá na terra (...)”.

Não podemos ignorar nossa própria mortalidade, mas também não somos capazes de senti-la como absoluta. Para nós o mortal é sempre o outro, uma estratégia para nos distanciarmos do conflito (TORRES, 1999).

A autora aponta para um paradoxo que se configura pela impossibilidade de nos confrontarmos com a morte no dia-a-dia de nossas vidas e negarmos sua presença

⁵ Assistente social e presidente da Associação Nacional de Gerontologia no ano de 1999.

constantemente. No entanto, o que nos impõe sua realidade é o próprio fato de estarmos vivendo e experienciando situações de crise e de mudanças em nossa evolução nas diversas fases da vida. Assim, a morte configura-se como a mola propulsora para o desenvolvimento humano, como tentaremos discutir a seguir.

Nas várias fases do desenvolvimento, a morte é vista de formas diferentes. Nos primeiros meses de vida, o bebê não é capaz de sobreviver sem o cuidado da mãe, sendo que sua ausência é vivida como desamparo e pode ser entendida como a primeira vivência de morte do ser humano: a morte como separação ou perda, que traz o perigo de aniquilação (KÓVACS, 1992). Klein definiu o sentimento de aniquilação como sendo a ansiedade primária do ser humano contra o temor da pulsão de morte que ameaça a integridade do ego (HINSHELWOOD, 1992).

A separação da mãe é vivida com intenso ódio por esse objeto, daí advém o medo de sua retaliação. A cisão entre objeto bom (que satisfaz e protege) e objeto mau faz-se necessária para a criança manter-se viva, segundo Klein (1975), pois a autopreservação na tenra idade depende do apego e confiança nessa relação.

A criança, num primeiro momento, lida com a morte como temporária, reversível e não a percebe como universal (TORRES, 1999). O sentimento de raiva traduzido no desejo de morte em relação a alguém pode trazer culpa se algo realmente ocorrer. Isso porque a criança tem o pensamento mágico e onipotente e está centrada em si mesma num movimento narcísico.

Quando adquire a noção de causalidade e a compreensão da universalidade, passa a compreender a própria mortalidade. Mais adiante, quando o indivíduo passa a ser capaz de realizar operações formais (generalizações, inferências, etc.), na fase da pré-adolescência e na adolescência, a morte é vista de fato em termos existenciais e surgem “defesas maníacas⁶” contra a aceitação da própria finitude, que irá perdurar até a fase inicial adulta.

Um exemplo de defesa utilizada é o imediatismo do adolescente (a morte está muito distante de um futuro imediato). Outra defesa contra a dor, a morte e a fragilidade é a concepção do próprio corpo como potente e inatingível. A vulnerabilidade é projetada no outro, não faz parte do eu, que, assim, mantém-se preservado. O jovem rejeita a ideia da morte, apesar de ser mais apto a enfrentá-la livremente: revolta-se contra essa possibilidade (BEAUVOIR, 1990).

⁶ De acordo com o Dicionário do pensamento kleiniano (HINSHELWOOD, 1992), as defesas maníacas são mecanismos de defesa tipicamente onipotentes, característica do estado de mania, baseando-se nos mecanismos de negação.

O adulto é mais prudente diante da possibilidade do seu fim e está focado em interesses presentes, o que o faz lutar contra a morte. No entanto, pensar nela não está no roteiro de seu dia-a-dia, pois ele se encontra totalmente absorvido por suas atividades e responsabilidades.

Na meia-idade, a inevitabilidade da própria morte passa a ser o tema central. Tal constatação é trazida pelo declínio físico, pela perda da potência, da juventude e pelo surgimento de questionamentos espirituais (a chamada revisão de vida). É uma fase tão crítica quanto a adolescência, no entanto, mais aterrorizante no sentido de que aquela potência que possibilitava todo tipo de realizações torna-se distante da realidade ora imposta, tornando mais difícil a utilização de defesas para adiar o confronto com a possibilidade da morte pessoal (TORRES, 1999).

A chegada do indivíduo à etapa da velhice configura-se pelo confronto real com a proximidade da própria morte. O corpo impõe a realidade da possibilidade do fim da existência. A morte passa a ser vivenciada como um limite real, e a velhice é, na maioria das vezes, encarada como sinônimo de morte (KÓVACS, 1992).

Nas palavras de Beauvoir (1990): “Estarei morta para os outros, não para mim: é o outro que é mortal no meu ser. Conheço-me mortal, assim como me conheço velha- tomando o ponto de vista dos outros em relação a mim” (p. 541).

O conhecimento da própria mortalidade é, portanto, abstrato, posto por nós mesmos em exterioridade. O idoso, ao fazer planos, tomar decisões, leva em conta que ela é um fato inevitável, mas não a experiencia como algo íntimo, não a vivencia a não ser pela perspectiva do outro. É irrealizável sua condição de mortal. Assim também se vivencia a etapa da velhice (Beauvoir, 1990).

Não há uma regra para se vivenciar a experiência de se ficar velho, perceber-se próximo do fim de sua existência: cada um vive essa fase de acordo com a situação presente e passada. A autora cita o exemplo daquele idoso que se sente ainda jovem, que se revoltará diante de alguém que lhe diga que sua vida está limitada a poucos anos à frente, pois sua vitalidade não mudou de uma hora para outra, ele não se reconhece velho e essa ideia o amedronta.

De acordo com sua personalidade e experiências de vida, o indivíduo poderá elaborar essa crise com a aceitação das próprias limitações, de si mesmo e do outro, o que possibilitará o desenvolvimento emocional e, podemos dizer também, a manutenção de sua capacidade de investimento libidinal. Se ele não for capaz de deixar suas defesas maníacas, pode haver o empobrecimento emocional e, conseqüentemente, a negação da realidade imposta pela

passagem do tempo, o que dificultará ainda mais o reinvestimento libidinal diante das perdas que virão com a velhice (TORRES, 1999).

Cassorla (1992) concorda com Torres (1999) quando afirma que tomar consciência de nossas próprias limitações e potencialidades, assim como compreender a função das pulsões pode nos fazer viver melhor e temer menos a morte, focando-nos no presente e suas possibilidades. Py e Scharfstein (2001) afirmam que a consciência da própria finitude, que ocorre na maturidade e na velhice, é uma chance de se ressignificar de forma diferente a própria vida.

Com relação aos caminhos que o idoso pode tomar em sua velhice (aceitando suas limitações e reinvestindo sua energia ou paralisando-se diante das perdas), Beauvoir (1990) narra exemplos da relação de idosos com sua *praxis* em carreiras diversas, primeiramente artistas e intelectuais.

A velhice revela a todos nós a finitude e esse fato recai de diferentes formas de acordo com a amplitude dos projetos originais e o peso do passado diante do presente. No caso dos sábios, em sua opinião, “a velhice acarreta quase fatalmente esclerose e esterilidade” (BEAUVOIR, p. 503). Já os artistas possuem muito mais a acrescentar em sua obra, mas o tempo não está a seu favor para terminá-la. As doenças e o declínio físico são fatores que tornam o trabalho mais difícil para o idoso e alguns continuam a lutar por suas obras, num heroísmo fundado não só na satisfação de progredir em algo que a morte irá interromper, mas também no fato de querer superar-se a despeito do reconhecimento da proximidade da própria finitude.

Dessa forma, a velhice pode ser uma fase encarada de formas somente negativas (fase de perdas, falta de perspectivas de futuro, fase do declínio até a morte), mas pode ser vista também como uma oportunidade para o crescimento e desenvolvimento emocional e espiritual, se for mantido o domínio ativo em relação à própria vida (e ao próprio ego) e também, à própria morte. Quando se é capaz de elaborar o processo de envelhecimento e a proximidade da finitude, ocorre a integração da morte como parte da vida, libera-se a libido que estava presa nessa tentativa constante de negar e manter afastada a ideia da mortalidade. Nas palavras de Rezende (2000): “(...) está mais vivo aquele que sabe da própria morte, ou seja, quando o indivíduo aceita sua finitude é que tem mais chances de ser o que realmente é.” (p. 71).

A elaboração das perdas da velhice e o desenvolvimento emocional podem ser dificultados pelas pressões da sociedade e da cultura em marginalizar e negar a morte como

sendo parte da vida. Tal visão pessimista e ilusória acaba por intensificar o medo da morte, principalmente na fase da velhice, tida como o princípio do fim.

Fazendo um paralelo com a teoria freudiana, a impossibilidade de elaborar a situação da percepção da própria finitude e de um luto pela perda da juventude, do próprio corpo e outras perdas, poderia se transformar no esvaziamento do próprio ego e na identificação com o objeto perdido, ou seja, numa situação de melancolia. A melancolia caracteriza-se por um delírio de inferioridade e pela retenção da libido nesse objeto perdido, que, nesse caso, poderíamos identificar como sendo a imagem jovem de si mesmo e do próprio corpo ou, ainda, o próprio ego. (FREUD, 1915).

Beauvoir (1990) observa outro fato interessante: em geral, quanto mais próxima menos a morte amedronta. O idoso sabe que ela não tarda em ocorrer, mas permanece tão vaga aos 80 como aos 70 anos. Sendo algo irrealizável para o ser humano, só há relação com a vida e não com a morte.

Segundo a autora, o que na verdade ocorre é que as perdas da velhice fazem com que a ideia da morte vá se tornando algo suportável. “Viver demais é sobreviver àqueles que amamos” (p. 544), é sobreviver à falta de forças, de saúde, do acolhimento da sociedade, da impossibilidade de se realizar alguns desejos. Quando se é jovem e a vida nos parece insuportável pelas circunstâncias em que vivemos, ainda se conserva uma esperança de mudança, mas o idoso não espera mais superar tantas perdas e adversidades. É preferível a ideia da vida se acabar do que viver no sofrimento e no enfado que ela pode se tornar. Sendo assim, a morte pode parecer misericordiosa ao idoso nessa situação.

Remetendo-se às ideias de Saramago (2005), a morte pode tornar-se algo desejado quando o sofrimento é demasiadamente grande. Diante da situação por ele narrada em que os velhos não mais poderiam morrer na cidade fictícia e enfrentariam pela eternidade as doenças e decrepitude do corpo, afirma “(...) antes a morte que tal sorte.” (p. 32).

Ao contrário, se o idoso se sente bem no presente, vive situações favoráveis à sua existência, não tem motivos para resignar-se diante da possibilidade de sua morte ou temer sua proximidade. Nesse caso, “ter medo é realizar no próprio corpo a recusa de morrer” (BEAUVOIR, 1990, p. 548). O que se observa com frequência, infelizmente, é que numa sociedade que proporciona tão pouco aos idosos que nela vivem, muitos deles preferem abreviar sua existência a enfrentar tantas adversidades e preconceitos. Nas palavras de Cassorla (1992), tais privações que a sociedade impõe fazem com que os idosos sejam “condenados a mortes precoces ou mortes em vida” (p. 100).

A morte de um ente querido nos priva não só de sua presença, mas também da parte de nossa própria vida que estava ligada a ele. E, com a velhice, as perdas de pessoas queridas acumulam-se com o passar do tempo, ou seja, levam uma parte de nosso passado (BEAUVOIR, 1990). Ao falar de seu próprio exemplo, a autora traduz as perdas de sua velhice com as seguintes palavras: “nos monumentos fúnebres que marcam minha história, sou eu que estou enterrada” (p. 453).

A culpa pode acompanhar as perdas de pessoas próximas, advinda, geralmente, de ressentimentos que cultivamos nessas relações (KÜBLER-ROSS, 1998). A autora relata muitos casos em que viúvos e viúvas apresentam sintomas somáticos que resultaram da incapacidade de elaboração dos sentimentos de culpa e pesar em relação ao cônjuge falecido.

