

**Fernando Genaro Junior**

**Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de  
Psicologia clínica no SUS**



**Doutorado em Psicologia Clínica**

**IP-USP – São Paulo**

**2013**

FERNANDO GENARO JUNIOR

Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de  
Psicologia clínica no SUS

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Doutor  
em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra

São Paulo  
2013

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

Genaro Junior, Fernando.

Clínica do envelhecimento: sobre o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS / Fernando Genaro Junior; orientador Gilberto Safra. -- São Paulo, 2013.

105 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia clínica 2. Psicologia da saúde 3. Psicologia do idoso  
4. Serviço de referência 5. Clínica ampliada 6. Idoso I. Título.

RC467

Genaro Junior, Fernando

Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

À querida e eterna *Cris*.

Presença amorosa e generosa, que sonhou esse trabalho

antes que eu mesmo pudesse vislumbrá-lo

Minha eterna dívida de gratidão por tantas coisas herdadas, sobretudo o Amor.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Gilberto Safra, muito mais que orientador/supervisor, companheiro, cujas presença e compreensão têm me legitimado como pessoa e clínico, possibilitando-me sempre o “*ir mais além*”.

À Profa. Dra. Margarida Calligaris Mamede, por sua disponibilidade tão generosa e cuidadosa para comigo e com o texto, desde o período do exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez, que me recebeu no departamento de Psicologia Clínica do IP-USP desde meu ingresso e tem acompanhado o percurso desse trabalho de maneira atenciosa, sensível e franca.

Aos meus pacientes, que me ensinam que viver é reinventar a vida todos os dias! Meu profundo respeito e afeto...

A toda minha família, a qual sempre acreditou em minhas escolhas, cada um ao seu modo, mas sempre com um olhar de admiração que me ajudava a continuar, a despeito de minhas ausências (físicas)... Mama, Rafa, “Chico” e agora Mi, Jaque e Rafinha: minha gratidão.

Aos profissionais de saúde, todos, do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte, em especial ao Serviço de Psicologia, minha gratidão e carinho. Lugar fecundo, que incentivou e possibilitou tantas experiências valiosas, das quais resultou este trabalho: muito obrigado!

Aos colegas e amigos do Curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, que desde sempre acolheram e incentivaram meu jeito pessoal de ser professor, lugar especial que preserva e cultiva a boa formação de psicólogos... na pessoa da nossa atual coordenadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Berenice Carpigiani – Berê, meu obrigado!

Ao Walter Moure, meu analista, presença firme e afetuosa, que, com seu sotaque argentino e silêncio, tem me acompanhado por lugares que jamais sonhei percorrer –*Encontro* fundante em meu percurso pela vida: ¡Gracias!

Ao “clã” Meloso, que com alegria e amorosidade sem igual, ofertaram-me desde sempre um lugar singular: Roberta, Ricardo, Rose, Dona Helena, Salvador, Cristina, Clovis, Mariana e recém chegados: Bernardo e Laurinha, serei eternamente grato, Va bene!!

À minha ex-aluna, agora colega, amiga e irmã, Roberta de Siqueira Meloso, Obrigado por estar na minha vida! Love you!

Ao amigo-irmão, Werley Carlos, que desde os bons tempos da “São Marcos” tem sido um companheiro e tanto nesse percurso pela Psicologia e pela Vida: obrigado pelo amor e amizade!

Aos meus “irmãos de alma”, Camilo e Marina Bianchini, nossa amada deve estar orgulhosa!

Aos meus amores mineiros, Fred e Bia, recém chegados em minha vida, sonho nosso futuro!!!

À querida Cristine Lacet, amiga desde época do “Manicômio” nos reencontramos no jardim do IP-USP, indo prestar o exame de seleção para o doutorado e, de lá pra cá, quantas coisas... Merci beaucoup pelas trocas de experiências e de angústias! Logo, logo, será você!!!

À professora e amiga, Marília Ancona-Lopez, que sempre reconheceu e acolheu meus gestos no mundo acadêmico, desde no início, na PUC-SP e UNIP.

Aos amigos “psi” e da vida: Jorge Maaouf, Roberto Veras, Marco Aurélio, Verônica Montanher, Mirela Baise, Patricia Toledo, Cristina Fonseca, Liliane Toledo, Maria Regina Albertini, Lucia Lee, Carmem Silvia, Santuza Cavalini, Claudio Bastidas, Angela Biazi, Cassia Thomaz, Karina Fukumitsu, Angela Piza, Kleber Barretto, Déa Berttran, Jane Berger, Sonia Parente, Ana Maria Najar, Alexandre Watanabe, Tania Possani, Marcelo Soares, Roberta Manna, Regina Gromann, Maria Alice Lapastini, Sandra Amorin, Daniela Della Torre, Ricardo Teles de Deus, Valéria Salles, Nilo Gardin, Luciane de Rossi, Valmari Aranha, Cristina Esteves e Toninho: Obrigado pela amizade!

À professora de inglês e amiga, Maria Eugenia Witzler D ' Esposito, agora também doutora, com seu jeito italiano de ser, que tem me acompanhado devotadamente desde meus preparativos para o exame de proficiência em língua inglesa e na vida: thank you very much!!!

À Léa Nasca, pelos cuidados com a língua francesa: Merci beaucoup!

À Hedy Lamar B. de Oliveira e Gabriel Valente Soares, pela disponibilidade e cuidado na revisão da tese.

A todos, apesar de “tentar” fazer menção a todos, neste momento, penso que não irei conseguir incluir neste pequeno espaço, todos de fato... Àqueles que sempre me ligavam, escreviam e, às vezes, não pude retornar, espero que as ausências cessem um pouco!!!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo incentivo e fomento à pesquisa em nosso país: obrigado!

## EPÍGRAFE

*Estou com muita saudade  
de ter mãe,  
pele vincada,  
cabelos para trás,  
os dedos cheios de nós,  
tão velha,  
quase podendo ser a mãe de Deus  
— não fosse tão pecadora.  
Mas esta velha sou eu,  
minha mãe morreu moça,  
os olhos cheios de brilho,  
a cara cheia de susto.  
Ó meu deus, pensava  
que só de crianças se falava:  
as órfãs.*

“*Pedido de Adoção*” - Adélia Prado (1999)

## RESUMO

Fernando, G., Jr. (2013). *Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica no SUS*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O presente trabalho consistiu em investigar e refletir, sob o ponto de vista clínico, a respeito do processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica voltada à saúde da pessoa idosa, num centro de referência do idoso da cidade de São Paulo, contemplado no Sistema Único de Saúde, o SUS. O interesse por esta pesquisa foi despertado pela necessidade de se compreender as demandas específicas desse tipo de população, para buscar manejos adequados ao atendimento clínico do idoso. Empregamos como método de investigação a pesquisa-ação, que serviu para apresentação e análise das ações propostas ao longo da criação do serviço de Psicologia frente às problemáticas e necessidades clínicas dessa população. A fim de tecer considerações teóricas e clínicas sobre o processo de implantação e a especificidade dessa clínica, partimos da teoria psicanalítica winnicottiana sobre o processo maturacional, das contribuições de Safra e da noção do conceito de perdão em Arendt. Assim, a partir da experiência de implantação e da reflexão desse processo, chegamos a uma concepção de clínica do envelhecimento, a qual contempla alguns eixos clínicos, tais como: 1) a necessidade de a pessoa idosa, na velhice, contar com um ambiente de alteridade que oferte e sustente um lugar ético de interlocução para revisão do sentido da vida; 2) uma clínica oriunda do diálogo contínuo acerca da desconstrução do *self* e da elaboração dos lutos, aspectos estes que favorecem a possibilidade de o idoso acolher a velhice e a sua própria morte como respostas ao percurso de vida; 3) a necessidade de se viver as várias facetas do perdão, como oportunidade de abrir novos espaços, a fim de sonhar um fim último possível e destinar a continuidade da vida para as futuras gerações; 4) a urgência de reflexões clínicas quando as necessidades acima descritas não são possíveis e se instauram situações de adoecimento e intensas agonias; 5) a presença do clínico como testemunho da vida e da morte.

**Palavras-chave:** Psicologia clínica. Psicologia da Saúde. Psicologia do idoso. Serviço de referência. Idosos.

## ABSTRACT

Fernando, G., Jr. (2013). Ageing clinic: the implementation process of a Psychological clinic service at SUS. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This work investigated and reflected, in light of a clinical view, about the implementation process of a Psychological Clinic Service that focused on the health of the elderly, in a reference centre for the aged in the city of São Paulo, contemplated by Sistema Único de Saúde (SUS). The interest for this specific research arose due to the need to understand the specific demands of this population, in order to search for proper management for the elderly therapy setting. Action research was the investigation method chosen to present and analyze the actions proposed throughout the design of the Psychology Service, considering the problems and the needs of this particular population. For the theoretical and clinical considerations about the implementation process and the setting specificity, we addressed the Winnicottian Psychoanalytic Theory about the maturational process, the contributions of Safra and the concept of forgiveness from Arendt. Therefore, having as starting points the implementation experience and the reflection on the process, we conceive the concept of the ageing clinic that addresses some clinical axis, such as: 1) the necessity of the elderly, at the old age, to rely on an environment of alterity that provides and supports an ethical space of interaction to revisit the meaning of life; 2) a clinic that continuously establishes a dialogue with the deconstruction of the self and the elaboration of mournings, aspects that create room for the elderly to welcome old age and their own death as part of the life course; 3) the need to live the various aspects of forgiveness, as an opportunity to open new spaces, in order to dream with a possible end and ensure life continuity to the future generations; 4) the call for clinical reflections when the needs previously described are not possible, and when we have situations of illnesses and intense agony; 5) the presence of the clinician as a testimony of life and death.

**Key words:** Clinical Psychology. Health Psychology. Psychology of the elderly. Reference Service. Elderly.

## RÉSUMÉ

Fernando, G., Jr. (2013). *Clinique du vieillissement: le processus d'implantation d'un service de Psychologie clinique dans le SUS*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Le présent travail consiste à enquêter et à réfléchir, du point de vue clinique, sur le processus d'implantation d'un service de psychologie clinique tournée vers le soin de la personne âgée dans un centre de référence du troisième âge de la ville de Sao Paulo, envisagé dans le Système Unique de Santé, le SUS. L'intérêt pour cette recherche est né de la nécessité de comprendre les demandes spécifiques de ce type de population, afin de trouver des usages adéquats pour la prise en charge clinique du sujet âgé. Nous avons employé, comme méthode de recherche, la recherche-action, qui nous a permis la présentation et l'analyse des actions proposées tout au long de la création du service de psychologie face aux problématiques et aux besoins cliniques de cette population. Afin de tisser des considérations théoriques et cliniques sur le processus d'implantation et la spécificité de cette clinique, nous sommes partis de la théorie psychanalytique winnicottienne sur le processus de maturation, des contributions de Safra et de la notion de pardon chez Arendt. Ainsi, à partir de l'expérience d'implantation et de réflexion de ce processus, nous sommes arrivés à une conception de clinique du vieillissement, laquelle observe certains axes cliniques, tels que : 1) la nécessité, pour le sujet âgé, dans la vieillesse, de s'appuyer sur une atmosphère d'altérité qui offre et soutienne un espace éthique d'interlocution pour la relecture du sens de la vie ; 2) une clinique en provenance du dialogue continu sur la déconstruction de soi et élaboration du deuil, ces aspects qui favorisent la possibilité, pour la personne âgée, d'accueillir la vieillesse et sa propre mort comme réponses au parcours de la vie ; 3) l'urgence de vivre les diverses facettes du pardon comme une opportunité d'ouvrir de nouveaux espaces afin de rêver à une ultime fin possible et de dédier la continuité de la vie aux générations futures ; 4) la nécessité de réflexions cliniques quand ces besoins décrits ci-dessus sont empêchés et qu'il s'instaure des situations de souffrance et d'intense agonie ; 5) la présence du clinicien comme témoin de la vie et de la mort.

**Mots-clés:** Psychologie clinique. Psychologie de la Santé. Psychologie de la personne âgée. Service de référence. Personne âgée.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
<b>CAPÍTULO 1 PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1 Objetivo.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2 Justificativa.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3 Método.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO 2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA: RUMO A UMA CLÍNICA DO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 O Início de Um Trabalho: Criando Espaços.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Do Projeto à Implementação do Serviço de Psicologia.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 As Modalidades de Intervenções Clínicas Empregadas.....</b>	<b>38</b>
<b>2.4 O Processo de Triagem Psicológica: “a Porta de Entrada”.....</b>	<b>38</b>
2.4.1 <i>Vinheta clínica: “A solidão que cega”.....</i>	<i>40</i>
2.4.2 <i>Vinheta clínica: “A virilidade quebrada”.....</i>	<i>42</i>
2.4.3 <i>Vinheta clínica: “Uma boca ensaboada”.....</i>	<i>43</i>
<b>2.5 Avaliação Psicológica do Idoso: a Importância do Diagnóstico     Psicológico.....</b>	<b>44</b>
<b>2.6 Avaliação Neuropsicológica: o Cuidado com as “Medidas     Objetivas”.....</b>	<b>46</b>
2.6.1 <i>Vinheta clínica: “A velhice impedida: a recusa a continuar a         caminhar”.....</i>	<i>47</i>
2.6.2 <i>Vinheta clínica: “Entristecer-se ou esquecer-se de si mesmo:         depressão ou demência?”.....</i>	<i>50</i>
<b>2.7 Intervenções Breves: o Valor Terapêutico da Comunicação     Significativa.....</b>	<b>53</b>
2.7.1 <i>Vinheta clínica: “Ser e estar velha: o desalojar do self na presença         de alguém”.....</i>	<i>56</i>
<b>2.8 Psicoterapia Individual e Grupal: Espaços de Alteridade Para os     “Balanços Existenciais”.....</b>	<b>58</b>
2.8.1 <i>Vinheta clínica: “A ternura que exorciza o mal”.....</i>	<i>61</i>
<b>2.9 Grupos Terapêuticos Temáticos: Interdisciplinaridade Como     Recurso Aplicado à Saúde Global do Paciente Idoso.....</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO 3 O AMBIENTE, O CUIDADO E O TELOS: ASPECTOS FUNDANTES NA CLÍNICA DO ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 O Ambiente e sua Importância nas Diferentes Etapas da Vida.....</b>	<b>70</b>
<b>3.2 O Ambiente e a Constituição da Subjetividade.....</b>	<b>72</b>
<b>3.3 O Ambiente e a Constituição do si Mesmo no Campo Social.....</b>	<b>75</b>
<b>3.4 O Ambiente e as Necessidades da Vida Adulta: das Decisões às     Concretizações.....</b>	<b>46</b>
<b>3.5 O Ambiente e a Velhice: a Desconstrução do Self.....</b>	<b>77</b>
<b>3.6 Winnicott e as Instituições: o Placement e o Cuidado com o     Paciente Idoso.....</b>	<b>80</b>
<b>3.7 O Telos, o Perdão e a Velhice: Revisando o Sentido da Vida.....</b>	<b>83</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>104</b>



---

***Introdução***

## INTRODUÇÃO

*“...Que a coragem nunca lhe falte!*

*Sem ela, tudo estará perdido...”*

Diário de análise – fevereiro de 2005.

Esta tese surge a partir da nossa experiência clínica e institucional realizada como psicólogo no Centro de Referência do Idoso da Zona Norte de São Paulo (CRI-ZN). O CRI-ZN é uma organização social de Saúde (OSS), ou seja, uma parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC); parceria que compõe o Sistema Único de Saúde, o SUS. O CRI-ZN foi inaugurado em 17 de fevereiro de 2005 e trata-se de um ambulatório de atenção secundária à saúde, que busca um atendimento integrado à pessoa idosa<sup>1</sup>, contemplando todas as especialidades médicas e assistenciais<sup>2</sup>, atividades educacionais, culturais e de lazer. Neste trabalho, pretendemos apresentar e analisar o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica voltado à saúde da pessoa idosa na referida organização. Desse processo resultou um modo de atendimento ao paciente idoso e, também, um conjunto de compreensões sobre as demandas e características psicológicas dos pacientes idosos que pudemos acompanhar. Tais aspectos serão abordados detalhadamente ao longo da tese.

Historicamente, a Congregação das Irmãs de Santa Catarina teve sua origem em 1571, quando a jovem Regina Protmann, com apenas 19 anos, deixou a casa paterna em Braunsberg (hoje Braniewo, na Polônia) para fundar um convento e dedicar-se à oração, socorro aos doentes e às meninas sem escola. Em 1897, atendendo ao pedido de frades franciscanos de Petrópolis, Rio de Janeiro, as irmãs chegaram ao Brasil. Quatro delas, provenientes de Braunsberg, fundaram uma escola para educar os filhos dos colonos alemães residentes na cidade imperial. No final daquele mesmo ano, outras oito irmãs chegaram ao país para, no ano seguinte, estabelecerem-se em Juiz de Fora, Minas Gerais. Ali, atendiam aos doentes na Santa Casa de Misericórdia que funcionava na cidade e iniciaram uma ação educativa como professoras em casas cedidas. Em 1909, foi inaugurado o atual prédio do

---

<sup>1</sup>Segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), a entrada na velhice se dá aos 60 anos para os países em desenvolvimento e 65 em países desenvolvidos. Já o processo de envelhecimento é algo que se inicia desde o nascimento e caminha até à morte. Assim, a denominação “terceira idade” torna-se uma classificação psicobiossocial que possibilita o fomento de políticas públicas, estudos, linguagem e cuidados específicos para esse momento de vida.

<sup>2</sup>Inseridos no contexto organizacional e hierárquico do CRI-ZN, os profissionais não médicos são considerados como equipe assistencial. Esta equipe se constitui por: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, cirurgião-dentista, enfermeiro, educador físico, nutricionista, entre outros.

Colégio Santa Catarina. Aos poucos, a Congregação se expandiu pelo Brasil. Com a valiosa colaboração financeira da Casa Mãe, da Alemanha, e doações de benfeitores alemães e brasileiros, como os franciscanos de Petrópolis e os monges beneditinos de São Paulo, as irmãs adquiriram propriedades e construíram hospitais e escolas para exercerem seus serviços sociais. Aos poucos, também algumas das instituições construídas passaram a arrecadar receitas próprias (instituições mantenedoras), diminuindo a dependência financeira da Casa Mãe, que nas últimas décadas cessou o envio de verbas. A Congregação, hoje, tem duas províncias no Brasil: uma com sede em Petrópolis, RJ, e outra com sede em Novo Hamburgo, RS. Além disso, hoje estabelecem parcerias com as secretarias estaduais e municipais de Saúde em várias regiões do Brasil, administrando, na condição de OSS, diversos locais de atenção à saúde como: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais, incluindo o CRI-ZN, com verbas públicas.

Sendo assim, como assinalado inicialmente, propusemo-nos, nesse trabalho, debruçar um olhar reflexivo e analítico sobre a concepção e implementação do referido serviço, rumo a uma clínica do envelhecimento que possa dar conta das questões próprias desse momento da vida, buscando a especificidade dessa prática clínica. A fim de ilustrar, ainda que introdutoriamente, o que estamos nos propondo a abordar nesta tese, daremos voz a eles, os velhos:

**Vinheta clínica: “Preciso morrer: isso não é depressão!”**

Conhecemos a sra. Cecília<sup>3</sup> a pedido da fisioterapeuta, uma vez que a paciente não estava “colaborando” com o procedimento técnico da profissional e, segundo esta, “ela deve estar com depressão”. Ao nos dirigir ao consultório da fisioterapia, deparamo-nos com uma senhora de 103 anos, cansada, irritada que nos diz:

*Doutor, eu não preciso de tratamento! Eu tô cansada! Eu não tô deprimida!! Tudo na vida precisa ter um fim. . . Todo mundo que eu vivi já se foi! Eu não vou me matar, claro! Mas não dá pra ficar insistindo com esses exercícios que a mocinha de boa vontade quer que eu faça... já deu! O senhor me entende? [sic]*

Logo no início de nossas atividades nos deparamos com um pedido legítimo vindo dessa senhora idosa: “alguém da equipe já parou pra escutar e/ou pensar que eu só preciso

---

<sup>3</sup>Utilizaremos ao longo de toda a tese nomes fictícios, por questões éticas, a fim de preservar a identidade dos atendidos, bem como o emprego de vinhetas clínicas ilustrativas, cuja finalidade maior é retratar os principais pontos clínicos, a base desse trabalho.

*morrer?*”. A senhora Cecília estava dominada por uma angústia de não ter fim e seu pedido era claro.

**Vinheta clínica: “O passado que paralisou a vida”**

O sr. Rafael, 78 anos, cardíaco, viúvo, pai de cinco filhos, vive sozinho. Chegou até nós por intermédio da enfermeira. Logo no primeiro contato conta:

*Dureza de vida! Fiz muita coisa errada. . . (silêncio). Trabalhei muito, não deixava faltar nada em casa, mas judiei muito da patroa e dos filhos! Bebia, ficava nervoso, cego e quebrava tudo! Bati muito nos meus filhos, na minha falecida, era de ir pro hospital!. . . Meus filhos me querem bem hoje, tentam ficar perto, mas eu não me perdoo!!! Já fui na igreja, falei com padre, mas é difícil. . . Tô ficando doente, isolado do mundo. . . Será que tem jeito doutor? [sic]*

Nesse contato, o sr. Rafael já anunciava o que lhe era necessário: o perdão era a única saída! No entanto, para isso era necessário desvencilhar-se de si mesmo, aspecto complexo e difícil durante toda a sua vida; onipotência e culpa, ainda que defensivas, o impediam de viver o perdão, deixando-o estanque diante da vida.

A sra. Cecília e o sr. Rafael presentificam o tempo da velhice marcado pela finitude, bem como pela necessidade de rever a vida. Histórias biográficas que podem ser “veneno” ou “remédio”, estas propiciam o aparecimento de todas as vicissitudes da necessidade do perdão em direção à dignidade humana. Tais aspectos serão desenvolvidos ao longo desse trabalho.

Revisando a literatura (bases de dados, trabalhos, teses, livros e artigos) existente, observamos um crescente número de trabalhos enfocando a questão da velhice sob diferentes vértices. Um deles está relacionado ao campo da gerontologia. Nessa perspectiva, há estudos que enfatizam o envelhecimento ativo, o trabalho com idosos em grupos/centros de convivência e lazer, as intervenções e as representações psicossociais, bem como elaboração de teorias sobre a Psicologia do idoso numa perspectiva da Psicologia do desenvolvimento (Araújo, Coutinho, & Saldanha, 2005; Arcuri, Corte, & Mercadante, 2005; Falcão & Dias, 2006; Néri, 2001, 2005; Rocha, 2002).

Sob o viés da neuropsicologia, encontram-se trabalhos que investigam as funções cognitivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer, outros que abordam o perfil clínico do idoso portador de quadro demencial, e estudos que tratam do treino da memória como reabilitação cognitiva no idoso (Ávila & Miotto, 2003; Jourbert, 2002; Mínguez Martín,

García Alonso, González Pablos, & Rodríguez Martín, 2003; Yassuda, Batistoni, Fortes, & Neri, 2006).

No campo da Psicologia clínica de orientação psicanalítica há vários achados, estudos teóricos e clínicos que destacam diferentes aspectos da velhice. Dentre esses aspectos, observam-se trabalhos realizados com idosos considerados normais, depressivos e demenciados, avaliando diferenças e alcances terapêuticos. Os autores discutem impasses clínicos e mudanças na relação terapêutica na velhice; fluxos de energia libidinal; conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte, tecendo reflexões sobre investimentos e desinvestimentos pulsionais advindos de várias perdas na velhice. Abordam a questão das demências a partir do modelo mnemônico de Freud, afirmando que o processo demencial seria o próprio declínio do aparelho psíquico como fuga do mundo simbólico: a velhice como castração; velhice e neurose crônica; processo psicanalítico e a resistência do paciente idoso na elaboração das perdas autorrepresentacionais, resultando em psicopatologias de cunho depressivo-melancólico (Dourado & Laks, 2002; Gil, 2005; Golfarb, 2004; Kamkhagi, 2008; Soares, 2006; Tardivo, 2007; Vieira, 2005; Wei, 2005; Zeppellini, 2009). Há outros que abordam a dimensão da subjetividade, do corpo e o processo de envelhecimento em sua dimensão psicossomática (Kolod, 2009; Leal, 2005).

Mucida (2006) realiza um estudo significativo na perspectiva da psicanálise lacaniana, abordando a velhice no mal-estar da cultura, o imaginário na velhice: imagem do corpo, a velhice e o real e aponta, a partir deste referencial, que o sujeito do inconsciente jamais envelhece, e que a direção do tratamento analítico deve se fundar no significante do discurso, uma vez que a velhice, para a autora, seria resultante dessa trama de significantes no registro da linguagem.

Sob a perspectiva da clínica ampliada e pensando sob diferentes enquadres clínicos, encontramos o trabalho de Gil (2010). Em sua tese de doutorado, o autor relata sua experiência de oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos, enfocando experiência de recordação e da transicionalidade, a partir de recursos estéticos, sob um olhar winnicottiano, para experiência em grupo. Ainda no âmbito de diferentes enquadres, encontramos o trabalho de acompanhamento terapêutico (AT) com idosos. Apesar das referências de poucos estudos nesse contexto, o AT tem sido um dispositivo clínico importante na clínica com idosos, por ser um *setting* flexível e móvel. Essa modalidade de atendimento favorece intervenções no cotidiano do paciente idoso, em especial com relação a idosos que apresentam algum tipo de incapacidade, mas há indicações para diferentes demandas clínicas (Baptista, 2011; Goldfarb & Lopes, 2006; Rebello, 2006).

Sob o vértice da psicanálise winnicottiana, no grupo que estuda a obra do autor no Instituto Sedes Sapientiae, encontramos o trabalho de Brochsztain (2007). Nele, a autora apresenta a ideia de *holding* estendido na cultura, ilustrando tais ideias a partir da sua experiência com a universidade aberta à terceira idade, vista como lugar de abertura para o novo.

De forma geral, verificamos que os achados da literatura apontam para um mesmo sentido: *a velhice como momento de desconstrução e revisão*. Seja ela vivida em registros distintos, a de um corpo que perde sua vitalidade, um cérebro que atrofia, o senso de identidade que sofre transformações, a vida social que se recoloca, carga pulsional que se desequilibra. Podemos compreender, a partir dos aportes de Safra (2004, 2006a) e de Winnicott (1896-1971), que todos os trabalhos demandam um olhar para a especificidade da velhice, apesar de alguns tentarem provar o contrário. Tal especificidade, como entendemos, é constitutiva e carece de *cuidados específicos*. Assim, uma primeira observação a ser realizada diante desses trabalhos é a de que não podemos correr o risco de tentar aplicar o mesmo arcabouço teórico-técnico a um fenômeno distinto como a velhice.

