

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**SELMA CARANDINA LOPES**

**AS FACES DO ENVELHECIMENTO SOB UM  
OLHAR PSICANALÍTICO**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**SÃO PAULO  
2007**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**SELMA CARANDINA LOPES**

**AS FACES DO ENVELHECIMENTO SOB UM  
OLHAR PSICANALÍTICO**

**DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de doutor em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Dr. Gilberto Safra.**

**SÃO PAULO  
2007**

**Banca Examinadora**

---

---

---

---

---

**Em memória do meu avô  
Orlando Carandina**

## Agradecimentos

Agradeço à minha amada família Aprígio, Guilherme e Giulia que sempre estiveram ao meu lado apoiando este feito.

Aos meus pais pela presença em todos os momentos difíceis no espaço real e no espaço transicional.

Ao meu orientador Professor Dr. Gilberto Safrá sem o qual esse trabalho não existiria. Obrigada pelos momentos de reflexão de suas aulas e pelo seu acolhimento.

Aos meus sogros e cunhado Aprígio, Aparecida, Arivaldo pelo incentivo e apoio que sempre me dispensaram.

Ao amigo Dr. Ponte. maior incentivador dessa tese e à nossa grande equipe do CERESI: Ana, Alexandra, Ariani, Beth, Cecília, Cris, Guilherme, Helena, Júlia, Marli, Mônica, Sandra e Wilson ... que me fizeram olhar para as faces do envelhecimento. Velhos tempos ! ...

Aos pacientes do CERESI pela confiança e partilha de suas vidas.

À amiga Walkíria pelo incentivo, carinho e a amizade.

À Professora Glória de Fátima Pinotti de Assumpção pela cuidadosa revisão.

À Dra. Selma, Marilene e Neide pela compreensão, e, à todos os colegas da Regional pela força ... Carmem, Simone, Dr. Milton...

À Professora Dra. Maria Emília Lino da Silva que dividiu sua grande criatividade e sabedoria com todos seus alunos.

Aos professores Dr.s Tales Ab' Saber e Jorge Fouad Malouf pelas sábias palavras no exame de qualificação

Ao Luciano pelas transcrições precisas das entrevistas.

À CAPES pelo apoio financeiro.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>CAPÍTULO I – Fazendo Um Caminho.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO II – Referencial Teórico.....</b>	<b>21</b>
2.1 O Envelhecimento Hoje.....	21
2.2 A Temática Corporal.....	26
2.2.1 Velho Corpo Desconhecido.....	26
2.2.2 O Corpo em Freud: Um Início.....	39
2.2.3 O Corpo em Relação.....	48
2.3 Outras Questões do Envelhecimento.....	60
2.3.1 A Vivência de Um Temor.....	60
2.3.2 O Campo Social.....	72
2.3.3 Até o Retorno ao Berço, Questões da Dependência e Desamparo.....	81
<b>CAPÍTULO III – As Faces Do Envelhecimento Sob Um Olhar Psicanalítico.....</b>	<b>93</b>
3.1 Entrevista 1.....	94
3.2 Entrevista 2.....	100
3.3 Entrevista 3.....	103
3.4 Entrevista 4.....	107
3.5 Entrevista 5.....	109
3.6 Entrevista 6.....	112
3.7 Entrevista 7.....	116
3.8 Entrevista 8.....	125
3.9 Discussão e Comentários Gerais.....	129
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>144</b>

## RESUMO

Esta tese apresenta as faces do envelhecimento que puderam ser identificadas em entrevistas abertas com pacientes idosos, tendo como proposta analisar a presença de alterações psíquicas que ocorrem por conta do envelhecimento e as características dessas alterações. Essas alterações foram analisadas sob o enfoque de teóricos psicanalistas tais como Winnicott, Safra, Little e Guntrip considerando seus posicionamentos sobre os temas levantados. De acordo com os resultados alcançados detectamos a presença de alterações no psiquismo de todos os pacientes estudados. Concluímos que esta fase da vida é muito turbulenta e a presença de um espaço transicional é fundamental para que as questões como, por exemplo, a morte seja integrada ao self. Os nossos pacientes que estavam no caminho de fazer a integração do significado da morte tinham um espaço transicional constituído. Existia criatividade e gesto e as realizações sugeriam elaboração. Outros pacientes ainda estavam retomando a constituição do *self*, buscando a personalização e integração. A dissociação aparece como defesa contra a desvitalização corpórea que a idéia de morte na mente pode causar ao corpo. Porém uma vez que a dissociação causa despersonalização e lança o sujeito às agonias impensáveis, essa defesa é abandonada restando a desvitalização corpórea como um único caminho para a reintegração mente-corpo. Nesses casos a capacidade de realização é prejudicada e o paciente se encontra sem criatividade e sem gesto.

## ABSTRACT

This thesis presents a study on the process of getting old. I used interviews with old patients having as an aim to research the psychic alterations on the old age. These alterations were analyzed using the theory of some psychoanalysts: Winnicott, Safra, Little e Guntrip. I observed psychic alterations in every patient. We may conclude that this period of life is very complicated and that is fundamental the use of the transitional space to help them cope with the problems wich are characteristic of maturity. Every patient that was able to deal with the idea of death, had his transitional space formed. There were creativity and gesture in them and achievements suggested elaboration. That pointed to good ability in elaborating problems. Other patients were starting to cope with the problems of constitution of the self, searching for the integrative process and the personalization. The dissociation was found as a defense due to the decline of body vitality that the idea of death in mind can cause to the body. However as dissociation causesdoes the dispersonalization throwing one into unthinkable agonies, this defense is abandoned and the decline of body vitality is the only way for the re-integration of the mind and body. In this case these patients were not able to realize themselves in their day by day life, their life had no creativity and no creative gesture.

---

**(key words: psychoanalysis, old age, body, older, Safra, Winnicott).**

## INTRODUÇÃO

A Prefeitura Municipal de Guarulhos foi uma das pioneiras em implantar programas voltados à atenção da saúde do idoso no país através do Centro de Referência à Saúde do Idoso - CERESI, órgão da Secretaria Municipal de Saúde que atende idosos à partir de 60 anos, moradores do município. Quando esse serviço foi implantado, em 1997, teve a contribuição da equipe do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, que prestava um serviço pioneiro em atenção à saúde dessa faixa etária da população. A criação do serviço foi coordenada pelo Dr. Matheus Papaléo Netto, referência em Geriatria e Gerontologia e o serviço foi criado seguindo as tendências mundiais de cuidados com a população de mais idade. Inicialmente dirigido ao cuidado de acamados e pacientes restritos ao lar teve sua sede na Santa Casa de Misericórdia da cidade, contando com leitos de internação. No mesmo ano o serviço foi ampliado com equipe para também o atendimento ambulatorial. Em 1999, com o fechamento da Santa Casa, o serviço mudou para um prédio onde também, com a municipalização dos serviços de saúde que ocorria na cidade, foi implantado o Centro Médico de Especialidades de Guarulhos – CEMEG. Infelizmente, logo após a criação do serviço, a administração pública viveu um período de grandes dificuldades financeiras com impossibilidades de renovações de contratos o que resultou na saída de diversos geriatras do serviço, sem reposição. O CERESI ficou com apenas um geriatra. Após a regularização da situação política e econômica no município ocorreu a contratação de outro geriatra e dois psicólogos. Posteriormente, a equipe foi acrescida de terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Contando com uma única equipe o atendimento domiciliar foi restrito

às Regiões de Saúde I e II e o atendimento ambulatorial foi ampliado para todo o município. Guarulhos tem uma divisão em quatro regiões para a administração da saúde. O Cemeg pertence à Regional II- Regional Cabuçú - Picanço - Vila Galvão.

No ano de 2004, conforme as mudanças políticas da gestão o Programa de Saúde do Idoso, do qual esse serviço era integrante, foi agregado a outros programas de saúde do município e o serviço foi incorporado ao CEMEG, deixando de existir como uma unidade de saúde.

Neste ano de 2007 a equipe do CERESI, juntamente com a Direção da Administração da Regional de Saúde II - Cabuçú, Picanço, Vila-Galvão, protocolaram um projeto na Secretaria de Saúde para se retomar a implementação do trabalho criando-se um Centro de Referência do Idoso seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde. Fato que concorre com o ano da assinatura, pelo município, do Pacto pela Vida e Gestão do SUS que têm as políticas de saúde do idoso como prioritárias.

O CERESI, no momento desta pesquisa contava com aproximadamente 250 pacientes para atendimento em domicílio e mais de 1500 para atendimento no ambulatório.