Freud, em 1915, fala sobre a lei de ambivalência do sentimento que rege todas as nossas relações emocionais. Quando há a perda de um objeto significativo, ocorre satisfação do ódio que está sob o pesar num conflito de sentimentos, pois nosso inconsciente oculta desejos de morte àqueles que amamos. As perdas reais de pessoas amadas – que se acumulam com a chegada da velhice – trazem a culpa inconsciente que decorre da realização desses desejos.

A nossa própria morte relaciona-se com as lembranças e o passado. Beauvoir (1990) discorre sobre a inclinação do idoso por retomar seu passado, principalmente sua infância. Ele o faz porque essa fase não deixou de fazer parte dele, mas também porque “a transcendência esbarra na morte” (p. 458) e, na tentativa de afirmar para si próprio (e para o outro) sua existência, ele assume seu nascimento, ou, pelo menos, seus primeiros anos de vida.

As lembranças afetivas da infância são caras ao idoso porque, mesmo que por um instante, dão a ilusão de se estar naquele tempo em que o futuro parecia não ter limites, muito menos o limite imposto pela percepção da proximidade de seu próprio fim. O futuro limitado pode paralisar o idoso em sua atividade, no redirecionamento de sua energia libidinal⁷. Ele pode cair na renúncia de projetos que pensa não ter mais tempo de realizar. Em outros casos, ele se aproveita de seu passado para ter motivação para terminar o que foi começado anteriormente ou começar novos projetos e consegue manter esse fluxo de energia.

A população idosa é originária de uma outra época em que a família tinha papel fundamental na vida do indivíduo, dando conta de apoiar e cuidar de seus membros e até honrando a presença dos idosos. Essa vivência em seu passado e a constatação da mudança de

⁷ De acordo com Laplanche (2001), o termo libido refere-se à “energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto (deslocamento dos investimentos) quanto à meta (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte de excitação sexual (diversidade das zonas erógenas)”.

posição da família nos dias de hoje aumenta a insegurança e o medo diante do enfrentamento da ideia da morte (LEME, 1999).

A consciência da mortalidade do ser humano traz a tristeza e até o desespero, indo contra a sensação de imortalidade que há em nosso inconsciente, ideia instituída por Freud em 1915. Para ele, ninguém acredita na própria morte realmente e quando tentamos imaginá-la, permanecemos como espectadores. Nas palavras de Freud: “no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (FREUD, 1915, p. 299). Os equivalentes a uma representação de morte em nosso inconsciente seriam os terrores de castração, da perda do amor e da perda do objeto (CASSORLA, 1992). A crença pela imortalidade é semelhante à primitiva falta de consciência da própria mortalidade que encontramos nos animais, uma das principais características que nos diferencia (DOLL; PY, 2007). Freud acrescentaria que essa crença coincide com a do homem primevo, para quem a própria morte era tão inconcebível quanto para o homem contemporâneo.

A organização social funciona apesar da morte e contra ela, numa luta incessante para superá-la. Mas só existe porque se baseia na morte, na sua relação diante do limite imposto por ela. Tentou-se, e tenta-se, combatê-la de diversas formas: na linguagem, nos rituais, nos símbolos, na busca de remédios e ervas, na genética e na biomedicina (KÓVACS, 1992).

Ao longo da História, as sociedades criaram diferentes tipos de atitudes frente à morte e aos mortos. Algumas persistem até hoje. Na Idade Média, a morte era esperada no leito, o moribundo sabia quando iria morrer e compartilhava esse momento com seus entes queridos. Mas o medo da morte existia e era representado de diferentes formas: enterrando-se os mortos na igreja como forma de proteção, realizando-se rituais para facilitar a passagem do morto e usando-se a cor preta para proteção, por exemplo.

Historicamente, destaca-se também o medo do julgamento no momento da morte, que fazia com que o moribundo efetivasse doações à Igreja para ser absolvido de seus pecados. O grande medo de ser enterrado vivo surge nos séculos XVII e XVIII, quando os velórios passam a ser mais longos para se garantir que a morte fora definitiva. Já no século XIX, valorizava-se muito a crença numa vida após a morte, quando há possibilidade de reencontro com os entes queridos. Surge também a crença na reencarnação e na comunicação com os mortos. O medo estava relacionado à volta das almas que poderiam prejudicar os vivos, praticando-se rituais para que isso fosse evitado.

Na sociedade ocidental do início do século XX, a morte torna-se vergonhosa, escondida. Deseja-se a morte súbita, o não-sofrimento anterior à morte. Não é mais um evento natural, deve ser escondida porque é símbolo de fracasso e impotência. O moribundo é

afastado de seu lar e morre no hospital. A morte se torna produto de um comércio: empresas são responsáveis por fazer desde a preparação do corpo até o seu enterro. Quem decide o momento em que ocorre a morte é o médico, por meio de um atestado. O poder é, então, transferido da Igreja para a Medicina. Se no Ocidente a morte é vista como sinônimo de fracasso e ruptura, devendo ser ocultada, no Oriente ela é vista como natural, possibilidade de evolução e entrada numa outra vida, devendo haver um preparo mental e espiritual para tal momento (KÓVACS, 1992).

Na sociedade contemporânea, a evolução do domínio das ciências biomédicas sobre o corpo, o nascimento e até sobre a própria morte causa-nos fascínio e, ao mesmo tempo, temor. Houve, por um lado, o afastamento das pessoas do contato direto que havia antigamente com a morte e, por outro lado, o aumento no contato indireto por meio da violência denunciada pela mídia. Temos inúmeros exemplos de massacres que impressionaram, e ainda impressionam, a todos, como Auschwitz, Vietnã, Nagasaki, Hiroshima, Kosovo, World Trade Center (Estados Unidos), Iraque e muitos outros.

Doll e Py (2007) apontam também a diminuição da influência das instituições que tradicionalmente davam conta de dar sentido e orientação nas questões da morte, como as igrejas e grupos espirituais. Os rituais, como os funerais, que antes davam suporte emocional, hoje parecem não ser mais tão efetivos. Nesse sentido, Kastenbaum (1983) discute que os velhos sistemas que controlavam e organizavam a sociedade perderam sua importância em nos apoiar em tempos de crise, não tendo sido adequadamente substituídos por outros sistemas que dessem conta da função. O medo da morte é atenuado em sociedades primitivas ou altamente agregadas porque seus membros em conjunto, sua cultura, costumam dar continência às necessidades de cada um (KÓVACS, 1992).

O individualismo contemporâneo não nos permite mais expressar sentimentos comuns, como o medo e o desespero, diante da morte. Todas essas características nos trazem certa liberdade em lidar de forma individual com essa questão, no entanto, traz o aumento da insegurança e a falta de apoio na quase total privatização da responsabilidade de se encontrar sentidos nas questões mais existenciais e na falta de compartilhamento, que para muitos significa reprimir a questão da morte. Kastenbaum (1983) explica que relegamos a morte cada vez mais para um lugar periférico de nossa vida mental consciente e a associamos ao idoso, a quem tornamos seres semi-invisíveis em nosso cotidiano.

A representação da morte para o idoso possui dois aspectos: “por um lado a consciência da própria finitude influencia na percepção e no comportamento no processo de morrer” e “por outro lado há o aspecto da ameaça objetiva de morte, por uma doença, idade

avançada ou outra causa” (WITTKOWSKI⁸, 1990 apud DOLL; PY, 2007, p. 289). Na velhice, a morte não se configura num evento inesperado, pelo contrário, é algo que faz parte de um processo.

Para Seminerio (1999), utilizamos o imaginário como mediador das ilusões e desilusões da vida e, assim, como um instrumento para tentar transcender nossa finitude imposta pelo real. Um dos problemas mais frequentes na velhice é o fato de que as ilusões acabam por ser reprimidas pelos limites impostos pela sociedade e seu físico. Isso pode provocar a queda nas motivações e o consequente desinvestimento na vida e nas relações, ou, então, uma acentuação do desejo de imortalidade e a tentativa de sua realização (obsessão pela religião ou apego pelas lembranças da infância perdida – fase de suposta felicidade), que pode paralisar o indivíduo em sua capacidade de ação e realização de planos.

Segundo o autor, nós não vivemos na realidade, mas utilizamos o imaginário até mesmo nas ações mais simples de nosso dia-a-dia. “Nós vivemos constantemente nesse fluxo inesgotável: o fluxo do imaginário.” (p.22). A partir dos acontecimentos reais, o que vivemos são as significações a partir disso. Tal movimento é justamente a tentativa constante de transcender os limites e a finitude imposta pelo real.

Aprofundando-se na ideia do autor, utilizamos o imaginário para transcender a sequência de ilusões e desilusões que constitui nossas vidas. Tanto uma quanto a outra tem suas funções: a ilusão é necessária para a continuidade de nossas motivações, e a desilusão, apesar de dolorosa, traz o aprendizado para a construção de ilusões mais plausíveis de serem realizadas.

Nossa sociedade aprova a ideologia do sacrifício: quem se sacrifica mais, sofre mais, é mais digno. Isso é particularmente cobrado da pessoa idosa. Diante dessa imagem imposta ao idoso, ele deve buscar recursos para transpor este e os obstáculos advindos da velhice, particularmente a percepção da proximidade da morte e todo o simbolismo de sofrimento e abandono que a acompanha.

Seminario (1999) diz que a melhor solução para o problema da morte é a busca da realização. Assim, o imaginário age na busca da imortalidade mediante nossas fantasias e elaborações. A manutenção do fluxo desse imaginário, das fantasias, desejos e realizações somados à experiência de vida possibilita ao idoso ter elaborações que em outras fases da vida não seriam possíveis.

⁸ WITTOWSKI, J. *Psychologie des Todes*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1990.

Nas palavras do autor: “enquanto nós tivermos essa condição de elaborar, a nossa vida é, naquele segmento, naquele momento, efetivamente imortal” (p.29). Transcender nossa finitude significa, então, manter o trabalho de nosso imaginário diante das perdas e limitações por meio de nossos projetos e progressos vitais, ou seja, mantendo em movimento a vida psíquica.

Conforme já mencionado, Erikson (1976) postula que uma melhor qualidade de vida na etapa da velhice depende das boas vivências nos primeiros anos do desenvolvimento. Na impossibilidade dessas experiências, o idoso depara-se com o desespero pela impossibilidade de retornar a essa fase inicial e fazer tudo novamente em seus pensamentos. A morte, em consequência, estaria mais presente, trazendo ameaças à estrutura psíquica.

Nos exemplos dos casos clínicos citados anteriormente, a questão da finitude está presente nos relatos dos pacientes, que associaram a velhice nos idosos graficamente representados com a morte. No contexto da hospitalização, vimos que ela atua de forma mais explícita e concreta.

Um dos desafios impostos aos profissionais da saúde que atuam junto ao idoso é a elaboração de seus próprios temores e preconceitos para encarar a etapa da velhice como parte da vida, não como sinônimo de morte. Além disso, destaca-se a assistência ao idoso no processo de doença e, ao mesmo tempo, a reafirmação e valorização de suas potencialidades para o desenvolvimento e a evolução, mesmo dentro de suas limitações.

Posteriormente, analisar-se-á com mais detalhes as características da atuação do psicólogo e da equipe de saúde na Geriatria.

7 O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA GERIATRIA

O conceito de integração no trabalho em equipe de saúde surge como estratégia na tentativa de compensar o intenso processo de especialização, que traz a tendência a uma verticalização e à não-articulação dos saberes e intervenções, numa visão recortada do paciente (PEDUZZI, 2001). Vários autores destacam a importância dessa integração da equipe (ANGERAMI-CAMON, 1984; CAMPOS, 1995; PEDUZZI, 2001; TONETTO; GOMES, 2007; ZUBEN, 2001) para uma visão do paciente como um todo.