Nesse sentido, observamos que o ambiente exerce uma função nodal de sustentação e lugar de interlocução em diferentes momentos da vida, contribuindo, assim, para que tais aspectos possam ser contemplados como *constitutivos*, isto é, considerando que o ser humano acontece no tempo— sendo ele também passagem. Parece que não podemos investigar a velhice a partir de um referencial unicamente metapsicológico e/ou partir de técnicas de exames que distinguem entre o normal e o patológico, puramente. Estamos chamando a atenção, no sentido de que os achados das publicações apresentam, com grande ênfase, os aspectos da primeira infância como determinação inconsciente da vida intrapsíquica, como se toda a constituição de alguém ocorresse nesse momento do processo maturacional. É evidente que os aspectos iniciais da constituição do *self* se dão nesse período, mas restringir-se a ele pode se revelar um grande equívoco (Safra, 2006a). Se, para Winnicott, o inconsciente também é visto como o não vivido, há que se considerar, portanto, tal aspecto num registro não representacional.

Outro ponto necessário de se atentar é que as alterações vividas no corpo, incluímos aqui as cerebrais, também fazem parte desse processo de desconstrução do *self*. Assim, torna-se fundamental reconhecer que a corporeidade é acessada como estranhamento, necessitando, também, o alcance do sentido da desconstrução— em outros termos, do desalojamento. Contudo, o paradoxo da vida se faz necessário; tais desconstruções necessitam serem vividas na presença de alguém. As contribuições desses autores, em especial de Safra (2004, 2006a),

serão mais bem desenvolvidas ao longo deste trabalho. Nesse contexto teórico-clínico, encontramos o trabalho de Gil (2010) que apresenta, a partir de uma clínica ampliada, a necessidade de se pensar em dispositivos e manejos diferenciados, bem como proposta de AT (Baptista, 2011; Goldfarb & Lopes, 2006; Rebello, 2006). Percebemos que a clínica psicológica, na velhice, torna-se campo fecundo para sustentação das angústias próprias desse momento de vida. Seja o grupo como espaço potencial, ou a presença do clínico que possibilita a transicionalidade, que oferta lugar, tais aspectos são favorecidos pela alteridade necessária e justa, relacionada às vicissitudes próprias da velhice, sem se arriscar na redução dessas necessidades, seja aos aspectos orgânico-funcionais, seja ao determinismo metapsicológico da psicanálise clássica. Assim, de maneira geral, ao longo dessa revisão, verificamos a carência de trabalhos que discutem as questões clínicas a partir das necessidades específicas do idoso, as quais parecem não serem alcançadas pelos modelos teórico-técnicos tradicionais em Psicologia.

Em face desse contexto, a tese foi organizada da seguinte maneira:

No **primeiro capítulo**, apresentamos a perspectiva metodológica empregada na construção desse trabalho.

No **segundo capítulo**, relatamos sobre o processo de implantação do serviço de Psicologia clínica inserido no SUS, seus desafios iniciais, dificuldades e organização, explicitando, a partir da clínica com idosos, questões próprias desse momento de vida. Nessa mesma seção, apresentamos as propostas de intervenção, tais como: triagens interventivas; grupos; consultas terapêuticas; psicoterapias dentre outras modalidades de atendimento.

No **capítulo terceiro**, apresentamos e discutimos as principais questões teóricas que sustentam este trabalho, partindo das ideias de Winnicott sobre ambiente, chegando a propostas clínicas desenvolvidas por Safra a respeito da alteridade, da teleologia e do perdão.

E, por fim, a última seção destina-se à apresentação de reflexões finais sobre o trabalho, numa tentativa de destacar aspectos específicos da clínica do envelhecimento, bem como, a caracterização psicológica dessa população.



---

*Capítulo 1*

## CAPÍTULO 1 – PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

*“...Tudo começou com um bloquinho de anotações feito por ela.*

*E sua suave voz dizendo: vá registrando,  
nunca se sabe o que pode vir a ser essa experiência ...”*

Diário de análise – dezembro de 2004.

Nessa seção, buscamos apresentar a perspectiva metodológica adotada para a confecção desse trabalho. Assim, explicitamos o objetivo, justificativas e procedimento metodológico empregado, os quais seguem.

### 1.1 Objetivo

Objetivamos, neste trabalho, analisar o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica voltado à saúde da pessoa idosa no CRI-ZN. Acreditamos que os questionamentos e reflexões advindos desse campo de trabalho podem propiciar não só sugestões quanto à construção de modelos para o tratamento psicológico da pessoa idosa, em instituições de Saúde como, também, um conjunto de compreensões sobre as demandas e características psicológicas dos pacientes idosos que pudemos acompanhar, a partir da perspectiva clínica e ética na contemporaneidade.

Desta forma, esse estudo pretende realizar uma reflexão teórico-clínica, sob a perspectiva da psicanálise winnicottiana e das concepções teórico-clínicas propostas por Safra (1999, 2004, 2006a), a respeito dessa clínica, buscando, assim, identificar os eixos fundantes dessa práxis e o lugar do ambiente como intervenção frente às necessidades da pessoa idosa rumo à construção de um modelo de clínica do envelhecimento.

### 1.2 Justificativa

Na atualidade, observamos que o mundo envelhece de forma acelerada, tendo em vista as melhores condições de saúde e saneamento, somadas aos avanços tecnológicos da medicina. Nesse mesmo ritmo, a população brasileira envelhece de maneira significativa e, de

acordo com um estudo da ONU (2005), o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo até 2025.

O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, realizado em 2002, encontrou 14,5 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais. Eles representavam 8,6% da população total, contra 7,3% em 1991. A projeção do instituto mostra que o Brasil terá 216 milhões de habitantes em 2025, dos quais 31,3 milhões, isto é, 14% dessa população serão idosos. Em 2050, quando a expectativa de vida alcançará 81,29 anos, serão aproximadamente 52 milhões de brasileiros idosos.

Face ao crescimento significativo do número de idosos, observamos que os sistemas de saúde atuais não estão preparados para atender tal demanda, havendo pouco investimento nessa área, incluindo aqui a própria atuação da Psicologia. No entanto, um marco importante para a consideração das necessidades do idoso foi a criação do Estatuto do Idoso em 2003 (Lei n. 10.741/2003), com o estabelecimento de Conselhos Nacionais dos Direitos dos Idosos e suas delegacias regionais e municipais e a criação de centros de referência do idoso por região.

Revisando a literatura existente, verificamos a presença significativa de estudos gerontológicos com propostas de atividades de lazer, recreação e educação, como os centros de convivência, programas sociais. Há também estudos no âmbito da Psicologia social, em que o objetivo principal aborda as representações sociais da velhice e suas repercussões psicossociais, e trabalhos sobre a função social da memória do velho. Além desses campos de estudos, percebem-se interesses em investigar as funções neuropsicológicas e quadros orgânicos funcionais próprios da velhice (Amador Muñoz, Malagón Bernal, & Mateos Claros, 2001; Araújo et al., 2005; Arcuri et al., 2005; Ávila & Miotto, 2003; Bosi, 2007; Falcão & Dias, 2006; Jourbert, 2002; Lattari, 2003; Néri, 2001, 2005; Yassuda et al., 2006). Em relação a serviços de Psicologia clínica, específicos a essa população, não encontramos registros nos principais meios de pesquisa virtual<sup>4</sup>. Todavia, encontramos publicações sobre serviços hospitalares de caráter médico, psiquiátrico e/ou instituições de longa permanência, que contemplam a presença de psicólogos com trabalhos diversos (Alexopoulos et al., 2005; Hunsley & Crabb, 2004; Kazdin, 2008; López-Bas et al., 2002; Mínguez Martín et al., 2003; Padierna Acero et al., 1990; Robinson & Baker, 2006; Romanow & Marchildon, 2003; Sánchez Perez, 2002).

---

<sup>4</sup>Pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca do Instituto de Psicologia – USP via: *Dedalus*, *PsyInfo*, *Scielo*, *Web of Science*, *Doc-psic*, *Medline* e no acervo da biblioteca da Sociedade Brasileira de Psicanálise – São Paulo.

No campo da Psicologia clínica, encontramos estudos pontuais, teóricos em sua grande maioria, sobre algum aspecto do envelhecimento, em especial estudos sobre o declínio de vida psíquica, depressões, demências, sexualidade, subjetividade, corpo, morte, religiosidade e espiritualidade, psicoterapia com pacientes idosos, ou ainda o uso de técnicas de exame psicológico com idosos como, por exemplo, Rorschach e TAT (Bianchi, 1991; Dourado & Laks, 2002; Fernandes Ferman, 2006; Gavião, 2002; Gil, 2005; Kernberg, 2002; Knigh & Robi, 2001; Kolod, 2009; Leal, 2005; Lent, 1993; Maciel & Guerra, 2006; Negreiros, 2003; Péruchon, 1994; Rivera Ledesma & Montero 2005; Soares, 2006; Tardivo, 2007; Vieira, 2005; Wei, 2005; Zeppellini, 2009).

No meio psicanalítico, historicamente, Guntrip e Tizard (1960) foi um analista que se preocupou especificamente com as questões próprias da maturidade na análise. Sua clínica é revisitada por Safra (2006a), o qual traz contribuições importantes sobre as questões fundamentais desse momento da vida, bem como sobre o manejo clínico sob o ponto de vista ético, psíquico, e ontológico da velhice. Entre outros analistas brasileiros, encontramos trabalhos que enfatizam essas questões pela ótica pulsional e da linguagem, buscando em Freud e Lacan sua teorização (Goldfarb, 2004; Kamkhagi, 2008; Mucida, 2006). Assim, tais perspectivas apontam que o sujeito não envelhece, uma vez que intrapsiquicamente o inconsciente é determinado na primeira infância; ou seja, a velhice seria um efeito dos discursos. Encontramos apenas dois trabalhos que fazem menção direta à obra de Winnicott à necessidade de se pensar as questões ambientais referentes a essa população, a partir da experiência com a universidade aberta à terceira idade (Brochsztain, 2007) e a experiência de recordação e transicionalidade a partir de uma oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos (Gil, 2010). Pudemos detectar, nesse contexto, carência de ambientes especializados que contemplem necessidades próprias desse momento de vida, para além das questões representacionais e/ou pulsionais classicamente abordadas pela psicanálise.

Desta forma, observamos que o processo de estabelecimento de um serviço de Psicologia clínica, inserido num centro de referência do idoso, torna-se campo fecundo e inédito para investigação e reflexão dos diversos aspectos clínicos que compõem essa complexa etapa da vida humana. Sobretudo, uma discussão sobre a importância do ambiente nos diferentes momentos da vida, somando-se ao fato de que, a partir desse estudo ancorado na prática clínica dedicada a essa população, pode-se lançar possibilidades de modelo de serviço de Psicologia para esse público, o qual só tende a aumentar nos serviços de Saúde, de forma geral.

### 1.3 Método

Para a realização desse estudo, foi utilizada a pesquisa-ação (Barbier, 2007; Brandão, 1984; Thiollent, 2008), que serviu como recurso metodológico para o estudo das ações propostas antes e durante a implementação do serviço de Psicologia do CRI-ZN. Assim, a partir desse recurso metodológico, foram utilizados como material de investigação a própria participação do pesquisador no processo de implantação do serviço, bem como diários de campo, diários clínicos, projetos terapêuticos, prontuários psicológicos individuais e grupais de pacientes atendidos<sup>5</sup>, ficha de atendimento do serviço de Psicologia, pedido de solicitação de interconsulta psicológica, entre outros registros documentais confeccionados ao longo do estabelecimento deste serviço de Psicologia, mas, sobretudo, um importante recurso e material de investigação foi a experiência vivida *com* os idosos e *com* a instituição. Nessa perspectiva metodológica Barbier (2007) nos assinala que:

A pesquisa-ação obriga o pesquisador a *implicar-se*. Ele percebe como está *implicado* pela estrutura social na qual está inserido e pelo jogo de desejos e de interesses de outros. Ele também *implica* os outros por meio do seu olhar e de sua ação singular no mundo. Ele compreende, então, que as ciências humanas são, essencialmente, ciências de interações entre o sujeito e o objeto de pesquisa . . . O pesquisador descobre que na pesquisa-ação, que eu denomino pesquisa-ação existencial, não se trabalha *sobre* os outros, mas e sempre *com* os outros. (Barbier, 2007, p. 14)

Desta forma, uma das especificidades desse vértice de investigação consiste nesta inter-relação entre essas duas facetas: contribuir para melhor equacionamento prático, neste caso a própria implantação de um serviço e, por outro lado, servir de campo para obter informações, reflexões e conhecimento, que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos (Barbier, 2007; Thiollent, 2008). Tal metodologia nos permite estudar a problemática proposta num nível mais profundo e realista do que por meio de uma análise de caráter teórico-representativo (Thiollent, 2008). Os dados coletados serão analisados de

---

<sup>5</sup>Cabe salientar que ao longo do processo de implantação do serviço foi realizado registro apurado de todas as etapas da sua constituição. Além disso, em relação ao material clínico advindo desse campo de trabalho, foram tomadas todas as prerrogativas éticas em voga a respeito de pesquisa com seres humanos, tendo o consentimento dos pacientes e da própria instituição de Saúde para seu estudo e futuras publicações. OBS: como rotina institucional do serviço de Psicologia, na primeira consulta era apresentado o termo de consentimento padrão, em que o paciente poderia concordar ou não que seus atendimentos pudessem ser utilizados futuramente para pesquisas, conforme modelo no apêndice. Vide no apêndice I ao final desse trabalho.

acordo com a perspectiva da psicanálise winnicottiana e das concepções teórico-clínicas desenvolvidas por Safra.



---

*Capítulo 2*

## CAPÍTULO 2 – A IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA: RUMO A UMA CLÍNICA DO ENVELHECIMENTO

*“...Quase sempre ganho recortes de jornais dela,  
tirinhas que abordam temas ligados à velhice,  
longevidade, crônicas de Rubem Alves na Folha.*

*Quanta devoção e afeto!...”*

Diário de análise – abril 2006

Nesse capítulo apresentamos aspectos importantes da trajetória vivida durante o processo de implementação do serviço de Psicologia no CRI-ZN. Relatamos quais foram as dificuldades encontradas ao longo do tempo e como estas ocorreram. Também apresentaremos as modalidades clínicas de intervenções realizadas e suas especificidades, em relação ao paciente idoso.

### 2.1 O Início de Um Trabalho: Criando Espaços

Inicialmente não havia por parte da instituição qualquer menção à possibilidade de se estabelecer um serviço de Psicologia; ao contrário, havia uma visão distorcida quanto ao trabalho do psicólogo, sobretudo por se tratar de uma instituição católica em que o trabalho da pastoral voltado para os pacientes era fortemente enaltecido. Na época, já trabalhávamos num hospital administrado pela ACSC – o Hospital Geral de Pedreira –, também uma OSS, e fomos convidados a iniciar um trabalho psicológico no CRI-ZN, uma vez que no escopo desse ambulatório constava a necessidade de se contemplar uma equipe multiprofissional, tendo em vista as exigências da Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, começamos nosso trabalho duas semanas depois da inauguração do CRI-ZN, com a finalidade de oferecer atendimentos psicológicos pontuais, via interconsultas em conjunto como corpo clínico do ambulatório. Éramos dois psicólogos, sendo este pesquisador responsável por atendimentos clínicos e outra colega, responsável pelas atividades de convivência e lazer.

Neste início tudo era incipiente. A própria instituição não tinha noção da demanda que receberia, da especificidade do trabalho em si. Todos, médicos e não médicos tínhamos como material de trabalho folhas pautadas para fazer evolução no prontuário e uma pequena ficha

(quase um bloco de notas) de encaminhamento interno para as especialidades, sem qualquer registro do porquê do encaminhamento, apenas era marcado com um “X” para qual profissional o paciente seria indicado. Não havia telefones, ramais, de forma que a comunicação precisava ser pessoal, com a equipe, com a recepção, os pacientes. Observamos que tais aspectos, apesar de difíceis, tiveram um lado positivo: era possível vislumbrar uma contribuição para constituição do CRI-ZN.

A primeira dificuldade enfrentada foi com relação à sala que nos reservaram para trabalhar: concederam-nos uma sala grande, com uma mesa, dez cadeiras, a sala tinha espaço para fazer grupos e um armário. No entanto, tinha duas paredes feitas de vitrô totalmente transparente, ficando visualmente exposta, num corredor onde havia a passagem de pessoas. Percebíamos, que os pacientes não se sentiam confortáveis de abrirem suas questões, por se sentirem vistos demais pelos pacientes, funcionários que estavam ao redor da sala. Por se tratar de um ambulatório, e em especial para idosos, a privacidade parecia elementar. Com uma semana de trabalho, dirigimo-nos a nossa chefia, uma administradora hospitalar, para discutir essa questão e demonstrar como isso interferia no trabalho. Num primeiro momento, ela não compreendia bem qual era o problema, uma vez que ela havia nos cedido a maior sala, pois sabia que iríamos trabalhar com grupos também; além de tudo, era arejada. Ao longo da nossa conversa, fomos explanando as questões relacionadas à individualidade e privacidade como, por exemplo, que a ginecologista não poderia fazer suas consultas ali. A partir disso, parece que ela foi compreendendo um pouco. Apresentamos, depois, exemplos dos tipos de assuntos trazidos pelos pacientes, levando-a a perceber como se sentiria, ela própria, falando das suas intimidades nessa situação, e nesse momento ela compreendeu, autorizando insulfilmes para os vidros e persianas para toda janela/parede. Nesse momento, percebemos que uma vez justificado e articulado o sentido clínico do trabalho e, sobretudo *para* o paciente, iniciava-se ali uma abertura ao trabalho psicológico clínico e suas especificidades—evidenciando que isso não se tratava de um “capricho”, como comumente as instituições sentem. Providenciamos por conta própria uma placa para a porta— *“em atendimento, favor não interromper!”* — para colocar do lado de fora enquanto atendíamos e começamos a trabalhar.

Nosso trabalho consistia em realizar atendimentos clínicos breves e, para isso, nos utilizávamos da concepção das consultas terapêuticas de D. W. Winnicott (1971/1984) como recurso técnico para a realização de atendimentos de avaliações e intervenções psicológicas, face ao número de pacientes e ao trabalho solitário, uma vez que éramos o único psicólogo

que trabalhava clinicamente (havia outra colega, mas se dedicava a trabalhos de lazer e cultura).

Trabalhávamos em regime de 30 horas semanais, mas inicialmente acabávamos trabalhando mais. Atendíamos em média de 6 (seis) a 7(sete) pacientes por dia, individualmente. Além disso, tínhamos de ter tempo para fazer evolução no prontuário geral do paciente.

Os pacientes, em sua maioria, vinham de bairros carentes da zona norte, apresentando dificuldades de diversas ordens: econômica, social, física, psíquica, algumas situações de violência doméstica, abuso dos filhos em relação à aposentadoria, negligência familiar.

Nos atendimentos, as depressões diagnosticadas pelos médicos geriatras, ou esquecimentos por disfunção cognitiva, se traduziam em queixas de extrema solidão, perda da vida comunitária, ressentimentos e culpa dos mais variados graus e intensidades; necessidades de rever situações vividas, às vezes desde a tenra infância e severidade– torturas de uma época remota que se faziam ainda muito presentes.

Com o passar do tempo na instituição, a demanda por serviços psicológicos começou a crescer consideravelmente. Os pacientes, na sua maioria, eram encaminhados pelas áreas médicas de geriatria, cardiologia, neurologia e psiquiatria.

Embora houvesse uma demanda significativa de pacientes, com uma fila de espera que ultrapassava um ano, havia uma impossibilidade administrativa de aumentar o quadro de psicólogos. Para tentar solucionar esse problema, surgiu a ideia de se criar um programa de estágio extracurricular em Psicologia clínica-institucional para acadêmicos do quinto ano da faculdade de Psicologia, voltado à saúde do idoso. Tal possibilidade se fazia ainda mais interessante, uma vez que há carência na formação de novos profissionais nessa área de atuação que era por nós observada, em nossa prática clínica e como professor universitário, além de favorecer, por um lado, a formação desses alunos e, por outro, a diminuição da fila de espera para a instituição.

Pelo volume de pedidos e em virtude da preocupação da instituição pela qualidade dos atendimentos – e isso incluía o tempo de espera –, a direção aceitou prontamente nossa sugestão; em troca, daria certificados com carga horária realizada, pagamento de inscrição no encontro anual de clínicas-escola do Estado de São Paulo aos estagiários, além de viabilizar espaços para esses alunos atenderem, ou seja, alguns consultórios médicos passaram a ser da “Psicologia”.

Sendo assim, o trabalho da Psicologia começou a ganhar “corpo”. Em outubro de 2005, um grupo de alunos estagiários (cinco), sob nossa supervisão, iniciou um trabalho de

plantão psicológico nos moldes das consultas terapêuticas. Em dezembro do mesmo ano, realizávamos diagnósticos psicológicos, neuropsicológicos e terapia psicológica breve individual e grupal – além dos casos atendidos pelo plantão psicológico.

Nessa época, reduzimos nossos atendimentos individuais e ampliamos os atendimentos em psicoterapia de grupo. Essa também era outra forma de manejar a alta demanda e acompanhar de perto os atendimentos dos estagiários.

Em 2006, tendo em vista os resultados positivos dos pacientes atendidos relatados pela equipe médica, acrescidos do aumento de demanda, fez-se necessária a criação de um serviço de Psicologia que também ofertasse outras estratégias de atendimento, tais como: intervenções institucionais feitas pela equipe multiprofissional, maior participação nos ambulatórios temáticos (por patologias) desenvolvidos pela equipe técnica, articulação de problemáticas institucionais que revelavam aspectos psicológicos ligados à instituição e ao paciente como, por exemplo, maior participação da Psicologia para compreender situações adversas no CRI-ZN.

Por outro lado, os serviços de saúde disponíveis (incluímos, aqui, as unidades básicas de Saúde) eram e ainda são carentes de assistência psicológica em seu caráter clínico, sobretudo com o paciente idoso, sobrecarregando ainda mais o trabalho da Psicologia do CRI-ZN na época. Havendo demanda reprimida e uma ampla diversidade de fenômenos clínicos advindos da comunidade, recebíamos de 50 a 60 pedidos de interconsultas por mês – 80% eram solicitações médicas e 20% assistencial. Dentre as solicitações, recebíamos casos em que intervenções de uma a quatro consultas resolviam a problemática do paciente. Todavia, a grande maioria dos pacientes apresentava estados psíquicos de ordem grave e às vezes crônico, necessitando de um atendimento mais prolongado. Além disso, ocorria diariamente um crescimento na demanda.

Em agosto de 2006, para contemplar as demandas internas e externas ao CRI-ZN, a direção executiva do CRI-ZN solicitou um projeto de implantação e operacionalização de um serviço de Psicologia com independência técnica. Em janeiro de 2007, o serviço foi inaugurado, contemplando em seu escopo inicial a admissão de mais três psicólogos e quatro estagiários com bolsa-auxílio<sup>6</sup> sob nossa coordenação.

---

<sup>6</sup>Cabe ressaltar que o Programa de Estágio Clínico-Institucional inicialmente operava em caráter voluntário, sem benefícios (Vale Transporte e Vale Refeição) e/ou bolsa-auxílio. Somente a partir do estabelecimento do Serviço de Psicologia, o qual reivindicava remuneração aos estagiários, é que o programa de estágio veio a contemplar tais recursos, ou seja, a partir de 2007.

## 2.2 Do Projeto à Implementação do Serviço de Psicologia

O projeto de implantação do serviço de Psicologia surgiu a partir da necessidade de se oferecer um lugar que pudesse acolher e sustentar questões próprias dessa fase da vida, a velhice – sobretudo um olhar clínico. Assim, sua sistematização buscou integrar o tripé: assistência, ensino e pesquisa, a fim de estabelecer um suporte teórico-técnico constante no tocante à especificidade dessa prática clínica. A implantação do serviço foi idealizada a partir das concepções teóricas e clínicas de Winnicott sobre a contínua constituição do *self* e a importância do ambiente, bem como das concepções teórico-clínicas desenvolvidas por Safran sobre as condições éticas necessárias para o acontecimento do ser humano, como apresentadas no terceiro capítulo.

Como caracterização estratégica do serviço de Psicologia e para atender tais demandas, foram abertas três vagas para psicólogos, com jornada de trabalho de trinta horas semanais, sendo uma das vagas destinada à efetivação de um dos estagiários, via processo seletivo interno e as outras vagas, via concurso externo, buscando profissionais mais experientes na área. Assim, em 2007 o serviço estava composto por quatro psicólogos, quatro estagiários de Psicologia sob nossa coordenação. Como o CRI-ZN operava em dois turnos de trabalho, manhã e tarde, a distribuição dos profissionais e estagiários também acompanhou essa jornada de trabalho. O serviço de Psicologia funcionava das sete da manhã às dezoito horas, de segunda a sexta, contemplando psicólogos e estagiários ao longo dessa jornada. A coordenação transitava pelos dois turnos, alguns dias pela manhã e outros durante o período da tarde. Além de acompanhar toda a equipe, a supervisão dos estagiários também era nossa responsabilidade.

Em termos de logística, foram disponibilizados para uso exclusivo do serviço de Psicologia cinco consultórios para atendimentos individuais, mobiliados cada um com mesa, armários, ventilador, três cadeiras, um ramal telefônico e uma sala para atendimentos de grupos que reservávamos entre nós por uma tabela de uso e horários. As salas destinadas ao serviço ficaram num local mais silencioso do CRI-ZN; além disso, contou-se com isolamento acústico nas portas. A sala de grupo, por ser espaçosa, abrigava os arquivos de aço e o armário com livros, testes e manuais psicológicos, bem como toda parte de material de escritório e formulários do serviço e do CRI-ZN.

Face aos recursos humanos e técnicos que o serviço passava a constituir, foi necessário estabelecer objetivos e missão comuns que pudessem dar uma identidade a esse grupo de trabalho, bem como certa direção do trabalho comum. Desta forma, definiram-se alguns

parâmetros que pudessem nortear o nosso trabalho. Cabe dizer que tais parâmetros foram contemplados já no escopo apresentado à diretoria executiva da instituição para a implantação do serviço. Sendo assim, ficou estabelecido que os objetivos gerais do serviço de Psicologia contemplassem:

- Prestar assistência psicológica à população idosa, bem como a seus familiares e cuidadores, contemplando a prevenção, o diagnóstico e o tratamento em nível ambulatorial e domiciliar;
- Realizar trabalho psicológico institucional com fins diagnósticos e terapêuticos em conjunto com a equipe multiprofissional;
- Divulgar os conhecimentos produzidos através de publicações científicas nacionais e internacionais;
- Promover formação em Psicologia clínica-institucional focada na pessoa idosa, através de estágios, cursos, educação continuada, *wokshops* e congressos.