É de praxe que cada paciente idoso inscrito neste serviço passe por uma consulta da equipe gerontológica composta, no momento desta pesquisa por dois médicos, um psicólogo, uma assistente social, um enfermeiro, um fonoaudiólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Assim, a saúde do idoso é analisada nos aspectos físico, social e psíquico. A experiência de envelhecer é abordada neste serviço por diferentes óticas científicas, uma vez que a equipe conforme descrita acima compõe várias especificidades técnicas da área da saúde. A

equipe possui o princípio da interdisciplinaridade pela qual as questões de saúde do paciente são discutidas da forma mais global, profunda e abrangente possível.

Este trabalho surgiu de minha experiência como psicóloga clínica nesta equipe, iniciado em 1999. É com o referencial psicanalítico que abordo as questões da psicologia, quer seja através da escuta em entrevistas individuais, das discussões dos casos, dos grupos terapêuticos, quer seja através da psicoterapia individual e em grupo, realizadas no serviço.

O encontro com diversos elementos do psiquismo dos pacientes idosos, que representam o sujeito desta pesquisa, faz com que a todo o momento nos questionamos sobre a nossa prática profissional, e mesmo sobre a teoria e a técnica para alcançarmos nosso objetivo. Há algumas questões da transferência que também se impõem no nosso encontro e que afetam as minhas questões de vida, fazendo-me olhar para os elementos do meu psiquismo e para os elementos do meu cotidiano.

Um exemplo disso é a estranheza que eles apontam em si mesmo ao falar de seu corpo e de seu estado de saúde. Quando ela é narrada pelos pacientes provoca também em mim uma estranheza. Foi desse fato que surgiu a questão inicial desse trabalho.

Por que a experiência de envelhecer é tida por esses pacientes como estranha? Por que eles estranham seu corpo, uma vez que há muito tempo esse corpo vem sendo gradativamente alterado pelas questões físicas da idade?

Os primeiros atendimentos de cada profissional compõem uma anamnese completa do percurso de vida do paciente. É levantado o contexto familiar, social e também histórico, suas questões de saúde física e mental, a forma como ele vive hoje e a forma como viveu anteriormente, etc. Este fato possibilita o atendimento levando

em consideração a subjetividade e a singularidade de cada um. Com esta avaliação tem-se o objetivo de traçar a situação do paciente com vistas a indicar ou sugerir futuros procedimentos da equipe interprofissional, os atendimentos e encaminhamentos necessários, dentro e fora desse ambulatório de especialidades. Algumas vezes o caso do paciente é discutido em reuniões da equipe, quando se levantam aspectos importantes que poderiam prejudicar ou facilitar o atendimento de outro profissional da equipe.

A escuta psicanalítica permite ampliar a visão do caso, podendo se pensar nas questões que atravessam o sujeito e se opõe às condutas decididas pela equipe, nesse caso é papel do psicólogo minimizar estas questões. A escuta psicanalítica também, proporciona avaliar a situação do paciente levando em consideração a presença ou não de demandas psicoterápicas, inclusive, abordar a presença ou não de sofrimento psíquico emergente.

No relato de queixas, os idosos muitas vezes exprimem preocupações com o dia a dia, com os familiares e relatam uma fragilidade para o enfrentamento destas situações. Dizem não encontrar formas para resolver seus problemas e muitos deles expressam um sofrimento profundo, um desalento, como a única maneira de lidar com estes acontecimentos, sem a esperança de alguma solução satisfatória no porvir.

Demonstram uma falta de energia para a vida, como se o tempo de vida houvesse terminado e se tentassem elaborar um tempo de morte, numa quietude mórbida para lidar (não lidar) com os acontecimentos do cotidiano.

Alguns pacientes também relatam um desconhecimento de si próprios, como se assustassem em descobrir as limitações que se construíram com o passar do tempo, e que parecem ter acabado de descobrir. Estranham o próprio corpo. Queixam-se, de forma desesperadora, da dificuldade de locomover-se, de um equilíbrio físico pouco satisfatório, da fragilidade causada por alguma patologia, comum nessa fase da vida

dentre as quais citam a precariedade da visão, da audição, a saúde cardiológica ou pulmonar.

O geriatra ouve sem cessar queixas corpóreas, que pouco sentido tem com os sintomas específicos das doenças, como por exemplo, manchas na pele, inchaços invisíveis, o pulsar de uma veia tido como estranho, dores generalizadas, etc.

É comum nas discussões da equipe, o fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional apontarem uma limitação psíquica maior à limitação física descoberta nos exercícios dados por esse profissional. Algumas vezes reconhecemos um ganho com a doença, pelo fato de ser cuidado pelo outro, nesse caso a atenção, e o carinho de filho, do cônjuge ou outro aparece perpetuando uma limitação. São situações em que receber cuidados do outro passa a ser mais importante que o movimento perdido.

Também se observa nesse grupo de idosos, o surgimento de sintomas estranhos à clínica usual como manias de chupar paninhos... arrancar cabelos.... recusa de alimentos...

A fonoaudióloga aponta para a audição e para falas seletivas encontradas em alguns casos.

A nutricionista relata em reuniões queixas de pacientes que afirmam não poder ingerir alguns alimentos essenciais porque estes causam um *bolo na garganta*, impedindo a sua passagem, enquanto que outros alimentos, que pela lógica poderiam causar o tal *bolo*, são ingeridos normalmente. Reclama da dificuldade de alguns pacientes aderirem às dietas que são essenciais para o bem estar deles, mesmo possuindo esclarecimentos e compreensão dos males, por exemplo, do excesso de carboidratos para os diabéticos.

A enfermeira da equipe acompanha cicatrização de úlceras na pele e se espanta com a facilidade da cicatrização de uns pacientes e a dificuldade e o tratamento demasiadamente longo de outros, o que leva a equipe a questionar sobre estas diferenças nos resultados dos tratamentos. Qual o significado psíquico destas úlceras que não cicatrizam?

Vemos por diversas vezes a assistente social se surpreender com a agressividade dirigida dentro da família, por membros da família a algum paciente e depois compreender, com o histórico de vida daquele sujeito o que estas relações conflituosas significam e porque estão ocorrendo dessa forma.

Outros pacientes apresentam pouca vitalidade física expressa na forma de se comunicar e se locomover. Apresentam um andar lentificado assim como suas vozes trêmulas. Expressam queixas psíquicas com um pesar e sofrimento, que nos parecem revelar também uma fragilidade na vida psíquica.

O que acontece com o psíquico no envelhecimento? Podemos falar de uma fragilidade assim como a fragilidade física, a corporal?

O desalento, a falta de esperança, isto que estou chamando de fragilidade me remetia à psicanálise pelo enfoque de teóricos que trataram das fases iniciais da vida, como é o caso de Winnicott, Margareth Little, Safra e Guntrip. Essa dependência do outro e a busca de apoio, me remetia ao lugar da mãe dando suporte ao filho. Direcionava o meu olhar para o conceito de *holding* de Winnicott, e, uma vez que o *suporte* tem uma função integradora, isto me reforçava a idéia de que o *self* desses pacientes poderia estar desintegrado, frágil.  *Holding*, como veremos adiante é um conceito de Winnicott que representa o suporte que a mãe, ou quem cumpre a função materna, dá ao bebê desde suas primeiras horas de vida; segurá-lo ao colo, carregá-lo,

poder sustentá-lo no espaço físico, integrando seu corpo que vive diferentes sensações em diferentes planos espaciais e temporais.

Assim, os cuidados maternos ou de quem cumpre a função materna possibilitam que o desenvolvimento do bebê alcance a *integração*, a *personificação* ou *personalização* que é aquisição da experiência de sua mente habitar um corpo e a *realização* que se traduz na relação com outros seres denominada pela psicanálise de relação de objeto. Quando se atinge a conquista de um Eu, pode-se pensar na relação com o outro, com o Não-eu.

Além da questão de *holding*, se confirmava a necessidade desses pacientes terem um corpo nomeado, como a importância do *handling* para o bebê. Este conceito do mesmo autor, diz respeito às manipulações que a mãe faz no corpo do bebê, a higienização, o toque, carinhos, etc. e que vão dando a ele o sentido corporal. O desenvolvimento do bebê caminha até chegar à *personificação*, outro conceito Winnicottiano e que traduz o habitar da psique no corpo. Era dessa forma que muitas vezes em discussão com o geriatra, e outros membros da equipe identificávamos os sintomas dos pacientes que nos procuravam. (Eles estavam buscando o olhar do profissional de saúde para os seus sintomas, para as suas manchas na pele, para os “caroços” e as dores).

Essas ocorrências nos alertam para outras questões:

Haveria no envelhecimento alterações na *personalização*, na *realização* e na *integração* do *self*?

Os diversos atendimentos psicológicos que realizamos no CERESI com pacientes idosos propiciaram a definição do problema desta pesquisa nos seguintes termos: Podemos identificar alterações psíquicas no indivíduo que se encontra em

processo de envelhecimento? Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações na personalização, na realização e na integração do *self*?