As equipes de saúde são definidas de acordo com os tipos de interação entre seus membros: interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. Segundo Tonetto e Gomes (2007), a interação é chamada interdisciplinar quando há discussão entre os diferentes especialistas sobre a situação de um mesmo paciente, abordando aspectos comuns entre as suas especialidades. É multidisciplinar quando vários profissionais atendem um mesmo paciente de forma independente, sem discussão de suas práticas. Quando a equipe é transdisciplinar há um planejamento em conjunto das ações.

O trabalho em equipe multidisciplinar vem sendo cada vez mais aceito em decorrência da disseminação do conceito de saúde biopsicossocial. A possibilidade da articulação dos atendimentos especializados em equipes multidisciplinares torna o trabalho mais sistematizado, ocorrendo melhora nos resultados e redução de custos. Porém, na prática, ainda há dificuldades relacionadas à discriminação de hierarquias dos profissionais dentro do hospital, ou seja, “não se diferencia *status* de função, substituindo-se as especificidades de cada membro da equipe pelas relações de poder” (TONETTO; GOMES, 2007, p. 90).

Na prática por mim desenvolvida no Serviço de Geriatria, a equipe trabalhava nos moldes de atuação multidisciplinar. Nas reuniões clínicas, citadas na Introdução desta Dissertação, havia uma tentativa de interdisciplinaridade, mas os preceptores da Residência em Geriatria, que conduziam a reunião, dirigiam-se primordialmente aos seus residentes e, por extensão, aos demais profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, assistência social e terapia ocupacional. Em algumas situações, a chefia de enfermagem conseguia impor seu ponto de vista em relação aos casos com os quais estava tendo dificuldades. A participação dos demais profissionais era ainda mais restrita. As solicitações do preceptor por outras intervenções eram feitas somente se este identificasse que o paciente estava “dando

trabalho”. Apesar da filosofia de equipe interdisciplinar pregada, não se conseguia uma interação legítima na rotina na unidade.

Em estudo realizado por Ricci et al (2006), foram pesquisados artigos na base de dados Pubmed, nacionais e internacionais, sobre interdisciplinaridade no atendimento ao idoso entre os anos 2000 e 2006. Além da escassez de trabalhos encontrados – apenas dez –, os autores destacam que poucos deles explicitam uma real interação dentro da equipe, tanto em reuniões quanto em intervenções, o que corrobora com o que foi observado no Serviço de Geriatria no qual atuei.

Apontam que esse fato se deve à grande divergência de conceitos entre as áreas de conhecimento, bem como à falta de profissionais com atitude interdisciplinar, que depende tanto da formação – deficitária nesse sentido – quanto do amadurecimento profissional. Além disso, não há regras básicas descritas para a constituição e administração de uma equipe genuinamente interdisciplinar, que depende de cada contexto e de cada equipe. Há tentativas a favor de uma interdisciplinaridade, mas, diante das dificuldades encontradas, o trabalho dirige-se para a multidisciplinaridade.

Em se tratando dos profissionais da Medicina, encontramos especificidades marcantes na sua relação com o paciente, com a equipe e com o próprio discurso médico no hospital, explicitada minuciosamente por Jean Clavreul em sua obra *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* (1978). Logo em sua introdução, identificamos que o discurso médico é representante do discurso da ciência, de um lugar de mestria, que prima por excluir a subjetividade de quem o segue ou se submete a ele, pretendendo exclusivamente a objetividade e a padronização, como relatamos em função de nossa experiência.

Exemplo disso é o uso pela equipe médica da padronização da escrita em prontuário para tratar o paciente. Esse fator faz com que o profissional vá ao encontro do paciente já tendo informações pré-colhidas (histórico, hipóteses diagnósticas de outros profissionais, informações técnicas), configurando-se no encontro entre médico e seu próprio discurso e não entre médico e paciente e entre médico e demais profissionais da equipe. Esse discurso tem ainda função silenciadora, pois os termos médicos descartam a fala do paciente como sujeito, reduzindo-a a códigos pré-estabelecidos. É a alienação do sujeito aos significantes de um outro (CLAVREUL, 1978).

Não se pode negar a importância da escrita da evolução clínica em prontuários para que haja acesso às informações do paciente pelos diversos profissionais que o atendem. No entanto, o seu uso parece não corresponder sempre a esse objetivo nem colaborar para uma

comunicação entre as diversas ordens, embora constituam um conjunto de dados de grande importância.

Na experiência na enfermaria do Serviço de Geriatria, deparei-me com um exemplo do fato em discussão. Cada profissional que atendesse um paciente deveria evoluir em seu prontuário, de forma a informar os outros profissionais sobre a conduta, aspectos observados que pudessem influenciar nos tratamentos e na sua melhora, bem como seu plano de ação. Apesar de tal regra ser seguida pela maioria, em geral, os profissionais (o médico, principalmente) escreviam de forma a utilizar abreviaturas e linguagem própria, privilegiando a sua ordem, como se apenas devessem dirigir-se a seus pares. Muitas vezes, tive dificuldades para entender os termos utilizados e, no intuito de uma maior integração e informação, dirigia-me ao médico, por exemplo, perguntando-lhe sobre o que havia descrito no prontuário, aproveitando até para compartilhar as minhas próprias percepções sobre o caso. Tal conduta era recebida com as mais diversas reações: surpresa, impaciência, interesse e curiosidade. No entanto, quase sempre a consequência futura – se não imediata – era positiva: a abertura de um canal de comunicação. Mesmo que aparentemente mal recebida no início, buscava sempre tal integração dos dados com os profissionais de outras áreas e, por diversas vezes, também despertava o interesse das outras ordens pela Psicologia.

Na realidade em que se constituem as equipes de trabalho, não se privilegia a relação médico-doente em suas subjetividades. O médico é apenas representante de uma ordem maior: a ordem médica, fundamental, porém, não exclusiva (CLAVREUL, 1978). No entanto, a presença de ordens diversas deveria permitir que outra dinâmica pudesse articular a equipe, levando-a da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade. Dentro desse contexto, por sua vez, o paciente deve submeter-se ao saber médico se quiser a cura e se não o fizer é considerado desajustado, pois é sinal de que não busca estar são.

Outro elemento que dificulta a integração das práticas é a relação instituição médica-doença, que não privilegia a identificação dos pacientes em suas singularidades, padronizando o uso de uniforme, tanto para os pacientes quanto para os médicos e demais profissionais, intensificando no plano concreto o anonimato das subjetividades.

No encontro da Medicina com a psicanálise, destacamos o questionamento à ordem médica pela forma como é imposta. Entre as etapas do diagnóstico e da terapêutica, o discurso médico é totalitário e tanto o paciente quanto a atuação do médico são padronizados. Além disso, o discurso médico exige o recalque de todo e qualquer desejo subjetivo do profissional para ser exercida. Na psicanálise, o próprio Freud, de formação médica, acabou renunciando ao método da sugestão hipnótica para substituí-lo pela escuta flutuante da associação livre,

sem privilegiar nenhum aspecto a priori do sujeito, deixando emergir sua subjetividade nas consultas que realizava. Não havendo padronização nesse contexto, é difícil imaginar que possa haver integração, mas é possível.

Segundo Moretto (2001), o lugar do psicanalista no hospital é legitimado justamente pelo esforço empreendido pela ordem médica para excluir a subjetividade.

O psicólogo muitas vezes é solicitado pela Medicina como coadjuvante no controle e tratamento de fatores psíquicos (que interferem nos fatos objetivos e nas verdades médicas), estando a serviço da prescrição e da ordem médica (CLAVREUL, 1978, p. 33). E é a crença nessa ordem, não só dos profissionais como de toda a sociedade, que permite desde a tomada de consciência de que se está doente até a procura do funcionário executante dessa ordem em busca da cura e a submissão às suas prescrições e dogmas. Quem procura o hospital não está buscando, em primeira instância, o atendimento psicológico. Uma das saídas para o psicólogo é aproveitar a abertura que se configura na solicitação de interconsulta pelo médico para consolidar seu lugar de atuação na equipe.

Torna-se difícil, dessa forma, não se submeter à ordem médica, pois a figura do profissional como representante desse discurso se torna objeto de desejo do doente, transferencialmente. Assim, a Medicina faz da doença o sujeito de seu discurso e, sendo considerada verdade absoluta, acaba por ser autorizada a eliminar a posição de subjetividade de quem é justamente a fonte de seu discurso, o doente, além do próprio agente de seu discurso, o médico.

O desejo do médico tem como objeto a doença, pois é esta que o constitui como o executante da ordem médica e é o discurso médico que constitui a doença como causa do sofrimento do doente e da intervenção do médico, fechando esse ciclo, incluindo os outros profissionais da equipe.

A função do psicanalista nesse contexto é, então, “oferecer uma escuta diferenciada ao paciente, diferenciada daquele que é o discurso que reina no contexto hospitalar, o discurso médico.” (MORETTO, 2001, p. 207).

No confronto com a morte, que permeia as relações no hospital e particularmente na ala geriátrica, a Medicina ignora a subjetividade novamente, pois ao privilegiar a doença e a evitação da terminalidade, deixa de lado sua relação com a vida. O corpo torna-se apenas o lugar onde a doença ocorre. Nas palavras do autor, “a Medicina nunca fala da morte, a não ser para tentar adiar sua data de vencimento” (CLAVREUL, 1978, p. 47).

Antes dos avanços das tecnologias em diagnósticos e tratamentos especializados, a medicina privilegiava a comunicação verbal com o paciente: o médico era amigo da família e

atendia a todos os seus membros, inclusive em casa. Com a revolução tecnocientífica, a concepção biomédica interpreta a doença numa perspectiva mecanicista que distingue mente e corpo numa relação cartesiana. Desprezam-se os âmbitos vivencial, psicológico, social e cultural do indivíduo enfermo (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Nos dias atuais, a relação médico-paciente está sendo novamente questionada e valorizada, num movimento de (re)humanização dessa relação, com o pioneirismo de Kübler-Ross (1984).

Vianna, Vianna e Bezerra (2010) apontam para a necessidade de se ver a tecnologia como facilitadora do acesso à informação para o diagnóstico e tratamento e não como instrumento para colocar o lado humano como algo secundário (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Vemos a tendência à (re)humanização da Medicina em diversos artigos da área médica, entre os quais, Adams, (2002); Barrantes-Monge; Rodríguez; Lama, (2009); Pereira; Schneider; Schwanke, (2009); Vianna; Vianna; Bezerra, (2010).

Com a mudança nos padrões das doenças maiores, que são as que mais causam mortalidade, de infecciosas para crônico-degenerativas, que possuem relação direta com o estilo de vida e o comportamento humano, abriu-se um caminho cada vez mais delineado para a inserção do psicólogo no âmbito hospitalar na contribuição para a saúde e para o desenvolvimento (ISMAEL, 2005). Tal inserção será discutida a seguir.

A importância da inserção do profissional de Psicologia no âmbito hospitalar é um fato na realidade atual. Campos (1995) afirma ser uma necessidade que privilegia os pacientes, os familiares e as equipes. Tonetto e Gomes (2007), em pesquisa publicada em forma de artigo sobre a atuação do psicólogo nos hospitais na visão dos próprios psicólogos e de enfermeiras, obtiveram resultados que indicam o reconhecimento da importância do trabalho do psicólogo, em particular pelos profissionais da enfermagem. Evidenciam, ainda, que esses profissionais esperam do psicólogo uma assessoria para a equipe, trazendo conhecimentos sobre as influências dos aspectos emocionais na condução dos casos clínicos.

O psicólogo possui estratégias teórico-práticas capazes de minimizar o sofrimento do paciente e de seus familiares. O profissional considera as causas e consequências da doença e da hospitalização, bem como inclui e valoriza a biografia e a individualidade do paciente para uma compreensão mais totalizadora dessas questões. Seu objetivo principal, portanto, é o de “acompanhar a evolução do paciente quanto aos aspectos emocionais que a doença traz” (ISMAEL, 2005, p. 17).