A partir da definição dos objetivos gerais, buscou-se desenhar um outro aspecto que também compunha a visão da instituição e, por ser um serviço inserido nela, tornou-se necessária a definição de uma missão. Nesse aspecto, ficou estabelecido que a missão do serviço de Psicologia do CRI-ZN estaria pautada na assistência, ensino e pesquisa, as quais são descritas abaixo:

- **Assistência:** diagnosticar, orientar e promover a execução de planos e programas preventivos e curativos, dirigidos aos pacientes do CRI-ZN. Assim como realizar atendimento ambulatorial aos pacientes e seus familiares e/ou acompanhantes, através de técnicas de métodos de exame e tratamento psicológico, visando propiciar condições de escuta e inclusão do enfoque psicológico psicanalítico;
- **Ensino:** servir de campo de ensino, treinamento e aperfeiçoamento a estudantes profissionais da área da Psicologia clínico-institucional e da saúde mental, focados na especificidade do paciente idoso, através de cursos e programas educacionais, visando à transmissão de conhecimentos psicológicos psicanalíticos para a saúde dos pacientes, cuidadores, funcionários e da equipe médico-assistencial;
- **Pesquisa:** realizar pesquisas científicas no campo da Psicologia clínica-institucional, da Psicologia da saúde e da saúde mental na velhice.

E, a fim de integrar os objetivos e a missão, houve também a necessidade de se elegerem valores e princípios fundamentais próprios do serviço de Psicologia, inseridos no

contexto institucional, bem como da sua identidade clínica-institucional. Assim, caracterizaram-se como valores:

- Ética frente à condição humana;
- Singularidade de cada pessoa;
- Fidelidade, confidencialidade e confiabilidade;
- Competência e qualidade;
- Responsabilidade;
- Autonomia técnica;
- Trabalho em equipe.

Com base nesses princípios, buscou-se – desde o processo da sua concepção, contratação de pessoal e constante atualização da equipe de trabalho –, mantê-los presentes na prática psicológica cotidiana na instituição.

Assim, umas das ações tomadas como gestor foi a de introduzir, mensalmente, a leitura e discussão de textos que contemplassem tais princípios e que nos possibilitassem nos constituir como um grupo de trabalho comum, com os mesmos ideais e objetivos, a despeito das singularidades de cada um. Este se tornou um espaço para reflexão, parada para encontro de todos, em que diversas questões podiam surgir. Cabe salientar que toda a equipe era jovem, bem como a instituição de forma geral. Desta forma, foi nesse grupo que pudemos observar que trabalhar com idosos era antecipar muitas dores da vida. Um dos temas recorrentes era a angústia diante da morte, no fundo diante da possibilidade de morrer sem ter vivido coisas fundamentais, o abandono dos familiares, maus tratos, perda da memória nos quadros demenciais e o sofrimento dos familiares. Assim, além desse espaço, de quinze em quinze dias tínhamos reunião para discussão de caso, em que todos, psicólogos e estagiários participavam. Momento de compartilhar as dificuldades não só de manejo, como da compreensão e da difícil rotina diária com esse público.

A partir dessa configuração humana e interna do serviço, como um lugar que pudesse acolher e tratar essas dimensões do sofrimento dessa população, foi também necessário estabelecer um fluxo de trabalho e definir critérios de encaminhamentos desses pacientes – aspecto complexo –, tendo em vista a alta demanda de encaminhamentos ao serviço. Nessa época, a fila de espera já alcançava mais de um ano, e o serviço já estava procedendo a uma média de 400/450 atendimentos mês. Assim, do ponto de vista técnico, o serviço de

Psicologia, no que tange à assistência, organizou-se a partir de dois grandes eixos: um eixo psicodiagnóstico e outro psicoterápico, os quais descrevemos abaixo:

#### **a) Eixo Psicodiagnóstico**

**Avaliações Psicológica e Neuropsicológica:** propõem atendimentos que procuram captar, compreender e compartilhar com o paciente, familiar e equipe a situação conflitiva trazida ao psicólogo. Bem como, a descrição das funções neuropsicológicas, estado mental atual do paciente em diagnósticos diferenciais. Instrumentalização – seleção e administração de exames psicológicos, de personalidade e neuropsicológicos.

#### **b) Eixo Psicoterápico**

**Intervenções Breves:** propõem intervenções breves tais como: triagens interventivas, consultas terapêuticas, orientação psicológica aos pacientes, familiares e/ou cuidadores, visitas domiciliares em regime de plantão psicológico (consultas psicológicas avulsas).

**Psicoterapia Individual e Grupal Breve:** tem por objetivo oferecer tratamento psicoterápico breve com enfoque psicanalítico (winnicottiano), tanto individualmente (para os casos de pacientes mais graves, os quais apresentam quadros psiquiátricos, neurológicos, assim como, os cadeirantes e/ou acamados) como tratamento grupal (para os pacientes com maiores recursos físicos e psíquicos).

**Grupos Terapêuticos Temáticos:** visam oferecer tratamento grupal pontual, focalizando um aspecto comum aos pacientes de diferentes especialidades como, por exemplo: obesidade; câncer de próstata, hipertensão, diabetes, dor crônica, feridas, fibromialgia, incluindo-se ainda os grupos de cuidadores, entre vários outros.

Esses tópicos compuseram não somente o escopo inicial para o estabelecimento de um serviço de Psicologia, cuja preocupação sempre foi eminentemente clínica e social, uma vez que se apresentava uma demanda significativa de manifestações clínicas oriundas dessa

população, como também o atendimento a uma realidade social carente de serviços dessa ordem.

Nessa altura, o serviço estava constituído em seu aparato humano e técnico. Iniciavam-se então as atividades cotidianas inseridas nesse fluxo apresentado acima. No entanto, mesmo com a criação de estratégias de atendimentos diferenciados, bem como a criação do próprio serviço como ambiente psicológico institucional a dar conta de tantas solicitações desta qualidade, a demanda era grande: quase mil pacientes aguardavam atendimento. Por outro lado, nesse momento, não havia qualquer possibilidade de se solicitar mais contratações, uma vez que o serviço acabava de ser inaugurado e era a única especialidade não médica que ganhava esse estatuto e autonomia técnica no CRI-ZN. Assim, em nossas reuniões periódicas, e de comum acordo, psicólogos e estagiários, decidimos, então, realizar uma espécie de “mutirão psicológico”, baseado no modelo de plantão psicológico via consultas terapêuticas, aos sábados, a fim de diminuir o tempo de espera e liberar a demanda reprimida. Havia casos em que na própria convocação telefônica<sup>7</sup> os pacientes desistiam, referindo não precisar mais de ajuda psicológica: *“já estou melhor, minha tristeza já passou”* (sic). Outros, em menor escala, em que na ligação telefônica os familiares informavam sobre o falecimento, e outra significativa parcela não sabia que o seu médico e/ou outro profissional de saúde haviam solicitado interconsulta psicológica e demonstravam espanto. Por isso alguns se sentiam cuidados, outros ofendidos: *“Nossa, meu geriatra me encaminhou para o psicólogo, que bom. . . sempre quis falar com um e nunca pude! . . . Como assim, psicólogo? Meu médico acha que eu tô louco, deprimido?”* [sic]

Com esses plantões aos sábados, somados aos casos que desistiam e aos de falecimentos, em pouco tempo conseguimos manter um tempo de espera numa média de três meses na fila, assim como dar conta dos casos de urgência que emergiam como, por exemplo, casos em que a avaliação psicológica e/ou neuropsicológica era fundamental para se definir conduta de tratamento, inclusive o medicamentoso, para casos de início de síndrome demencial, quadros com sintomas psicóticos, além das intercorrências que surgiam no cotidiano do CRI-ZN, tais como: pacientes que passavam mal antes de realizar exames, por exemplo, endoscopia, colonoscopia (pressão subia, ou abaixava por medo), pacientes que entravam em crise no exame ginecológico (algumas havia décadas que não se consultavam

---

<sup>7</sup>Os pedidos de interconsultas eram realizados num formulário simples da instituição, em que o profissional descrevia a especialidade para a qual estava encaminhando, sem muitas informações, apenas constando nome, matrícula e telefone para contato do paciente. Diariamente o pessoal do agendamento (administrativo) entregava o referido formulário à coordenação do serviço de Psicologia, a qual o arquivava por ordem de chegada. Assim, eram os próprios psicólogos e estagiários que entravam em contato com os pacientes via telefone para agendar a primeira consulta, de acordo com sua agenda, seguindo a fila de espera por ordem de chegada.

e/ou traziam em si traumas sexuais, histórias de abuso, violência), pacientes que recebiam diagnóstico de câncer e o médico não sabia mais o que fazer diante do chorar do paciente sozinho, sem acompanhante. Enfim, essas eram algumas das situações que ocorriam no dia a dia da instrução em que nós psicólogos passávamos a ser chamados em regime de urgência, tendo em vista que a causa das intercorrências era de ordem subjetiva.

Contudo, a despeito de termos conseguido dar conta da demanda reprimida e manter um tempo de espera aceitável para os pacientes que de fato necessitavam de atendimento, observávamos que boa parte dos encaminhamentos realizados, 40% deles, vinham por dificuldades pessoais dos profissionais não psicólogos. Aqui, estamos nos referindo aos casos de inapetência, consequentes dos quadros depressivos em que o idoso corre risco de morte, pois a debilidade física é mais rápida e frágil entre outras situações clínicas. As dificuldades dos profissionais não psicólogos residiam no fato de não conseguirem tolerar, conter situações de desabafos, angústias que frequentemente este grupo de pacientes traz nas consultas, sobretudo as médicas.

Sendo assim, um dos aspectos elementares nesse período foi definir critérios bem claros para o encaminhamento ao serviço, bem como orientar a equipe multidisciplinar em como e porque realizar um pedido de interconsulta psicológica, tendo em vista que em muitos dos casos encaminhados não se verificava uma demanda própria do paciente, mas sim do profissional que tinha encaminhado.

O primeiro passo foi apresentar à direção médica e assistencial esse aspecto e, a partir disso, tomar algumas providências. Diante dessa constatação, verificou-se a necessidade de se criar institucionalmente um formulário específico do serviço de Psicologia para solicitações de atendimentos, procedimento que resultaria, inevitavelmente, na necessidade de justificativa do profissional, do real motivo de sua solicitação, ao preencher os critérios contidos nesse pedido de interconsulta, ainda que soubéssemos que os aspectos subjetivos do solicitante estariam presentes. Confeccionamos então um pedido de interconsulta psicológica<sup>8</sup>.

Uma vez definido o formulário, nossa preocupação era como inseri-lo na instituição de forma a não se tornar mais uma burocracia, ou não se alegar que os outros profissionais não sabiam/conseguiam identificar demandas para atendimento psicológico. Iniciou-se então um trabalho de conscientização das demandas psicológicas e, assim, preparamos palestras/conversas sobre possibilidades de olhares que a Psicologia oferece para situações de eventual queixa. Temas do tipo: o que a Psicologia se propõe? Quais são os seus alcances e

---

<sup>8</sup>O modelo de pedido de interconsulta psicológica desenvolvido encontra-se como ilustração ao final desse trabalho, na seção de apêndices, apêndice II.

limites? Em meio a essas temáticas enfocávamos a relação profissional de saúde x paciente, em especial o paciente idoso, o qual traz demandas peculiares, entre elas a própria noção de velhice. Assim, essas palestras tornaram-se um espaço para reflexão dos outros profissionais até mesmo sobre sua prática e, nesse âmbito, os pedidos de interconsultas foram bem acolhidos. Desta forma, também se instituíram, a pedido da própria equipe, palestras sobre temas da Psicologia, periodicamente, bem como, tal como foi sugerido pela coordenação da Psicologia, reuniões de discussão de caso e/ou situações clínicas em parceria com representantes das diferentes especialidades médicas e assistenciais. O que também acabou por implantar um lugar que pudesse acolher as angústias dos profissionais, em casos de situação-limite, seja ela de cunho médico, psíquico ou social. Na condição de psicólogo-coordenador, nos encarregamos de preparar a apresentação do primeiro caso para a equipe, o que se tornou rotina no CRI-ZN, de forma geral. Com o passar dos meses, os pedidos foram chegando ao serviço de forma mais clara e objetiva, bem como o volume de encaminhamento diminuiu, não que não tivesse de fato demanda e volume para a Psicologia, mas eles foram ganhando critérios, fato que auxiliava no fluxo e funcionamento interno do serviço.

Internamente, outro aspecto necessário para o serviço foi a criação de uma ficha específica de identificação da Psicologia<sup>9</sup>, em que os dados principais do paciente, assim como todo o material psicológico (protocolos de testes, folhas de respostas das avaliações, laudos e evoluções clínicas detalhadas de atendimentos) ficavam anexados e, portanto, por conta do seu caráter sigiloso e das prerrogativas legais, de acordo com as normas dos Conselhos Federal e Regional de Psicologia, essa ficha pudesse ficar registrada e arquivada no próprio serviço, para consultas cotidianas antes dos atendimentos. Além disso, nas ocasiões em que o paciente fosse reencaminhado futuramente, existiria o registro do que havia sido tratado anteriormente. Assim, no prontuário geral do paciente no CRI-ZN, era realizada uma evolução sintética e geral, e no prontuário psicológico constavam todos os detalhes dos atendimentos realizados, diagnósticos, processos terapêuticos, bem como cópia de eventuais informes psicológicos fornecidos a outros.

Como consequência, o serviço de Psicologia edificou-se e se tornou referência interna para a instituição, no tocante ao próprio funcionamento institucional relacionado à saúde do idoso, de forma a considerar suas questões existenciais e psíquicas próprias desse momento da vida, o que veio ampliar a concepção de saúde e prática em saúde – como sinal de maturidade

---

<sup>9</sup>O modelo da ficha de identificação do serviço de Psicologia desenvolvido para uso internos dos psicólogos e estagiários encontra-se como ilustração ao final desse trabalho, na seção de apêndices, apêndice III.

pessoal diante da vida. Em termos do trabalho multidisciplinar, a presença da Psicologia sempre foi o elemento integrador das discussões sobre a melhor conduta e/ou manejo dos casos clínicos em questão.

Para a comunidade “psi” da rede (Zona Norte), a Psicologia do CRI-ZN também se tornou referência, tanto para as UBSs, quanto para ambulatórios que contavam com psicólogos atendentes de idosos. Isso nos motivou a criarmos as “Semanas da Psicologia” com palestras e minicursos com temas sobre “Psicologia e Envelhecimento” aos profissionais da área, uma vez ao ano – geralmente para se comemorar o dia do psicólogo. Contudo, além desse reconhecimento, o qual favoreceu interlocuções na rede SUS da Zona Norte que oferece atendimento ao idoso da região, um aspecto principal foi o reconhecimento da própria comunidade idosa e de seus cuidadores (familiares ou não), ao darem o estatuto ao serviço como um lugar em que se pode recorrer quando “não se está bem”, quando se necessita de uma orientação que não seja moral e nem religiosa – aspectos referenciados pelo Conselho do Idoso da ZN, pela Associação dos moradores da Zona Norte e pelos Centros de Convivências da região.

### **2.3 As Modalidades de Intervenções Clínicas Empregadas**

Como mencionado no item anterior, de forma genérica, as modalidades clínicas de atendimento se dividiram em dois grandes eixos: um eixo psicodiagnóstico e outro psicoterápico. No entanto, essa divisão era baseada na porta de entrada do paciente no serviço, ou seja, no processo de triagem psicológica. Cabe salientar que era preocupação particular nossa e do grupo de trabalho que, em todos os procedimentos clínicos adotados, mesmo nas avaliações mais formais e objetivas, não se perdesse de vista a pessoa, seu sofrimento, sua história e que, sempre que possível, se adotasse um caráter interventivo, ainda que no próprio processo de triagem. Em outras palavras, o enfoque sempre foi orientado pelo valor do encontro entre o clínico e paciente como fundamental.

### **2.4 O Processo de Triagem Psicológica: “a Porta de Entrada”**

A triagem psicológica, em geral, em todas as instituições de Saúde, é “a porta de entrada” do paciente ao serviço e será a partir dela que o paciente será encaminhado às outras

modalidades de atendimento clínico. Além da escuta inicial – a queixa/demanda psíquica –, sabemos que o número de vagas é sempre menor diante da demanda de casos a serem atendidos. Assim, o processo de triagem nas últimas duas décadas vem sendo discutido como uma possibilidade já de intervenção inicial, sendo considerado por alguns colegas estudiosos da área como *triagem interventiva* (Ancona-Lopez, 1996) e *triagem estendida* (Herzberg & Chammas, 2009).

A triagem como “porta de entrada” ao serviço constava como um momento de recepção do paciente, tanto para a compreensão da sua queixa como para analisar as condições e necessidades de ordem psicológica– num primeiro momento baseado no aparente motivo indicado no pedido de consulta –, dizemos aparente porque nem sempre o motivo real era aquele, sobretudo porque no campo médico os indicativos se pautam muito nos sintomas, ainda que os médicos geriatras venham tendo uma abertura para as questões subjetivas. Pensamos ser importante assinalar aqui que nossa atuação individual, tanto quanto as atuações do serviço de Psicologia, de modo geral, sempre foram pautadas numa autonomia técnica, de modo que era no processo de triagem que o psicólogo definia (diagnosticava) qual era a melhor modalidade de atendimento indicada para aquela situação clínica. Ou seja, nem sempre o que era solicitado pelo médico e/ou outro profissional de saúde era atendido, sem que isso tivesse necessidade e sentido confirmados no processo de triagem, como, por exemplo, o significativo número de solicitações de avaliações neuropsicológicas para casos em que a questão não era essa, mas a “aparente” sintomatologia indicava que sim.

No processo de triagem psicológica era destinado um tempo<sup>10</sup> que variava de uma a quatro sessões de cinquenta minutos cada para esse procedimento. Eventualmente, já nesse processo, havia algumas problemáticas que recebiam intervenção e não precisavam permanecer no serviço. Do mesmo modo que, em alguns casos em que não havia uma demanda por parte do paciente, o processo era encerrado e estes recebiam alta. Em outros, a situação médica era complexa, exigindo uma avaliação detalhada das funções neuropsicológicas para auxiliar no diagnóstico, por exemplo. Desta forma, o processo de triagem nunca foi apenas um processo de seleção de demanda ou coleta de dados da história do paciente, mas parte da intervenção psicoterapêutica propriamente dita, a despeito dos desdobramentos a posteriori, alta, diagnóstico, psicoterapia, entre outros encaminhamentos,

---

<sup>10</sup>Cabe esclarecer que ficou definido em conjunto com a direção do CRI-ZN que, para qualquer consulta psicológica, mesmo sendo para diferentes procedimentos técnicos, seria destinado um tempo de cinquenta minutos. Tal aspecto, apesar de contestado em alguns momentos, sempre foi defendido e mantido.

como, por exemplo, outras especialidades médicas (mesmo que o paciente tivesse sido encaminhado por um médico). Nessa fase de chegada do paciente ao serviço, buscava-se uma clarificação da situação emocional e dinâmica do paciente, numa tentativa de estabelecer uma comunicação com sua angústia mais emergente. Nesse âmbito, a teoria da comunicação em Winnicott (1963/1983a) sempre serviu de base para o estabelecimento de um acesso ao paciente para além do simples levantamento de dados, aspecto que também tem sua importância, mas restringir-se a ele pode significar que se ficará apenas bem informado, e isso não é o mesmo que se comunicar. Portanto, é na possibilidade de se estabelecer uma comunicação com o outro (paciente) que reside um valor terapêutico. As altas durante o processo de triagem são um indicativo relevante que corrobora com tal ideia.

Abaixo os fragmentos clínicos ilustram o que estamos apresentando:

#### 2.4.1 *Vinheta clínica: “A solidão que cega”*

Sr<sup>a</sup> Dorotéia<sup>11</sup>, 85 anos na época da consulta, branca, viúva há três anos, mãe de três filhos, professora aposentada, chega à primeira consulta encaminhada por sua médica geriatra, com hipótese diagnóstica de transtorno de ansiedade generalizada – TAG. A paciente precisava realizar uma cirurgia ocular simples (catarata que se desenvolveu um ano após a morte do marido) e diante dessa possibilidade ficava muito ansiosa ao ponto de desmaiar. Todas as tentativas de cirurgia fracassavam, a paciente passava mal, sua pressão subia, ela desmaiava, e o procedimento cirúrgico era cancelado.

Ao longo da nossa primeira consulta de triagem ela nos dizia ansiosa e se apresentava taquicárdica: “. . . *Tenho medo de que aconteça alguma coisa ruim! Já pensou eu cega?! Viúva e cega! Deus me livre!! Ficar dependente, meus filhos têm a vida deles. Mas sei que preciso, pois quase não enxergo direito por conta da catarata. . .*” [sic]

Quase ao final do nosso encontro, dissemos à sr<sup>a</sup> Doroteia que sua angústia parecia advir do fato de ter que olhar para sua vida sozinha, e que seu medo parecia estar relacionado com sua solidão, havia perdido seu marido, teve um bom casamento e isso não era tão simples. Um modo que encontrou para lidar com isso era ser muito ativa, não precisar de ninguém, e ter muito o que fazer— o ruim já havia ocorrido, seu marido havia partido. A paciente reconhece o que dizemos, nos dizendo.

---

<sup>11</sup>Relembramos que os nomes são fictícios, por questões éticas, a fim preservar a identidade dos atendidos.

*. . . é doutor<sup>12</sup> o senhor não é fácil hein! O senhor fica quietinho aí e de repente vai no ponto! É isso mesmo, sabe depois que meu velho se foi, é estranho, fazíamos tudo juntos, eu não precisava cuidar de coisas que cuido hoje e isso me deixa nervosa. . . Eu não me conformo que ele me deixou!! Não podia! [sic]*

Marcamos um retorno, a paciente aceitou de pronto. Precisávamos verificar como nossa intervenção iria repercutir, além de observar melhor como iria se processar o perdão em relação ao marido morto, para assim poder elaborar o seu luto e colaborar para que ela seguisse sua vida. Para nossa surpresa, ela chegou para a segunda sessão dizendo:

*Doutor Fernando! Tive uma semana ótima! Saí daqui mexida, mas bem, mais calma, acho que eu precisava olhar mesmo pra mim. Enxergar minha solidão não foi ruim, me trouxe calma... Sei que posso contar com meus filhos, mas que também eu sou sozinha! E não adiantava nada ficar brigando com o falecido. . . fico triste, mas construímos tanta coisa boa! Tô pensando em remarcar a cirurgia da catarata!” [sic]*

Percebíamos nesse segundo contato que a paciente havia integrado o aspecto da solidão, que até então não tinha rosto, com a morte do marido. Diante dessa perda, a sr<sup>a</sup> Dorotéia parecia não mais se reconhecer, sobretudo, só. No entanto, para integrar tal experiência, foi necessário perdoar o marido por tê-la “deixado” em virtude de sua morte, ao mesmo tempo em que tal vivência possibilitava um início de um luto, assim como, um retomar à vida com novas perspectivas. Encerramos nosso encontro ali. Pedimos que nos ligasse quando fosse fazer sua cirurgia. Meses depois, a paciente aparece no serviço com uma carta escrita por ela mesma de agradecimento e para me mostrar que havia realizado a cirurgia, que estava bem. Na carta estava escrito:

*Escrevo-lhe estas linhas, pois agora posso enxergar! Ao mesmo tempo em que escrevo me dou conta da minha solidão, mas ela não é ruim não! Me sinto muito bem! A vida segue e a gente precisa se liberar. Alma tranquila: muito obrigada!” [sic]*

---

<sup>12</sup>Precisamos esclarecer o uso do termo doutor por parte dos pacientes, pois isso era geral. Na instituição éramos obrigados a usar jalecos (com o logo do CRI-ZN num braço e outro da Psicologia no outro) o que pode confundir os pacientes numa visão estereotipada da figura do médico. Mas, além disso, percebemos que os pacientes idosos, na sua grande maioria, vêm de uma outra criação e, por ser também uma população carente da zona norte, por mais que os deixássemos à vontade, pedindo explicitamente que nos chamassem pelo nome, não adiantava, sempre nos chamavam de doutor e contavam que era por respeito aos anos de estudo; interessante é que alguns referiam “. . . tudo bem, o senhor não é médico, eu sei! Mas não existe doutor da alma? Pra mim é doutor! . . .” [sic]

#### 2.4.2 *Vinheta clínica: “A virilidade quebrada”*

Sr. Jair, 78 anos na época da consulta, branco, casado há 53 anos, pai de duas filhas, motorista aposentado, imigrante da Armênia, erradicado no Brasil há mais de 60 anos. Foi encaminhado por seu médico geriatra, com hipótese diagnóstica de depressão maior e problemas na esfera familiar.

Na primeira consulta, nos encontramos com um senhor que inspirava certa bondade, sua feição, seu rosto... de ombros curvos, ao longo da sessão, muito solícito. Em relação a sua queixa disse: “. . . *Eu tava ansioso, nunca fui num psicólogo antes, gostei quando o médico me mandou pro senhor... Acho que tenho quebrante, pois todo dia acordo com sono. . .*” [sic]. No segundo atendimento, o paciente pôde entrar mais profundamente em seu conflito, relatou que estava tendo dificuldades com sua esposa e as duas filhas, ambas ainda solteiras. Sua esposa, mulher enérgica e dominadora, as suas filhas seguiam o estilo da mãe. Aos poucos o sr. Jair ia se dando conta, ao mesmo tempo em que nos relatava que seu lugar em casa era o de motorista particular de todas. Não se sentia à vontade em casa, sua aposentadoria era a esposa quem recebia e controlava o dinheiro. O sr. Jair, apesar de se sentir mal com tudo isso, apresentava muito medo diante da possibilidade de brigas, e quando isso acontecia sentia-se culpado. Ao se referir a sua esposa e a suas filhas, ele sempre dizia “. . . *a patroa, as patroas lá em casa. . .*” [sic] com intensa opressão diante da situação.