É pela ótica da psicologia, mais precisamente da psicanálise o enfoque deste trabalho, privilegiando os autores que conceituaram a respeito dos momentos anteriores à constituição de ego, ou de *self*, conforme a nomenclatura de cada um. Utilizaremos os conceitos que dizem respeito à regressão, ou outra nomenclatura usada para falar de um retorno às situações acima, ou a episódios de falta de integridade no *self*, ou no ego. Tais autores são Donald Winnicott, Gilberto Safra, Harris Guntrip, Margareth Little, entre outros. Porém, não deixamos de iniciar nosso trabalho com Freud e o seu conceito de ego corporal. Visitaremos alguns autores contemporâneos, que trataram ou não do envelhecimento, mas se ocuparam dos episódios que revelam o sofrimento psíquico da atualidade como a questão do desamparo, que remete à falta do outro e tem alguma relação com a palavra dependência. De forma menos profunda, mas não menos importante, adentraremos as questões do envelhecimento tratadas por teóricos da escola francesa, isto porque, são deles as maiores contribuições sobre este tema dentro da psicanálise, na atualidade.

Esta pesquisa pretende contribuir ampliando o conhecimento da vida psíquica do paciente idoso e, propiciando um novo olhar e compreensão desse psiquismo, assim como, levantar outras questões que a abordagem psicanalítica revela.

Os idosos fazem parte de uma grande parcela de consumidores de psicotrópicos que, se por um lado lhes prometem a felicidade há muito perdida, por outro, vulnerabilizam essa população para quedas e perdas ainda maiores na sua qualidade de vida. Isso é um indicador do sofrimento psíquico que acomete a

população, sujeito nessa pesquisa. Poder compreender o sofrimento desses pacientes e contribuir para uma forma não medicamentosa de alívio, também é uma tarefa importante dos gerontólogos da atualidade e uma ampla contribuição científica. Embora não tenhamos pretensão de alcançar esse objetivo, devido a esse trabalho não se propor a discutir as técnicas psicoterápicas, objetivamos certamente dar uma valiosa contribuição para a compreensão do psiquismo do sujeito que se encontra no processo de envelhecimento.

A mudança na nossa pirâmide populacional aponta para uma sociedade que está envelhecendo, provocando o estreitamento de sua base, devido ao menor número de nascimentos e, por conseguinte, de crianças pequenas, e um aumento de sua ápice, revelando um aumento da população com mais idade.

Em recente levantamento sobre pesquisas realizadas nessa área constatamos existir um estudo sobre a direção da pesquisa gerontológica brasileira com um recorte no período de 1975 a 1999 realizado por Goldstein (1999). Seu levantamento de dissertações e teses defendidas na Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Campinas registraram 232 trabalhos. Embora os estudos começassem nas áreas da Psicologia, Enfermagem, Sociologia/ Antropologia, Ciências da Saúde e Serviço Social, a partir de 1990 foram agregadas novas áreas como: a Fonoaudiologia, a Educação Física, a Comunicação e Artes, o Direito, Estudo da Linguagem, História, Farmácia e Engenharia de Produção. A autora concluiu, entre outras afirmações, que houve um acentuado aumento na produção científica a partir de 1990, o que também coincidiu com a expansão das universidades de terceira idade e com a formação de grupos de pesquisas.

O crescimento dos estudos a respeito do envelhecimento vem acompanhado das questões da implantação de uma área do saber específico, porém, como apontam Prado e Sayd (2006) uma parcela da produção científica brasileira sobre envelhecimento tem sido desenvolvida, conceitualmente e metodologicamente, por outros campos do saber. Diversas pesquisas nessa área não possuem os autores identificados como geriatras ou gerontólogos, o que dificulta precisar o número de estudos realizados.

No campo da dificuldade conceitual encontrada, eles citam a negação do objeto de estudo proposto pela gerontologia: a negação do envelhecimento que fora abordada por Debert, Lima e Groisman, como uma tendência velada quando diversos autores evitam o termo velho ao denominarem as pessoas que constituem o objeto de estudo na literatura gerontológica e criam outros termos como: idade madura, adulto maduro, adulto maior, melhor idade, maioridade, feliz idade, etc. E ainda citam a contradição fundamental da gerontologia afirmada por Debert: os gerontólogos são profissionais que combatem a velhice (PRADO e SAYD 2006, p.6).

Não temos a pretensão de discutir a gerontologia como ciência. Achamos importante visitar tais questões para justificar a escassez de trabalhos existentes, pois, apesar de verificarmos a expansão dos estudos realizados, consideramos o número ainda pequeno, se o distribuirmos para cada área que partilha desse mesmo assunto. Mesmo tendo a psicologia uma grande fatia, se direcionarmos nosso olhar para a psicanálise encontramos poucos autores. Dentre as pesquisas encontradas, a maior parte ocorreu nos últimos 5 anos e com uma diversidade de abordagens.

Com o cruzamento das palavras chaves psicanálise e gerontologia: de 268 pesquisas de mestrado e doutorado registrados no banco de teses da CAPES, do ano de 2004, somente duas utilizaram a psicanálise como referencial teórico.

Utilizaremos a psicanálise como o aporte para adentrarmos na busca das faces do envelhecimento em nossa pesquisa.

Em nossa revisão bibliográfica, devido ao número reduzido de autores psicanalíticos que tiveram o envelhecimento como tema, pudemos relacioná-los:

- Gilberto Safra (2006) tratou das tarefas da idade madura apoiado em Harris Guntrip, Winnicott e Leslie Tizard. Grande parte de nossa análise será alimentada por esse caminho.

- Henri Bianchi (1993), psicanalista francês tem um trabalho aprofundado nessa área. Ele faz um paralelo ao desgaste físico e psíquico. Fala de um declínio funcional do aparelho psíquico uma vez que há um desinvestimento libidinal nos objetos devido às perdas e mudanças dessa fase da vida. A relação é considerada por ele a função básica do psiquismo, e estando diminuída, pela lógica desse autor, podemos também falar em declínio psíquico.

- Guillermo Julio Montero (2005), argentino que atua na instituição denominada Travessia em Buenos Aires e coordena pesquisas e trabalhos sobre a idade tardia: fala sobre a necessidade de se atravessar uma crise, que é imposta com a chegada na idade madura e discute uma terceira individuação.

- José Ribeiro da Ponte escreveu sobre aspectos psicanalíticos do envelhecimento normal em 1996. Fala de uma regressão no momento do envelhecimento que foi observada empiricamente através de sua ampla experiência como geriatra. Também discute o desinvestimento libidinal incrementado nesse

momento da vida, voltando o indivíduo para um narcisismo. Tem seus escritos apoiados em Freud. Esse autor foi quem nos deu o disparo inicial.

- Joel Birman (1995) (2000) assinala os aspectos negativos que o velho tem sobre a valorização do novo em nossa sociedade. Desenvolve em outros trabalhos a questão da representação da velhice em nossa sociedade, contribuindo para a exclusão da pessoa idosa. Não faz parte dos nossos planos aprofundarmos nesta questão em nosso trabalho.

- Jack Messy (1992) inicia seu trabalho com a diferenciação dos termos - velhice e envelhecimento, considerando o envelhecimento como o avançar na idade a partir do nascimento, portanto não como ocorrência de exclusividade da velhice. Também irá debater a intemporalidade do inconsciente e a balança de aquisições e perdas do ego, que ao sofrer um desequilíbrio, uma ruptura, faz surgir a velhice.

- Delia Goldfarb (1998, 2002 e 2004) iniciou discutindo as questões do psiquismo no envelhecimento; desenvolve em seu trabalho inicial as questões do tempo, corpo e envelhecimento com aporte na identidade adquirida na função do espelho de Lacan. Seu trabalho se amplia nesta década, abarcando diversas questões vivenciadas pelo sujeito idoso e discutidas de forma bastante interessante e podemos fazer um destaque no aprofundamento da questão da doença de Alzheimer (que constituiu sua tese de doutoramento). Como dissemos anteriormente, a autora parte de Freud e se utiliza dos psicanalistas da escola francesa. Mesmo o aporte sendo diferenciado do nosso, pudemos aproveitar de forma enriquecedora as questões por ela discutidas.

- Ruth G. Lopes (2002), Diana Singer (2002), Márcia Cristina Dourado (2004), Cláudia Aranha Gil (2005), Isabel Adrados (1988), Zygmunt Bauman (1998),

Maria Cristina R. Amendoeira (2003) e Carlos Pinto Corrêa (2002) fazem diversas contribuições, considerando as questões de eu ideal e ideal de ego, a partir do estágio do espelho de Lacan. Dourado (2004) fala da atualização como contribuição da memória para a realimentação da identidade e discute como a demência pode ocorrer por tirar o sujeito da linha do tempo, uma vez que ele vive sem estabelecer esta capacidade cognitiva. Bauman (1998) também discute o mal estar na pós modernidade, e o lugar da pessoa idosa.