Angerami-Camon (1984) já enfatizava a importância da atuação do psicólogo no contexto hospitalar como sendo algo inegável. O psicólogo é capaz de levar alívio ao sofrimento e dor na situação de enfermidade e até mesmo provocar mudanças significativas na configuração da realidade imposta ao indivíduo pela doença, internação, tratamentos e intervenções cirúrgicas.

Para Simonetti (2008), “toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da Psicologia hospitalar” (p. 15). A doença é o real do corpo que esbarra na subjetividade, produzindo aspectos psicológicos tanto no paciente quanto na família e nos profissionais da saúde. O trabalho do psicólogo é baseado na posição psíquica do paciente diante do real que a doença lhe impõe naquele momento de sua vida.

O autor chama de aspecto psicológico toda manifestação da subjetividade diante da doença, seja comportamental, cultural (crenças e valores), cognitivo (lembranças, pensamentos) ou psicoemocional (desejos, medos, conflitos, ganhos secundários). Esses aspectos podem ser causadores, mantenedores, agravantes ou consequentes da doença e do quadro clínico em geral.

O psicólogo tem, ainda, como objeto de seu trabalho as manifestações decorrentes da relação entre paciente, familiares e profissionais da equipe. Seu foco é a subjetividade, mas também as relações entre essas subjetividades, funcionando como um facilitador para a emergência de suas comunicações. Nas palavras do autor: “a filosofia da Medicina é curar doenças e salvar vidas, enquanto a filosofia da Psicologia hospitalar é reposicionar o sujeito em relação a sua doença” (SIMONETTI, 2008, p. 20).

Não se pode negar a tradição histórica do modelo biomédico e a importância do fator somático. O psicólogo não pode incorrer no erro de tornar esse modelo um impeditivo ao seu trabalho. É muito comum o psicólogo hospitalar agir de forma a querer impor a ordem psicológica para afirmar sua importância nesse contexto, como se estabelecer um confronto com a ordem médica fosse algo necessário para sua inserção e reconhecimento. O reconhecimento da prática psicológica (e de qualquer prática) no hospital depende mais da clareza que cada profissional tem de suas funções e da habilidade para comunicar-se com os colegas de equipe de forma objetiva, o que muitas vezes falta ao psicólogo (TONETTO; GOMES, 2007).

É sabido que o paciente não quer somente ser examinado e ouvido em suas queixas somáticas. Ele traz consigo uma história de vida (hábitos, defesas, necessidades, etc.) que possui relação com a doença atual e com sua reação aos tratamentos e à internação, quando

necessária. O psicólogo pode auxiliar em seu processo de tratamento e melhora, explorando seu potencial interno, a relação com a própria doença e facilitando a integração com o corpo clínico.

Particularmente na internação hospitalar, o paciente é privado de sua rotina, suas atividades, seus amigos e familiares, estando limitado ao espaço imposto pela doença e, assim, tendo de ocupar um novo lugar: o lugar de doente. Por essas razões, “seu equilíbrio psicológico é obviamente afetado” (ALAMY, 2007). O psicólogo está apto a identificar o que significa a doença e a hospitalização para o paciente e sua família, além das reações desse paciente na tentativa de manter a integridade do eu diante da doença e da internação.

Ismael (2005) cita como reações comuns aos pacientes hospitalizados: a agressividade e a passividade, ou seja, tentarem se impor ou se deprimir diante da despersonalização e falta de autonomia causadas pela hospitalização.

No ambulatório, em geral, são tratadas doenças crônicas, que perpassam pela vida do paciente, seus problemas pessoais, familiares, profissionais e sociais. Muitas vezes ocorre a dificuldade de aceitação da doença, que pode vir acompanhada da necessidade de mudanças no estilo de vida e comportamentos, prescritos pelos profissionais da equipe e que se tornam por vezes temáticas dos encontros com a Psicologia (ISMAEL, 2005).

A autora destaca os principais mecanismos de defesa utilizados nesse contexto, que são a negação, isto é, rejeitar ou, ainda, desafiar as doenças, colocando a própria saúde em risco; e a regressão, que pode ser positiva quando ocorre a aceitação das mudanças, tratamentos e eventuais limitações impostas pela doença. No entanto, quando se torna negativa, o paciente tem a vivência da falta de perspectivas e pode ocorrer o aumento na dependência emocional. São recursos da estrutura egóica do paciente para lidar com o impacto do adoecer. Tais mecanismos são objeto do trabalho do psicólogo e elementos com os quais os demais profissionais também lidam na rotina, muitas vezes com dificuldade. O psicólogo é capaz de auxiliar na instrumentalização da equipe em relação a esses aspectos para otimização das intervenções multiprofissionais.

Além de o psicólogo poder incluir esse foco na atenção e escuta do paciente, evitando sofrimento desnecessário, pode ajudar os familiares a melhorar a forma com que lidam com o problema e identificar qual o papel do paciente na família e quais as implicações da doença nesse papel. Além disso, identificar o surgimento de sentimentos de culpa ou superproteção ao paciente (ISMAEL, 2005).

As peculiaridades da passagem psicoemocional para a etapa da velhice e sua relação simbólica, socialmente construída, com a finitude, já discutidas anteriormente nesta

Dissertação, configuram-se como importantes fatores para o trabalho do psicólogo com a equipe de saúde no atendimento aos idosos no contexto hospitalar. A seguir, discutiremos as características do atendimento interdisciplinar nesse contexto.

A multiplicidade das maneiras pelas quais o idoso passa pelo processo de envelhecimento nos âmbitos físico, social e psicológico justifica a necessidade de uma participação ativa e interativa de profissionais de diversas áreas da saúde. A equipe de um serviço de Geriatria deve atuar em conjunto, dividir problemas e soluções e cada um deve responsabilizar-se pela parte técnica que corresponde à sua área de formação, ou seja, o trabalho deve configurar-se numa relação interdisciplinar (ALAMY, 2007).

Com relação aos aspectos biomédicos da velhice, Pereira, Schneider e Schwanke (2009) afirmam que pessoas idosas possuem particularidades e necessidades médicas diferentes de indivíduos jovens, além de uma grande diferença nas capacidades funcionais de indivíduo para indivíduo, sobre os quais toda a equipe deve ter conhecimento.

Segundo os autores, constitui-se um desafio para a Medicina moderna atender a tais particularidades em uma população idosa cada vez mais numerosa. Assim, a Geriatria, como área da Medicina criada recentemente (em 1909, pelo médico vienense Ignatz Leo Nasher) que “cuida da saúde e das doenças da velhice” (p. 156), deve extrapolar a Medicina centrada nos órgãos e sistemas, sendo necessária uma visão totalizadora e integrada a outras especialidades na tentativa de melhorar as capacidades funcionais, a qualidade de vida e dar maior autonomia aos idosos. Tal enfoque contemplaria uma maior ênfase nas perspectivas inter e transdisciplinar em termos de equipe multiprofissional.

Atualmente, a Geriatria ainda não é prioridade no currículo da graduação em Medicina, apesar dos esforços de órgãos internacionais, como a American Geriatrics Society, para a inserção da gerontologia e da Geriatria como disciplinas obrigatórias para a formação médica. No Brasil, a situação não é diferente. A deficiência do ensino do campo geriátrico nos cursos de Medicina ainda reflete a falta de importância dada socialmente aos idosos (MOTTA; AGUIAR, 2007). São oferecidas disciplinas acadêmicas focadas nos conhecimentos técnicos, deixando-se de lado a integração com a dimensão antropológica do paciente idoso. Formam-se especialistas em doenças com dificuldade na comunicação e despreparados para o encontro com o paciente geriátrico (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Adams et al (2002) destacam que a maioria dos médicos generalistas considera o atendimento ao idoso mais difícil do que aos pacientes de outras idades. Em sua pesquisa nos

EUA sobre o assunto, entrevistaram médicos que apontaram diversas causas para essa dificuldade.

Em primeiro lugar, advém da alta complexidade das doenças geriátricas e do grande aparecimento de doenças crônicas de difícil manejo clínico, bem como o grande risco de piora no estado de saúde no caso de um tratamento equivocado. Isso causa maior ansiedade com relação ao cuidar do idoso e o emergir da subjetividade dos profissionais.

Em segundo lugar, os autores apontam o que eles chamam de desafios pessoais e interpessoais, como as dificuldades na comunicação com o idoso, principalmente na presença de deficiência auditiva ou cognitiva. Incluem, ainda, as dificuldades na comunicação com os familiares quando é necessário tomar decisões, particularmente quando o paciente é considerado grave ou está no fim da vida, quando as decisões a serem tomadas são perpassadas por grande carga emocional.

A exemplo disso, estão as decisões com relação ao prolongamento ou não da vida do paciente. A alta complexidade dos casos e tais questões com a comunicação fazem com que o atendimento seja mais demorado, o que vai de encontro com a demanda por rapidez no atual sistema de saúde. Outro aspecto apontado é a influência das características pessoais, dos valores e do treinamento dos médicos. Esse último se deve muito às deficiências no ensino e prática geriátrica nas universidades, já citadas.

Em terceiro lugar, citam as barreiras produzidas pela precariedade dos recursos sociais e de saúde disponíveis para o encaminhamento dos casos (ADAMS et al, 2002).

O atendimento aos idosos pelos profissionais da saúde deve considerar algumas peculiaridades dessa fase da vida, a saber: frequente associação entre uma doença física e sintomas mentais de confusão ou desorientação (*delirium*, ou delírio); diminuição das capacidades funcionais; maior probabilidade e acentuação das reações adversas a medicamentos; sintomas de doenças podem ser muito mais leves; frequente presença de problemas psicológicos e sociais que acompanham os orgânicos. Ocorre também que a maioria dos idosos apresenta mais de uma doença, toma diversos medicamentos e tem maior risco de necessidade de internação hospitalar (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

A complexidade dos problemas dos idosos configura, então, a necessidade de um atendimento diferenciado, não centrado na queixa principal como nas outras áreas médicas, mas sim numa abordagem de avaliação e tratamento interdisciplinar (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009). Tais aspectos trazem à tona a questão da importância do diálogo interdisciplinar, numa troca das diversas ordens que permeiam a médica.

A própria Medicina, portanto, vem discutindo a mudança na relação do profissional com o paciente idoso. Vianna, Vianna e Bezerra (2010) defendem que “cuidar do paciente idoso transcende a conduta terapêutica no sentido estrito, pois é necessário estar atento à qualidade de vida, aos níveis de autonomia e independência e ao meio ambiente social e físico...” (p. 151). Os autores enfatizam a importância da relação humanizada, que, no caso do idoso, torna-se crucial para a melhora nos resultados, a adesão aos tratamentos propostos e o aumento do grau de satisfação do paciente. Entretanto, admitem as dificuldades para tal empreendimento, que implica o desenvolvimento da sensibilidade e da subjetividade do médico, ou seja, o surgimento de uma nova configuração desse profissional (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010).

Diante da necessidade de se estudar o envelhecimento, a velhice e os idosos em todos os seus aspectos, surgiu a gerontologia, em 1903, como um “campo multiprofissional e multidisciplinar que visa à descrição e explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais” (PEREIRA; SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009, p. 158).

No campo da Psicologia, o estudo do envelhecimento tem aumentado consideravelmente desde a década de 1960, quando as teorias do desenvolvimento que não contemplavam a fase da velhice começaram a ser consideradas ultrapassadas. No entanto, a produção científica e a difusão no meio universitário ainda deixam a desejar, como já explicitado. A Psicologia do Envelhecimento tem foco sobre as mudanças cognitivas, afetivas e sociais dos indivíduos, além das alterações motivacionais, nos interesses, nas atitudes e nos valores, que mudam nessa fase e variam de acordo com a idade, o gênero e os aspectos socioculturais (NERI, 2005).