O sr. Jair sentia-se castrado diante dessas mulheres, um homem passivo, estava sempre à disposição, tal como um “mordomo de luxo”, nem seu dinheiro podia ser seu, tinha que pedir e implorar à esposa para liberar algum trocado a ele. Nesse momento, apresentamos ao paciente sua angústia em se sentir cerceado por essas mulheres, esse parecia ser o “quebrante”, a presença delas “quebrava” qualquer possibilidade de posicionamento dele; não se sentia dono da sua própria casa; no lugar de um posicionamento viril, existia tristeza, passividade e sono. O sr. Jair ia recebendo bem a intervenção, seu aspecto flácido e desvitalizado ia dando lugar, ainda que reativamente à intervenção, a um rubor facial e uma certa inquietação corporal, um misto de vergonha e esperança em ser mais agressivo, dizendo-nos: “. . . *não gosto de criar atrito, mas do jeito que eu tô, tô pior que um escravo acorrentado! Como pode ser assim a vida inteira?*” [sic].

Observamos também o quanto o sr. Jair não se perdoava diante de uma vida toda passiva. Em sua condição, percebemos que toda dimensão da agressividade encontrava-se hiperatrofiada, sua presença psicossomática se tornava desvitalizada, dando lugar aos aspectos depressivos, uma vez que o ódio era vivido como perigoso demais. O sr. Jair clamava por um

encontro que pudesse resgatar seu gesto agressivo, o vigor da sua presença, mas para que isso pudesse vir a ser era necessário poder se perdoar frente à vida que até então levava. Tendo em vista o bom vínculo estabelecido e o pedido do paciente em poder reposicionar essas facetas relacionadas ao perdão de si mesmo como possibilidade de recuperar seu gesto, era necessário um pouco mais de tempo. Assim, o sr. Jair foi encaminhado à psicoterapia individual a partir dessa segunda consulta de triagem.

#### 2.4.3 *Vinheta clínica: “Uma boca ensaboada”*

Dona Benedita, 76 anos, empregada doméstica aposentada, negra, mãe de 11 filhos, viúva duas vezes, foi encaminhada ao serviço por seu médico psiquiatra, com hipótese diagnóstica de transtorno delirante persistente não especificado.

Na triagem, nosso contato com a paciente foi amistoso. Senhora negra, franzina, falava baixo, com significativa dificuldade para verbalizar, em virtude da falta de dentição. À medida em que dona Benedita falava, abria um lenço de pano, cuspiam e dizia: “. . . *eu sinto gosto de sabão na boca, olha doutor sai até espuma! Sabe que é, trabalhei muito com limpeza e produtos fortes e acho que foi isso que me deixou assim!*. . .” [sic]. No prontuário, verificamos que o médico psiquiatra já havia descartado a hipótese de quadros orgânicos, como demências, mesmo qualquer alteração gástrica. A paciente também já havia sido avaliada por um gastroenterologista.

Diante disso, a questão se apresentava num registro psíquico, em que o trabalho parecia tê-la adoecido, uma necessidade urgente em expurgar (cuspindo) aquilo que parecia ter sido excessivo. Além disso, também havia um histórico de abuso moral, tanto em seus empregos, quanto nas relações conjugais que tivera. Nesse momento, intervimos apresentando nossa compreensão à paciente; ela reage com certa confusão e desorganização. Frente a esse quadro, decidimos encaminhá-la para uma avaliação psicológica detalhada, incluindo também a necessidade de convocação de algum familiar para levantamento mais detalhado de sua história, uma vez que a paciente não era também boa informante sobre alguns pontos da sua vida. Paralelamente, também a encaminhamos ao serviço de odontologia, para confecção de prótese dentária.

No contexto dessas pequenas ilustrações, observamos o quanto o processo de triagem é norteador para encaminhamentos adequados ao caso em questão, mas em especial pelo potencial interventivo que possui, ainda que determinados pacientes precisem de maior investigação e aprofundamento sobre sua problemática. Convém, portanto, destacarmos as

vantagens observadas na perspectiva interventiva, sobretudo pela comprovação de casos em que o próprio processo de triagem responde à queixa/pedido do paciente, não havendo necessidade de encaminhamentos outros. Trata-se, portanto, de um evento relevante, especialmente diante de uma realidade brasileira carente de serviços de saúde mental.

## **2.5 Avaliação Psicológica do Idoso: a Importância do Diagnóstico Psicológico**

O processo de avaliação psicológica se destinava a avaliar em profundidade determinada questão/conflito em que no processo de triagem não ficava claro que o tempo para tal investigação era insuficiente, assim como os procedimentos para isso precisavam ser outros, pois eram rotineiros casos complexos em que se precisava de uma compreensão global da situação psicológica do paciente. Desta forma, o modelo de investigação psicodiagnóstica se pautava numa perspectiva compreensiva tal como postulado por Trinca (1984), por apresentar-se de maneira peculiar no campo da clínica e da pesquisa, contemplando:

- Maior abertura para referenciais teóricos diferentes (de base psicanalítica);
- Indicação para estudo de casos e;
- Sua capacidade de propiciar uma visão totalizadora do indivíduo humano, abrangendo dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais, como um conjunto de forças em interação, que podem resultar em dissociações no *self*.

Desta forma, elabora-se a proposta, se assim podemos dizer, uma metodologia própria, a qual é estruturada a partir de alguns preceitos básicos, os quais seguem:

- Tem como objetivo elucidar o significado das perturbações;
- Apresenta ênfase na dinâmica emocional inconsciente;
- Oferece considerações do conjunto para o material clínico;
- Facilita a busca de compreensão psicológica globalizada do paciente;
- Constitui-se pela seleção de aspectos centrais e nodais;
- Possibilita o predomínio do julgamento clínico;
- Propõe a subordinação do processo diagnóstico (compreensivo) ao pensamento clínico e;
- Disponibiliza o uso de métodos e técnicas de exame fundamentados na associação livre.

Além de fatores estruturantes, como acabamos de verificar acima, o processo de tipo compreensivo visa explorar, de forma globalizada, diversos fatores da vida do paciente. Para isso, conta com cinco principais referenciais teóricos os quais contemplam estudos em diferentes áreas do conhecimento, que favorecem a compreensão totalizadora do paciente, como seguem:

- Estudos sobre os processos intrapsíquicos;
- Estudos sobre os processos de desenvolvimento e maturação;
- Estudos sobre a dinâmica familiar e sua interação com a vida psíquica do paciente;
- Estudos sobre as relações psicólogo-paciente e;
- Estudos das teorias que fundamentam as técnicas de exame psicológico.

Assim inserida, a avaliação psicológica do paciente idoso torna-se complexa e deve levar em conta as alterações próprias desse momento de vida em sua esfera psíquica, existencial e cognitiva. Portanto, um levantamento da história biográfica do paciente é de suma importância. Para o processo de avaliação psicológica dispúnhamos de até doze sessões de cinquenta minutos cada, incluindo entrevista de devolutiva ao paciente e familiares/cuidadores, quando necessário. Como recursos técnicos utilizávamos as entrevistas clínicas abertas e semidirigidas, as técnicas projetivas gráficas e temáticas, em especial o HTP, o TAT e o Rorschach –esse último em raras ocasiões – tendo em vista o tempo dispensado para sua utilização. Como era grande o volume de pacientes, esse exame era empregado em casos em que o diagnóstico ficava duvidoso diante dos procedimentos adotados; por essa razão, seu uso era pontual. Tais recursos sempre eram adotados não apenas para a compreensão do modo de funcionamento da personalidade, mas também para o entendimento dos conflitos e angústias relacionados à problemática apresentada pelo paciente. No que tange às funções cognitivas, essas sempre eram levadas em conta, integrando o modo de ser do paciente e, em alguns casos, a avaliação objetiva dessas funções se fazia pertinente, para diagnósticos diferenciais, em especial as depressões x demências. Além disso, no processo de orientação de profissionais como terapeuta ocupacional, geriatra, psiquiatra, neurologista, dispúnhamos também da avaliação neuropsicológica como recurso diagnóstico.

## 2.6 Avaliação Neuropsicológica: o Cuidado com as “Medidas Objetivas”

No trabalho clínico inserido no contexto da saúde é inevitável se lançar mão da avaliação neuropsicológica quando falamos de envelhecimento. Isso porque sabemos que o processo de envelhecimento traz em si alterações de diversas ordens, inclusive cognitiva, mas um cuidado se fez presente desde sempre: jamais usar as medidas objetivas como decisão de qualquer parecer. Assim, a avaliação neuropsicológica realizada sempre esteve ancorada no paradigma psique-soma de Winnicott (1949/1993a), em que alterações no corpo influenciam o sentido de *self* e o contrário também. Não raro, nos defrontamos com casos em que as alterações cognitivas faziam parte de um colapso de outra ordem ou, quando não, havia o declínio de defesas intelectuais diante da velhice e a necessidade de reposicionar o verdadeiro sentido da vida— confundindo-se, muitas vezes, com as síndromes demenciais —, se formos olhar somente a partir dos resultados dos testes/exames neuropsicológicos e sinais ou sintomas clínicos. Além do fato de que há mudanças evolutivas normais no correr da idade e que, nem sempre, são levadas em consideração. Nesse sentido, estudiosos da avaliação em idosos como Argimon e Camargo (2000) alertam e reiteram essa ideia:

. . . Nos idosos, principalmente dos 80 anos em diante, é comum o funcionamento cognitivo se ver associado transitoriamente com outros padecimentos físicos e/ou de conduta. Cada vez mais o funcionamento cognitivo se vê afetado por múltiplos eventos, fundamentalmente internos, porém, também externos . . . examinar se o idoso está mostrando rendimentos moderados, porque apresenta uma deficiência cognitiva no autêntico sentido do termo, e, também examinar os fatores que não são cognitivos, mas que podem influir sobre o rendimento. (Argimon & Camargo, 2000, p. 177)

Assim, a avaliação neuropsicológica realizada no serviço era adotada nos casos estritamente necessários como diagnóstico diferencial, em que se suspeitava de um dano cerebral real, como, por exemplo, nos quadros de acidentes vasculares cerebrais (AVC's); os traumatismos cranioencefálicos (TCE's) em virtude de quedas e/ou acidentes; histórico de diabetes e hipertensão arterial sistêmica de longa data (como as demências vasculares), ou nos outros casos demenciais, em que houve uma alteração abrupta na personalidade do paciente, seguida de alguma incapacitação em suas atividades de vida diária, como: lidar com dinheiro; os afazeres domésticos; manejo da própria medicação; higiene pessoal; esquecimento de nomes, de compromissos assumidos; perder-se espacialmente. Na avaliação neuropsicológica,

busca-se compreender o processamento mental do cérebro em componentes independentes de percepção e ação. Para tanto, utilizávamos, além das entrevistas clínicas e da avaliação dos aspectos de personalidade, anamnese neuropsicológica, os instrumentos objetivos para medida das funções neuropsicológicas tais como o WAIS-III, R1, Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; Teste Wisconsin de Classificação de Cartas para idosos, Figuras Complexas de Rey, Atenção Concentrada - AC, AC15; Avaliação Funcional a partir de tarefas, tais como: cópias de estímulos simples e complexos; ditados; leituras. Desta forma, buscava-se avaliar as seguintes funções:

- Nível de consciência;
- Dominância de hemisfério cerebral;
- Orientação temporoespacial;
- Atenção;
- Controle mental e inibitório;
- Flexibilidade mental;
- Funções executivas;
- Praxias: construtivas e ideatórias;
- Processos de linguagem (fala espontânea, fluência verbal, nomeação);
- Memórias: verbal e visual (curto e longo prazo);
- Habilidades para nova aprendizagem: visuais e verbais;
- Funções motoras: marcha, movimentos simples e complexos, psicomotricidade;
- Eficiência intelectual.

### 2.6.1 *Vinheta clínica: “A velhice impedida: a recusa a continuar a caminhar”*

Sr<sup>a</sup> Helena, 81 anos na época da avaliação, sexo feminino, branca, natural de São Paulo Capital, casada há 57 anos, 1 filho (42 anos) casado, cursou o primário, trabalhou grande parte da sua vida como costureira, católica (afastada das atividades da igreja), reside com o seu marido (81 anos) em residência própria. Foi encaminhada pela Geriatria com HD: depressão, ansiedade e medo e pela Psiquiatria com HD: transtorno de personalidade não especificado.

A paciente não referia uma queixa específica, apenas lamentava: “. . . *Sou pobre, sabe como é, só resto!*. . .” [sic].

O encaminhamento foi realizado ao serviço de Psicologia, tendo em vista a recusa em andar pela paciente (há mais ou menos seis meses), “necessitando” do uso de cadeira de

rodas, isto é, não apresentava nenhuma alteração orgânico-funcional que justificasse tal impedimento motor.

Ao exame psíquico, a paciente não apresentou alterações dignas de nota. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, também não foi encontrado qualquer comprometimento significativo nesta esfera.

O contato pessoal com ela foi arredo, hostil e distante. A paciente limitava-se a responder aos questionamentos, fazia referência a estar com pressa, nos dava ordens numa tentativa de controlar o curso da entrevista/consulta. Durante as sessões, em todos os momentos em que eram realizadas estratégias para maior aproximação das questões psicológicas, a paciente se utilizava de mecanismos de defesa, como a fuga e agressão, ao mesmo tempo em que tentava se apresentar como “passiva”. Nos momentos em que a entrevista enfocava as questões mais problemáticas como, por exemplo, sua situação atual, a paciente fingia não escutar, mudava de assunto, como se não estivesse ali. A única comunicação possível de ser acessada e percebida na avaliação tratava-se da dificuldade que a paciente apresentava frente a mortes e desgraças do dia-a-dia (programas de tv, amigos próximos que vieram a falecer) – “. . . *eu fico mal*” [sic]. Tento apresentar sua angústia, mas logo ela foge da questão, dizendo: “. . . *o que a senhora tá me dizendo mesmo? Doutora Gerusa né? Eu preciso ir embora, estou com pressa!*. . .” [sic]. Pensamos ser conveniente acrescentar, aqui, o quão intenso era o nível de rejeição e fuga da paciente aos procedimentos, a ponto de ironizar nossa presença, tratando-nos no feminino, tentando minimizar a relevância do trabalho que ali se realizava.

Seu filho, numa das consultas de avaliação, relatou que desde a sua juventude sua mãe sempre manipulou o uso de medicamentos, nunca tendo apresentado, de fato, um problema físico (médico) que justificasse suas buscas e manipulações via medicamentos. Contou também que a mãe sempre foi “. . . *controladora, ditadora de ordens e rígida!*. . .” (sic). Sua relação com o seu pai (esposo) sempre fora ruim; porém, tendo em vista a vida cristã de ambos, continuaram juntos para responder às leis religiosas. O filho observava uma relação fria e mecânica, sem afeto, intimidade e muito menos, cumplicidade. Contudo, a situação vinha se gravando, tendo em vista alguns comportamentos da mãe:

. . . *se recusa a tomar banho, quando sente raiva, urina e defeca na roupa e/ou no caminho ao vaso sanitário, recusa-se a levantar e mudar de lugar na cama, tudo tem que ser na hora e do jeito que ela quer.* . . [sic]

Em alguns momentos, o marido ficava esperando horas para que ela se levantasse da cama até à cadeira de rodas e, de repente, quando ele a deixa só, ela mesma se levanta e senta-se na cadeira de rodas. O filho acrescenta que o pai está bastante debilitado física e psiquicamente, não suportando mais os cuidados dispensados à esposa (ambos, filho e marido se apresentavam fisicamente magros e fracos).

O filho informou que a mãe sempre trabalhou na igreja e tinha um lugar de destaque, “. . . *todos sempre a rodeavam. . .*” [sic] e há mais ou menos um ano, o padre a dispensou das atividades, colocando uma pessoa mais jovem para tocar os projetos comunitários— ela negava esse fato.

Contou que em consulta com o psiquiatra “. . . *Ele deu a ordem para que ela andasse e naquela semana ela andou!*” [sic]. Ambos, pai e filho, não sabiam mais como lidar com a dona Helena, estavam perdidos.

Em relação aos procedimentos projetivos, a paciente se recusou a colaborar.

Ao longo dos contatos com a paciente, tentamos realizar diferentes abordagens a fim de auxiliá-la a tratar desse estado; porém, todas as tentativas foram em vão. A sr<sup>a</sup> Helena mostrava-se absolutamente resistente ao cuidado. Numa das consultas, tentamos fazer com que a paciente caminhasse até à recepção; ela iniciou a marcha e, logo em seguida, se jogou para trás, com toda força. Tanto o marido quanto o filho informaram que, após essa consulta, ela evacuou por toda a casa e, quando o marido estava limpando, ela ria, com “ar” de triunfo.

- **Síntese da avaliação psicológica**

Trata-se de uma paciente inteligente e articulada, de difícil contato pessoal. Arredia, agressiva e hostil, quando pontuada sobre sua forma de ser. Desde a sua juventude já apresentava aspectos de personalidade importantes, tais como: autoritarismo, manipulação, controle, ódio dissociado frente às relações interpessoais, e comportamentos antissociais frente ao ambiente.

A sr<sup>a</sup> Helena não podia acessar o seu sofrimento, sua comunicação pela oposição revelava estar impedida de envelhecer e, com isso, impossibilitada de acolher a própria finitude – recusava por meio de toda sua manifestação defensiva. Diante disso, desenvolveu uma *resistência maligna* aos aspectos mais adoecidos em sua personalidade, como, por exemplo, não abdicar do controle subjetivo e permitir-se ser cuidada de fato; ou seja, submeter-se a depender dos cuidados de *outrem*. Apresentava-se de maneira arrogante, atacando qualquer possibilidade de vínculo. O aspecto mais grave era o fato de a paciente não apresentar esperanças diante da relação de ajuda, uma vez que sua rigidez e recusa a

impediam de lidar com o perdão da sua própria condição; ao invés de humildade, a arrogância imperava onipotentemente.

Frente a essa situação, a paciente colocava no ambiente a *obrigação* de sustentá-la existencialmente, isto é, o outro é colocado no lugar de subsistência sem qualquer sentimento de culpa. Ao contrário, pela impossibilidade de se deparar com sua própria precariedade, surge certo grau de sadismo em ver o outro tendo que se haver com suas questões. Em outras palavras, psiquicamente falando, a paciente debocha de suas próprias necessidades psíquicas, ainda que inconscientemente.

Cabe salientar que nas consultas realizadas descarta-se a possibilidade da existência de quadro demencial. O que ficou evidente foram os seus aspectos de personalidade manipuladora, fato que, em certo grau, torna-se perverso, sem esperanças. Desta forma, o tratamento psicoterápico ficou impedido. Frente a esta impossibilidade e total desorientação dos familiares, foram propostas consultas avulsas com o esposo e o filho, a fim de fortalecimento psicológico e melhor condução da situação causada pela paciente, bem como, encaminhamento ao serviço social, a fim de orientá-los diante da possibilidade de institucionalização apresentada pelos familiares.

Naquele momento, pai e filho pretendiam institucionalizá-la, pois não tinham mais disponibilidade em exercer o cuidado, além da fragilidade no enfrentamento do intenso ódio manifesto. O esposo respondeu bem às intervenções psicológicas – tem ganhado peso, resolveu dormir em camas separadas, tem podido integrar o ódio sem culpa. Assim como, o filho também tem respondido de forma satisfatória, a despeito de ainda estar confuso em relação a institucionalizar ou não, a mãe. Ambos, marido e filho foram, ao longo do tempo, *castrados* enquanto homens, frente a esta mulher defensivamente fálica. Observamos uma vida psíquica pregressa defensiva e, com a chegada da velhice, sua resposta diante da vida foi a recusa em continuar caminhando.

#### 2.6.2 *Vinheta clínica: “Entristecer-se ou esquecer-se de si mesmo: depressão ou demência?”*

Sr<sup>a</sup> Antonia, 68 anos, ginásio incompleto, diarista aposentada, negra, viúva há mais de 30 anos, mãe de quatro filhos, natural de São Paulo. Foi encaminhada pela médica neurologista para avaliação neuropsicológica tendo em vista dúvida diagnóstica entre quadro depressivo e demencial, uma vez que a paciente não teve boa evolução com o uso de antidepressivo administrado.

A sr<sup>a</sup> Antonia compareceu à sua primeira consulta queixando-se de que chorava constantemente e sentia-se “. . . vazia, minha cabeça está oca. . .” [sic]. Durante a consulta, mostrou-se retraída em relação a nós, fixando o olhar para baixo, sem estabelecimento do contato visual.

A sr<sup>a</sup> Antonia refere ter sido criada pelos padrinhos, uma vez que seus pais faleceram logo após seu nascimento. A paciente acrescenta que os padrinhos a agrediam e a faziam de “*servente*” [sic]. Logo que se tornou adulta casou-se com um homem “*alcoólatra e agressivo*” [sic] com quem teve seus filhos. Recordou-se, ao longo das consultas subsequentes, do desconforto que sentia quando, ao chegar em sua casa do trabalho (diarista),deparava-se com seus filhos “*amontoados e sem comida*” [sic]. Relatou ao longo das sessões ter “. . . *aflição, agonia e mal-estar. . .*” [sic] quando vê “. . . *bolinhos de pessoas. . .*” [sic], isso também ocorria quando suas filhas estavam juntas, conversando, agora adultas. Residia com outro companheiro, referindo que ele a agredia verbalmente, mas por “*gratidão*” [sic] ao auxílio que ele poderia prestar na criação de seus filhos, não se separava dele. A sr<sup>a</sup> Antonia disse que sempre que algum evento como o “*Natal*” [sic] se aproxima, sente “... *agonia, como se o mundo fosse acabar...*” [sic]. “... *Quero que o Natal venha e acabe logo!...*” [sic].

Ao longo das consultas, à medida que ouvíamos sua história de intensas agressões, maus tratos e abandono, tentamos realizar intervenções sintônicas em relação a suas angústias, mas sem sucesso, sua resposta era perseverativa: repetia as mesmas frases, de forma desconexa. Sabemos que situações clínicas como essa, em que houve uma fratura no registro ético, os pacientes tendem a comunicar a sua experiência tantalizadora diante da violência interiorizada, o que sugere ao clínico, por meio da transferência, uma espécie de confusão e certo atordoamento psíquico, fruto da experiência originária de tortura (Safra, 2004). No entanto, a despeito de reconhecer tal fratura de muitas formas, não obtivemos nenhuma outra reação que não a própria confusão e ausência por parte da sr<sup>a</sup> Antonia. Chamamos uma das filhas que sempre acompanhava a paciente nas consultas, para uma entrevista, e esta nos informou que sua mãe passara por muitas dificuldades, sempre fora triste e com dificuldades para manifestar afeto às filhas. E que depois que aposentou, havia três anos, começou a esquecer o ferro de passar roupa ligado, a comida no fogão, o autocuidado ficou prejudicado, repete muitas vezes a mesma coisa, acrescentando que ela e suas irmãs não confiam em deixá-la sozinha com o marido. Face a isto, somado à dúvida da neurologista, foi realizada uma avaliação neuropsicológica, levando-se em conta tal condição clínica e sua história pessoal.

- **Síntese da avaliação neuropsicológica**

Nos processos atencionais, a sr<sup>a</sup> Antonia mostrou amplitude atencional reduzida e dificuldade na sustentação do controle mental, repetindo a sequência pedida de forma lenta, demonstrando dificuldade em manter-se direcionada à atividade. Apresentou dificuldades também quanto ao controle inibitório, sendo que além de necessitar de aumento do tempo para manter-se direcionada no estímulo principal, por vezes cometeu erros que eram imediatamente corrigidos por ela. Revelou importante dificuldade quanto à capacidade de monitorização da atividade visomotora com duas variáveis, confundindo-se em alguns momentos com a sequência dos estímulos.

Na praxia construtiva, apesar de a cópia da figura complexa de Rey ter sido semelhante ao modelo, apresentou dificuldade quanto ao planejamento espacial. Apresentou dificuldade também quanto à habilidade visoconstrutiva, não conseguindo transpor figuras do plano bi para o tridimensional. Já no desenho de figura simples familiar obteve bom desempenho, apesar de apresentar traçado trêmulo.

Na esfera da linguagem, a sua fala espontânea caracterizou-se por uma fala fluente e bem articulada, apesar da falta de dentição na parte superior. Quanto à fluência verbal, mesmo sob restrição semântica, sua capacidade de nomeação estava preservada; além disso, em relação a sua capacidade de definir vocábulos, obtivemos resultado compatível com seu nível de escolaridade.

Quanto aos processos mnésicos, na esfera verbal, a paciente apresentou certa dificuldade diante da evocação imediata de estímulos; no entanto, houve preservação quanto à fixação destes, tendo obtido desempenho adequado quando tais estímulos foram recuperados tardiamente, mantendo certa logicidade nas histórias recuperadas. Na esfera visual, sua evocação também mostrou-se deficitária, tanto na forma imediata quanto tardia, apresentando erros de distorção, omissão, confabulação, deslocamento, contaminação, perseveração e rotação. Revelou dificuldade no planejamento espacial de recuperação da figura complexa.

Do ponto de vista da aprendizagem seletiva verbal, se beneficiou muito pouco da repetição dos estímulos, tendo apresentado padrão randômico de evocação, além de terem ocorrido intrusões, contaminações e confabulações de estímulos. Em prova de reconhecimento, mostrou preservação na fixação de estímulos, tendo reconhecido todos os que foram previamente apresentados. Na esfera visual, sua performance manteve o mesmo padrão da esfera verbal e, mais uma vez, não se beneficiou da repetição, tendo cometido vários erros de omissão, distorção, rotação, confabulação e perseveração na evocação dos

estímulos. Em prova de reconhecimento, não foi capaz de referir todos os desenhos previamente apresentados, mas manteve um padrão adequado.

No exame de eficiência intelectual, demonstrou resultado estimado atual dentro da faixa médio-inferior, parecendo estar abaixo do seu estado prévio, segundo dados da história, faixa etária e escolaridade. A capacidade de crítica e julgamento baseado em normas sociais, assim como a capacidade de definir vocábulos e habilidades viso-construtivas estavam levemente rebaixadas. A capacidade de formar conceitos abstratos apresentou-se deficitária, tendo apresentado dificuldades quanto à flexibilidade mental, havendo presença de perseveração em seus erros e rigidez no padrão de respostas.

Concluindo, somados aos dados de história clínica e pessoal, os achados dessa avaliação demonstram tratar-se de uma paciente com eficiência intelectual atual reduzida, com limitados recursos instrumentais (abstração), notadamente no que se refere aos processos atencionais, de planejamento e organização visoespaciais, mnésicos, especialmente na esfera visual (evocação tardia) e flexibilidade mental (perseveração). Observávamos que, ao longo da vida, a paciente não pôde dar conta de elaborar individualmente seus conflitos psíquicos e existenciais, os quais na juventude e na vida adulta se manifestavam num funcionamento de personalidade do tipo depressiva. Assim sendo, diante dessas impossibilidades internas, bem como da gravidade dos traumas vividos, a paciente entrou num processo de ausência de si mesma diante da dor da sua vida, sem aparente reversibilidade pela impossibilidade de rever o seu passado. Tal funcionamento é compatível clinicamente com os quadros demenciais. Sugerimos avaliação prospectiva (6 meses), exames neurológicos complementares e encaminhamento da paciente para a terapia ocupacional.