- Flávia Monteiro Soares (2001 e 2005) trata da questão de conceituação da velhice, retirando da ótica multidisciplinar onde o desgaste biológico é evidenciado para colocá-lo na psicopatologia fundamental, sustentando o conceito pela psicanálise e o viés do *phatos*.

- Ana Clara Duarte Gavião (1996 e 2002) e Claudia Aranha Gil (2005) utilizam-se de instrumentos de avaliação de personalidade projetivos em suas investigações clínicas. Trazem importantes contribuições para o conhecimento do estado psíquico desses pacientes.

Esta pesquisa está estruturada da seguinte forma:

O Capítulo 1 trata da metodologia utilizada para a realização deste trabalho.

No Capítulo 2 apresentaremos as escolhas teóricas que sustentarão a nossa análise. Nelas partiremos da contextualização da pesquisa sobre envelhecimento no Brasil, passando sobre o conceito de gerontologia e as definições de termos velhice e envelhecimento. Buscaremos na psicanálise, a partir de Freud, resposta para a experiência de estranhamento que os indivíduos idosos relatam ao falar do envelhecimento. Estranhar o próprio corpo... o corpo velho... um corpo com o qual já

havam de se acostumar... Tantos anos... Por que este estranhamento? Envelhecer não é um processo? As alterações não foram construindo-se a cada dia, mês, ano que passou?

Utilizaremos outros psicanalistas para tratar da questão corporal, fazendo um percurso por Winnicott e Gilberto Safra.

Também desenvolveremos o tema das angústias, temores e ansiedades em outras situações que não o envelhecimento. Para essa finalidade usaremos Winnicott, Safra, Guntrip e M. Little.

Visitaremos os psicanalistas da atualidade que falam sobre essa fase da vida como Goldfarb, Birman, Pontes, Montero entre outros.

Finalizaremos esse capítulo com outros autores freudianos ao tratar da angústia, depressão, desamparo e dor tais como Birman (2001), Delouya (1998) e Fedida (1999).

O Capítulo 3 – Apresenta os resultados da pesquisa e os discute sob o aporte teórico psicanalítico.

E por fim apresentaremos as Considerações Finais e as Referências Bibliográficas.

## Capítulo 1

### Fazendo um caminho

A nossa pesquisa “Fases do Envelhecimento Sob um Olhar Psicanalítico”, utiliza-se do termo *envelhecimento* e, para tanto, precisamos fazer algumas ressalvas.

O campo de estudo do envelhecimento e da velhice, a gerontologia, enquanto ciência na área da saúde define o termo envelhecimento exclusivamente para se referir aos processos de transformação do organismo, os quais ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Portanto, não trata especificamente de indivíduos idosos, pois para alguns cientistas o envelhecimento se inicia a partir do nascimento. É um termo que abarca a *velhice*: a última fase do ciclo vital. Para os gerontólogos, a primeira definição tem caráter exclusivamente biológico, com raízes na geriatria, área médica, o que se justifica quando iremos falar do corpo que envelhece; e a segunda a que estaria dentro da primeira, trata dos aspectos sociais e psicológicos do sujeito nas ciências sociais, sociologia, psicologia e etc.

Preferimos o primeiro termo, também porque ele nos soa como um processo, com movimento, com vitalidade e o segundo soa como algo estático, dado à priori, resultado de... sem vitalidade e, portanto, próximo da questão da morte. Segundo o Aurélio: *Velhice: estado ou condição de velho... Velho: muito idoso....* E entre outros sinônimos: *obsoleto*.

Pediremos licença aos gerontólogos para usar o vocábulo envelhecimento, apesar de compreendermos a distinção efetivada, direcionando o nosso trabalho ao termo velhice, é dessa fase que iremos tratar. Fase na qual, para nossa compreensão,

há um corpo humano envelhecendo, e é a partir desse corpo que iniciaremos nosso trabalho, porém, não se trata de possuir somente aspectos biológicos ou físicos; é um corpo psíquico também, e, se aceitarmos a idéia de que o Ego é antes de tudo um Ego-corporal, nesse caso a inversão também é verdadeira.

Se não iremos desprezar o sujeito biológico, tampouco desprezaremos o sujeito social. Isto se faz porque nosso terreno psicanalítico depende dos outros dois. As pulsões, objetos de estudo da psicanálise, estão presente num sujeito biológico, que pela possibilidade humana de compartilhar sua existência com outro ser, portador da função materna, pôde existir como tal, pôde se originar um ser psíquico; e pela importância do outro para sua existência pôde se germinar o ser social.

Justificamos o nosso uso e acreditamos que isso vai de encontro a esse novo campo de saber no qual o trabalho interdisciplinar é preferido ao trabalho individual ou multidisciplinar como afirma Papaléo Netto (2006). Diversos olhares a um mesmo objeto de estudo é justificado quando não estamos tratando de partes e sim do ser total e, portanto não separamos mente e corpo.

Aqui é descrito o caminho seguido para obtenção de dados para a realização desta pesquisa.

Foram membros participantes desta pesquisa 08 (oito) idosos, escolhidos aleatoriamente, matriculados no Centro de Referência da Saúde do Idoso – CERESI e que deveriam marcar consulta de triagem no serviço de psicologia.

O CERESI é um ambulatório de especialidades em geriatria e gerontologia da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Guarulhos - SP, e estes sujeitos da pesquisa procuraram o serviço de psicologia, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005. Este ambulatório atende pacientes com 60 anos ou mais de idade,

conforme é o critério de classificação de idoso pela O.M.S. para países em desenvolvimento, e que residem no município de Guarulhos.

Estes pacientes procuravam o serviço de psicologia por demanda própria ou por terem sido indicados por outro membro da equipe interprofissional que compõe o CERESI.

Após as datas que eu estabelecia para realizar as entrevistas, a secretária do serviço agendava os pacientes. Nesse momento eles eram esclarecidos sobre a participação na pesquisa, como ela ocorreria, o fato dela ser gravada em fitas K7 e posteriormente transcrita. Os pacientes que aceitavam participar eram agendados nos dias e horários pré determinados. A secretária informava a respeito do termo de consentimento por parte deles. Lia o documento em voz alta e retirava as dúvidas, entregava para que os pacientes lessem, completassem com seus nomes e assinassem.

Foram consideradas todas as condições éticas da pesquisa com seres humanos. Os nomes aqui utilizados são fictícios e o paciente poderia desistir da adesão em qualquer momento.

As entrevistas foram abertas, com apenas duas questões disparadoras:

- A primeira trata de saber quais os motivos que a fizeram procurar o serviço de psicologia do CERESI de Guarulhos? Esta questão era realizada logo no início da entrevista após as apresentações.
- A segunda questão tinha o objetivo de verificar como está sendo o envelhecimento para ele (a)? Esta questão não tinha horário definido a ser realizado, e em algumas entrevistas não foram realizadas, uma vez que alguns pacientes já respondiam, mesmo sem serem questionados.

Conforme Bleger (1960) a entrevista psicológica é uma ferramenta para se investigar a conduta e a personalidade de seres humanos. Ela permite investigar diferentes temas referentes ao psiquismo do entrevistado. Ela pode nos fornecer conteúdos de parte da vida do paciente.

A entrevista psicológica permite sua orientação de acordo com o referencial psicanalítico que possui como base os pressupostos dos conteúdos da organização do *self* do entrevistado.

A entrevista também proporciona um campo onde é possível através da contratransferência emergir sentimentos do entrevistador que são relativas ao entrevistado, enriquecendo a investigação. (GILLIÉRON, 1996).

Todas entrevistas foram individuais e tiveram a duração de 30 a 45 minutos, conforme determinação do SUS, pois são efetuadas como triagens do serviço de psicologia. Tratava-se do primeiro ou segundo encontro do psicólogo com estes pacientes. As respostas destas entrevistas foram gravadas em áudio posteriormente transcritas.

Após a transcrição das entrevistas fizemos uma análise dos temas mais comuns inseridos pelos entrevistados que revelavam as suas queixas.

Deixando de lado a subjetividade e singularidade de cada paciente neste momento, listamos os seguintes temas, mais citados por eles:

- Corpo e partes do corpo: dores de cabeça, cabeça esquisita, cabeça esquecida, tontura, labirintite, estranhamento de partes do corpo;
- Sintomas físicos diversos: artrose, intestino preso, pressão alta, estranhamento de seu estado, palpitações, dores;

- Confusão de sentimentos e pouca vitalidade psíquica: não saber o que quer, irritação, dependência do outro, inatividade (comer, deitar e dormir), solidão, medo, insônia, vontade de chorar;
- Religião, igreja e Deus.