No artigo “A contribuição dos especialistas”, de 1986, foram colhidos depoimentos de psicólogos especialistas em gerontologia do Instituto Sedes Sapientiae sobre a atuação do psicólogo hospitalar na área. Os profissionais resumem bem os aspectos relevantes sobre as possibilidades desse trabalho. O psicólogo possui instrumentos de intervenção desde o diagnóstico de distúrbio mental (que pode ser mascarado por doenças físicas) até o tratamento psicoterapêutico. As múltiplas comorbidades que se apresentam nos idosos em ambiente hospitalar configuram a necessidade de profundo conhecimento sobre as doenças geriátricas e a discussão de cada caso com os membros da equipe sobre as condições físicas que possam interferir no diagnóstico psicológico.

Em geral, os distúrbios psicológicos acentuam-se na fase da velhice se não foram tratados durante a vida do paciente. Apesar de alguns profissionais da área ainda relutarem a

considerar válida a psicoterapia em idosos, atualmente muitos outros relatam que esses pacientes podem se beneficiar do tratamento, desde que estejam motivados a lidar com os problemas com os quais são confrontados. No que diz respeito aos familiares do idoso, há necessidade de esclarecimento das doenças somáticas e tratamentos necessários pela equipe para que haja colaboração de todos na adesão. Após tais esclarecimentos sobre a extensão da doença e suas consequências, o psicólogo pode trabalhar com os familiares os sentimentos que surgem com relação a esses aspectos.

No caso da equipe, o fato de haver esforços muito grandes e muitas vezes poucos resultados nos tratamentos direcionados ao paciente idoso (ou até nenhum resultado) incorre em uma enorme frustração entre os profissionais. O psicólogo pode ajudar numa melhor convivência com esse sentimento e até sua superação, propiciando uma escuta nas reuniões de equipe.

Em se tratando do profissional da enfermagem, Camacho (2002) destaca a necessidade de uma avaliação e de um tratamento que devem se basear na compreensão dos aspectos físicos, emocionais e sociais do paciente idoso. A enfermagem gerontológica, na avaliação funcional do idoso, deve considerar as características individuais e a rede de apoio com as quais o paciente pode contar.

A autora enfatiza a importância fundamental da obtenção de conhecimentos na área geriátrica e gerontológica para a assistência qualificada da enfermagem ao paciente idoso. Destaca ainda a importância da inserção do profissional na equipe interdisciplinar numa ação conjunta e a ampliação dos conhecimentos por meio de outros saberes. Reitera que na prática esses profissionais ainda encontram barreiras na tradicional divisão de poderes e saberes dentro da equipe de saúde que muitas vezes impedem tal integração (CAMACHO, 2002).

Na área do Serviço Social, Pereira (2005) destaca que o fenômeno do envelhecimento populacional se dá num contexto social desfavorável, no sentido de que as políticas, os serviços e os agentes de proteção social convencionais não atendem às necessidades da crescente população idosa em todas as suas dimensões. Esse fato, somado à nova configuração da célula familiar que não consegue mais assumir cuidados e encargos como no passado, somado também à queda de rendimentos da aposentadoria, à precariedade do sistema de saúde e à marginalização dos idosos, constitui-se como um grande desafio para o profissional da área social. O assistente social tem de considerar tais limitações sociopolíticas e ainda tentar dar conta da heterogeneidade do fenômeno da velhice (PEREIRA, 2005).

A fisioterapia no atendimento aos idosos tem seu papel relacionado, principalmente, à reabilitação nas doenças crônicas, muitas vezes incapacitantes, além da recuperação de

cirurgias e sequelas de doenças agudas. Izzo (2006) relata que nos dias atuais o fisioterapeuta ampliou sua atuação na área da gerontologia, focando não só a cura, mas contribuindo para a participação ativa dos idosos em seu meio social. Em seu trabalho no GAMIA (grupo do qual também participei, citado na Introdução desta Dissertação), os profissionais de fisioterapia têm como objetivos “prevenir as incapacidades, minimizar ou retardar a dependência funcional, potencializar as capacidades remanescentes, valorizar a auto-imagem, proporcionar atividades de lazer, estimular a criatividade e a socialização” (IZZO, 2006, p. 168). O trabalho com os aprimorandos de fisioterapia envolve reflexões sobre preconceitos com relação a essa população, conscientização das diferenças individuais entre os pacientes idosos e sua capacidade de adaptação a novas situações e comportamentos. Aos pacientes são propostos exercícios em grupo, estimulando a consciência corporal, a integração social, a aceitação das diferenças físicas entre os participantes e a melhora dos movimentos corporais no seu dia-a-dia.

A inserção do profissional de fonoaudiologia no contexto hospitalar é recente. A fonoaudiologia atua em todos os âmbitos da unidade geriátrica. No ambulatório faz avaliação e tratamento de distúrbios fonoaudiológicos e atua na promoção da saúde; na enfermagem realiza triagens identificando problemas na fala, audição, motricidade oral, voz e linguagem. Svezia e Trech (2004), em pesquisa realizada com fonoaudiólogas que trabalham com idosos, identificaram que tais profissionais possuem uma visão do paciente muito próxima ao conceito fragmentado e mecanicista do ser humano já apresentado, valorizando os aspectos anatomo-fisiológicos. A experiência subjetiva relacionada ao conceito próprio de velhice e envelhecimento em geral mostrou-se negativa, o que influencia nas concepções diretamente associadas, como limitações, morte e doenças. Essas questões incorrem em dificuldades no tratamento ao paciente geriátrico.

As autoras chamam a atenção para a necessidade da criação de recursos e espaços para a reflexão e o trabalho das questões associadas ao envelhecimento entre os profissionais da área com o objetivo de otimizar a relação com o paciente idoso. Além disso, enfatizam também a importância da integração com a equipe multiprofissional (SVEZZIA; TRENCH, 2004).

O afastamento do paciente por parte dos profissionais e a negação da morte no contexto hospitalar são produtos de um contexto maior: o sistema industrial capitalista. Em prol da produção, da eficiência técnica e da rapidez, as relações interpessoais ficaram em segundo plano. Os mortos não produzem nem consomem, por isso são marginalizados e nos lembram que um dia também o seremos, apesar de nossos esforços para fazer parte desse

sistema. O que resta aos profissionais da saúde é, então, negar e se afastar da morte e dos mortos (SANTOS, 1983).

Na clínica geriátrica em que atuei foi criado um espaço para a reflexão sobre a concepção subjetiva de morte entre os profissionais da Medicina e da Psicologia. A ideia partiu da profissional responsável pela Psicologia no serviço com um dos médicos preceptores, os quais faziam o papel de coordenadores do grupo. Eram marcadas reuniões semanais, das quais tive oportunidade de participar. Discutiam-se experiências pessoais de perdas de entes queridos e/ou de sensação de proximidade da morte. A presença não era obrigatória, mas recomendada. Também não era obrigatória a manifestação dos elementos do grupo.

No início foi uma experiência positiva, apesar dos atrasos de horários dos residentes, ocupados em sua prática. Após três ou quatro encontros, cada grupo ia dispersando-se e diminuindo, até não existir mais. A cada nova turma de residentes havia nova proposta de formação de tais reuniões, dada a importância estabelecida da reflexão dos profissionais que atuam com idosos e que lidam com o tema da finitude e morte, que permeiam de forma simbólica essa fase da vida, como já discutido anteriormente. Frequentemente, os residentes expressavam satisfação em poder falar sobre tais assuntos, pois consideravam importantes tais reflexões e não possuíam outro espaço para tanto. Os demais profissionais não foram integrados na experiência destacada.

A criação de espaços de expressão como o relatado é fundamental em qualquer equipe multidisciplinar. Para Klafke (1998), a capacidade de falar da morte está relacionada às experiências anteriores de perda de entes queridos ou de proximidade da própria morte, à presença ou não de religiosidade e à ansiedade ante a expectativa da própria finitude, temas que devem ser trabalhados nesses espaços, na medida do possível. Alguns autores (CASSORLA, 1998; KÓVACS, 1992, 1998) discutem a importância de se falar da morte para lidar com ela como sendo parte da vida, principalmente entre os profissionais da saúde, que lidam em seu cotidiano com sua imprevisibilidade.

Santos (1983) aponta para o movimento atual de entrada do tema da morte nas universidades. A contestação do sistema atual nesses contextos traz também o interesse pelo assunto que esse sistema nega: a morte vem se tornando assunto recorrente das investigações científicas.

Kübler-Ross é uma das autoras que trouxeram para o campo geriátrico um conceito mais compreensivo do sofrimento e da arte de cuidar do paciente que está no final da vida, ultrapassando a visão estritamente biomédica do paciente idoso, além de incentivar o falar

sobre a morte e do morrer (PESSINI; BERTACHINI, 2005). Suas obras fazem parte da bibliografia básica dos cursos de graduação das várias áreas do conhecimento aqui discutidas.

No hospital, o paciente gravemente enfermo, em geral, ainda é tratado como alguém com pouco ou nenhum direito a opinar e muitas informações lhe são ocultadas, como se ele não pudesse participar das decisões sobre sua própria saúde. Esse fato é observado no cotidiano do idoso, mesmo saudável, colocado, assim, numa posição passiva diante da própria vida. E quando hospitalizado e enfermo, acaba por perder o controle sobre sua doença e da própria morte, acentuando-se a passividade (KÜBLER-ROSS, 1998). Tal despersonalização causada pelo processo de internação hospitalar tem íntima relação com o medo da perda de identidade experienciado pelo paciente idoso, fonte de mais sofrimento e insegurança (PAPALÉO NETTO, 1999).

O sentimento de impotência diante do paciente gravemente enfermo faz com que a atitude do profissional se concentre nos procedimentos que deve executar como uma defesa contra suas limitações e a consciência da mortalidade do outro e da sua própria mortalidade (KÜBLER-ROSS, 1998).

Os profissionais da saúde, que são um dos focos do presente capítulo, são confrontados com pacientes naturalmente limitados pelo declínio do corpo e mais próximos da ideia de morte. Além de terem de lidar com essas limitações, profissional e paciente estão imersos numa sociedade que não reconhece nenhum valor na condição de ser idoso, dificultando ainda mais o trabalho direto com essa população na situação de enfermidade (LEME, 1999). Motta e Aguiar (2007) acrescentam que, na prática, o que o atendimento aos idosos exige dos profissionais é o trabalho constante com pacientes e familiares, lidando o tempo todo com situações de perdas e morte, estimulando a interlocução cada vez mais necessária da equipe.

Constata-se a dificuldade de lidar com a morte no contexto hospitalar em exemplos como o de não se falar a palavra morte nas comunicações entre a equipe multiprofissional. Também percebe-se tal negação quando os profissionais encaram a morte de um de seus pacientes como uma situação de fracasso por não conseguirem salvar aquela vida. (KLAFKE, 1998). Tal fato evidenciou-se nos grupos de reflexão sobre a morte dos quais participei, em que o número de encontros foi reduzido e houve a consequente dispersão dos residentes em Geriatria conforme a temática ia sendo aprofundada.

Em consequência dessa negação da morte e do sentimento de fracasso e culpa diante do óbito de um paciente, há um grande sofrimento dos profissionais. A onipotência é o mecanismo de defesa usado diante desse sofrimento não elaborado, com o qual o indivíduo

não consegue lidar, criando resistências para o trabalho de enfoque diferente do caráter multidisciplinar. Dificilmente, os profissionais conseguem lidar de forma construtiva com a morte, bem como perceber e respeitar seus próprios limites (CASSORLA, 1992; KLAFKE, 1998).