## **2.7 Intervenções Breves: o Valor Terapêutico da Comunicação Significativa**

A prática clínica hospitalar, seja ela realizada no âmbito do cuidado primário, secundário e terciário à saúde, frequentemente exige dos psicólogos uma conduta diagnóstica e interventiva imediata, realizada com precisão e efetividade. Sobretudo por tal contexto nos apresentar certa pressão social (alta demanda de casos/pacientes x poucos profissionais da área), não permitindo processos extensos, tanto pelas demandas institucionais, quanto pela demanda dos próprios pacientes desses serviços. Nesse tópico, apresentamos um método de consulta implantado no serviço por meio das triagens interventivas, consultas avulsas emergenciais e dos plantões psicológicos, a partir daquilo que ficou conhecido na teoria

winnicottiana como consultas terapêuticas. Na perspectiva da psicanálise winnicottiana (Winnicott, 1971/1984), as consultas terapêuticas se constituem em uma “nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica” (Lescovar, 2004, p. 45).

Historicamente, Winnicott (1971/1984), em sua prática hospitalar pediátrica e psiquiátrica, se deparou com um número muito grande de crianças que careciam de tratamento psicológico. No entanto, não seria possível atendê-las no modelo tradicional da psicanálise. Assim, Winnicott, de forma criativa, constatou que a exploração integral das primeiras entrevistas e o manejo da transferência nesse contexto permitiriam ao clínico realizar intervenções que, uma vez realizadas, alcançavam um valor terapêutico. Desta forma, o método de consulta foi originado na prática com crianças e ficou associado ao jogo de rabiscos. Tal situação foi ampliada como *paradigma* de consulta para diferentes faixas etárias, nos encontros pontuais em que o clínico eventualmente tinha esta condição de trabalho.

Assim, será nas primeiras entrevistas clínicas que Winnicott (1971/1984) reconhece certa expectativa que todo paciente apresenta em comunicar algo de significativo (suas ansiedades, angústias, aflições) no encontro com o clínico. Nesse estado psíquico de disponibilidade pela expectativa do primeiro encontro, diz Winnicott (1971/1984), defesas, resistências, ficariam mais frouxas e tal situação propiciaria acesso direto ao psiquismo do paciente, abrindo-se assim a possibilidade de realização de intervenção imediata. O paciente, ao marcar uma consulta pela primeira vez, vai com esperança, pois já cria uma série de fantasias, já imagina o psicólogo e tudo isso é colocado ao profissional numa primeira consulta. Cabe a este profissional aproveitar ao máximo todo o material emergente que aparece já numa primeira entrevista, resultando, ao mesmo tempo, em uma ação diagnóstica e terapêutica. Em outras palavras, será o *manejo* dessas entrevistas iniciais fator crucial para o estabelecimento de uma comunicação significativa dos conflitos emergentes, seja por via da fala, da transferência, dos gestos – via de expressão não verbal. O fato de o paciente estabelecer uma comunicação significativa daquilo que o aflige, numa relação de mutualidade sustentada pelo encontro intersubjetivo, no espaço potencial que se cria (Winnicott, 1975), oferece-lhe um estado de busca da possibilidade de superação do seu conflito, causa de sofrimento, bem como da retomada do seu processo de amadurecimento.

Quanto ao estabelecimento de uma comunicação, para Winnicott (1971/1984) é o mesmo que ocorre naquilo que ele chamou de espaço potencial, entendido como aquele espaço entre o campo subjetivo e externo compartilhado, no qual se transita na criatividade, no espaço simbólico, fruto do encontro inter-humano sustentado pela experiência de *holding*–

via confiança. Será a capacidade de confiar que possibilitará ao paciente poder depositar no profissional sua busca por ajuda e comunicar algo significativo com relação ao que necessita.

Desta forma, cabe ao clínico contar com um *setting* seguro e oferecê-lo, mesmo em ambientes abertos, no contexto hospitalar, o que depende estritamente dessa possibilidade do encontro e não somente de um lugar físico. Além de criar e ofertar um *setting* seguro, outro aspecto importante é também marcar uma condição profissional em que um está disposto a ajudar (clínico) e o outro vem em busca de ajuda (paciente), tudo isso apoiado num registro humano. Lescovar (2004, p. 45) refere que:

Em linhas gerais, as consultas terapêuticas representam uma possibilidade nova e breve de coligir a história de um caso clínico por meio do contato com<sup>13</sup> o paciente, ou seja, obter e conduzir os elementos vitais que possam ajudá-lo na elaboração de um sofrimento ou dificuldade.

A finalidade principal do uso das consultas terapêuticas no ambulatório do serviço de Psicologia era oferecer a essa população um atendimento pontual, em que as angústias mais emergentes pudessem ganhar lugar de interlocução, e assim já poderem ser manejadas; isto é, já receberem intervenções imediatas. Quando nos referimos a lugar de interlocução, é mais do que falar sobre algo de forma discursiva, mas, como já mencionado, é proporcionar conjuntamente com o paciente uma comunicação daquilo que mais o aflige, o que nesse momento da consulta se torna significativo, ganha sentido e integração. Assim, as consultas terapêuticas, como modalidade de atendimento psicológico, apresentam como finalidade nodal a máxima exploração das entrevistas iniciais.

Essas consultas podem variar; às vezes, um único encontro é suficiente, podendo eventualmente chegar a três, quatro consultas. Isso porque, caso a situação clínica se prolongue, mesmo que ainda num contexto breve, na psicoterapia breve, por exemplo, naturalmente as defesas e resistências vão se fazendo presentes, como observa Winnicott (1971/1984).

Outro ponto importante no processo de consulta descrito por Winnicott (1941/1993b), a partir do seu estudo de uma situação padronizada pela observação de infinitas consultas realizadas com crianças e suas mães, é o que denominou “*jogo da espátula*”. Nesse jogo,

---

<sup>13</sup>Grifo do pesquisador. Cabe destacar que, ao reconhecer o fato de estar em contato *com* o paciente, Lescovar está pautado numa premissa fundante da teoria e clínica winnicottiana: a experiência do brincar. Winnicott se refere ao fato de que no encontro paciente e clínico há necessidade da presença de dois. E, nesse sentido, o clínico entra em jogo, não como mero observador; sua presença psicossomática é elemento fundamental para o encontro psicoterapêutico e para que uma comunicação significativa possa emergir na consulta.

observou que há um movimento natural na consulta: 1) um período de *hesitação*; 2) um período de *uso do objeto*, o paciente pode se relacionar com a questão trazida para tratar; 3) e um período final de *desinvestimento do objeto*— não há mais interesse e necessidade de se relacionar com aquele objeto e assim há um descarte, a consulta chega ao fim. Para Winnicott (1941/1993b), uma consulta completa necessita contemplar esses três momentos. Dito de outra forma, primeiro há hesitação em se aproximar daquilo que é necessário; uma vez transposta esta etapa pela sustentação do clínico, no momento seguinte ocorre uma comunicação mútua e, logo em seguida, há uma interlocução da angústia/conflito; isto é, na maioria das vezes, se fala sobre o que acontece, o psicólogo neste momento faz o reconhecimento da situação e, por fim, uma intervenção integrativa de tudo o que ocorreu, favorecendo a abertura de sentidos do conflito e do motivo da consulta para o paciente.

### 2.7.1 *Vinheta clínica: “Ser e estar velha: o desalojar do self na presença de alguém”*

Sr<sup>a</sup> Maria, 65 anos na época, branca, do lar, viúva há pouco mais de três anos, casamento que lhe rendeu quatro filhos – todos casados. Foi encaminhada ao serviço de Psicologia por seu médico geriatra, e como motivo do encaminhamento constava: quadro de insônia, oscilação de humor e sintomas hipocondríacos. Ao todo, realizamos três consultas terapêuticas, não havendo necessidade de continuidade em psicoterapia. Nossa conduta e reflexões clínicas foram orientadas sob o vértice da psicanálise winnicottiana e das concepções teórico-clínicas desenvolvidas pelo Prof. Dr. Gilberto Safra, como apontadas anteriormente.

A sr<sup>a</sup> Maria chegou para a primeira consulta queixando-se de dores pelo corpo, em especial dores no peito, um grande medo de enfartar, insônia—acordava no meio da madrugada pensando nos problemas dos filhos e sentindo um intenso medo de ficar só. Além dessas queixas iniciais, referia ao longo das consultas o quanto ela achava “*horrível e feio*” (sic) envelhecer e não podia imaginar-se num caixão, morta, pois só em imaginar, ela tinha falta de ar.

Do decorrer do processo das consultas, foi possível verificar e tratar sua necessidade de recolocar seu ódio nesse momento de velhice, o que ficou claro a partir da sua primeira comunicação significativa:

*Quem cuidava de tudo em casa, dinheiro, contas, consertos. . . era meu marido” [sic]*  
*“meus filhos são ingratos, quase não aparecem e quando vão passear nem lembram*

*que têm mãe e eu sou uma besta que acordo de madrugada preocupada com eles”* [sic].

Quase não saía de casa, não possuía amigas e não realizava qualquer atividade no campo social; para conseguir dormir um pouco, ou ligava o rádio na cabeceira da cama (para ser embalada e conseguir dormir), ou, em último caso, usava psicotrópico receitado pelo seu médico geriatra, e que ela não gostava de tomar, pois lhe causava dores no estômago. Tratava-se de uma paciente que, no contato pessoal, era muito rígida e um tanto “amarga” com os outros e consigo mesma.

Outro aspecto que foi possível compreender e tratar era o quanto essa paciente sempre viveu de forma dependente, depositando no outro as responsabilidades frente à sua vida: isso aparecia no quanto não sustentava suas escolhas e no quanto se magoava frente à autonomia dos filhos e dos outros. Desta forma, ficar sozinha tornava-se impossível, pois era dar-se conta do quanto não pudera ter uma vida pessoal—estava *passando* pela vida, e sua fantasia de faltar o ar dentro do caixão revelava o quanto ela vivia uma não vida, aprisionada a uma sobrevivência em que o ar fresco lhe faltava— viver não estava sendo possível, no registro de sentir-se existindo, muito menos pensar na possibilidade de ter um fim. Sua experiência existencial era de estar aprisionada— a angústia claustrofóbica era presente. As queixas hipocondríacas se relacionavam também com essa faceta, não conseguira estabelecer uma vida sentida como pessoal, havia uma ausência da presença de si que era vivida no corpo, além do ódio perceptível em suas manifestações, ficando para fora dela, manifestado externamente como uma caricatura de uma “velha ranzinza”. O ato de dormir exigia dela simplesmente relaxar e *ser*, experiência sem controle. Contudo, para ela, isso também estava impedido, a sensação era de queda, de correr o risco de cair no nada—experiência aterrorizante, sem presença psicossomática de si, campo das agonias impensáveis.

Assim, ao longo das consultas, dois aspectos foram importantes para o tratamento. Um deles se relacionava ao ódio que se recolocava na sua vida na ocasião de constituir sua velhice na presença de alguém, aspecto não possível de ser constituído no meio familiar e que surgiu nas consultas e foi tratado. Em nosso segundo encontro, a sr<sup>a</sup> Maria nos interrogou de forma bastante incisiva, dizendo: “. . . *Eu tô vindo aqui pela segunda vez, e o senhor não fez nada por mim ainda! Além disso, parece distante. . .*” [sic]. Este momento foi bastante significativo, houve a oportunidade de lhe apresentar como isso trazia todo o seu ódio, uma vez que o outro não a poupava da possibilidade de morrer; ao mesmo tempo em que o outro, fazendo por ela, também não resolvia seu impasse. A paciente procurava, com a raiva, ser

desalojada por alguém; com os filhos, não havia conseguido, mas nessa consulta foi possível viver isso. Além disso, foi mostrado o quanto essa questão se apresentava como necessidade nesse momento de vida— nós fazermos por ela seria injusto, mas podia contar com nosso apoio. Em outras palavras, a "ausência da presença de si vivida no corpo" precisava ser uma via de resgate da condição precária da sua vida, ou de elementos do *self*, que ficaram prejudicados, para agora reposicioná-los, a fim de poder envelhecer. Para isso, ela fez uso do seu ódio e do nosso rosto. Sua manifestação raivosa sustentada e abordada em nosso encontro surgia como espécie de livramento da sua condição. A paciente começou a chorar, entrou em seu dilema com a velhice e, momentos depois, na mesma consulta, nos agradeceu e pediu perdão. Assim, seu ódio estava sendo constituído, constituinte da velhice, para encontrar conosco uma experiência de desalojamento, o que poderia ser equiparado à mensagem de que “eu não iria tirá-la do caixão”. Portanto, alguém que não a poupava da morte!

Aqui surgiu outro aspecto fundante em sua consulta: a oportunidade de abordar a dimensão do perdão em sua vida, quando foi possível tratar com ela do perdão de si mesma frente a todo tempo passado e não vivido como pessoal, assim como toda sua lamentação diante da vida.

A partir desse manejo, do ponto de vista psíquico, suas sintomatologias desapareceram, sua presença psicossomática se tornou mais vigorosa e viva. Em sua terceira e última consulta, dormir já era possível e a sr<sup>a</sup> Maria pôde começar a frequentar, por iniciativa própria, um grupo de voluntárias no hospital. Passou a realizar trabalhos desta ordem, sentindo-se muito bem. Ampliou seu universo de relações pessoais e pôde, assim, aproveitar os cuidados ofertados pelos filhos. Dito de outra forma, *ser* e *estar* velha já era possível!

Observamos aqui uma função terapêutica da consulta, de extrema importância. Uma vez realizada a intervenção no presente, no aqui e agora, a paciente pôde recolocar seu passado e abrir possibilidades de futuro. Aspectos antes hipertrofiados pelo impedimento do seu devir retomam seu movimento de realização e acontecimento.

## **2.8 Psicoterapia Individual e Grupal: Espaços de Alteridade Para os “Balanços Existenciais”**

Os atendimentos psicoterápicos, tanto individuais, quanto grupais, destinavam-se aos pacientes que precisariam de mais tempo para tratarem das suas problemáticas, as quais seriam possível no modelo das consultas terapêuticas, por exemplo. Assim, o processo de

psicoterapia, em acordo com a direção do CRI-ZN, ficou delimitado em 12 sessões de 50 minutos cada, tanto para a modalidade individual, quanto grupal. Caso algum paciente, ao final desse tempo, tivesse indicação para continuar por motivos e condições clínicas, ele poderia ter no máximo mais 12 sessões, inclusive os pacientes de grupo— podendo ser reencaminhado a um novo grupo. Sendo assim, as práticas das psicoterapias realizadas no serviço ocorriam sob uma perspectiva breve, nos moldes do manejo das consultas terapêuticas, propiciando tanto na relação paciente x psicoterapeuta, quanto grupo x psicoterapêutica, o estabelecimento do espaço potencial, ambiente fecundo para se tratar, via transferência, das questões emergentes no processo clínico. Contudo, o que determinava a questão sempre foi a necessidade apresentada na sessão, seja a necessidade do grupo e/ou do indivíduo, sem processo de planejamento de foco prévio, como tradicionalmente é postulado pelas psicoterapias breves. Assim, a prática psicoterápica desenvolvida no serviço se ancorou naquilo que tanto Winnicott (1961/1999) quanto Safra (2004) designaram como uma “*clínica da necessidade*”. Uma clínica guiada pela angústia fundamental do paciente, demandando por parte do clínico, flexibilidade e adaptação técnica frente à situação necessitada pelo paciente. Tal flexibilidade adaptativa à necessidade clínica do paciente se distingue significativamente daquilo que comumente conhecemos em psicanálise clássica como clínica do desejo, sendo o desejo uma característica sofisticada do ponto de vista egóico, enquanto a necessidade estaria relacionada a um caráter constitutivo, exigindo enquadres diferenciados.

Sob a perspectiva da teoria da técnica, realizávamos aquilo que Winnicott (1962/1983b) chamou de “*análise modificada*” ou, melhor, dizendo, um manejo adequado à necessidade do paciente, diferente da técnica clássica. Em seu artigo sobre diferentes tipos de psicoterapia, Winnicott (1961/1999) afirma:

Existem, no entanto, muitas variedades de psicoterapia, que deveriam depender não dos pontos de vista do terapeuta, mas das necessidades do paciente ou do caso. Quando possível, recomendamos psicanálise. Quando não for possível, ou houver argumentos contra, então pode-se criar uma modificação adequada . . . Eu poderia falar sobre as modificações técnicas exigidas quando o paciente é psicótico ou limítrofe, mas não é este o objetivo da presente discussão.

O que me interessa aqui especialmente é a maneira pela qual um analista é treinado pode fazer outra coisa que não análise, e de modo proveitoso. Isso é importante quando o tempo disponível para o tratamento é limitado – situação aliás comum. (Winnicott, 1961/1999, pp. 93-94)

Sob esse aspecto, o da necessidade apresentada, o serviço de Psicologia aqui inserido, bem como o próprio clínico, se colocam em disponibilidade, oferecendo-se como base de sustentação para a interlocução e o reposicionamento das várias facetas decorrentes do processo de envelhecimento e do sentido da existência, aspectos presentes no registro das angústias dos idosos.

Os critérios para os atendimentos individuais foram definidos a partir das necessidades dos pacientes, dentre elas, limitações físicas— pacientes dependentes; sofrimento com características delirantes e psicóticas; inibição e retraimento com qualidades esquizóides; depressões graves incluindo ideação suicida; pacientes de difícil acesso —, bem como demais limitações, ou seja, assuntos muito peculiares e íntimos que não caberiam num grupo comum.

Já com relação à formação do grupo, ficou delimitado o máximo de oito pacientes que apresentassem condições de interação e compartilhamento dos seus conflitos, em grupo, bem como ausência de quadros incapacitantes (fala, locomoção, visão, juízo e crítica). Todos esses aspectos eram avaliados já no momento da triagem, em que se observava a necessidade de mais sessões (triagem mesmo que interventiva não seria suficiente), sendo essas possíveis de serem manejadas no *setting* grupal. No âmbito das ideias de Winnicott e do trabalho com grupos encontramos como referência o trabalho de Mello Filho (1989), o qual assinala que:

. . . Como se pode facilmente constatar, entre cada paciente e o terapeuta cria-se um campo, uma área de experimentação, um espaço potencial, onde vai se desenvolver a interação-terapia. Esse espaço intermedeia também a relação entre cada paciente e o outro, constituindo-se numa ampla zona de troca de experiências, de informações, onde dentre produções vão desenvolver a criatividade e a cultura daquele grupo. A possibilidade de existência dessa área — ao mesmo tempo de ilusão e de realidade — é uma das grandes contribuições do grupo ao processo terapêutico. Trocas de informações, espaço de reflexões, processos identificatórios, experiência emocionais verdadeiras com potencial curativo, tudo aí se dá. (Mello Filho, 1989, p. 191)

Nessa perspectiva teórica, refletiu-se a respeito do *setting* grupal como modalidade de psicoterapia no serviço, tendo este sido manejado como espaço potencial, função especular e de *holding*; em outros termos, observando-se a possibilidade de o grupo funcionar como lugar de liberdade, possibilitando o desenvolvimento da criatividade e recuperação do gesto.

### 2.8.1 Vinheta clínica: “A ternura que exorciza o mal”

Sr<sup>a</sup> Teresa, 70 anos na época, casada há 47 anos, natural de Minas Gerais, não teve filhos – abortou naturalmente em três tentativas de engravidar, costureira aposentada.

A sr<sup>a</sup> Teresa foi encaminhada ao serviço por sua médica geriatra, tendo em vista seu quadro depressivo, que não respondia aos antidepressivos. Já na triagem nos deparamos com uma senhora corporalmente oprimida, com significativas rugas por todo seu corpo, aparentando ser muito mais velha e logo de início nos comunica: “. . . *Sabe que é? Eu nunca tive amor de mãe, só maus tratos, tento ser calma, mas muitas vezes nem consigo dormir!*. . .” [sic]. A sr<sup>a</sup> Teresa começou então a me relatar o quanto havia sido torturada por sua mãe ao longo de toda vida, a começar do seu nascimento; era a filha caçula de uma prole de quatro mulheres, sua mãe esperava um filho homem. Eis sua primeira experiência de violência: ao nascer, sua mãe constatando ser mais uma menina, colocou-a num formigueiro. Uma tia que acompanhava o parto na casa, pois vivia na “roça”, foi quem a retirou do formigueiro e cuidou dela nos seus primeiros dias; suas irmãs mais velhas contam que a mãe não deixou nenhuma delas se aproximar para ajudar. Porém, os maus tratos apenas se iniciavam.

Ao longo da sua criação, sempre ficou destinada a servir sua mãe: “*eu era basicamente uma escrava e, ao mesmo tempo, me culpava, pois meu pai, antes de morrer, eu era menina, pediu que eu cuidasse da minha mãe, apesar das suas crueldades. . .*” [sic]. Além da violência física, apanhava muito até sua adolescência (sem motivos). Sua mãe lhe rogava pragas do tipo “*você vai ter doença ruim. . . marido ruim. . . não vai servir nem pra pôr filho no mundo. . .*” [sic].

A sr<sup>a</sup> Teresa havia se casado com um homem que reproduzia a violência vivida com sua mãe (ele a agredia fisicamente e a controlava pelo medo); a profecia da sua mãe parecia se cumprir, teve três abortos naturais e, há cinco anos, um câncer de mama.

A paciente não recebia bem os cuidados médicos, todas as medicações lhe faziam mal e sempre lhe traziam um medo persecutório de entrar em colapso.

Propusemos à sr<sup>a</sup> Teresa atendimento individual. Foram realizadas 20 (vinte) sessões ao todo, encontrando-nos uma vez por semana com ela. Nossa primeira tarefa clínica, se assim se pode dizer, foi a de reconhecer, compartilhando seu tom de indignação, como o mal lhe havia sido apresentado precocemente; sua chegada à vida tinha sido uma experiência de terror. A partir disso, caminhamos para o quanto ela não havia conhecido a experiência de ser amada por alguém, sua opressão diante do outro foi-lhe imposta antes mesmo que pudesse ter se constituído como alguém, em outras palavras, tomar posse de sua dignidade como pessoa.

Assim, sua matriz relacional passava por uma relação de submissão ao outro, como objeto de sadismo e de loucura do outro, maneira pela qual passou a existir.

À medida que fomos avançando no processo psicoterápico, a sr<sup>a</sup> Teresa foi se tornando mais próxima e afetiva a nós, aspecto importante e difícil, pois transferencialmente a pessoa do terapeuta também ficava no lugar daquele que poderia humilhá-la em algum momento (aspecto decorrente da sua persecutoriedade); sua expressão de medo parecia dar lugar a um rosto e numa de nossas sessões subsequentes ela me diz: “. . . *Sabe, estar vindo aqui tem sido como exorcismo, é como se o senhor tirasse o mal dentro de mim... Posso perguntar uma coisa pro senhor, doutor Fernando? O senhor tem raiva da minha mãe?. . .*” [sic]. Esse foi um momento muito importante em seu processo, pois empática e contratransferencialmente acessava o ódio que ela ainda não podia sentir e viver, e nesse momento afirmamos a ela que sim. Nossa indignação, ancorada no ódio, abriu então a possibilidade de ela começar a vivê-lo e isso lhe dava também a possibilidade de reposicionar sua experiência de carência de amor terno, vivida em sua história pregressa. A partir do nosso encontro, um novo lugar se originava, o mal começava ser “exorcizado” e sua dignidade a ser restaurada.

Para nossa surpresa, a sr<sup>a</sup> Teresa veio para sua sessão seguinte com um bolo nas mãos e nos diz sorrindo:

*. . . hoje tô fazendo aniversário! Estou nascendo de novo e queria muito dividir essa alegria de me sentir viva e bem com senhor, o senhor não se incomoda né? Sabe, nunca gostei do meu nome, e resolvi que vou ter um apelido agora. . .* [sic]

A sr<sup>a</sup> Teresa nos apresentava sua alegria diante da viva, agora sentida como viva, experiência mutativa do ponto de vista subjetivo. Sentir sua presença no *setting* terapêutico e em nossa subjetividade como significativa dava a ela a possibilidade de recolocar suas experiências de terror e opressão. Em outras palavras, entre nós e ela fundou-se uma comunidade de destino, a partir da qual a vida podia acontecer (Safra, 2004). Já não era mais destruída pelas formigas, pela mãe, por seu marido, assim como começava a existir a possibilidade de vir a morrer (aspecto vivido com grande temor por ela). Quase ao fim do processo psicoterápico a sr<sup>a</sup> Teresa decidiu separar-se do marido, indo morar com uma sobrinha (afilhada) que não havia se casado. Além disso, iniciou um trabalho voluntário numa igreja próxima, com crianças abrigadas.

Em nossa última sessão, relata um sonho:

*. . . eu sonhei com uma festa, estavam todos os meu parentes que já morreram, inclusive minha mãe, ela me recebia com bombons, com rosto leve e amoroso, eu*

*estava feliz!. . . Ao caminhar mais pelo ambiente encontrei um buraco no chão que dava num outro lugar, espiei pra ver, mas só passando pelo buraco é que dava pra saber. . . acordei numa paz! [sic].*

Observamos nessa situação clínica o valor do registro ético (Safra, 2004) como elemento fundamental da dignidade da vida humana, assim como a importância do ambiente e seu valor terapêutico como lugar de sustentação e sobrevivência das questões apresentadas pela sr<sup>a</sup> Teresa. Além da possibilidade de rever aspectos fundamentais, como a tortura vivida ao longo da sua vida e seu lugar de opressão, a partir desse reposicionamento, tornava-se possível à sr<sup>a</sup> Teresa viver a vida e sua velhice de forma serena e tranquila. O trabalho voluntário foi um sinal disso, sentia-se abrigada e foi abrigar outros. Seu sonho sobre a festa no dia da sua morte, sendo recebida por sua mãe era sinal de que sua vida estava destinada, sua partida era possível de forma serena e terna. A mãe que não pôde ser parteira para a vida, agora se tornava parteira para a morte.