Esses temas nos orientaram para a busca do aporte teórico psicanalítico que usamos neste trabalho. Assim, utilizamo-nos do referencial já existente na psicanálise do idoso, que conforme é citado na Introdução, não contempla uma bibliografia ampla. Escolhemos o aporte teórico de Gilberto Safra por acreditarmos que a base winnicottiana e de outros autores influenciados por Winnicott permite-nos um aprofundamento nas questões principais do corpo e self que fazem parte da maioria das queixas dos pacientes pesquisados.

Visitamos outros trabalhos psicanalíticos que tratam do envelhecimento e fizemos um recorte, conforme nossa necessidade, por se tratar de embasamentos teóricos diferentes, geralmente da corrente psicanalítica francesa.

Uma vez que dentre os poucos trabalhos de psicanálise e gerontologia, nem todos os temas dos nossos pacientes são agraciados, utilizamos outros autores psicanalíticos que tratam dos temas perseguidos por nós, sem necessariamente tratarem do idoso, velhice ou envelhecimento, como é o caso de Margareth Little e Winnicott.

Partimos de Freud, do seu capítulo sobre o Estranho, pois foi este tema, bastante explicitado pelos pacientes neste ambulatório e que, objetivamente e transferencialmente me motivou nesta pesquisa.

Após a qualificação refizemos a análise das entrevistas transcritas, nesse segundo momento considerando a singularidade e subjetividade de cada paciente e

extraímos vinhetas que exemplificasse as questões fundamentais explicitadas por cada paciente entrevistado.

Finalizamos o trabalho com a Discussão e Resultados. Apresentamos as entrevistas de acordo com o conteúdo adquirido. Em algumas entrevistas foram eliminadas algumas vinhetas, desde que não retirasse o sentido da mesma, com o seu começo, meio e fim. A cada entrevista apresentada, realizamos a discussão à luz dos teóricos definidos, buscando clarear as facetas do envelhecimento sob o olhar psicanalítico e contemplar nossos objetivos iniciais. No final de todas as entrevistas fazemos uma Discussão Geral dos Resultados e em seguida faremos as Considerações Finais dessa tese de doutorado.

## Capítulo 2

### Referencial Teórico

Este capítulo trata de apresentar o referencial teórico que sustentará as análises contidas nos próximos capítulos.

Iniciaremos este capítulo contextualizando o envelhecimento no Brasil, com um breve histórico sobre a gerontologia. Buscaremos a definição do Corpo em psicanálise partindo de Freud e para os autores de influência Winnicottiana e Outras Questões do Envelhecimento tratadas por diferentes psicanalistas da atualidade.

#### 2.1 O Envelhecimento Hoje

O tema envelhecimento vem sendo amplamente pesquisado desde meados do século passado. Salgado (1982), afirma que gerontologia foi o título dado em 1950 para a reunião dos estudos da Biologia, Psicologia e Sociologia do Envelhecimento, nas décadas de 30 e 40. Mas o surgimento do termo é anterior a esta data e vive atualmente no Brasil, conforme discutido por Prado e Sayd (2006), uma precariedade conceitual.

Os autores mencionados acima citam os problemas referentes às hierarquias entre domínios internos à gerontologia e a outros campos de conhecimento. Acreditam que o momento atual de elaboração de um projeto político para a gerontologia necessite aprofundar na questão do conceito a ser estudado devido à amplitude desse campo de conhecimento: diversas teorias, diversos modelos, entre outros.

Como dito por um gerontólogo entrevistado por Lopes (2000):

*Há mil modelos, muita gente falando a mesma coisa com Termos diferentes, estes são obstáculos, no domínio científico, são os mais sérios para a constituição da gerontologia como um corpo organizado de conhecimento ( p.3).*

O termo gerontologia foi utilizado pela primeira vez por Elie Metchnikoff<sup>1</sup> no ano de 1903, porém seu criador foi muito debatido. Este médico acreditava numa velhice fisiologicamente normal e idealmente alcançada. Foi acusado de desconsiderar as evidências científicas sobre a degeneração dos tecidos e órgãos e estar buscando a fonte da juventude em suas pesquisas. Assim, os estudos da gerontologia surgiram num clima polêmico tendo seu criador associado a charlatões da época que buscavam a fórmula para não envelhecer (LOPES, 2000).

Essa foi uma das causas descritas por Papaléo Netto e Ponte (1996) para justificar o atraso no desenvolvimento desse campo do saber, uma vez que o termo afastava pesquisadores jovens que não queriam seus nomes associados a uma prática um tanto duvidosa. Outras causas citadas para o atraso são: a falta de uma fundamentação teórica para uma experimentação adequada; a incapacidade de se mensurar o envelhecimento; e, também, a falta de voz do grupo de idosos, que por sua fragilidade e exclusão social, não atuou como reivindicador de políticas públicas voltadas para estes fins.

Nessa direção podemos apontar a publicação de Stanley Hall (1922) *Senescence, the last half of life* como uma grande monografia sobre a velhice, mas, que também não gerou uma resposta rápida em sua década (Lopes, 2000).

---

<sup>1</sup> médico nascido na Rússia mas radicado na Europa. Foi diretor do Instituto Pasteur de Paris e seguidor de Charcot, iniciou sua carreira como Zoologista e após estudos de embriologia, parasitologia e digestão adentrou a Patologia Comparativa e Medicina.

A pesquisa em larga escala só se iniciou a partir de 1950, com a mudança demográfica, com o aumento da população de idosos e a diminuição das faixas etárias mais jovens, que ocorreu nos países europeus e nos EUA. Naquele momento, a sociedade em geral passava a interessar-se mais por encontrar soluções para os problemas individuais e coletivos emergentes nas áreas de saúde, educação e seguridade social e, por isso, havia muitos estudos longitudinais que também envelheceram. Os sujeitos pesquisados se encontravam na chamada meia idade. As instituições sociais eram pressionadas, pelo crescente número de idosos, a dar uma resposta aos problemas sociais e individuais desses indivíduos (NERI, 1997).

A separação da velhice das outras fases da vida proporcionando-lhe um status ocorreu por meio de três mecanismos denominados tecnologias de diferenciação, segundo Katz (1996):

- o saber geriátrico/gerontológico;
- a instituição das pensões e aposentadorias como um direito social; e
- o surgimento dos asilos de velhos.

No Brasil, foi a partir de 1960 que iniciou o crescimento dessa faixa etária. Desde então, a nossa pirâmide populacional começou a ter uma base cada vez mais estreita e um alargamento no ápice.

A partir de 1980 proliferam os segmentos sociais destinados a esta população, assim como as pesquisas. Lopes (2000) refere-se à grande contribuição da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia para o fortalecimento da área de atuação como também por ter colocado o tema em pauta na atenção pública, sensibilizando a mídia, a sociedade e os órgãos públicos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi promulgada pelo Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Serra, aprovada pela Portaria nº. 1395 em 09 de dezembro de 1999. Todos sabem que no intervalo de tempo entre a promulgação da lei e sua efetivação na prática existe um longo período. Não está sendo diferente para a saúde do idoso, apesar dos esforços de muitos profissionais da área. Podemos destacar como um ganho nessa luta, a cláusula terceira que menciona os objetivos e metas prioritárias dos *Pactos Pela Vida e de Gestão do SUS*<sup>2</sup> descrita no *Anexo 1 – Termo de Compromisso de Gestão Municipal*. Esse termo corresponde a um conjunto de compromissos pactuado de forma tripartite (municípios, estados e confederação) a ser implantado em cada município. Essa *Agenda de Compromissos* visa responder às prioridades da *Política Nacional de Saúde* expressas na situação epidemiológica. A prioridade de número 1 desse termo é a Saúde do Idoso. Abaixo, relacionamos os objetivos que deverão ser pactuados:

- I – Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.
- II – Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.
- III – Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.
- IV – Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.

---

<sup>2</sup> Em Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 é regulamentada as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e gestão (consolidação da Portaria 399 – Ministério da Saúde, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde de 2006 que em seu artigo 2º aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão).

- V- Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.
- VI- Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.
- VII - .Instituir a atenção domiciliar ao idoso.

No município de Guarulhos está previsto para esse ano de 2007 a assinatura do Termo de Compromisso e acreditamos que a partir dessa ocorrência as políticas municipais nessa área serão implementadas.

Estima-se que a partir de meados deste século a população de idosos será maior que a de crianças e adolescentes. Hoje, 2% dos idosos do mundo são brasileiros. De acordo com o Estudo Síntese dos Indicadores Sociais 2005 do IBGE 9,7% da população brasileira possui 60 anos ou mais de idade. Para cada 100 jovens brasileiros existem 25 idosos. Esta proporção se evidencia no estado de São Paulo. Há uma predominância do sexo feminino sobre o masculino: para cada 100 mulheres com mais de 65 anos existem 78,6 homens. Quanto ao poder econômico 73,15% da população com mais de 60 anos possuem renda familiar média mensal per capita de até dois salários mínimos.