Para Kübler-Ross (1998), somente aquele profissional que lida de forma suficientemente satisfatória com seu próprio complexo de morte pode ser capaz de ajudar o paciente na situação de ansiedade e medo diante da doença e da finitude. Goldfarb (1998) acrescenta que a resistência no atendimento ao idoso advém da “negação do próprio processo pessoal de envelhecimento”, numa tentativa de fuga do “confronto com seu próprio destino” (p. 18).

As reações do profissional em seu trabalho refletem-se diretamente no cotidiano do paciente, podendo contribuir para sua melhora ou piora. É interessante destacar que Kübler-Ross (1998) recomenda como fonte de amadurecimento pessoal e profissional o trabalho direto com os pacientes idosos, pacientes muito doentes ou em fase terminal.

Quem trabalha com a população idosa deve ter conhecimento de suas limitações emocionais diante do tema da morte, ter clara a visão da possibilidade da própria finitude tanto quanto da relação de dependência dos outros na situação de enfermidade, para transmitir confiança e apoio ao paciente e a sua família (PAPALÉO NETTO, 1999).

O medo de enfrentar a possibilidade da própria finitude, do próprio adoecimento e da dependência de um outro configura-se num impedimento para enfrentar a realidade do idoso enfermo (LEME, 1999). Barrantes-Monge, Rodríguez e Lama (2009) relatam que muitas vezes os profissionais de saúde nem falam diretamente ao paciente idoso para dar informações e prescrições, e sim aos seus familiares. Isso não é praticado somente nos casos em que o idoso tem alguma limitação cognitiva ou auditiva, mas simplesmente por preconceito (*ageismo* ou *viejismo*) e falta de empatia.

No hospital, diante da doença, essa condição de menos digno pode agravar-se e o autor aponta para a necessidade de o gerontólogo “definir e defender quando necessário esta dignidade humana presente nos pacientes que freqüentemente não possam assumir esta mesma defesa” (p. 101). Por isso, a assistência verdadeira ao idoso é aquela que o identifica como ser único no mundo e o dignifica (LEME, 1999).

Lembro-me da paciente Ana, 76 anos, que atendi na enfermaria, então internada há mais de vinte dias com problemas renais e muito inchaço no abdômen. Ela relatava que não aguentava mais estar internada e que não recebia visitas, pois o único filho que a visitava, dentre os quatro que ela tinha, trabalhava. Além disso, achava que os profissionais de

enfermagem se incomodavam em atender suas solicitações, como levá-la para ir ao banheiro ou colocá-la na cadeira, interpretando ainda essas reações como de “má vontade”, o que emocionalmente lhe causava muito desconforto. Às vezes expressava o desejo de morte em momentos de muita angústia com a situação de internação e o desconforto físico e emocional que sentia.

Em um de nossos encontros perguntei a ela como era sua atitude diante da necessidade de pedir ajuda antes da internação. Ela respondeu-me que “nunca pedia ajuda, pois não precisava, podia andar e se virar sozinha, não tinha dores nem limitações”. Entendi que pedir ajuda, então, instituíra uma ferida narcísica diante dessa onipotência relatada. Notei que a questão ali não era tanto a indiferença afetiva ou o descaso dos profissionais, interpretado por ela própria, mas a questão dos limites do corpo que Ana estava sentindo, motivo de queixas constantes que culminaram na negação desse conflito. Incomodavam-lhe, de fato, a falta de autonomia e o fato de precisar pedir o auxílio do outro, algo que nunca em sua vida havia necessitado e não gostava de fazer. Na escuta de sua biografia ficou clara tal dificuldade e o custo que para ela tinha necessitar de auxílio e, em especial, solicitá-lo à equipe. Essa foi a ênfase então dada nos seus atendimentos: que agora necessitava de auxílio diante da limitação de seu corpo e que a dificuldade com relação à equipe de enfermagem era uma projeção de suas próprias dificuldades enquanto idosa.

Tal onipotência caracterizava uma defesa contra os limites impostos pelo envelhecimento, a doença e a percepção da própria finitude. A solidão e carência afetiva da paciente potencializavam sua defesa e, assim, amenizavam o sofrimento do ego. Sua ordem pessoal onipotente confluía com as ordens dos profissionais que ofereciam ajuda, tornando o fato de necessitar expressar tal necessidade algo que deveria ser reprimido e ficar oculto por detrás das queixas da equipe.

Certa vez, quando a atendia, entrou no quarto a fisioterapeuta oferecendo à paciente ajuda para sair da cama e se sentar, pois essa postura melhoraria seu desconforto abdominal. A paciente não aceitou, dizendo que “não precisava sentar-se”. A fisioterapeuta chamou sua superior, que era mais enfática, e esta insistiu para que a paciente ficasse um pouco sentada, para “o seu próprio bem”. Eu ainda permanecia ao lado de Ana e não havia sido incluída na comunicação com as colegas até então. Tomei a iniciativa de dizer à paciente que poderia aceitar a ajuda dos profissionais e aliviar-se da angústia de ocupar um lugar de dependência. Perguntei se ela gostaria de se sentar, conforme o sugerido no momento pelas profissionais presentes. A paciente olhou para mim, permaneceu um pouco em silêncio e aceitou a ajuda.

As intervenções junto à paciente foram no sentido de demonstrar compreensão diante de sua atitude defensiva e permitir que os profissionais presentes naquele momento (fisioterapeutas) também pudessem compreendê-la. O ato de sentar tornou-se possível. Um momento de interdisciplinaridade foi vivido por nós da equipe, ou seja, houve a atuação conjunta de duas diferentes áreas do conhecimento para uma maior compreensão da paciente como sujeito total.

Podemos concluir que diante das intervenções realizadas: a afirmação do desejo e da autonomia da paciente, ao perguntar se ela queria se sentar naquela hora, e a constatação, diante de seu histórico de nunca precisar pedir ajuda, de que ela necessitava ser auxiliada e que isso não era necessariamente ruim ou vergonhoso para ela, diante de tais intervenções, a paciente pôde encarar os cuidados da fisioterapeuta como algo positivo, que não feria sua autonomia, individualidade ou dignidade. A negação e a resistência de Ana foram, assim, elucidadas e ela pôde lidar de outra maneira com seu conflito, mantendo sua dignidade, como discutido por Leme (1999).

O diálogo da fisioterapia e da Psicologia, assim como os demais, não era uma prática constante já que cada membro da equipe, estava imerso apenas em sua própria ordem profissional. Tal atuação é um exemplo de como o psicólogo pode e deve instituir a subjetividade do paciente não só nos atendimentos psicológicos que realiza, mas também diante das intervenções de outros profissionais, que, a princípio, têm o foco somente no corpo físico.

A diversidade das ciências requisitou a especialização e divisão, a fim de que se delimitassem as fronteiras de um conhecimento. No entanto, as disciplinas atualmente falham ao não contemplarem a complexidade de fenômenos humanos como o envelhecimento. Para Zuben (2001), impõe-se aí a necessidade da atualização da abordagem multidisciplinar, que ele chama de transciente ou metadisciplinar, que nada mais é do que a consideração da totalidade do ser humano sem deixar de lado suas particularidades, na dialética entre o todo e as partes. Ele acrescenta ainda a necessidade da aceitação das incertezas, ou seja, deixar de lado a onipotência no que concerne ao uso da ciência no cuidado do ser humano, particularmente o idoso.

Segundo Rezende (2000), os pacientes em processo de morte (e podemos incluir os idosos, para os quais a questão existencial é a proximidade da própria finitude) gostam de falar naqueles que mais amaram e não buscam falar da morte para se prepararem para esse acontecimento. A tarefa do psicólogo é a escuta dessa tentativa de transcender o fim, ser continente para as mais diversas questões. É ouvir as histórias contadas e captar a forma pela

qual expressam seus sentimentos relacionados à aproximação da morte. Esse trabalho implica em ter tempo e espaço para elaborações e aceitar a limitação de não se chegar a algum lugar, de imediato.

Para a autora, quando a percepção da proximidade da morte pode ser compartilhada, os pacientes têm uma forma de canalização da tristeza e da sensação de derrota diante do desconhecido, porém inevitável. Têm, assim, uma melhor percepção e aceitação de seus limites, fortalecendo-se diante da doença e suas consequências (CASSORLA, 1992).

Para Zuben (2001), dar a possibilidade ao idoso de recordar e falar de vivências passadas tem função saudável no psiquismo, porque “a reminiscência reforça a identidade” (p. 170), ou seja, num mundo em constante mudança e onde é tarefa difícil situar-se (principalmente quando se é idoso), poder narrar sua história é poder contextualizar-se no seu mundo e experienciar uma sensação de continuidade fundada na própria história.

Py (2004), ao falar de pacientes idosos com esclerose lateral amiotrófica, descreve exatamente os desafios da velhice confrontada com a doença. Segundo ela, o idoso fica à frente de uma “dupla dificuldade identificatória” (p. 45), ou seja, o indivíduo já sofre com as dificuldades trazidas pelos aspectos negativos agregados simbolicamente à velhice (incapacidade, feiúra, deformidade, limitações, morte, etc.) e a doença vem acentuar tudo que é negativo nesse corpo envelhecido, afetando ainda mais construção (ou reconstrução) de seu ideal de ego. Além disso, as limitações e sintomas trazidos pela doença acabam por potencializar a percepção da proximidade da finitude.

Certa vez, atendi um caso na enfermaria do Serviço de Geriatria que também ilustra as dificuldades trazidas pelos limites do corpo e da doença. A paciente Maria, 77 anos, estava internada há quinze dias e apresentava obesidade, linfedema por trombose, que já a impedia de andar, e osteoporose, que provocava frequentes quedas. Foi encaminhada por uma das médicas residentes porque estava “poliqueixosa” e tinha “diagnóstico de depressão”, com controle medicamentoso.

Nos atendimentos em Psicologia, queixava-se bastante de dores e ressentia-se porque antes podia andar de bengala e agora não mais levantava da cama, estando totalmente dependente de um de seus filhos, fato que lhe dava muito pesar. Havia perdido o marido há um ano e meio. Tive a oportunidade de atendê-la por duas vezes, pois logo teve alta. Já no segundo atendimento, Maria referiu-se novamente às dores e à tristeza por não poder mais andar e mostrou o quanto estavam inchados um de seus braços e as pernas. Disse que lhe informaram que o caso dela “não tinha mais jeito”, ou seja, não poderia mais levantar-se

sozinha. Então, concluiu que iria “morrer disso” e, em seguida, corrigiu-se dizendo que acreditava “em Deus e que iria ter jeito”.

Nota-se que a fala sobre o quadro da doença, particularmente as dores que sentia, a impossibilidade de andar e a deformidade corpórea, evocaram a ideia de morte para Maria. A percepção das limitações e da deformidade do corpo acentuava a negatividade de um corpo envelhecido e impediam que Maria pudesse identificar-se com seu ideal de ego, que não poderia mais coincidir com o real que saltava a seus olhos, empiricamente constatado (PY, 2004).

Também nas entrevistas efetuadas na pesquisa realizada no Serviço de Geriatria (detalhada na Introdução desta Dissertação) pude identificar frequente relação entre a doença e a percepção da possibilidade da própria morte. Quando perguntados sobre o tema da morte (questão 5 do Anexo A), surgiram respostas como: “Não com frequência, só quando tenho algum problema de saúde mais” (sujeito 9, ambulatorial); “De tempos em tempos. Quando estou com muita dor” (sujeito 18, ambulatorial).