## **2.9 Grupos Terapêuticos Temáticos: Interdisciplinaridade Como Recurso Aplicado à Saúde Global do Paciente Idoso**

O serviço de Psicologia, desde sua concepção, atuava em diversos ambulatórios e grupos interdisciplinares do CI-ZN, de modo a favorecer, a partir da escuta e manejo dos aspectos subjetivos e psicológicos envolvidos no processo de adoecer, uma melhor condição para a recuperação, aceitação e conscientização para o autocuidado. Assim, desde sempre nossa participação sempre teve um caráter clínico, apesar das tentativas da direção e da gerência médica de pressionar nossa participação. Por meio de palestras, sempre insistimos e conseguimos manter uma perspectiva clínica característica do serviço, oferecendo, assim, atendimento grupal a pacientes específicos que vivem o mesmo diagnóstico clínico, dentre os quais: diabetes, hipertensão, obesidade, câncer de próstata, dor crônica e fibromialgia, pacientes com úlceras de difícil cicatrização, pacientes que fazem uso de anticoagulante etc.

Esses grupos temáticos, bem como alguns ambulatórios, contavam com uma equipe interdisciplinar, sendo um profissional desse grupo/ambulatório responsável por organizar as datas dos encontros, encaminhar os pacientes para o grupo terapêutico e, ao final, fazer avaliação geral com todos os profissionais envolvidos. Sendo assim, os primeiros projetos de grupo temáticos foram elaborados e realizados particularmente por nós; posteriormente, novos

grupos foram criados, com a participação dos colegas do serviço. Abaixo descrevemos alguns dos projetos realizados sob essa perspectiva.

- **Grupo de mulheres: o resgate do feminino na velhice**

O primeiro grupo, criado em parceria com a terapia ocupacional, e que foi batizado como “Grupo de Mulheres”, surgiu a partir da necessidade observada nas problemáticas que envolvem o envelhecimento feminino e suas repercussões biopsicosociais no mundo contemporâneo.

O grupo iniciou sua atividade em julho de 2005, uma vez identificada demanda significativa entre as mulheres atendidas pelo CRI-ZN, demanda esta caracterizada por situações existenciais, psicológicas e ocupacionais importantes, tais como: viuvez, alterações corporais, rupturas na dinâmica familiar, violência doméstica, entre outros. Cabe salientar que várias das alterações mencionadas também são tratadas via ambulatório de ambos os serviços. Entretanto, observamos a necessidade de oferecer um trabalho conjugando Psicologia e Terapia Ocupacional, cujo objetivo nodal é tratar a questão do envelhecimento e do Ser mulher, resgatando condições humanas fundamentais como a dignidade e a cidadania de mulheres idosas.

Desta forma, era nosso objetivo principal promover um espaço terapêutico por meio da escuta, do acolhimento e dos cuidados específicos para mulheres idosas, oferecendo, assim, possibilidades para que essas mulheres lidassem melhor com as alterações tanto psíquicas como do corpo e ocupacionais consequentes do processo de envelhecimento, ou seja, que pudessem cuidar de forma saudável de si mesmas, o que para muitas se tornava uma experiência inédita e integradora em seu modo de ser. Assim, esse espaço ofertava a possibilidade para compartilhar seus medos, angústias, fantasias, inquietações frente à velhice, assim como um encontro humano em comunidade (o grupo em si).

Por meio de atividades desenvolvidas em grupo, percebíamos que essa população beneficiava-se quanto à possibilidade de *reconstruir* suas próprias histórias e descobrir desejos e interesses adormecidos e/ou impedidos por diversos motivos que a vida e a própria condição lhes impunham. Suas habilidades e seus potenciais, uma vez identificados, eram abordados e tratados no grupo, gerando melhora da autoestima, da autonomia, valorização de si mesmas, ampliação do universo existencial e ocupacional e maior participação na vida comunitária. Desta maneira, nosso objetivo principal se estabeleceu no resgate do feminino, na promoção de melhorias na qualidade de vida, na saúde mental, resgatando, assim, aspectos fundamentais para o acontecer humano, tal como: a *dignidade!* Não raro, emergia nas

conversas entre essas mulheres histórias de opressão, abusos, torturas e violências das mais diversas ordens: física, moral, sexual e psíquica. Assim, diante do cuidado ofertado e diante do testemunho do grupo, essas senhoras encontravam o rosto, ao invés das experiências de horror.

Os grupos aconteciam nos mesmos moldes dos grupos psicoterapêuticos de orientação winnicottiana (conforme descrito no item psicoterapia de grupo anteriormente), isto é, como espaço potencial, com um disparador em comum, no caso, o tema: velhice x feminino.

Assim sendo, por meio das experiências vividas no grupo, essas pacientes deixavam de ser “donas de casa”, “mães”, “esposas” e passavam a ser mulheres. Por meio destas experiências conseguiam se reconhecer como donas de uma ação, isto é, protagonistas em seu percurso biográfico, singular.

As pacientes se inscreviam espontaneamente via Serviço de Atendimento ao Usuário – SAU do CRI-ZN, não havendo necessidade de serem matriculadas como pacientes do CRI-ZN. À medida que as inscrições são realizadas, essas pacientes são triadas por meio de entrevistas clínicas realizadas em conjunto pela Terapeuta Ocupacional e pelo Psicólogo. Definiu-se como critério de inclusão mulheres idosas com manifestações depressivas leves e/ou moderadas e com outras alterações na esfera psicoemocional e ocupacional. Cabe informar que as pessoas contra indicadas para esse grupo eram encaminhadas diretamente para atendimentos individualizados em ambos os serviços, como os casos de depressão mais grave, psicoses, entre outros quadros psicopatológicos que impedissem benefício nesse grupo em especial.

Disponibilizávamos um total de 10 (dez) vagas para cada grupo. Os grupos aconteciam com sessões semanais, atingindo um total de 15 (quinze) sessões/encontros, com uma hora e meia de duração para cada sessão.

Os grupos funcionavam por meio de trocas de experiências de forma verbal – associações livres –, concomitante a atividades manuais por meio de recursos estéticos e de expressão corporal, discussão de temas de interesse, como, por exemplo, envelhecimento feminino, menopausa; sexualidade; papel de esposa; mãe; avó; dona de casa, entre outros.

Em trabalho com vários grupos pudemos observar que a integração entre essas duas áreas do saber humano: Psicologia e Terapia Ocupacional, se bem alinhadas e integradas, exerciam uma função terapêutica importante nessa população, em específico, a possibilidade de integrar especialidades que tratam do *Ser* e do *Fazer* propiciava alcances terapêuticos importantes. A fim de ilustrar alguns desses resultados, seguem abaixo depoimentos das

próprias pacientes em processo de finalização dos grupos, ou seja, período de avaliação das atividades grupais.

*. . . Quando cheguei aqui, estava desanimada, não saía de casa. . . aos poucos fui melhorando, as conversas com vocês, com uma, com outra foram me ajudando, hoje estou renovada! . . . [sic] 69 anos.*

*. . . Me achava pervertida em ter desejo sexual porque era velha, agora meu marido que se cuide! . . . [sic] 76 anos.*

*. . . Eu fico tão leve quando saio daqui. . . depois que falei de tudo que sofri com meu filho traficante, não tenho mais pesadelos, durmo bem! Fiz o que pude, não adianta eu me crucificar. . . [sic] 89 anos.*

*. . . Consegui desenganar, antes eu queria controlar e fazer tudo, ser pai, homem, mulher e agora deixo que o outro resolva o que ele tem que resolver. . . O tempo é curto demais, a gente precisa aproveitar. . . [sic] 78 anos.*

*. . . É muito bom vir aqui e trocar ideias, às vezes a gente acha que sabe tudo, e na verdade a gente sofre isolada! . . . [sic] 80 anos.*

*. . . Vindo aqui me encorajou a tomar uma decisão. . . já que meu marido não para de se drogar e beber e não sai de casa, eu saí! Chega, não dá mais! Cansei de ser abusada, a coitada! . . . outro dia depois do nosso encontro fui até a assistente social e ela me orientou como tinha que fazer. . . Estou me dando uma nova chance, mesmo velha! . . . [sic] 65 anos.*

#### ● **Grupo de feridas: a busca por uma cicatrização de muitas dores**

Este projeto nasceu de uma parceria com o ambulatório de feridas coordenado pela equipe de enfermagem. Em apoio ao trabalho desenvolvido por esta equipe, nós, os profissionais da área de Psicologia, por meio de nossa prática clínica, identificamos uma parcela significativa de idosos com alterações psíquicas importantes advindas do processo de adoecimento físico, nos casos feridas (úlceras) de muitos anos (10, 20 até 30 anos), as quais dificultavam não só a recuperação física, como a autonomia desses pacientes.

Da constatação dessas problemáticas que envolvem o envelhecimento e suas repercussões advindas do adoecimento físico, e pensando na possibilidade de realizar intervenções primárias, isto é, de prevenção, o serviço de Psicologia do CRI-ZN criou o chamado: “*Grupo de Feridas*”.

Como critério de inclusão dos pacientes no grupo, todos os profissionais que fazem parte da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas<sup>14</sup> podiam encaminhar os pacientes ao serviço de Psicologia para realizarem um processo de triagem psicológica, a fim de investigar quais as condições emocionais para o aproveitamento do trabalho desenvolvido no grupo. Os casos que *não* tinham indicação para o grupo eram atendidos individualmente.

Um dos aspectos a ser levado em consideração nesse tipo de problemática eram os efeitos do humor e as alterações psicossomáticas na recuperação física e psíquica do paciente. Assim, baseado nas concepções de Winnicott (1969/2005a) sobre os fenômenos psicossomáticos, o trabalho em parceria com a equipe deste ambulatório era pautado na compreensão e manejo dos adoecimentos psíquicos que pudessem surgir concomitantemente e/ou com a história pregressa da ferida na vida do paciente, mas baseado, sobretudo, numa perspectiva de como a história de vida se ocultava no corpo como doença, como exemplo disso, as “feridas abertas” de longa data, décadas.

No que tangia ao grupo psicoterápico, este tinha como objetivo nodal promover um espaço terapêutico através da escuta, do acolhimento e dos cuidados específicos a essa população. Dando lugar para o encontro humano, tratando dos aspectos subjetivos e singulares de cada paciente x seu processo de adoecimento físico. Assim, o trabalho terapêutico grupal e/ou individual visava compreender e identificar os aspectos da vida dos pacientes que, de alguma forma, tornaram-se “*feridas abertas*” e, conseqüentemente, traziam *dor!* Ao longo dos encontros, buscava-se abordar a questão da dor para além da ferida física, o que permitia acessar e tratar dores das chamadas “*feridas invisíveis*” (Chiozza, 1988), tais como: perdas de pessoas importantes, abandono pela família, rigidez e dificuldade no autocuidado, histórico de alcoolismo na vida jovem/adulta, entre outros impedimentos pessoais. Desta forma, nosso objetivo principal estabelecia-se na promoção de saúde e de melhorias na qualidade de vida, em especial no autocuidado.

Disponibilizávamos um total de dez vagas para cada grupo. Os grupos aconteciam com sessões semanais, atingindo um total de dez sessões (encontros), com uma hora e meia de

---

<sup>14</sup>Utilizaremos ao longo do texto a abreviação CPTF para nos referir à Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, composta por médico cirurgião plástico, dermatologista, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, nutricionista, assistente social e psicólogo.

duração para cada sessão. Cabe reiterar que os casos que necessitavam de atendimento individual e/ou intervenções familiares eram encaminhados diretamente ao serviço de Psicologia e tinham o acompanhamento necessário.

Os resultados eram surpreendentes. À medida que o sofrimento relacionado à ferida era reconhecido num espaço dedicado ao cuidado, aqui nos referimos tanto ao físico (enfermagem e os médicos) e psicológico, as feridas do corpo passavam a cicatrizar. Havia casos em que alguns pacientes boicotavam a sua evolução, numa tentativa de permanecer no ambulatório e sob os cuidados dispensados ali. Muitos vinham da rede básica de saúde e referiam não ajudar. Em especial, nos idosos que viviam só, a ferida funcionava como espécie de uma justificativa concreta para receber cuidados; estendendo as conversas com a enfermagem, tinham ali uma experiência de alteridade genuína. Tais casos eram discutidos com toda equipe, a qual trabalhava alinhada e integrada; ficávamos num mesmo ambiente físico e isso facilitava nossa comunicação; os pacientes vinham no primeiro horário do dia para o grupo e/ou consulta psicológica e depois aguardavam para realizar a troca de curativos, bem como realizar eventuais consultas de retorno com os médicos. Assim, a assistência era oferecida de forma integral. Importante frisar que todos os profissionais envolvidos nesse ambulatório tinham um comprometimento e devoção que iam além dos cuidados técnicos, aspectos que, segundo nossa observação, foram responsáveis pelos bons frutos colhidos com as evoluções dos pacientes.

Abaixo alguns dos depoimentos colhidos ao longo dos trabalhos com os grupos e consultas realizadas nesse projeto ambulatorial:

*. . . minha vida foi sempre um descuido, a ferida de 13 anos é um exemplo disso, cheirava até mal e eu nem parecia ligar! . . .* [sic] Senhora, 67 anos, ferida aberta há 13 anos.

*. . . Eu sempre bebi, a vida toda; claro, isso ajudou eu ter a ferida, mas hoje sei porque fazia isso, era muito ressentido com as coisas do passado. . . Tô começando a melhorar, não adianta o padre me perdoar, nem a benzedeira, tem que ser eu! . . .* [sic] Senhor, 74 anos, ferida aberta há 9 anos.

*. . . Minha família sempre me ajudou, mas no fundo a gente se sente sozinha, não me dava conta, mas toda vez que tava melhorando eu cutucava e a ferida abrindo de novo. . .* [sic] Senhora, 82 anos, ferida exposta há mais de 10 anos.

. . . *Quase não andava mais, estava correndo o risco de perder minha perna, até bicho tinha, o carinho da enfermeira em limpar, aprender a comer coisa saudável que não é veneno pra quem tem isso foi importante! Mas conversar com os colegas aqui no grupo foi o que ajudou mesmo. . .* [sic] Senhor, 71 anos, ferida aberta há 17 anos.

. . . *Claro que a ferida não fechava, eu era teimosa, não aceitava que o corpo não aguenta mais fazer coisas que a gente faz quando a gente é mocinha. . . respeitar o novo ritmo e parar de relutar me deixou mais calma e a danada tá quase cicatrizada. .*  
. [sic] Senhora, 69 anos, ferida exposta há mais de 5 anos.



---

*Capítulo 3*

### CAPÍTULO 3 – O AMBIENTE, O CUIDADO E O *TELOS*: ASPECTOS FUNDANTES NA CLÍNICA DO ENVELHECIMENTO

“...Uma análise nasce e finda de um bom encontro...

*Assim a vida desponta no orvalho de cada manhã  
e se finda com a chegada do crepúsculo...*”

Diário de análise – setembro de 2010.

Nesse tópico apresentamos a concepção de homem sob a perspectiva winnicottiana, bem como uma discussão acerca da importância do ambiente como condição da experiência de devir, e continuar *sendo* em diferentes etapas da vida. Para isso nos apoiamos, inicialmente, nos ensinamentos de Winnicott (1896-1971) acerca da importância do ambiente ao longo da vida e, a posteriori, nos ancoramos em Safra (1999, 2003, 2004, 2006a, 2006b, 2007), para discutir questões próprias da velhice, em especial o *Telos*.

Para se compreender os fenômenos próprios da velhice, será fundamental realizar um percurso pela linha do tempo da vida, a fim de se apreender e se articular o papel e a importância do ambiente na contínua constituição do *self*, suas necessidades éticas, bem como a necessidade de findar-se como existência.

#### 3.1 O Ambiente e sua Importância nas Diferentes Etapas da Vida

D. W. Winnicott, como sabemos, por sua prática pediátrica, e posteriormente psicanalítica (1941/1993b), contribuiu de forma expressiva com a psicanálise, quebrando o paradigma do metapsicológico ao considerar a importância do ambiente, abrindo, assim, uma perspectiva ontológica da condição humana. Sobretudo, a partir dos casos clínicos de pacientes psicóticos, antissociais e esquizóides que não respondiam à psicanálise clássica-metapsicológica. Ao afirmar que *um bebê não existe sem uma pessoa que cuide dele*, Winnicott (1945/1993c) nos mostra a necessidade de alteridade desde o início, bem como é intrínseco da condição humana a dependência de outrem para se constituir.

Sobre esse vértice, Winnicott (1988/1990) faz um assinalamento revelador ao afirmar que “ao estudarmos um indivíduo de qualquer idade, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias” (p. 179). Nesse sentido, o autor nos ensina que não há etapa de vida que não demande certa constituição e, para isso, um

ambiente facilitador é de fundamental importância; desde os cuidados maternos iniciais que definem a constituição de um estatuto integrado de *self*, até o lugar cultural e social em que vivemos e, nesse trabalho em especial, nosso grande interesse: as necessidades *tardias*. Estamos sempre experimentando novas situações que a vida apresenta, as quais requerem novas resoluções e elaborações. O que estamos querendo dizer é que, ao longo da vida, temos que nos haver com determinadas tarefas em diferentes momentos. É nesse âmbito que, para Winnicott (1967/1996), pensar em saúde significa ter maturidade pessoal de acordo com idade cronológica, isto é, sentir-se com 60 anos aos 60 anos e não apenas ausência de sintomas ou doenças, mas se sentir existindo e real, em outros termos: vivo.

Por esse motivo, é necessário entendermos como isso acontece ao longo da vida, para não correremos o risco de prender-nos a uma concepção biológica, restrita a quadros orgânicos funcionais do envelhecimento, nem à visão determinista da psicanálise, em que tudo se explicaria pelas vivências infantis– recalcadas. O que vale a dizer é que a vida é dura em si mesma e a condição humana é de pura precariedade e instabilidade, condição que ganha maior nitidez nesse momento da vida (Safra, 2006a).

Na perspectiva teórica e clínica de Winnicott (1958/1983c), o ambiente tem grande importância nesse contínuo e complexo processo de vir a ser. Evidentemente ele não se dedicou ao estudo específico da velhice em si, mas contribuiu de forma significativa quando desenvolveu sua teoria sobre o processo de amadurecimento emocional do indivíduo, reconhecendo que “existe um processo contínuo de desenvolvimento emocional, que começa antes do nascimento e prossegue ao longo da vida, até à morte (com sorte) de velhice” (Winnicott, 1950-1955/1993d, p. 216).

Para Winnicott (1988/1990), todo ser humano porta em si uma tendência inata à integração, que só poderá ser efetivada pelo favorecimento de um meio ambiente. Por esse motivo, Winnicott definiu a natureza humana como “quase tudo o que possuímos” (Winnicott, 1988/1990), incluindo fatores ambientais e os encontros e cuidados humanos ofertados. Em relação ao ambiente, Winnicott (1988/1990) se refere a um lugar, um espaço propiciador de condições físicas e psicológicas, e Safra (1999) acrescenta: éticas, das quais toda pessoa necessita para se sentir humana, existindo e se percebendo como real.

### 3.2 O Ambiente e a Constituição da Subjetividade

Sendo assim, do ponto de vista winnicottiano, observamos que no início da vida, uma das funções importantes do ambiente é a de acolher, em sua subjetividade, a chegada do novo ser; isso acontece possibilitando ao bebê sua integração no tempo e no espaço (*holding*), habitando um corpo (*handling*) e, seguindo o ritmo da criança, apresentar-lhe faces da realidade (apresentação de objetos). Tais funções, nesse momento da vida, favorecem a criação e o estabelecimento de um *self* unitário e o conseqüente senso de continuidade do processo de ser. Safra<sup>15</sup> (2003) assinala de forma muito peculiar este novo momento:

O bebê nasce e ao nascer está aberto para o mundo de uma forma total e absoluta. Está aberto ao mundo, não tem mecanismos mediadores que o auxiliem a suportar a presença do mundo, o excesso de estimulação que vive em seu organismo. Ele não tem mediação, é uma abertura total. O que torna o bebê muito sensível aos acontecimentos que encontra no nascimento sejam de ordem psíquica ou biológica. É nesse ponto que toda mãe e família se colocam naturalmente em sintonia ao fato de que o bebê está em estado de precariedade absoluta.

Torna-se evidente a importância da adaptação natural do ambiente como mediação entre o bebê e o excesso de estimulação provinda do mundo externo, fenômeno denominado por Winnicott (1956/1993e) como *preocupação materna primária*. Winnicott considera a preocupação materna primária como condição para o desenvolvimento emocional satisfatório do bebê. Por exemplo, em casos de mães depressivas ou com outras complicações psíquicas, tal condição encontra-se prejudicada. A mãe não desenvolve naturalmente esta capacidade de se identificar (consciente e/ou inconscientemente) profundamente com seu bebê, com vistas adequadas às suas necessidades.

Em relação às necessidades, o autor apresenta uma necessidade muito peculiar, que todos nós temos e sempre teremos, e que também depende da qualidade da provisão ambiental, no sentido de sustentar a não intrusão. Estamos fazendo referência à base incomunicável da subjetividade de alguém, a qual o autor denominou: de *solidão essencial*<sup>16</sup>:

Na Psicologia do indivíduo, entretanto, há um aspecto importante no relacionamento sobre o qual podemos dizer que mesmo no contato mais íntimo possível haverá uma

---

<sup>15</sup>Conforme exposição oral desenvolvida pelo Prof. Dr. Gilberto Safra em agosto de 2003, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

<sup>16</sup>O termo *solidão essencial* nada tem a ver com os estados de separação, é algo constitutivo do *self* e alicerce para, mais para frente, possibilitar o aparecimento da *capacidade de estar só*.

ausência de contato, de modo que cada indivíduo manterá, essencialmente, um isolamento absoluto, permanentemente e para sempre. (Winnicott, 1988/1990, p. 178)

Winnicott afirma que as experiências fundantes da existência acontecem essencialmente na solidão. Há um núcleo central do *self, quieto e silencioso* que jamais se comunica mesmo nas mais íntimas relações. Mas, ao mesmo tempo, necessita da presença humana do outrem. Nesses termos, a preservação deste núcleo incomunicável torna possível, *a posteriori*, a comunicação explícita, pessoal e autêntica. Winnicott assinala que é a partir dessa quietude e silêncio que se estabelece a comunicação<sup>17</sup>. Desta forma, na tentativa de qualquer violação do núcleo isolado, o bebê organiza-se defensivamente através de retraimento (impossibilidade de estar a sós: isolamento) e/ou das psicoses.

A mãe, ao sustentar esse tipo de não comunicação, com sua presença (por conta da afinidade egóica), estará possibilitando grandes chances de, no futuro, o bebê ter experiências de maior complexidade e sofisticação sob o ponto de vista emocional. Assim, através do silêncio é que surge a comunicação; neste aspecto, o autor enfatiza a necessidade de um uso sadio da não comunicação no estabelecimento do sentimento de realidade, especificamente ao nos referirmos à vida cultural do homem, ou seja, à experiência de comunicação na arte e na religião.

Um aspecto ainda importante, nesse momento, está relacionado ao fenômeno de ilusão, o qual Winnicott (1945/1993c) nos explica:

Vejo o processo como se duas linhas viessem de direções opostas, com a possibilidade de se aproximarem uma da outra. Se elas se sobrepõem, há um momento de ilusão, uma experiência que o bebê pode tomar, ou como alucinação sua, ou como algo que pertence à realidade externa. (p. 279)

Em outras palavras, o bebê está no movimento de busca, busca esta que só pode ser aplacada por meio de um encontro verdadeiro, o que dentre as três tarefas Winnicott denominou: de *apresentação de objetos*<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup>Na teoria winnicottiana, a comunicação e a capacidade de se comunicar estão relacionadas diretamente às relações objetais. Nesse sentido, o objeto subjetivo está ligado à capacidade criativa da pessoa, ou seja, o objeto subjetivo é um objeto que vai se constituir num momento de ilusão, momento em que se configura a criação. Desta forma, o objeto é criado e não encontrado, mas tem de ser encontrado para ser criado, eis o paradoxo. Em relação ao conceito de ilusão e de relações objetais, serão apresentados mais detalhadamente ao longo dessa seção.

<sup>18</sup>Winnicott compreendia a *apresentação de objetos* como relações objetais precoces entre mãe (estado de devoção/ preocupação materna primária) fornecendo o objeto ao bebê, no momento exato de sua necessidade.

Do ponto de vista do bebê, neste momento, ocorre a experiência de que foi ele quem criou o objeto, o que Safra<sup>19</sup> em suas exposições sempre nos alerta: *o bebê precisa criar o mundo!* Observamos aqui toda a instauração do universo subjetivo.

Um dos aspectos importantes seguido desse momento constitutivo, que abarca o processo ilusório, é a área da transicionalidade, ou área intermediária (terceira área, entre a realidade interna e externa) como Winnicott (1975) também denominou: “a área intermediária a que me refiro é a área que é concebida ao bebê, entre a criatividade primária e a percepção objetiva baseada no teste de realidade” (p. 26). A transicionalidade só poderá surgir através dos primeiros estágios do uso da ilusão. Neste estágio, especificamente, aparece com a função de mediar o percurso entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida.

Em função das integrações já conquistadas, a mãe, ao perceber o crescente desenvolvimento do seu bebê, gradativamente começa a se desadaptar, possibilitando a experimentação da *primeira possessão “não eu”*. Winnicott não estudou o primeiro objeto das relações objetais; ele se interessou pela primeira possessão “*não eu*” e pela área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido. Neste aspecto: “o objeto transicional não é um objeto interno (que é um conceito mental) – é uma possessão. Tampouco é (para o bebê) um objeto externo” (Winnicott, 1975, p. 24).

Desta forma, a transicionalidade marca o começo da atividade simbólica. Devemos mencionar, neste ponto, o paradoxo de que é imbuído o acesso à realidade, bem como aos objetos e aos fenômenos transicionais. Winnicott (1975) nos fala:

Do objeto transicional, pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância, entre nós e o bebê, de que nunca formularemos a pergunta: Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior? O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada. (p. 28)

Neste âmbito, o paradoxo não é posto para ser revelado e/ou resolvido, ele deverá ser eternamente mistério entre fato e fantasia ou, criação e descoberta. Winnicott (1975) discorre sobre este fenômeno:

Essa área intermediária de experiência, incontestada quanto a pertencer à realidade interna ou externa (compartilhada), constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador. (p. 30)

---

<sup>19</sup> Concepções desenvolvidas pelo Prof. Dr. Gilberto Safra no curso de Clínica Winnicottiana do Núcleo de Psicanálise da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. 2001/2002/2003.

### 3.3 O Ambiente e a Constituição do si Mesmo no Campo Social

E neste ponto, com a entrada da criança na vida escolar, que ela começa, de alguma maneira, e não só mais a partir dos pais, a inserir-se a partir de si mesma no mundo sociocultural. Podemos reconhecer que o processo de aprendizagem, sob essa perspectiva, é um processo pelo qual a criança é socializada, em relação ao saber daquele grupo cultural. Desde o processo de alfabetização às festas cívicas e/ou culturais, a criança gradualmente vai se familiarizando e vai tomando estas festas, estas situações, como parte da história de si mesma (Safra, 2006a). Safra (2006a) denomina essa experiência como uma “*matriz relacional social da criança*”, em que a criança desenvolve na escola uma série de situações para além da família, mas ao mesmo tempo necessita contá-las à família. Safra (2006a) enfatiza a necessidade de o ser humano integrar as suas experiências continuamente, e que o relato, as narrativas diante do outro cumprem essa função.