Hoje em Guarulhos existe uma população de 1.251.178 habitantes (segundo a estimativa pelo Censo IBGE 2000 para o ano de 2005) sendo que 71.167 são idosos (acima de 60 anos de idade), o equivalente a 5,68 % da população total.

## 2.2 A temática corporal

A clínica psicanalítica do idoso tem suas peculiaridades. A questão corporal é uma delas. Diante disso, buscamos desenvolver o tema corpo na psicanálise assim como alguns conceitos que estão relacionados com esta fase da vida.

### 2.2.1 Velho Corpo Desconhecido

*... Ontem, no entanto perdi durante horas e horas a minha montagem humana. Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida. Mas tenho medo do que é novo e tenho medo de viver o que não entendo - quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo, não sei me entregar à desorientação. Como é que se explica que o meu maior medo seja exatamente em relação: a ser? E, no entanto não há outro caminho. Como se explica que o meu maior medo seja exatamente o de ir vivendo o que for sendo? Como é que se explica que eu não tolere ver, só porque a vida não é o que eu pensava e sim outra - como se antes eu tivesse sabido o que era! Por que é que ver é uma tal desorganização?...*

Clarice Lispector, A paixão segundo G.H.

A experiência vivida pela personagem do texto epigrafeado não estabelece pelo menos aparentemente qualquer relação com a experiência do envelhecimento, pois são épocas diferentes, mas a leitura me remeteu às queixas ouvidas em consultas no ambulatório de geriatria. Diversos idosos falam do envelhecer como uma experiência estranha. É sabido que ninguém dorme jovem e acorda envelhecido, mas parece que os pacientes atendidos por nós no ambulatório de gerontologia têm esta sensação. De repente, se dão conta de uma mancha na pele, de um cansaço no corpo, de fraqueza nas pernas... Sentem-se estranhos.

Freud, em 1919, dedicou um capítulo do volume XVII de sua obra para falar do *Estranho*. Inicia chegando à equação

*Heimlich = unheimlich*

(o que é familiar, conhecido = estranho, não familiar, desconhecido, encoberto), de acordo com os diversos dicionários e uso de linguagens utilizadas.

Nesta parte de seu trabalho, Freud discorre a respeito das diversas situações que remetem ao espectador sensações de estranheza. Cita Hoffmann como o autor que melhor utilizou-se deste aspecto em suas obras, ilustrando com o conto *O Homem de Areia* desse autor e com sua maneira especulativa desenvolve o assunto.

Nesse conto, Hoffmann narra à história de Natanael, o personagem principal, um estudante jovem, que temia uma lembrança de sua infância que estava relacionada com o *Homem de Areia*.

O jovem havia associado o personagem do conto a um advogado que freqüentava a sua casa na infância e que ele e as outras crianças temiam. Quando criança Natanael vivia intrigado com esse homem, pois, apesar da mãe lhe dizer que isso era uma figura de linguagem, ela se utilizava da frase: *o homem de areia está chegando*, para mandar as crianças para cama. Já a babá do jovem, confirmava a existência do personagem dizendo que ele era um homem perverso, que jogava areia nos olhos das crianças para que eles saltassem sangrando, quando elas não dormiam. Hoffmann cita que Natanael, apesar de criança não tinha idade para aceitar a versão da babá, e já poderia compreender a explicação da mãe. Porém, intrigado com esse homem e lhe associando com o advogado Sr. Copélio, que visitava o pai frequentemente, quis conhecê-lo melhor. Ficou acordado e foi espioná-los no escritório do pai onde ambos se ocupavam de um braseiro. No que sugere ser seu primeiro surto ouve o Sr. Copélio dizer: “aqui os olhos” e ameaçar atirar brasa em seus olhos quando é salvo pelo pai. Depois disso o rapaz adocece. Um ano depois, no decorrer de outra visita do Sr. Copélio, o pai é morto numa explosão em seu escritório e o advogado desaparece sem deixar vestígios: para

Natanael, ele foi o responsável pela morte do seu pai. Esta retomada do temor acontece no momento em que Natanael, já crescido, conhece o Sr. Copolla na universidade, um oculista que vende barômetros, lunetas e óculos, dizendo: *tenho também ótimos olhos, ótimos olhos*. O rapaz compra uma luneta e espia a casa de um professor vizinho quando apaixona-se pela imóvel filha que espiona: Olímpia e esquece sua noiva. Olímpia é um autômato, cujo mecanismo foi feito pelo professor e os olhos foram colocados por Coppola. O estudante surpreende os dois discutindo quando ocorre outro surto. Coppola leva embora a boneca de madeira, sem os olhos. O professor pega os olhos ensangüentados do chão e os atira sobre o peito do estudante. Natanael tenta estrangular o pai de Olímpia.

Nesse episódio, Natanael mistura a morte do pai na cena do professor e grita: *Apressa-te, apressa-te anel de fogo... Gira anel de fogo... Linda boneca de pau, gira*. Passa-se um novo período para o rapaz se reanimar da longa e grave enfermidade. Natanael parece estar recuperado quando num passeio com a noiva sobe a uma torre e do alto, pela luneta avista o Sr. Copélio. Isso dispara um novo surto quando tenta lançar a noiva do alto: *gira boneca de pau*. A noiva é salva por seu irmão e ele fica sozinho sobre a torre gritando e correndo em círculos: *Gira anel de fogo...* Entre as pessoas que observam embaixo está o Sr. Copélio rindo e dizendo aos outros que não era necessário buscá-lo, pois ele desceria sozinho. Natanael fica imóvel, avista Copélio e com um grito de *Sim, ótimos olhos...* Lança-se sobre o parapeito. Morre com o crânio despedaçado sobre as pedras do chão e o Sr. Copélio desaparece na multidão.

Após essa narrativa Freud discute os fatores que provocam a sensação de estranho. Assinala o complexo de castração, que está presente nessa história de Hoffmann, tanto no ato de arrancar os olhos pelo homem de areia, como na figura do

advogado. Freud também aponta a dificuldade de Natanael assumir sua identidade sexual que acredita estar simbolizada na identificação com Olímpia, a boneca de pau e também com a culpa pela morte do pai.

Outras causas assinaladas pelo mesmo autor são: a dúvida sobre um objeto ter ou não ter vida e quando um objeto inanimado se torna excessivamente parecido com um objeto animado. Diz que esses fatores podem ser associados a causas infantis e que todos esses temas dizem respeito ao fenômeno do duplo, que destacamos:

- personagens idênticos por semelhanças físicas,
- personagens semelhantes porque os processos mentais de um saltam para o outro como em telepatia, uma experiência que o outro também sente.
- o fator de repetição.
- a evidência de dúvida sobre a identidade: quem ser... ou ver o próprio eu sendo substituído por outro.

Freud cita Otto Rank: *originalmente o duplo era uma segurança contra a destruição do ego, uma enérgica negação do poder da morte*. Deduz que por este princípio foi criada a *alma imortal*: o primeiro duplo do corpo. Apóia-se no processo de elaboração onírica no qual a castração é vivida como duplicação ou multiplicação do símbolo genital. Justifica-se também na construção de imagens, com materiais duradouros, pelos antigos egípcios, dos mortos. Acredita que estas idéias surgiram do amor próprio ilimitado, do narcisismo primário que domina a mente da criança e do homem primitivo. Diz que o duplo transformou-se em representante do terror, tal como, após o colapso da religião, os deuses se transformaram em demônios. Freud acreditava que a estranheza ocorria porque uma dada situação remete a sentimentos que eram conhecidos num momento em que não havia discriminação egóica e nem de

objeto. Fala também que este fenômeno, associado à determinada situação, provoca uma sensação estranha que evoca um estado de desamparo semelhante a alguns estados oníricos:

*O animismo, a magia e a bruxaria, a onipotência dos pensamentos, a atitude do homem para com a morte, a repetição involuntária e o complexo de castração compreendem praticamente todos os fatores que transformam algo assustador em algo estranho (FREUD, XVII, p.260).*

Complementando seu texto, Freud atribui todos esses fenômenos à concepção animista do universo:

*Caracterizava-se esta pela idéia de que o mundo era povoado por espíritos dos seres humanos; pela supervalorização narcísica, do sujeito, de seus próprios processos mentais, pela crença na onipotência dos pensamentos e a técnica de magia baseada nessa crença; pela atribuição a várias pessoas e coisas externas, de poderes mágicos cuidadosamente graduados, ou 'mana; bem como por todas as outras criações, com a ajuda das quais o homem, no irrestrito narcisismo desse estágio de desenvolvimento, empenhou-se em desviar as proibições manifestas da realidade (FREUD, XVII, p.257).*

O autor ainda complementa com a afirmação de que todos nós carregamos resíduos dessa fase, que apesar de ultrapassada deixou marcas as quais são despertadas nas situações em que o estranho aparece.