Tais experiências psíquicas pelas quais os idosos passam no próprio processo de envelhecimento e no adoecimento não são do conhecimento de todos os profissionais da Geriatria e da gerontologia, no entanto, são aspectos importantes a serem considerados no cuidado ao paciente geriátrico. Py (2004) destaca a importância do psicólogo na disseminação desse conhecimento e na sua utilização no atendimento a essa população. “Na confluência dos ensinamentos gerontológicos e tanatológicos, estão os psicológicos, a terceira margem do rio por onde navegamos para alcançar os nossos pacientes, do lado de cá da ciência, no âmago da nossa mais pura humanidade” (p. 44).

O psicólogo, assim como o restante da equipe, tem de lidar com suas próprias experiências de morte e suas próprias fragilidades no atendimento geriátrico. É importante o estudo sobre o tema desde a graduação, já que “a morte, a finitude, a perda e o abandono são angústias fundamentais do homem”, objetos de estudo fundamentais para a Psicologia (KÓVACS, 1998, p. 84).

A descrição da experiência no Serviço de Geriatria ilustrou, essencialmente, o que é e como funciona uma equipe multiprofissional.

Apesar das tentativas de configurar espaços de discussão sobre o tema da morte, contexto de enfrentamento diário inevitável, bem como as intervenções interdisciplinares feitas, há um longo caminho a ser percorrido.

A interação dos profissionais em qualquer tipo de equipe de saúde enfrenta tais questões. O psicólogo, particularmente, realiza um trabalho importante de inserção da subjetividade na escuta do paciente e no contato com os outros profissionais.

No entanto, faz-se necessária a legitimação de integrações mais consistentes que as descritas para a configuração de uma equipe interdisciplinar que transcenda as diferenças entre os saberes e promova uma visão mais totalizada do indivíduo idoso, integrando as diferenciações presentes.

Os atendimentos que realizei com a paciente Maria, por exemplo, foram importantes naquele período de atuação na Geriatria, sendo um dos exemplos de como a Medicina valorizou a importância da presença da Psicologia.

A experiência vivida, que serviu de ponto de partida para as ampliações teóricas aqui apresentadas, configura uma tentativa de reafirmar a importância do compromisso da Psicologia no direcionamento de um olhar diferenciado ao paciente e às equipes dos serviços de Geriatria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o percurso das elaborações realizadas no transcorrer dos capítulos anteriores, serão desenvolvidas agora algumas considerações na tentativa de refletir a respeito dos temas discutidos e abarcar os objetivos propostos.

Vimos que a etapa da velhice é constituída por mudanças psicoemocionais, sociais e físicas marcantes no desenvolvimento humano. Tais fatores, somados ao acúmulo de perdas decorrentes da passagem do tempo, impõem ao idoso desafios na constituição de sua identidade, bem como um confronto real com a possibilidade do fim da própria existência.

O desafio primordial configura-se com a constatação da proximidade da morte e os limites impostos pela finitude na chegada a essa etapa. A tarefa do idoso constitui-se em aceitar sua mortalidade e, mesmo diante dessa possibilidade, ser capaz de ressignificar a própria vida para investir em seu presente e poder continuar traçando metas para o futuro, mesmo imediato. Tal tarefa faz parte da necessidade do aparelho psíquico de manter seu fluxo de energia libidinal e, conseqüentemente, a continuidade do ego e vai depender de sua estrutura psíquica, além do meio em que vive.

Foi discutido que o meio social e cultural em que o idoso se insere é definitivo na sua concepção de velhice e morte. A valorização sociocultural da juventude e do futuro em detrimento da velhice e do passado, bem como o rechaço e negação em relação à morte, potencializam as dificuldades já encontradas na velhice para realizar esse caminho de enfrentamento e elaboração. Torna-se mais difícil aceitar a morte como parte da vida e manter um sentido à própria existência diante desse quadro.

Além disso, constatou-se que grande parte dos idosos possui medo da morte justamente pelo que pode anteceder-lá: sofrimento, dependência e solidão. Primeiramente, há o medo do sofrimento causado pelas doenças tumorais e crônico-degenerativas, cada vez mais frequentes nos idosos. A marginalização do idoso em nossa sociedade, a precariedade dos serviços de saúde e previdência, bem como o medo da não-disponibilidade para o cuidado por parte da família nuclear potencializam tal sentimento. E, por fim, a despersonalização causada pelo ambiente hospitalar nos momentos finais do ser humano e a negação da morte pelos próprios profissionais da saúde, produtos do contexto sociocultural, dificultam ainda mais o enfrentamento das situações que podem anteceder a morte e o temor da finitude.

Configura-se, então, um duplo desafio para o idoso no âmbito hospitalar: além do confronto com a ideia da finitude trazida pela entrada na velhice, enfrenta as limitações da doença, que lhe institui no real do corpo a constatação da possibilidade da própria morte.

Desse modo, o psicólogo hospitalar é capaz de acolher a angústia de morte trazida pelo momento da doença e da internação, podendo auxiliar na elaboração de tais conflitos e seu melhor enfrentamento.

Faz-se necessária a ampliação e divulgação dos espaços de reflexão sobre a morte e o morrer nos hospitais, tanto para os pacientes quanto para os profissionais, trabalho que já vem sendo estabelecido em alguns Serviços de Geriatria, como nos exemplos citados do GAMIA e dos grupos com os residentes de Medicina, ambos com a participação decisiva da Psicologia. Com o conhecimento adquirido na sua formação sobre o sofrimento psíquico causado pela negação da morte no cotidiano, o psicólogo torna-se agente desse movimento de humanização da morte nas instituições hospitalares.

A importância desse movimento entre os profissionais da saúde estende-se aos profissionais da educação para que a humanização da morte seja possível desde a infância, numa mudança, em longo prazo, na concepção de morte para as futuras gerações, inclusive de idosos.

Considerando-se o trabalho do psicólogo no hospital, vimos que a importância de sua atuação vem sendo cada vez mais reconhecida por privilegiar pacientes, equipes e familiares. As possibilidades que esse profissional traz para o paciente envolvem o reconhecimento de sua subjetividade e biografia, bem como a elaboração dos conflitos trazidos pela situação de enfermidade, hospitalização e evolução da doença. Para os familiares e equipes, ele é capaz de ser um agente facilitador da relação entre as subjetividades, justamente por não estar focado somente no tratamento da doença somática.

Na ala geriátrica, as particularidades da etapa da velhice e sua relação com a finitude, questões discutidas anteriormente, configuram-se fatores relevantes para o foco psicológico durante sua permanência no hospital. As dificuldades encontradas pelos profissionais das diversas áreas da saúde com esses pacientes, tanto no tratamento das múltiplas doenças quanto no reconhecimento das questões que perpassam essa etapa da vida e no enfrentamento concreto da questão da morte, abrem espaço para a ação da Psicologia. O psicólogo pode compreender, acolher e pontuar tais dificuldades durante o cotidiano e nas reuniões de equipe, tornando-se um facilitador na relação paciente idoso-equipe. Além de atuar na busca da reafirmação da dignidade dessa população na instituição.

À luz da teoria psicanalítica pudemos apresentar alguns pressupostos norteadores do trabalho na Geriatria. Assinalamos que tal base teórica pode nos fornecer o entendimento das mudanças psíquicas que ocorrem na etapa da velhice, bem como proporcionar elementos para as intervenções. Diante dos conflitos gerados pela crise narcísica, pelas modificações na interação entre as instâncias psíquicas (ego, superego e id), e diante da falha no ideal de ego, pôde-se compreender o agravamento dessas questões com a ocorrência de doenças físicas e a necessidade de internação hospitalar. A doença instaurada no real do corpo vem acentuar todos os aspectos negativos simbolicamente associados ao idoso, conferindo-lhe uma dupla dificuldade identificatória.

Conhecendo o fato de que o trabalho com o paciente idoso deve ser o de encontrar margens de manobra para o enfrentamento das questões do envelhecimento, dentro de sua estrutura psíquica, temos subsídios para entender melhor as defesas psíquicas utilizadas no âmbito hospitalar, bem como os ganhos secundários advindos da doença e da hospitalização. Pode-se auxiliar o paciente idoso a manter sua identidade e uma postura ativa diante da doença e das limitações decorrentes.

Outro fator importante trazido pela teoria psicanalítica é o entendimento das questões contratransferenciais desencadeadas pelo encontro entre profissional e paciente idoso, que envolvem as limitações da finitude e do tempo. Entender tais aspectos auxilia os profissionais da Psicologia a evitar projeções no paciente de temores próprios com relação a essas questões.

Em minha prática na equipe de Geriatria, encontrei pacientes idosos que na sociedade não encontravam um espaço de escuta e valorização. Estando no hospital, a situação não era muito diferente.

Minha função era, então, oferecer um espaço diferenciado de escuta do que estava por trás das queixas somáticas, dos problemas manifestados entre pacientes e profissionais, da posição de passividade em que os idosos se colocavam e eram colocados, da não-adesão aos tratamentos propostos ou, ao contrário, da configuração de dependência em relação à instituição hospitalar e seus representantes, do isolamento, da agressividade, da mania, da tristeza. Ou seja, oferecer um espaço de reconhecimento dos idosos e legitimação do seu sofrimento, qualquer que seja este.

A tentativa em minha atuação, embasada nos pressupostos psicanalíticos, era não só a de acolher o sofrimento, mas de fazer o paciente escutar-se, de provocar questionamentos às queixas manifestas, trazendo à tona a história por trás daquelas angústias.

O que sempre tive em mente foi a importância de não ser mais uma fonte de repetição do sintoma social de projeção de tudo que é negativo no idoso. Pelo contrário, fazer emergir o

sujeito idoso desejante, que pode fazer escolhas, principalmente num contexto em que a ordem vigente pouco lhe dá essa oportunidade.

Esta Dissertação teve como ponto de partida as experiências em meu percurso profissional com pacientes idosos em situação de enfermidade, no contexto hospitalar. Deparei-me com as demandas específicas a esses pacientes, mas também com as particularidades da inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar.

Durante a presente Dissertação, foram apresentadas as dificuldades na interação e comunicação entre os saberes, destacou-se a importância do conhecimento das especificidades físicas, sociais e psíquicas do paciente geriátrico, que configuram a necessidade de uma maior colaboração entre os membros da equipe nesse tipo de serviço, caminhando para a interdisciplinaridade – tarefa de difícil cumprimento, como exposto. Enfatizou-se também o papel do psicólogo como catalisador dessa integração. Por conta das resistências ainda presentes com relação ao trabalho do psicólogo hospitalar dentro das equipes, faz-se necessário que esse profissional tenha clareza de suas atribuições nesse campo e segurança para demonstrar os resultados obtidos com suas intervenções, ampliando, assim, o reconhecimento de sua importância e inserção na equipe.

Em minha trajetória confrontei-me com os desafios impostos por essa realidade e em algumas situações obtive sucesso na comunicação com outros profissionais e pude deixar mais uma semente para a real valorização do trabalho do psicólogo naquela equipe. Muitos que passaram e ainda se encontram no serviço também puderam afirmar nosso lugar como área representante de um saber diferenciado a respeito da velhice dentro e fora desse contexto. Todavia, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Encontra-se na literatura muitos trabalhos referentes à Psicologia do Envelhecimento, no entanto, é identificada uma deficiência de pesquisas com tal população no âmbito hospitalar. Penso que esta Dissertação pode colaborar para um olhar mais atento dos psicólogos e de outros profissionais às necessidades desses pacientes e à necessidade de maior interação da equipe de Geriatria. Além disso, o presente trabalho pode promover reflexões sobre o papel do psicólogo e da ainda presente submissão à ordem médica, fator em grande parte decorrente da dificuldade da apropriação de uma identidade profissional dentro da instituição onde reina esse saber.

O uso de técnicas de exclusividade do psicólogo, como o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, configura-se numa das possibilidades de facilitação dessa apropriação do conhecimento. São necessários mais estudos em tal área, mas o que se espera é ter podido colaborar também com isso por meio dos relatos dos casos aqui apresentados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A contribuição dos especialistas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 6, n. 1, 1986. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931986000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 6 out. 2010.