Podemos observar, nesse momento da vida, a importância do repúdio como movimento natural de ressignificar o mundo, bem como a necessidade de deixar suas marcas. O ambiente, aqui, ganha outra função, a de sobreviver à destruição – aspecto que reitera a confiança e abre sentido pessoal ao gesto do jovem. Além dessa, uma dimensão elementar que está posta também como provisão ambiental logo, em seguida, e/ou concomitantemente, é a necessidade de pertencer e de sonhar com um futuro! Nesse sentido, Safra (2006a) nos chama a atenção para o fato de que se torna uma experiência de horror para o jovem adolescente “*ficar no mesmo*”, sem perspectivas, sem horizontes.

Em decorrência da não possibilidade de contar com um ambiente que dê esse tipo de provisão, segundo as palavras do próprio autor: “*sem encontrar a encarnação do seu futuro*”, é comum que o adolescente entre em experiências niilistas – perda da esperança de vir a ser. Sendo assim, o *self* do jovem se constitui pela possibilidade de contar com um meio ambiente que o auxilie a sonhar com um futuro possível. Por meio de projeções e a partir de pessoas significativas, pais, familiares, professores entre outros, talvez ele consiga idealizar futuros possíveis. Percebemos que o ambiente vai ganhando também novas funções e sentido, seguindo em direção aos outros momentos da vida como, por exemplo, no jovem adulto.

### 3.4 O Ambiente e as Necessidades da Vida Adulta: das Decisões às Concretizações

Continuando essa trajetória na linha do tempo, o jovem adulto apresenta como questão, em seu processo de desenvolvimento, a necessidade de escolher e decidir como irá se estabelecer na vida. Safra (2006a) atenta para um aspecto natural nesse momento, isto é, certo luto diante da escolha realizada, uma vez que isso implicaria a inclusão e o estabelecimento de um único jeito de viver a vida, em detrimento de outras possibilidades.

Sobre essa etapa Safra (2006a) argumenta que a partir do momento em que ocorrem estas escolhas no jovem adulto, há o “estabelecimento da relação afetiva, o estabelecimento dos amigos significativos com quem se faz a viagem pela vida” há a decisão pela vida profissional e, eventualmente, a vida profissional está se iniciando. Nesta época, ocorre um fenômeno extremamente importante, o que Safra (2006a) denominou de mutação do *self*. O autor explica que o *self*, até esse momento, estava relacionado à possibilidade de existir em continuidade. Sendo assim, o *self* estava ligado à necessidade de pessoalidade, questão que surge desde os primeiros momentos da vida de um bebê, em que o gesto cria o objeto dentro do fenômeno da ilusão, tornando-o pessoal. Nesse ponto, a questão da pessoalidade retorna com grande força como, por exemplo, durante o momento da constituição dos fenômenos transicionais e segue adiante em cada etapa de vida.

Desta forma, até à vida adulta, o *self* está relacionado ao ser em continuidade e ao estabelecimento da pessoalidade. Com isso, observamos que a pessoalidade implica também uma diferenciação cada vez maior em relação ao outro. A pessoalidade torna evidente aquilo que é próprio, o estilo de ser, um mundo pessoal. No entanto, Safra (2006a) assinala que isso segue cada vez mais contrastando não só em relação ao “*não eu*”, mas em relação, também, àquele que é outro e, portanto, diferente de mim – em outras palavras, aquilo que lhe confere o “*si mesmo*”.

Ainda a respeito do vértice da mutação que o *self* sofre nessa etapa, Safra (2006a) utiliza o casamento para exemplificar o que acontece com o *self*. Em relação a isso, ele explica:

Mas, na vida adulta, com o casamento, por exemplo, ocorre um fenômeno em que o *self* não mais é só eu, mas ele vai se tornando ‘Nós’. A intencionalidade do horizonte de vida da pessoa sofre uma alteração, uma alteração muito importante. . . Porque enquanto a intenção fundamental da pessoa até esse momento, como eu disse, é pessoal, é *um eu*, a partir desse instante o projeto de vida não é mais um eu, é um eu

que leva em conta um outro. Há uma organização de si aonde o indivíduo, na verdade, começa a participar de uma entidade supraindividual: o Nós!<sup>20</sup> (Safra, 2006a)

Contudo, se antes o ambiente (a comunidade) existia para o indivíduo como sustentação, como favorecimento de entrada, hospedagem, como possibilidade de pertencer, a comunidade existia para o indivíduo como oferta de cultura, de perspectivas, de horizontes de vida. Aqui, a partir desse momento, a comunidade existe no próprio *self*. O indivíduo funciona não mais como um eu, mas *funciona como um* “nós”. Safra (2006a) enfatiza que isso só é possível caso o indivíduo possa superar, sob a perspectiva winnicotiana, a relação simplesmente marcada pelas identificações cruzadas<sup>21</sup>.

Safra (2006a) acrescenta: “O ‘Nós’ como possibilidade do *self*, só acontece quando o indivíduo, de fato, pôde atingir aquilo que Winnicott descreve como o uso do objeto” (Safra, 2006a.).

Verificamos que na vida adulta a tônica se encontra na possibilidade de viver a estabilização, ou seja, a concretização das decisões anteriormente tomadas sob forma de realizações: formar um par amoroso, estabelecer uma vida profissional a partir da legítima vocação, constituir amizades que conjuguem um estilo de vida comum. Nesse sentido, ambiente e/ou comunidade tornam-se a própria possibilidade de construir um mundo particular, a partir de si mesmo, sem que isso signifique isolamento, pois há uma mutação do *self* individual para um *self* comunitário: o “nós” (Safra, 2006a).

### **3.5 O Ambiente e a Velhice: a Desconstrução do Self**

Tendo apresentado esse panorama inicial, passamos a nos defrontar, nesse momento, com a velhice– fenômeno natural advindo do processo de envelhecimento –, em que a estabilidade constituída agora se “desmancha”. Deparamo-nos então, com um aspecto fundamental nesse momento de vida: *a desconstrução* (Safra, 2006a). Momento marcado por transformações significativas, tais como: perda do trabalho, filhos que se casam e/ou cônjuges que falecem, assim como os grandes amigos e, além disso, por uma maior consciência da

<sup>20</sup>Transcrição pessoal do curso: *A clínica da Maturidade*. Ministrado pelo Prof. Dr. Gilberto Safra na disciplina: Clínica Winnicottiana, na Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC-SP. Disponível em DVD´s pelas edições Sobornost. Transcrição autorizada pelo próprio autor e pelo corpo editorial.

<sup>21</sup>Winnicott (1988/1990) ao se referir às identificações cruzadas, estava se referindo ao jogo de complementaridades entre duas pessoas, em que o outro ainda é parte de si mesmo. Há o reconhecimento de diferenças, mas ainda não se constitui como um outro.

finitude. Safra (2006a) acrescenta que há também uma desconstrução vivida no próprio corpo: a visão não é mais a mesma, o corpo não responde com agilidade e rapidez como antes, a vida sexual se recoloca, uma série de *desconstruções* começa a emergir, entre elas, uma maior noção do que é o tempo (Safra, 2006a).

Segundo Winnicott (1988/1990, p. 29), o “ser humano é uma amostra-no-tempo da natureza humana”, originando-se da solidão essencial e dos estados de “*não ser*” para findar-se, novamente, num estado de “*não ser*”, um retorno à solidão essencial. A esse respeito Winnicott (1971/2005b) diz que há um tipo de crescimento que é para baixo, “*growing downwards*”, afirmando que “se eu tiver uma vida razoavelmente longa, espero encolher e tornar-me suficientemente pequeno para passar pelo estreito buraco chamado morte” (Winnicott, 1971/2005b, p. 249). Diante de tal afirmação, observamos que só se torna possível envelhecer e morrer para quem de fato pôde acontecer, em outras palavras, ter vivido a vida. Caso contrário, a velhice, bem como a própria possibilidade de morrer, tornam-se agonia. Aqui observamos a necessidade de poder contar com um lugar/ambiente que auxilie o envelhecer e o próprio morrer, pois ambos também são constitutivos.

No entanto, se tudo caminha bem, Safra (2006a) vai nos apresentar que para a pessoa velha o sentido da vida se reposiciona, não somente a partir da mutação do *self* para “*nós*”, mas fundamentalmente pela esperança que fica depositada, agora, naqueles que virão, na futura geração como, por exemplo, os netos. O autor destaca que um dos anseios fundamentais nesse momento da vida é poder contribuir de alguma forma para a comunidade/sociedade, para além do “*nós*”. Nesse contexto, o sentido da vida fica reposicionado em três aspectos:

- 1) O comprometimento com o meio ambiente, com o espaço cultural;
- 2) A responsabilidade não mais como uma moralidade a partir de si mesmo, mas que surge de uma ética própria— muito diferente de aceitar regras. Assim, tornar-se uma responsabilidade pela humanidade!
- 3) A consciência política, numa tentativa de responder ao mal-estar público, uma consciência de “*nós*” amplificada para o mundo<sup>22</sup>. (Safra, 2006a)

Nesse âmbito, observamos que o autor nos traz uma nova perspectiva de vida, em que o outro, para a pessoa velha, é aquele que virá depois. Muito diferente da idade adulta em que

---

<sup>22</sup>Transcrição pessoal do curso: *A clínica da Maturidade*, ministrado pelo Prof. Dr. Gilberto Safra na disciplina: Clínica Winnicottiana, inserida na Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC-SP. Disponível em DVD’s pelas edições Sobornost. Transcrição autorizada pelo próprio autor e pelo corpo editorial.

o outro era aquele que estava do lado. Há uma preocupação genuína com o futuro da humanidade, com as gerações futuras. Esses são valores essenciais para acolher a morte como um bem e não como um fracasso e/ou impedimento.

Desta forma, verificamos que o ambiente ganha diferentes funções e sentidos ao longo da vida. Inicialmente, na infância, toda criança tem que se haver com a tarefa de se constituir enquanto alguém singular ao longo do tempo. Assim, um ponto fundamental por parte do ambiente é o favorecimento do seu processo de alojamento via cuidados físicos, os quais, nesse momento, significam amor (Winnicott, 1988/1990). Alojarse no tempo e no espaço (*holding*), como alguém que habita um corpo (*handling*) favorecendo-lhe sentidos de realidade (apresentação de objetos). Observamos aqui toda instauração da constituição do si mesmo, o ambiente se adéqua inicialmente ao ritmo pessoal da criança (dormir, alimentar-se, brincar...) sustentando a continuidade do ser de forma singular e criativa. Sob o vértice ambiental, Safra (2004) enfatiza a ideia de que o ser humano “nasce no mundo em que pode surgir frente aos outros” (p. 35). Assim, retomando um princípio fundamental da clínica winnicottiana, o de que “não existe um bebê sem a sua mãe” (Winnicott, 1963/1983a) nos deparamos, inicialmente, com a grande relevância do fator de pendência, partindo dessa concepção teórico-clínica assentada no paradigma ontológico. Nesse sentido, Safra (1999, 2004) contribui nos assinalando que “o ser humano acontece com o outro”, e que tal aspecto, além de ontológico, é ético, ou seja, é próprio da condição humana necessitar de condições éticas para acontecer.

Assim, se inicialmente o ambiente necessário era a mãe, após um tempo a criança necessita de outras experiências, surgindo um ambiente paterno, que proverá um ambiente indestrutível (Winnicott, 1963/1983d).

A partir dessas experiências ofertadas pelas presenças materna e paterna, a criança pode acessar a realidade transicional, permitindo experiências em outros ambientes como, por exemplo, a experiência cultural (Winnicott, 1975).

Vimos que Winnicott ressalta que a partir desse trânsito pessoal banhado de sentidos, a criança vai necessitar de outros ambientes. Surgem aqui outras dimensões que o ambiente ganha, tais como: proporcionar o senso de pertencimento e inserção no campo social do ambiente escolar; contar com pessoas significativas a fim de sonhar com um futuro possível (na adolescência a partir do ambiente familiar e não familiar); a necessidade de tomar decisões para o adulto jovem, que seja por imitação ou contraposição ao ambiente originário e as necessidades de: decidir por uma carreira, por um par amoroso, estabelecer relações

afetivas, criar grupo de amigos, estabelecer uma vida profissional, tendo contato com novos ambientes.

Desta forma, vemos que o ambiente fica posto como condição de existência continuamente. Do *holding* inicial à necessidade de alteridade ao longo da vida, observamos que o ser humano é um ser que, para nascer e findar-se, é profundamente afetado, positiva ou negativamente, por seu ambiente, pela sua cultura e pela própria humanidade. Em outros termos, para constituir-se do início (construção de um *self*) ao fim (desconstrução do *self*), depende de um outro.

Assim, tomando como base o objetivo desta tese, o de investigar o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica dedicado a essa população, torna-se necessário discutir e pensar questões como o cuidado e o lugar das instituições que se dispõem a atender idosos; como também aprofundar as necessidades específicas da velhice, seja ela saudável ou não.

### **3.6 Winnicott e as Instituições: o *Placement* e o Cuidado com o Paciente Idoso**

Nos itens anteriores, apresentamos, baseado na perspectiva winnicottiana, as características e funções iniciais do ambiente e sua importância ao longo da vida. Será então, a partir dessa descrição, que iremos abordar aqui as ideias de Winnicott (1971/1984) sobre as instituições, bem como o *placement* e os cuidados específicos à pessoa idosa. Nesse campo emergente, o da clínica do envelhecimento, nos apoiaremos, também, nas contribuições de Safra (2004, 2006a).

Winnicott foi, sem dúvida alguma, um clínico atento às questões inerentes a sua prática clínica, sobretudo com as questões sociais advindas dela. Assim, na condição de psicanalista e psiquiatra infantil, atuou ativamente em ambientes hospitalares cujas demandas iam muito além daquelas passíveis de tratamento clássico (consultório), práticas que resultaram na criação de um método de consultas: as consultas terapêuticas— um manejo ativo das primeiras entrevistas com pais e crianças, favorecendo um ambiente (*setting*) adequado e confiável para o reposicionamento do *self*, intervenção adequada à rotina numa instituição hospitalar (Winnicott, 1971/1984). Outro aspecto marcante em seu percurso foi sua gestão de alojamentos de crianças evacuadas na segunda guerra, experiência que resultou num outro tipo de manejo, aspecto que ficou conhecido em sua obra como *placement*— palavra de difícil

tradução para o português, mas que apresenta consigo a ideia de que a intervenção em si seja oferta de lugar humanizado (Winnicott, 1948/2005c).

Winnicott (1947/2005d), em suas discussões a respeito das instituições que se dispõem a cuidar de pessoas, está sempre preocupado com a gestão humana e não burocrática do seu funcionamento. Esse aspecto fica explícito em sua visão das instituições. Por exemplo, falando sobre condições institucionais de alojamentos para crianças difíceis, ele diz:

Os alojamentos devem ser pequenos. Além disso, os supervisores não devem ser sobrecarregados com nenhuma criança a mais do que podem suportar emocionalmente em qualquer momento; pois se um número excessivo de crianças for confiado a um supervisor, ele se verá obrigado a *proteger-se* expulsando alguém que não esteja preparado para isso. Um ser humano só consegue se preocupar seriamente com um determinado número de pessoas, num mesmo momento. Se isso for ignorado, o supervisor será obrigado a realizar um trabalho superficial e inútil, e a substituir por uma *gestão ditatorial* a combinação saudável de amor e energia que preferiria manifestar. Caso contrário, e isso é comum, ele sucumbe e todo o trabalho que realizou se anula. (Winnicott, 1947/2005d, p. 80)

Nessa perspectiva institucional que Winnicott nos apresenta, seja a de um *setting* adequado à necessidade do paciente, ou mesmo um novo lugar que se possa oferecer como intervenção a depender da condição necessitada, para ele, a realização de um diagnóstico sobre a situação e as necessidades do paciente é elementar para qualquer intervenção. Assim, observamos que Winnicott o tempo todo está preocupado com o fato de que as instituições possam oferecer cuidados humanos para além dos cuidados técnicos, assépticos e funcionais (mecânicos); é evidente que estes também se tornam necessários, ele jamais os desconsiderou. Contudo, o contexto das instituições ocupa para ele um lugar social de cuidado muito próximo de uma mãe devotada, bem como a noção de um ambiente de *holding*, como já apresentado anteriormente. Assim, seja no encontro com alguém que se dispõe a cuidar, ou face a um novo lugar que se disponha a fazer isso, para ele o aspecto nodal é o de ordem humana.

Nesse sentido, o *placement*, como intervenção clínica, inicialmente foi abordado por Winnicott na prevenção da delinquência, como oferta de um ambiente indestrutível (um novo lar) onde a criança privada pudesse recuperar a situação perdida. No entanto, ele foi ampliando o uso do *placement* para diferentes necessidades clínicas. Winnicott (1948/2005c) reconhece que o valor desse tipo de intervenção está na possibilidade de se promover um

lugar no qual se possa cuidar dos pacientes em suas necessidades subjetivas. A esse respeito ele afirma:

O valor desse trabalho não está apenas no grau de alívio da doença psiquiátrica de cada criança. Está também no fato de oferecer lugar onde o médico possa cuidar daquelas crianças que, sem isso, ficariam degenerando no hospital ou em casa, causando grande aflição. (Winnicott, 1948/2005c, p. 86)

Observamos que Winnicott (1948/2005c) enfatiza a noção de lugar, que pode ser concebido, sim, num registro físico, mas, sobretudo humano; um lugar humano dedicado ao cuidado. Nesse âmbito, é a partir desse manejo que se torna possível atender diferentes tipos de problemáticas clínicas, em especial aquelas que surgem nas instituições. Tal dispositivo torna-se fundamental, afim de responder às diferentes demandas clínicas num contexto amplo, como o das instituições.

Assim, um serviço de Psicologia clínica dedicado a atender pessoas idosas torna-se, ao mesmo tempo, lugar e ambiência necessária para interlocução e cuidados específicos nesse momento de vida. Mas que cuidados os idosos demandariam?

Sabemos que o processo de envelhecer traz mudanças corporais, psíquicas e existenciais, resultantes de sofrimentos advindos de perdas— da própria vitalidade corporal, do mundo laboral (aposentadoria), da vida familiar (filhos que saem de casa, morte de cônjuge), de entes queridos e amigos (Brochsztain, 1998; Soares, 2006). Tais aspectos estão intimamente relacionados ao movimento de desconstrução próprio desse momento da vida, tal como vimos anteriormente (Safra, 2006a). Somado ao fato de que, na atualidade, em uma sociedade ocidental e capitalista, na qual culturalmente não há lugar para o velho, vivemos a ruptura da memória e da tradição (Safra, 2006a). Vive-se uma fase em que tudo se torna rapidamente obsoleto e aqueles que não acompanharem mais a grande onda, tornam-se, rapidamente, desinteressantes, como o idoso. Com a perda de identidade no mercado de trabalho, por exemplo, o idoso na família ganha uma nova serventia: ele é reciclado, aproveitado de várias formas que advêm de um mesmo apontamento, o recurso financeiro. E esse tem sido o jeito de a família perceber o mais velho, o que só aumenta o processo de coisificação da pessoa idosa, bem como a perda da dignidade em que a funcionalidade torna-se imperativo em detrimento da história, da memória, da experiência vivida. Assim, a pessoa idosa se vê, muitas vezes, só e excluída do convívio comunitário, isto é, à margem, perdida de si mesma e dos outros, sem interlocução necessária face ao momento de intensas desconstruções. Aqui observamos uma das necessidades específicas: viver a desconstrução de

si diante de alguém como aspecto constitutivo da velhice, em outras palavras, *crescer para baixo* (*growing downwards*) como nos assinalou Winnicott, (1971/2005b) torna-se fato indiscutivelmente necessário como continuidade do ser, isto é, como processo de devir.

### **3.7 O *Telos*, o Perdão e a Velhice: Revisando o Sentido da Vida**

Em trabalho anterior (Genaro, 2008) baseado nas concepções teórico-clínicas desenvolvidas por Safra, abordamos questões relativas ao âmbito da subjetividade humana em seus dois registros distintos, tal como Safra (2004) apresenta. Pensamos que tais concepções serão importantes em relação à necessidade de se contextualizar o *Telos*, o perdão e a velhice, como veremos mais adiante nesse item.

Em relação a esses dois registros, o primeiro deles – o nível ontológico – faz referência às condições prévias que delineiam as possibilidades de cada existência humana, em seus fundamentos da possibilidade do acontecer humano, relacionadas a seu caráter universal. Do ponto de vista ontológico, o ser humano está aberto à precariedade da sua condição, ou seja, à instabilidade do mundo e às questões que atravessam toda a existência humana (Safra 2004 citado por Genaro, 2008). Já o nível ôntico refere-se à maneira como empiricamente essa condição ontológica acontece na biografia do indivíduo, ou seja, de que maneira os aspectos ontológicos são singularizados, adquirindo uma configuração individual. O nível ôntico abarca o campo da vida humana, articulado por meio do tempo e do espaço, que são passíveis de representação e de articulação por meio de símbolos e da linguagem compartilhada. Trata-se do registro do factual, daquilo que acontece no mundo, dentro dos registros do tempo e do espaço (Safra 2004 citado por Genaro, 2008). No entanto, ainda que a ontologia diga respeito aos próprios fundamentos da condição humana, ela está para além do tempo e do espaço. Apresenta-se sempre como um a priori aos aspectos ônticos da experiência humana, apesar de estreitamente dependente destes para sua evidenciação.

A respeito desse viés ontológico, Safra (2006b) aponta que: “. . . o homem, sendo ontologicamente um ente de precariedade, sempre está aberto à compreensão do ser, busca responder às questões da sua origem e de seu fim” (p. 63).

Observamos que, na clínica, esse movimento de busca por compreensão se dá continuamente, a cada sessão que se inicia e termina, como o movimento natural da vida. Entretanto, com a chegada da velhice, tal necessidade surge de maneira mais urgente. A partir de um “balanço existencial” como nos aponta Safra (2006a), além dos aspectos físicos e

psíquicos, a pessoa idosa vive inevitavelmente, consciente ou inconscientemente, um balanço da sua vida em seu sentido maior, para assim poder vir a formular um fim possível ao qual possa destinar a sua existência – experiência fecunda para se acolher a própria velhice e a possibilidade de morrer. Trata-se de um aspecto desenvolvido por Safra (2006b) como teleologia – referente ao *Telos*. Para Safra (2006b), a finitude determina o homem. E nesse momento de vida, a velhice, há uma maior consciência dela do que em outras etapas da vida. Para ele, o gesto humano sempre se origina e caminha em direção a um fim e “essa situação o faz um ente sempre acontecendo entre dois elementos fundamentais: Arché e Telos<sup>23</sup>. Há um movimento no ser humano que se relaciona ao anseio do fim” (Safra, 2007, p. 84). Sendo assim, todo gesto humano busca, por meio de uma ação, um fim em si, bem como realiza concepções sobre ele a partir da sua própria biografia e ontologia. Cabe reconhecer que esses movimentos entre *Arché* e *Télos* acontecem o tempo todo, mas na velhice isso ganha maior dimensão, com o advento da proximidade da morte e da maior noção do que é o tempo. Nesse contexto, observamos, por exemplo, que é comum na clínica com idosos a presença de certa preocupação para que a morte não ocorra no momento que estejam a sós. Como nos assinala Safra (2006b):

A morte, assim como o nascimento, necessita ocorrer em comunidade para que aconteça a dignidade do nascer e do morrer. . . Nascer e morrer, para o ser humano, é entrar e sair do mundo humano. Há a necessidade fundamental do homem de que o Outro esteja presente em todo o seu percurso de vida. (pp. 90-91)

Verificamos aqui toda a dimensão de como, na atualidade, tanto a cultura, quanto a sociedade e a própria família moderna, de forma mais explícita nas grandes cidades, como São Paulo, romperam com o espaço comunitário. Assim, se o novo já é afetado por essas questões, o velho além de afetado, torna-se desalojado, à margem da possibilidade desse tipo de alteridade, seja para rever questões do passado, seja para formular um fim último possível. Safra (2006b) está fazendo referência a que a necessidade de presença do “*outro*” tanto no nascimento, quanto na morte, relaciona-se a uma presença como condição de interlocução e testemunho, a despeito de que a pessoa esteja só. A questão é que se não há a presença do “*outro*”, a solidão é vivida como absoluta, sem rosto humano (Safra, 2006b).

---

<sup>23</sup>Safra recorre à Filosofia para contemplar aspectos essenciais da existência humana e seus desdobramentos na clínica atual. Assim, ao se referir a *Arché*, o autor define como sendo uma faceta da existência onde tudo se inicia: a origem do gesto, o originário. O mesmo acontece com o termo *Telos*, o qual se refere ao fim, finalidade, conclusão do gesto humano, assim como o findar do próprio ser humano.

Nesse tempo legítimo de balanço sobre o sentido da vida, vivida ou não como realização, é que Safra (2006a) assinala uma das necessidades fundamentais na velhice: a de viver diferentes facetas do perdão. Trata-se da possibilidade de poder perdoar a si mesmo, os outros, planos que não aconteceram, ou outros que não saíram como previsto, em outras palavras, perdoar a própria vida. Contudo, importante ressaltar que o perdão surge como uma necessidade humana, sem qualquer relação externa, religiosa, dogmática/institucional. O autor reconhece que é na vivência do perdão que se poderá abrir um novo espaço para se viver o não vivido, assim como recolocar aquilo que não pôde acontecer e/ou aquilo que ficou impedido por diversos motivos. Isto é necessário para que o idoso possa destinar-se a algo e não perder de vista o horizonte de futuro, ainda que esse seja a própria morte. Assim conjugado, obtém-se a preservação da memória, da história– gesto reparador a toda uma vida.

Nessa perspectiva do perdão, verificamos que a fenomenologia de Arendt (1906-1975) sobre a condição humana nos auxilia a compreender o perdão. A autora reitera e acrescenta as concepções de Safra (2006b) até o momento aqui enfocadas.