Freud justifica assim o desenvolvimento da palavra *heimliche* para o seu oposto, o vocábulo *das heimliche*. Ou seja, o estranho é igual a algo secretamente familiar, algo que foi submetido à repressão e retoma a consciência. Cita Shelling: *algo que deveria estar oculto, mas veio à luz* (FREUD, XVII, p.257).

Acredita que nessas situações há um retorno a determinadas fases nas quais há a elevação do sentimento de auto-consideração, uma regressão a um período em que o ego não se distinguia ainda nitidamente do mundo externo e de outras pessoas.

Em *O mal estar na civilização* (1930 [1929]), Freud afirma que só na mente pode existir a preservação de tudo que se passou com o indivíduo, exatamente como ocorreu, lado a lado, sem nada ser destruído.

Ainda com referência ao capítulo *O Estranho*, encontramos Freud tecendo conclusões a respeito do tema morte. Para ele nossas idéias acerca da morte são arcaicas e primitivas não acompanhando as evoluções científicas, o que faz que a mesma reação emocional, que foi experimentada originalmente, reapareça.

O autor mencionado conclui o texto com duas argumentações: o estranho pode surgir quando os complexos infantis que haviam sido reprimidos revivem e quando as crenças primitivas que foram superadas retornam à consciência.

Freud faz ainda uma importante distinção entre o que é experimentado como estranho e o que é simplesmente visualizado ou lido por nós. Se partirmos da concepção de estar assistindo um conto de fadas ou uma ficção, por exemplo, estes mesmos fenômenos podem ocorrer sem nos produzir a sensação de estranho, pois adaptamos nosso julgamento à realidade que é imposta a priori. Agora quando o autor faz a história participar do mundo da realidade comum de onde o expectador se encontra, o sentido vem à tona. Dessa forma é a contextualização da realidade que pode ou não provocar a vivência de algo estranho. Já quando a causa se origina dos complexos infantis a questão da realidade material não interfere, pois a vivência pertence a uma realidade psíquica. O estranho é algo experimentado... Algo que vem de dentro.

Achamos importante detalhar esse capítulo de Freud, pois gostaríamos de buscar a compreensão da estranheza vivenciada pelos pacientes: o que estaria encoberto e ressurgir nessa fase da vida? Será que podemos perseguir essa idéia?

Safra (2006b) ao tratar das questões da maturidade fala das questões primordiais da vida, das questões ontológicas que algumas pessoas conseguem evitar durante várias fases da vida. São questões que não puderam ser colocadas em pauta ou porque no início da vida não houve a presença da mãe devota ou por serem questões profundas do campo social e cultural, que atravessam o indivíduo e não puderam ser significadas. Quando o indivíduo chega à meia idade, a falta de vitalidade do corpo, faz com que essas questões sejam reatualizadas e tornam a aparecer. Discutiremos mais adiante tais questões.

Ao discorrer sobre as experiências de regressão necessárias na análise de pacientes com ansiedades psicóticas, Margareth Little (1992) menciona o retorno às experiências anteriores à constituição, mas que difere da busca oceânica<sup>3</sup> de Freud. Ela se refere aos pacientes que querem viver com o analista uma experiência de indiferenciação. Essa vivência é corporal, mas não pode ser assim denominada como destaca Little, uma vez que o corpo ainda não está configurado. Afirma que este estado de indiferenciação é anterior ao gesto. É uma área dos eventos corporais que não são acessíveis à simbolização. Este estado de indiferenciação alcançado na regressão é o lugar onde será colocado em pauta o viver ou o morrer. Na opinião da autora, para a recuperação do sentido de si é necessário ultrapassar o movimento tênue entre vida e morte (LITTLE, 1992).

Retomando o texto de Freud, temos um exemplo no qual ele mesmo se antipatizou com sua imagem no espelho da toailete de um trem onde viajava quando confundiu a sua imagem com a presença de outro sujeito. Dessa ocorrência ele

---

<sup>3</sup> O sentimento oceânico foi descrito por Roman Rolland em uma carta resposta à Freud, em 1927, na qual discutiam a Religião. Freud, em *O Mal Estar da Civilização(1930[1929])* discute sua origem e conclui que ele advém de uma fase primitiva do sentimento do ego, e é a fonte dos pensamentos religiosos sustentado pelo medo do poder superior do Destino. Uma maneira de através desse sentimento que propõe a integração do ego com o universo, a vinculação com o mundo que o cerca ser protegido das ameaças do mundo.

discutiu a sensação que o duplo provoca uma cópia dele não sendo percebida como cópia... Provocando a sensação de estranho.

Outro exemplo citado por Freud dizia respeito à sua idade: 62 anos, (idade que tinha um ano antes desses escritos), e que devido a diversas repetições do numeral lhe ocorreu uma sensação de estranheza. Concluiu que também a repetição, combinada a determinadas circunstâncias provoca uma sensação estranha e ainda complementou que isso evoca a sensação de desamparo semelhante à sensação experimentada em alguns estados oníricos.

A princípio, com relação a sensação de estranho narrada por nossos pacientes podemos nos utilizar de duas causas apresentadas até aqui: a castração e a morte. Ambas as questões nos remetem ao início da vida.

Na perspectiva do idoso, a castração se refere à imposição dos limites que a idade impõe ao corpo físico. No relato de desconhecimento de si mesmo, ou de partes de si, se fizermos uma analogia as causas do fenômeno do duplo: o estranho é outro eu, ou, o duplo das partes do corpo como defesa à castração. Um rosto sem rugas e um rosto enrugado? Uma perna com dores e uma perna sem dores? Será que existe na mente esse outro eu, será que existe essas outras partes corporais?

O mesmo pode dizer em relação à morte, de certa forma o envelhecimento por si só é no imaginário popular o prenúncio da morte.

Outro ponto que não podemos deixar de lado tem a ver com a nossa experimentação: o que vivenciamos diante dessa experiência com esses pacientes que nos faz achar estranhas as suas queixas?... Estamos cientes de que *o nosso estranho* também vem a baile durante os atendimentos!

Um velho corpo desconhecido: na linha do narcisismo encontramos explicações para algumas queixas de pacientes idosos. Nesta idade o corpo tem um lugar primordial. Pensando sobre a linha do desenvolvimento, este fato nos liga à adolescência quando as alterações hormonais causam mudanças corpóreas e acarretam estados psíquicos alterados. O corpo também está em evidência: a adolescente reclama da pequena - “enorme”- espinha do nariz. Seu corpo está se alterando e ela tem, em pouco tempo que lidar com o luto do corpo infantil e a construção do novo corpo e sua nova identidade. No envelhecimento as alterações corporais para quais os idosos se atêm não são tão rápidas. Elas foram se construindo ao passar do tempo e parece que o idoso não acompanhou o que aconteceu... Estranha o que encontra... Será que podemos pensar em estados psíquicos alterados? Seria uma espécie de luto do corpo anterior?

Ao falar da importância em apoio do *self* nos objetos e espaço que têm a função transicional, Safra (2005) utiliza-se de um exemplo no qual surge um sentimento de estranheza no momento em que há uma transição entre estado de sono e o despertar. O sujeito ao despertar longe do seu espaço habitual, onde não há os seus objetos pessoais, é tomado por uma sensação de estranheza, como se fosse a perda do sentido de si.

Goldfarb (1998) chamou de espelho negativo a estranheza apontada pelo idoso referente à auto-imagem. Ela diz que é na ocorrência desse fenômeno que é anunciada a velhice. Este espelho negativo possui a contribuição do momento sócio-histórico em que o indivíduo vive e das alterações físicas sofridas. A autora observa a presença de um fator desencadeante externo tal qual uma doença: *É sempre o outro que repentinamente nos nomeia velhos* (GOLDFARB, 1998, p. 54). O sujeito

encontra no espelho um eu que ela denomina *eu de feiúra* e essa aparição provoca-lhe uma rejeição que, segundo Goldfarb, pode se manifestar como uma estranheza ou mesmo um verdadeiro horror. Desta forma, ela explica as patologias do envelhecimento como uma tensão agressiva diante da tensão imposta no confronto do *ego ideal* e *ideal de ego*. Quando o idoso não encontra um lugar de reconhecimento, seu *ego ideal* desaba dando lugar a um *eu de feiúra ou horror*. A tensão agressiva pode como nos assinala Goldfarb: *Precipitar ao sujeito nas patologias da velhice, que irão desde a simples depressão até a demência, dependendo sempre da singularidade de cada estrutura* (1998, p. 56).

A autora questiona o que pode ocorrer com um *eu* que não é mais objeto de desejo do outro.