ABRAHAM, K. **La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada**. Buenos Aires: Editora Hormé, 1959. In GOLDFARB, D. C. **Do tempo da memória ao esquecimento da história: um estudo psicanalítico das demências**. 2004. 224 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004a.

ADAMS, W. L. et al. **Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard?** The Gerontologist, v. 42, n. 6, pp. 835-842, 2002.

ALAMY, S. **Ensaio de Psicologia hospitalar: a ausculta da alma**. Belo Horizonte: Ed. Do autor, 2007 (2ª ed).

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.) **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar**. São Paulo: Traço, 1984.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A. M. L. **Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice**. Mneme, UFRN, v. 6, n. 13, pp. 1-12, 2005.

BALTES, P. B. In: Neri, A. L. (org). **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente**. Campinas: Papirus, pp. 9-12, 1995.

BALTES, P. B. Life-span developmental psychology: Some converging observations on history. In P.B. BALTES & O. G. BRIM, Jr. **Life-span development and behavior**. New York: Academic. v. 2, pp. 255-279, 1979.

BARRANTES-MONGE, M.; RODRÍGUEZ, E.; LAMA, A. **Relación medico-paciente: derechos del adulto mayor**. Acta Bioethica, Santiago: v. 15, nº 2, pp. 216-221, nov., 2009.

BATISTA, S. A. et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Disponível em: <www.previdencia.gov.br>. Acesso em 28 fev. 2010.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 6ª ed. Tradução Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BIANCHI, H. **O eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento**. trad. Jean M. J. Briant. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

BIRMAN, J. **Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise**. In VERAS, R. P. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 1995.

BORGES, M. C. M. **O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil**. In VON SIMSON, O.R.M.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2ª ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

BOSI, E. **Memória da cidade: lembranças paulistanas**. Estudos avançados: São Paulo, vol. 17, nº 47, abr/2003.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 fev. 2011.

CAIRUS, H. F. **Ser velho entre os gregos**, Rio de Janeiro, 2000.

Disponível em: <<http://www.lettras.ufrj.br/proaera/cvhc.htm>>. Acesso em 23 fev. 2009.

CAMACHO, A. C. L. F. **A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto: v. 10, nº 2, pp. 229-233, mar/abr, 2002.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CASSORLA, R. **Reflexões sobre a psicanálise e a morte**. In: KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

COMCIENCIA. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico.

Disponível em: <<http://www.comciencia.br/entrevistas/envelhecimento/NERI.htm>>. Acesso em 10 nov. 2008.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento** – 1ª. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2004.

DOLL, J.; PY, L. **O idoso na relação com a morte: aspectos éticos**. In: NERI, A. (org.) **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2007.

FREUD, S. **Sobre a psicoterapia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1904, vol. VII.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**, Rio de Janeiro: Zahar, 1976 (2ª. Ed.).

FREUD, S. **Sobre a psicoterapia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1904, vol. VII.

_____. **Sobre o narcisismo**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1914, vol. XIV.

_____. **Luto e melancolia**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1915, vol. XIV.

_____. **Atitude para com a morte**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1915, vol. XIV.

_____. **Sobre a transitoriedade**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1915, vol. XIV.

_____. **Além do princípio do prazer**. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1920, vol. XVIII.

_____. **Análise terminável e interminável**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1937, vol. XXIII.

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. **Do tempo da memória ao esquecimento da história: um estudo psicanalítico das demências.** 2004. 224 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004a.

_____. **Demências.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte.** Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

HAMMER, E. F. **Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1981.

HAVIGHURST, R. J. **History of Developmental Psychology: Socialization and Personality Development through the Life Span.** In: BALTES, P. B. **Life-span developmental psychology.** Academic Press, Inc, New York, 1973.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano.** Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.

ISMAEL, S. M. C. **A inserção do psicólogo no contexto hospitalar.** In ISMAEL, S. M. C. (org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

IZZO, H. **A reinserção social do idoso como meta do programa de fisioterapia em um hospital-escola do município de São Paulo.** São Paulo: O Mundo da Saúde, v. 30, nº 1, pp. 166-170, jan./mar., 2006.

KASTENBAUM, R. **Psicologia da morte.** Trad. Ruth Aisenberg, Adelaide Petters Lessa. São Paulo: Pioneira: editora da Universidade de São Paulo, 1983.

KLAFKE, T. E. **O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia.** In CASSORLA, R. (coord.). **Da morte: estudos brasileiros.** 2ª. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

KLEIN, M. **O sentimento de solidão: nosso mundo adulto e outros ensaios.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KÓVACS, M. J. (coord.) **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____, **Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde.** In CASSORLA, R. (coord.) **Da morte: estudos brasileiros.** 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** Trad. Paulo Menezes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise/ Laplanche e Pontalis.** Daniel Lagache (dir.); Trad. Pedro Tamen. 4ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEME, L. E. G. **O idoso, a morte e o sofrimento.** In PY, L. (org.) **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia.** Rio de Janeiro: NAU, 1999.

LEVINSON, D. J. **A conception for adult development.** American Psychological Association Copyright, v. 41, n. 1, p. 3-13, 1986.

LEVINSON, D.J.; et al. **The seasons of a man's life.** New York: Alfred A. Knopf, 1978.

LOWENTHAL, M. F.; THURNHER, M.; CHIRIBOGA. **Four stages of life.** San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1975.

MARTINS, M. S. et al. **A Relação entre a Percepção da Finitude e a Capacidade de Investimento Libidinal em Idosos em Diferentes Contextos no Serviço de Geriatria do ICHC-FMUSP.** Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP: 2008.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOSCOVICCI, D. **On social representatio.** In: J. P. Forgas (ed.) **Social Cognition perspectives on everyday understanding.** Londres: Academic Press, 1981.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, nº 2, pp. 363-372, 2007.

MOURA, M. D. **Psicanálise e hospital.** RJ Editora Revinter, pp. 3-19, 1996.

NERI, A. L. (org.) **Maturidade de velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (orgs.); CACHIONI, M. (colab.) **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. 2ª. ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.

Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do Jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In: VON SIMSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2ª ed. Campinas: Alínea, 2006.

Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: NERI, A. L. (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

NEUGARTEN, B. L. Adult personality: toward a psychology of the life cycle. In B. L. NEUGARTEN (Org), **Middle age and aging: a reader in social psychology**. Chicago: University of Chicago Press, pp. 137-147, 1968.

PAPALÉO NETTO, M. **Finitude: hospital-fronteira** in PY, L. (org.). **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia**. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, nº 1, fev. 2001.

PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. **Geriatria: uma especialidade centenária**. Scientia Medica, Porto Alegre: v. 19, nº 4, pp. 154-161, out./dez., 2009.

PEREIRA, P. A. P. Formação em serviço social, política social e o fenômeno do envelhecimento. In: SEMINÁRIO SOBRE EDUCAÇÃO SUPERIOR E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL, 2005, Brasília. **Anais eletrônicos**. Brasília: Ministério da Educação, 2005. Mesa-redonda. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/envelhecimento/formacao-social-potyara.pdf>. Acesso em 18 set. 2010.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, Geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade**. O Mundo da Saúde, São Paulo: ano 29, v. 29, nº 4, out./dez. 2005.

PY, L. **Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre os idosos e seus familiares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

PY, L.; SCHARFSTEIN, E. A. **Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivência dos afetos e consciência da finitude**. In: NERI, A. L. (org.) **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

REZENDE, V. L. **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Vera Lúcia Rezende (org.). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2000.

RICCI, N. A. et al. **Interdisciplinaridade na gerontologia: uma revisão da literatura**. Revista Kairós, São Paulo: v. 9, nº 2, pp. 19-37, dez. 2006.

RODRIGUES, C. **A arte de bem morrer no Rio de Janeiro setecentista**. Varia Historia, Belo Horizonte, v. 24, nº 39: pp. 255-272, jan./jun. 2008.

RODRIGUES, N. C. **Prefácio**. In PY, L. (org.) **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia**. Rio de Janeiro, NAU, 1999.

SANTOS, C. M. F. **Os profissionais da saúde enfrentam-negam a morte**. In: MARTINS, J. S. (org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 1983.

SANTOS, P. K. **Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2009.

SARAMAGO, J. **As intermitências da morte**. 9ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

SCHLOSSBERG, N. K. A model for analyzing human adaptation to transition. **The Counseling Psychologist**, vol. 51, pp.702-714, 1981.

SEMINERIO, F. L. P. **Existência e Finitude**. In: PY, L. (org.). **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia**. Rio de Janeiro, NAU, 1999.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 4ª ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SVEZZIA, S. L.; TRENCH, B. **Admirável lugar no mundo de velhos: práticas e vivências fonoaudiológicas em hospitais**. Saúde e Sociedade, v. 13, nº 3, pp. 78-91, set./dez. 2004.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. **A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 24, nº 1, pp. 89-98, 2007.

TORRES, W. C. **Morte e desenvolvimento humano**. In PY, L. (org.). **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia**. Rio de Janeiro, NAU, 1999.

VAISBERG, T. M. J. A. **Desenhos-estórias com Tema**. in Trinca, W. (org.) – **Formas de Investigação Clínica em Psicologia. O procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias**. São Paulo, Vetor Psico-pedagógica, 1997.

VENTURI, G.; BOKANY, V. **A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o imaginado**. In NERI, A. L. (org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. T. C. **Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 34, nº 1, pp. 150-159, 2010.

ZUBEN, N. A. **Envelhecimento: metamorfose de sentido sob o signo da finitude**. In: NERI, A. L. (org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

ANEXOS

A. ROTEIRO DE QUESTÕES DO PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Dados de Identificação

Nome: _____ RGHC: _____
 Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____anos
 Sexo: () M () F Escolaridade (anos): _____
 Estado Civil: _____ Companheiro (a): () SIM () NÃO
 Religião: _____ Praticante: () SIM () NÃO
 Profissão: _____ Situação atual: _____
 Renda Pessoal: _____ Renda Familiar: _____
 Número de pessoas que vivem com a mesma renda: _____
 Com quem reside: _____
 Local: () Ambulatório () Enfermaria – Tempo de internação: ____ dias
 Doenças referidas: _____
 Medicações referidas: _____
 Data da Aplicação: __/__/____ Psicólogo: _____
 Tempo da aplicação: _____
 Local da aplicação: _____

Entrevista

1. Houve algo em sua vida que o(a) Sr.(a) considera marcante? O quê? Por que motivos?
2. O(A) Sr.(a) imagina que esse fato poderia ter sido diferente? Se sim, o que teria mudado?
Se não, por quê?
3. Como o(a) Sr.(a) considera seu estado de saúde atual? Como o(a) sr.(a) imagina sua saúde no futuro?
4. O(A) Sr.(a) já pensou em morte? Se sim, o que sentiu? Se não, por que e o que sente falando sobre o assunto?
5. Com que frequência o(a) Sr.(a) pensa na morte? Em que momentos surgem este pensamento?
6. O(A) Sr.(a) possui amigos? Está satisfeito com suas amizades?
7. O(A) Sr.(a) possui relacionamento afetivo? Está satisfeito?
8. O que o(a) Sr.(a) acha que as pessoas pensam sobre os idosos?

9. Descreva um dia em sua rotina.
10. O que o(a) Sr.(a) faz que mais lhe traz prazer? Com que frequência o faz?
11. Se o(a) Sr.(a) pudesse mudar algo em sua vida hoje, o que seria? Por quê?
12. O(A) Sr.(a) tem planos a serem realizados? Se sim, quais seriam? Se não, por quê?
13. O que o(a) Sr.(a) deseja em relação ao amanhã?

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.