Arendt (1958/2011) em sua célebre obra “*A condição humana*”, aponta que o poder de perdoar não está posto num nível superior, mas sim na potencialidade do próprio gesto público. A redenção apresentada por ela só seria viável pela via do perdão. Assim, sob a perspectiva da ação, somente o perdão poderia desfazer os atos passados, ainda que impensadas as faltas do seu agente. Arendt (1958/2011) em relação à dialética do perdão e promessa, enfatiza:

. . . portanto, dependem da pluralidade, da presença e da ação de outros, pois ninguém pode perdoar a si mesmo e ninguém pode se sentir obrigado por uma promessa feita apenas por si mesmo; o perdão e promessa realizados na solitude e no isolamento permanecem sem realidade e não podem significar mais do que um papel que a pessoa encena para si mesma. (p. 296)

Em sua ênfase, Arendt (1958/2011) chama a atenção para a necessidade de outrem como presença humana que outorga a ação como gesto. Sem essa possibilidade de alteridade pública, aquilo que seria genuíno e libertador torna-se sem abertura ontológica de sentidos. Em outras palavras, irreversível e, portanto, sem experiência de continuidade, ao contrário, de pura paralisação. Sob essa dialética, a do perdão e promessa, ela enfatiza a dialética simbólica do “*desligar-ligar*” – no registro humano, um que nos ligaria (memória) e desligaria do passado (via perdão) e a outra que nos ligaria a um futuro (via promessa). A autora aborda tais necessidades em razão daquilo que, em sua obra, denominou de “fraquezas” intrínsecas à

pluralidade da condição humana. É também sob tal perspectiva que se tornar impossível institucionalizar o perdão, cuja relação com o amor o mantém afastado do político, diferentemente da promessa; no entanto, não podemos deixar de reconhecer seu caráter público.

Sendo assim, observamos que o perdão traz consigo uma qualidade temporal, de reversibilidade e continuidade, aspectos importantes quando nos referimos à velhice como resposta à vida, bem como à sua finitude marcada pela morte.

Acrescentando, sob o vértice ontológico, o perdão, segundo Safra (2006b), torna-se então um gesto de desconstrução do si mesmo em direção à humildade; sem esta, aquele fica impedido de acontecer como experiência legítima. Ademais, torna-se uma falácia externa sem qualquer desconstrução; ao contrário, a encenação mencionada por Arendt (1958/2011) torna-se cada vez mais onipotente, sem perspectiva para o novo. Dito de outra maneira, o perdão, como gesto de desconstrução, portanto experiência de humildade, é que possibilita a renovação da vida em qualquer etapa da vida, mas na velhice ele alcança uma maior noção— é na velhice que se necessita perdoar um percurso, não raras vezes, todo o percurso (Safra, 2006b). Nesse sentido, percebemos que o perdão, como ato humano de humildade, é um processo complexo, requisitando a desconstrução do *self*. Assim, podemos pensar: “o que dificultaria o perdão?” Observamos que as situações em que há a presença do ressentimento são significativas, sendo esta uma problemática da esfera narcísica, impossível de esquecer — pois tal posição é sentida como danosa a si mesmo (Khel, 2004). Verificamos que a pessoa ressentida não pode renunciar a si mesma em direção ao perdão; ainda se vitimiza, consciente ou inconscientemente, ficando detida numa experiência passada, seja por culpa ou por necessidade de vingança. Portanto, não podendo ser responsável por seu gesto e por seu próprio destino — o perdão fica impedido.

Finalizando essa seção, percebemos que as noções apresentadas sobre o ambiente, o cuidado, o *Telos*, e o perdão tornam-se condições humanas fundamentais na clínica do envelhecimento. Tais aspectos presentes na atividade clínica e no encontro intersubjetivo *com* o outro, nesse momento de vida, podem fazer com que a velhice seja acolhida, bem como fornecer um momento fecundo de alteridade que, além de sustentar, pode auxiliar a pessoa idosa na revisão do sentido da vida vivida (passado); a partir dessa revisão, essa pessoa poderá, então, destinar as suas questões fundamentais. Desta forma, do *holding* inicial à necessidade de *holding* na cultura, observamos que o ser humano, em seu ciclo vital, é um ser de passagem, carente de outrem; do nascer ao morrer, a dignidade humana é posta na condição de alteridade.



---

*Considerações Finais*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“... No nosso último encontro, já intuía, como um velho, o momento da partida.  
 [...] Cris se vai, corajosamente, como num gesto de amor.  
 Depois da despedida, a desconstrução do consultório,  
 seu pedido legítimo diante de tanta devoção,  
 lugar sagrado que abrigou tantos...  
 Mas também época de continuidade, nova geração,  
 me sinto herdeiro de um legado de cuidado, coragem, ternura e amor.  
 Cris vive em mim! É páscoa todos os dias!...”  
 Diário de análise – Outubro de 2010.

É chegada a hora de findar o trabalho; como tudo que nasce, anseia morrer... Mas, para nos despedirmos, a revisão da caminhada é necessária, sem ela tudo ficaria sem destino.

Procuramos, nesse percurso, realizar um trabalho de reflexão e análise sobre o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica direcionada à saúde da pessoa idosa, inserido no Sistema Único de Saúde, o SUS. Assim, ao longo desse trabalho clínico-institucional frente à população idosa, foi possível reconhecer alguns aspectos fundamentais para o trabalho clínico com os idosos.

Um dos eixos fundamentais na clínica do envelhecimento, testemunhado a partir dessa prática e reflexão sobre essa trajetória, é a necessidade de diálogo contínuo com o luto que o idoso demanda. Como apresentado anteriormente, a velhice é marcada por um processo de contínua *desconstrução*, vivida no corpo, no social e no próprio *self*. Cada projeto terapêutico elaborado (grupos, ambulatórios, palestras), bem como a própria organização do serviço em diferentes modalidades clínicas de atendimento (psicodiagnósticos, psicoterapias, consultas terapêuticas), somados à própria demanda institucional para a implantação de um serviço psicológico, trouxeram consigo a necessidade emergente de se estabelecer uma comunicação e compreensão do luto, nesse processo marcante de *desconstrução*, compreendido, aqui, como uma espécie de preparação para a partida o tempo inteiro, o qual também traz múltiplas facetas; a cada passo, uma queda em relação à partida. Algo que, na contemporaneidade, com o avanço tecnológico da medicina, tenta-se evitar: “morrer é equiparado a fracassar”.

Assim contextualizado, o serviço de Psicologia clínica voltado ao público idoso tem como princípio de trabalho ofertar lugar e ambiência necessários para o encontro humano, em que se possa favorecer o sonho do fim último, como também ser espaço de interlocução aos “balanços existenciais”, *a atualização daquilo que não foi, para que se possa vir a ser* (Safrá,

2006a). Se, inicialmente, e em boa parte da vida, o *handling* favorece à psique habitar um corpo, o serviço de Psicologia, como lugar, torna-se *placement* necessário para o (des)alojamento comunitário de idosos que carecem desses cuidados específicos nesse tempo da vida: a possibilidade de acolher a velhice e poder morrer em paz, sem agonias ou aflições. Fazemos aqui uma polifonia de Winnicott: “Se eu tiver uma vida razoavelmente longa, espero encolher e tornar-me suficientemente pequeno para passar pelo estreito buraco chamado morte” (1971/2005b, p. 249).

Retomando Safra (2004), o ser humano, como ser de passagem, está assentado entre a origem (*Arché*) e o fim (*Telos*). Tal condição existencial de início e fim evidencia que somos seres precários, mesmo porque sabemos que não há nenhuma garantia da permanência daquilo que criamos. Nesse âmbito, o homem é um ente peregrino, num constante “vir a ser”, que deve realizar-se no seu dia-a-dia, que é finito e que, na velhice, ganha maior consciência.

Também foi possível reconhecer, nesse processo reflexivo e multifacetado, que o idoso, em sua revisão do sentido da vida, como experiência fundamental para envelhecer e morrer, necessita viver vários aspectos do perdão, sendo este apresentado como uma das necessidades elementares nesse momento da vida. A partir de algumas vinhetas clínicas apresentadas como ilustração, verificamos o quanto espontaneamente os idosos, em seus atendimentos, buscam no perdão uma possibilidade de abrir espaços novos, inclusive para poder morrer. O contrário também acontece; perdoar não é uma tarefa simples e, para ganhar o estatuto de gesto real e autêntico, é necessário “morrer” um pouquinho (experiência de humildade), situação que traz consigo dificuldades e entraves, dificultando o lidar com o envelhecimento, com a morte, com o sentido da existência, o que redundava em adoecimento psíquico, físico, social, favorecendo a instauração do ressentimento e paralisação da vida – temos aqui a caricatura do “velho ranzinza”.

Assim contextualizada, essa análise reflexiva sobre o processo de implantação de um serviço de Psicologia clínica, dirigido exclusivamente a idosos usuários do SUS, possibilitou uma experiência clínica tal, que, por sua especificidade, ousamos chamar de clínica do envelhecimento. Clínica esta ancorada na premissa de que todo fim é uma oportunidade para recomeçar. Ambiente que oferta e sustenta lugar de alteridade frente ao processo de desconstrução e luto. Pela via do perdão, a vida pode ser recomeçada, sonhada e findada. Desta forma, a clínica do envelhecimento visa recuperar aspectos fundamentais na velhice, como: a dignidade, a cicatrização de feridas, a possibilidade de rever a vida e de findá-la como gesto pessoal de realização, acontecimento, memória do mundo diante do outro. Na condição de humanos, nascemos e morremos frente a outrem.

Para nos despedirmos, utilizaremos uma crônica que Rubem Alves escreveu na Folha de S. Paulo<sup>24</sup>, na época em que completava seus 75 anos de idade. Também, mais uma das tirinhas de jornal que ganhamos de nossa parceira, a Cris.

### *Desfiz 75 anos*

*Minha formação filosófica impõe-me o uso preciso das palavras porque as palavras devem revelar o ser. E, assim, usando de forma precisa as palavras, comunico aos meus leitores que ontem, dia 15 de setembro, eu desfiz 75 anos.*

*Haverá leitores que se apressarão a corrigir meu uso estranho, nunca visto, da palavra "desfazer", atribuindo-o, quem sabe, a um início do mal de Alzheimer. Todo mundo sabe que, para se anunciar um aniversário, o certo é dizer "fiz" tantos anos. No meu caso, "fiz" 75 anos...*

*Mas o verbo "fazer" sugere algo que aumenta, um crescimento do ser, o artista e o artesão "fazem"...*

*Mas, que ser aumenta com a passagem do tempo, esse monstro que devora os seus filhos? O que aumenta é o vazio. Esses anos que o aniversariante distraído anuncia como anos que ele fez são, precisamente, os anos que ele desfez, o tempo que já passou, que deixou de ser, os anos que o tempo devorou.*

*Por isso acho um equívoco filosófico perguntar a alguém: "Quantos anos você tem?". O certo seria perguntar "quantos anos você não tem?". E ela responderia "não tenho 42 anos", "não tenho 28 anos". Porque esse número de anos indica precisamente os anos que ela não tem mais. Nos aniversários, então, a maneira correta de se dirigir ao aniversariante é perguntando-lhe "quantos anos você está desfazendo hoje?".*

*Com base nessas reflexões filosóficas, acho extremamente estranho e mesmo de mau gosto esse costume de o aniversariante soprar as velinhas acesas para que elas se reduzam a um pavio negro retorcido. Aí, nesse momento, todos gritam e riem de alegria e cantam o "Parabéns pra você", em louvor a essa "data querida..."*

*Bachelard, no seu delicadíssimo livro "A Chama de uma Vela", que nunca será best-seller, nos lembra que uma vela que queima é uma metáfora da existência humana. Há*

---

<sup>24</sup>Rubem Alves escreveu durante muitos anos, todas as quintas feiras, no Caderno Cotidiano do Jornal Folha de S. Paulo. Esse texto foi publicado em 16/09/2008, p. C12, um dia após o seu aniversário.

*alguma coisa de trágico na vela que queima: para iluminar, ela tem que morrer um pouco. Por isso ela chora, e suas lágrimas escorrem sobre o seu corpo sob a forma de estrias de cera.*

*Uma vela que se apaga é uma vela que morre. Algumas velas se consomem todas, morrem de pé, têm de morrer porque a cera já se chorou toda. Outras morrem antes da hora – elas não queriam morrer-, mas veio o vento e a chama se foi.*

*As velinhas acesas fincadas no bolo não querem morrer. Elas vão ser assassinadas por um sopro. O sopro que apaga as velas é o sopro que apaga a vida...*

*Por isso não entendo os risos, as palmas e a alegria que se segue ao sopro que apaga as velas. Uma vela que se apaga é um sol que se põe, disse Bachelard. E todo pôr-do-sol é triste... Uma vela que se apaga anuncia um crepúsculo.*

*Por isso eu prefiro um ritual diferente, ritual que é uma invocação. Eu acendo uma vela pedindo aos deuses que me deem muitos anos a mais de vida, esses anos que se seguirão, que são o único tempo que realmente possuo...*

*Assim fiz, acendi uma vela, meus amigos à minha volta. Que coisa boa é ter amigos, especialmente quando o crepúsculo e a noite se anunciam!*

*Acho que a vida humana não se mede nem por batidas cardíacas nem por ondas cerebrais. Somos humanos, permanecemos humanos enquanto estiver acesa em nós a esperança da alegria. Desfeita a esperança da alegria, a vela se apaga e a vida perde o sentido.*



---

*Referências*

## REFERÊNCIAS

- Alexopoulos, G. S., Katz, I. R., Bruce, M. L., Heo, M., Have, T. T., & Raue, P. et al. (2005). Remisión en pacientes geriátricos com depresión en atención primaria: Un informe del estudio prospect. *The American Journal of Psychiatry*, 8(7), 422-428.
- Amador Muñoz, L., Malagón Bernal, J. L., & Mateos Claros, F. (2001). Los esteriotipos de la vejes. In A. J. Colom Cañellas & C. Orte Sócias (Coords.), *Gerontologia educativa y social: Pedagogia social y personas mayores* (pp. 57-76). Palma: Universitat de lês Illes Balears.
- Ancona-Lopez, S. (1996). *Produção científica: Dissertações e teses da PUC-SP (1991/1996)*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, V. A. M. L. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 1(25), 118-131.
- Arcuri, I. P. G., Corte, B., & Mercadante, E. F. (Orgs.). (2005). *Envelhecimento, velhice, complexidade*. São Paulo: Vetor.
- Arendt, H. (2011). *A condição humana* (11a ed. rev.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1958)
- Argimon, I. I. L., & Camargo, C. H. P. (2000). Avaliação de sintomas demenciais em idosos: Questões essenciais. In J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V* (5a ed. rev. ampl., pp. 177-195). Porto Alegre: Artmed.
- Ávila, R., & Miotto, E. C. (2003). Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 53-63.
- Baptista, C. G. (2011). Considerações sobre o acompanhamento terapêutico no envelhecimento. In A. E. A. Antúnez (Org.), *Acompanhamento terapêutico: Casos clínicos e teorias* (pp. 67-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barbier, R. (2007). *A pesquisa-ação*. (Vol. 3, Série Pesquisa). Brasília, DF: Liber Livro.
- Bianchi, H. (1991). *O eu e o tempo: Psicanálise do tempo e do envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bosi, E. (2007). *Memória e sociedade: Lembranças de velhos* (3a ed.). São Paulo: Companhia das Letras.

- Brandão, C. R. (Org.). (1984). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense.
- Brochsztain, C. (1998). O susto ao espelho. *Revista Kairós: Gerontologia*, 1(1)pp.93-102.
- Brochsztain, C. (2007). Winnicott e o envelhecer. In A. M. Ferreira (Org.), *Espaço potencial: Winnicott – diversidade e interlocução* (pp. 130-147). São Paulo: Landy.
- Chiozza, L. (1988). *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dourado, M., & Laks, J. (2002). Considerações sobre a psicoterapia na demência. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 1, 107-115.
- Falcão, D. V. S., & Dias, C. M. S. B. (Orgs.). (2006). *Maturidade e velhice: Pesquisas e intervenções psicológicas* (Vols. 1-2). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes Ferman, A. (2006). Subjetividade, relato y vejez. *Revista Uruguayo Psicoanálisis*, 103, 111-124.
- Gavião, A. C. D. (2002). *A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas: Psicanálise, Rorschach e envelhecimento*. São Paulo: Vetor.
- Genaro, F., Jr. (2008). Considerações sobre a constituição do self e da religiosidade na pessoa humana. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 527-533.
- Gil, C. A. (2005). *Produção científica: Dissertações e teses do IPUSP (2002/2005)*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gil, C. A. (2010). *Produção científica: Dissertações e teses do IPUSP (2006/2010)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Goldfarb, D. C. (2004). *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Goldfarb, D. C., & Lopes, R. G. C. (2006). *Acompanhamento terapêutico de idosos: Respostas iniciais a uma demanda crescente*. Recuperado em 20 abril 2009, de <http://www.portaldoenvelhecimento.net>
- Guntrip, H., & Tizard, L. J. (1960). *Middle age*. Great Neck: Channel Press.

Herzberg, E., & Chammas, D. (2009). Triagem estendida: Serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(42), 107-114.

Hunsley, J., & Crabb, R. (2004). Shaping the future of psychological services in the canadian health-care system: A response to Romanow and Marchildon. *Canadian Psychology*, 45, 233-235.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Recuperado em 28 fevereiro 2009, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>

Jourbert, C. (2002). Le processus du vieillissement et la démence: Résonances familiales. *Le Divan Familial*, 8, 139-150.

Kamkhagi, D. (2008). *Psicanálise e velhice: Sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatments and delivery of psychological services: Shifting our emphases to increase impact. *Psychological Services*, 5, 201-215.

Kehl, M. R. (2004). *Ressentimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kernberg, O. (2002). Relations amoureuses dans les années tardives. *Le Divan Familial*, 8, 105-125.

Knight, B. G., & Robi, G. S. (2001). Psicoterapia en el anciano en el siglo XXI: Tendencias pasadas y perspectivas futuras. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 36(3), 131-134.

Kolod, S. (2009). Menopause and sexuality. *Contemporary Psychoanalysis*, 45, 26-43.

Lattari, M. C. T. (2003). *Produção científica: Dissertações e teses da PUC-SP (1999/2003)*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Leal, S. A. S. S. (2005). O envelhecimento sob a perspectiva da psicossomática [Número especial]. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 18, 61-75.

Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. (2003, 1 de outubro). Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Lent, C. F. (1993). Mutação psíquica: Do particular ao universal. In R. D. Oliveira & C. F. Lent (Eds.), *Transformações* (pp. 29-42). Rio de Janeiro: Diferença.

Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21, 43-61.

López-Bas, R. V., Losa López, A., Hortonedá Gimenes, M., Moreno Sánchez, M. T., Gosalbes Soler, V., & Balaguer Martínez, J. V. (2002). Prevalencia de depresión no diagnosticada en pacientes mayores de 65 años que consultan en el servicio de urgencias de un hospital. *Geriatría*, 18(9), 11-17.

Maciel, Á. C. C., & Guerra, R. O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 26-33.

Mello Filho, J. (1989). As ideias de Winnicott e o trabalho com grupos. In J. Mello Filho, *O ser e o viver: Uma visão da obra de Winnicott* (pp. 187-207). Porto Alegre: Artes Médicas.

Mínguez Martín, L., García Alonso, Y., González Pablos, E., & Rodríguez Martín, S. (2003). Perfil clínico de los pacientes con demencia de un centro de día psicogeriátrico. *Anales de Psiquiatria*, 19, 22-25.

Mucida, A. (2006). *O sujeito não envelhece: Psicanálise e velhice* (2a ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Negreiros, T. C. G. M. (2003). Espiritualidade: Desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3, 275-291.

Néri, A. L. (Org.). (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus.

Néri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Guia global: Cidade amiga do idoso*. Genebra: Autor.

Padierna Acero, J. A., Etxeveste Antón, A., Jara Segura, A. B., Argemí Jordá, M., Salazar Gonzalo, M., & Loizaga Sainz, A. R. (1990). La utilización de los servicios psiquiátricos por los ancianos. *Psiquis*, 11(2), 55-62.

Péruchon, M. (1994). *Le déclin de la vie psychique: Psychanalyse de la démence sénile*. Paris: Dunod.

Rebello, L. (2006). *Acompanhamento terapêutico com idosos: Mais que o mínimo necessário*. Recuperado em 10 fevereiro 2009, de <http://www.portaldoenvelhecimento.net>

Rivera Ledesma, A., & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.

Robinson, J. D., & Baker, J. (2006). Psychological consultation and services in a general medical hospital. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37, 264-267.

Rocha, S. M. (Org.). (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Romanow, R. J., & Marchildon, G. P. (2003). Psychological services and the future of health care in Canada. *Canadian Psychology*, 44, 283-298.

Safra, G. (1999). *A face estética do self: Teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.

Safra, G. (Produtor). (2003, março, 10). *Introdução à psicologia clínica* [Áudio – Exposição oral na graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponibilizado em DVD pelas edições Sobornost].

Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias e Letras.

Safra, G. (Produtor). (2006a, agosto, 11). *A clínica da maturidade* [Áudio – Exposição oral na disciplina Clínica Winnicottiana ministrada na Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC – SP. Disponibilizado em DVD pelas edições Sobornost].

Safra, G. (2006b). *Hermenêutica na situação clínica: O desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Sobornost.

Safra, G. (2007). Perspectivas do manejo clínico da experiência religiosa. In I. G. Arcuri & M. Ancona-Lopez (Orgs.), *Temas em psicologia da religião* (pp. 203-220). São Paulo: Vetor.

Sánchez Perez, M. (2002). Asistencia sociosanitaria en salud mental: Evaluación de una experiencia. *Jornadas de Atualización em Psicogeriatría*, 167, 95-103.

Soares, S. S. G. S. (2006). *Produção científica: Dissertações e teses da PUC-SP (2001/2006)*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Tardivo, L. C. (Produtor). (2007, outubro 20). *O envelhecimento e a psicoterapia psicanalítica* [Áudio – Exposição oral no 11º Encontro do curso de especialização de psicoterapia psicanalítica do IPUSP. Intitulado: Novos desafios em psicoterapia psicanalítica].

Thiollent, M. (2008). *Metodologia da pesquisa-ação* (16a ed.). São Paulo: Cortez.

Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo: EPU.

Vieira, S. (2005). Envelhecimento, impasses clínicos e mudanças: Papel da idealização na dupla terapêutica. [Número especial]. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 18, 157-165.

Wei, W. (2005). Psicoterapia para la depresión en los ancianos. *The American Journal Psychiatry*, 8, 415-421.

Winnicott, D. W. (1975). Objetos e fenômenos transicionais. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1983a). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott, D. W. (1983b). Objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-156). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1962)

Winnicott, D. W. (1983c). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958)

Winnicott, D. W. (1983d). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988)

Winnicott, D. W. (1993a). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 332-346). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1949)

Winnicott, D. W. (1993b). A observação de bebês em uma situação estabelecida. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1941)

Winnicott, D. W. (1993c). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945)

Winnicott, D. W. (1993d). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 288-304). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1950-1955)

Winnicott, D. W. (1993e). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956)

Winnicott, D. W. (1996). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1968)

Winnicott, D. W. (1999). Tipos de psicoterapia. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 93-103). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961)

Winnicott, D. W. (2005a). Fisioterapia e relações humanas. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas* (pp. 427-432). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1969)

Winnicott, D. W. (2005b). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1971)

Winnicott, D. W. (2005c). Alojamentos para crianças em tempo de guerra e de paz. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 81-91). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1948)

Winnicott, D. W. (2005d). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 59-80). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1947)

Yassuda, M. S., Batistoni, S. S. T., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). Treino de memória no idoso saudável: Benefícios e mecanismos. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 19, 470-481.

Zeppellini, J. C., Jr. (2009). Demências: Identidades que adoecem: Considerações sobre os aspectos psicopatológicos do envelhecimento. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 22, 183-190.



---

*Apêndices*

**APÊNDICE A**  
**SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

A consulta psicológica que será realizada, assim como os processos de tratamento, fazem parte da investigação sobre o seu problema. Constituem-se por uma série de entrevistas, atividades e/ou testes que vão avaliar seu funcionamento em vários aspectos, como por exemplo, quanto à atenção, memória, raciocínio, processos e conflitos emocionais e de personalidade. Estes dados vão ajudar na compreensão do seu caso e de outros pacientes que apresentam os mesmos sintomas e queixas.

Agrupando os dados das consultas e dos exames de muitos pacientes, podemos obter uma ideia mais clara dos problemas da velhice e fazer comparações com estudos realizados em outros países sobre este mesmo assunto. Com estes dados, podemos escrever trabalhos científicos, como teses, e publicá-los em revistas especializadas ou apresentá-los em congressos.

É importante que o (a) senhor (a) saiba que caso os dados da sua consulta e exames sejam escolhidos para constar num trabalho científico, nem seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo (a) serão publicados.

Caso não esteja de acordo, a consulta e os procedimentos psicológicos serão realizados da mesma maneira, sem qualquer prejuízo para seu atendimento e tratamento neste serviço.

(  ) Concordo

(  ) Não Concordo

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente

\_\_\_\_\_  
RG:

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data:

## APÊNDICE B



### SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

### PEDIDO DE INTERCONSULTA PSICOLÓGICA

PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Quadro Clínico Atual: \_\_\_\_\_

Alteração Psíquica Significativa: \_\_\_\_\_

Alterações Clínicas/Deficiência Física (Especificar quais e grau): \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica:

Resultados de Exames (Neuroimagem, EEG, ECG e laboratorial): \_\_\_\_\_

#### **Objetivo da Interconsulta Psicológica:**

1. Auxílio diagnóstico: ( ) Avaliação Neuropsicológica ( ) Avaliação de Personalidade
2. Subsídios para tratamento: ( ) Medicamentoso ( ) Multidisciplinar
3. Estabelecer linha de base pré-tratamento: ( )
4. Grupos Terapêuticos: ( ) Qual? \_\_\_\_\_
5. Fornecer orientação: ( ) Filhos ( ) Familiares/Cuidadores ( ) Outros profissionais
6. Outra(s): ( ) Qual(is)? \_\_\_\_\_

Nome legível e carimbo do profissional solicitante

Assinatura

#### **NOTAS:**

1. Na medida do *possível*, é necessário que o caso seja discutido com os Psicólogos do Serviço.
2. Este pedido deverá ser entregue no Serviço de Psicologia-2º andar, entrando em fila de espera por ordem de chegada, imediatamente.
3. Todos os itens deverão estar preenchidos e com letra legível; caso contrário, o pedido será devolvido sem que o paciente seja atendido.

## APÊNDICE C



## SERVIÇO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

## DADOS PESSOAIS:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro:  \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tels.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DADOS CLÍNICOS:

Médico/Especialidade que encaminhou: \_\_\_\_\_

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quadro Clínico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sinais e Sintomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Utiliza alguma medicação atualmente? Qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