Para essa autora, assim como para Diana Singer (2002) é o confronto do Ego Ideal com o Ideal de Ego que anuncia a velhice: Singer denominou de Complexo de Dorian Gray o momento da tomada de consciência do envelhecimento pelo sujeito quando surge o risco do desinvestimento em si. Associa essa surpresa experimentada pelos idosos ao personagem de Oscar Wilde, que retratado inicialmente por um pintor com ênfase em sua beleza, ao fazer um pacto com o demônio e tornar-se malfeitor, tem o seu retrato marcado a cada ato perverso que realiza. Muitos anos se passam e até o quadro retratar um horrível monstro - momento no qual o jovem se encontra com o quadro. Seu rosto se apresentava ainda belo, como aos 21 anos quando foi retratado e furioso começa a destruir o quadro com um punhal. Neste momento as marcas passam do quadro para o seu próprio rosto.

As perdas que ocorrem nessa fase fazem surgir no espelho tudo o que foi deixado de lado para se manter o *Eu Ideal*, a onipotência narcísica desmorona, para o *Eu Ideal* é insuportável enfrentar a idade, e aí em seu lugar aparece o seu negativo: o

*Eu horror* como o efeito da dor produzida pela falta de coincidência entre a imagem que aparece no espelho e a imagem que se tem de si mesmo. Surpreendido com a semelhança de um progenitor velho e às vezes falecido.

Essa analogia também foi utilizada por Lopes (2002) e por Corrêa (2002). Este último chamou de segundo Estádio do Espelho a alteração da imago, por seu não reconhecimento, alterando a subjetivação nos idosos que deixam de investir em seus corpos que sofreram as transformações indesejáveis do avanço da idade.

Concordamos que exista alguma coisa ocorrendo, que faz com que o estranhamento ocorra como num passe de mágica... Concordamos com o susto no espelho tão bem exemplificado na história de Dorian Gray. Mas acreditamos que nesse processo de envelhecimento algo está ocorrendo e preferimos pensar no estranhamento como uma consequência dessa ocorrência e não como um fato que é disparador de uma fase como parece acreditar os autores mencionados.

Gostaríamos de nos aprofundar mais na questão a respeito do *Eu*. Gostaríamos de fazer alguns destaques: para um desmoronamento do *Eu* por desinvestimento narcísico, teríamos que supor que todos esses sujeitos viveram suas histórias de júbilos e derrotas ancorados num *Eu Ideal*, ou seja, no narcisismo e não em um *Ideal de Eu*. Teremos a concepção que a vida de todos esses sujeitos não foram ancorados numa realidade onde ocorreu situações de ganhos e situações de perdas, de encanto e desencanto, de investimento e desinvestimento libidinal no mundo externo. Manteremos esse destaque mesmo sabendo, como será descrito na segunda parte deste capítulo, que para Freud o narcisismo nunca é totalmente

abandonado pelo sujeito e estará presente também quando há um funcionamento ancorado na escolha do objeto, ou no *ideal de Eu*

Por outro lado, o desinvestimento narcísico também é uma oposição à hipercatexia no corpo enunciada por outros autores ao falar do envelhecimento.

Goldfarb (1999) afirma que o mapa de contornos desenhados pelo outro se apaga nesse momento e faz com que o sujeito tenha um corpo sem contornos precisos, o que desencadeia a hipercatexização dos órgãos internos. Fala de uma hipercatexia nos órgãos internos pela ausência do contorno no lado externo.

Concordamos com essa idéia e acreditamos que a hipercatexia ocorre no corpo como um todo, e optamos pelas idéias de Ponte:

Ponte (1996), médico geriatra com amplo conhecimento da prática e grande influência psicanalítica, diz que a hipercatexia no corpo parece estar relacionada com a involução que muitos autores se referem ao falar do envelhecimento. Para ele, existe nas pessoas idosas uma tendência normal a um desinvestimento libidinal no mundo exterior, incrementada inclusive em função das perdas comuns que são vivenciadas nesta idade. Com isto, há um acúmulo de libido no ego que, fazendo referência a André Green, o autor chama de *narcisismo secundário de tipo negativo* (p.119). Desta forma, a grande incidência de queixas corpóreas cumpre uma satisfação narcísica semelhante à do início da vida. Ele fala de um erotismo de órgãos, utilizando-se de uma expressão já antiga da psicanálise, exemplificando com as queixas corpóreas de seus pacientes que não possuíam sinais físicos de patologias correspondentes.

Safra (2005) comenta a observação clínica de alguns pacientes que relatam vivências de determinadas regiões corporais com estranhamento. Indivíduos que têm

a sensação de que algumas partes do corpo não lhes pertencem. Afirma que estas sensações ocorrem porque tais partes do indivíduo se encontram no estado de coisa, ou seja, ainda não foram transfiguradas pela presença do outro. É o corpo da mãe, no encontro com o corpo do bebê que muda essa situação, que humaniza. As sensações vivas dessa experiência, o cheiro, tato, sons, ritmos, motilidades, etc., se organizam no *self* da criança.

Para Safra (2005) é importante tais observações quando nos deparamos com perturbações psicossomáticas ou busca compulsiva do erotismo. Ambas as situações revelam uma busca desesperada para humanizar um *corpo coisa*. O *corpo coisa* que revela a ameaça do *não-ser*, que revela as ansiedades impensáveis, conforme veremos nos segmentos posteriores.

Ao tratar das questões da maturidade Safra (2006b), apoiado no referencial teórico de Harris Guntrip e Winnicott aponta o estranhamento sentido pelas pessoas ao entrar na maturidade devido à falta de integração de aspectos corporais que estão se modificando nessa fase da vida. A perda de vitalidade corporal é descoberta como uma surpresa, não se reconhecendo mais o próprio funcionamento corporal. Isso ocorre até que essa perda de vitalidade possa ser incorporada ao *self*.

Concluindo este segmento, gostaríamos de destacar o direcionamento para as questões do ato de estranhar que estão associadas ao início da vida. Questões associadas a um momento no qual ainda não havia definição de *self* ou a existência do *Eu*, que todas as teses aqui pesquisadas demonstraram, quer seja quando Freud remete ao narcisismo e ao arcaico, quer seja na fase do *desenvolvimento inicial primitivo* desenvolvida por Winnicott e M. Little (1992) (anterior à descoberta do *Eu* ou à formação do *self*), quer seja no conceito de *corpo coisa* de Safra (2005).

Outro destaque, mas que também de alguma forma está relacionado ao anterior, é a questão da morte. Para Freud, ela está associada às limitações impostas e também a uma experiência arcaica e primitiva e para M. Little trata de uma experiência primitiva vivenciada (se pudéssemos denominar dessa forma), num momento de indiferenciação, quando se ultrapassa uma barreira da morte para ser disparada a vida.

Todos os autores mencionados também concordam que a experiência do desamparo está associada às duas questões destacadas. As vivências anteriores à existência do *Eu*, ou do *self* são experimentadas como angústias, como estados de desintegração e são experimentados como, ou talvez devido ao desamparo. Experiências, como ditas por Little mais semelhantes às particularidades da morte do que da vida. Trataremos esse tema mais profundamente no final desse capítulo.

### **2.2.2 O Corpo em Freud, um início.**

A civilização Grega contribuiu através de seus filósofos com o desenvolvimento dos pensamentos e descobertas que envolvem as questões da mente e do corpo humano. Influenciou a medicina, na figura de Hipócrates, que afirmava a unidade do homem através de um corpo funcional e uma alma reguladora.

Na idade Moderna com os avanços científicos, o corpo biológico ganhou um lugar de destaque. A anatomia tornou-se a grande esperança da humanidade para resolver os aspectos das doenças e grandes descobertas se concretizaram no campo científico. A influência do pensamento cartesiano também contribuiu para o desenvolvimento da medicina anátomo-fisiológica, e aí o corpo ganha um grande destaque, porém separado da mente.

Durante o Iluminismo (séc. XVIII e XVIII), as idéias de Hipócrates voltam a influenciar a medicina. Surgem o vitalismo <sup>4</sup> e a homeopatia que retomam a integração mente e corpo, ressaltando as reações naturais e a disposição do organismo.

A psicanálise nasce do conceito de pulsão que nada mais é do que um conceito limite entre a mente e o corpo.

Melo Bastos (1998) descreve o caminho percorrido por Freud em diversos momentos de sua obra conceituando corpo e o sujeito. Sem a intenção de detalharmos esse profundo percurso iremos salientar alguns conceitos e momentos que julgamos ser útil para a construção deste trabalho.

Com os estudos do corpo histórico as definições de corpo fisiológico e anatômico não foram suficientes para Freud. Na busca da etiologia da histeria surge a sexualidade. Surgiu a teoria do trauma e a causa sexual foi perseguida em todas as anamneses de Freud: *Os sintomas corporais e a angústia foram relacionados às práticas sexuais* (Melo Bastos, 1998, p. 40).

Além da histeria acresciam-se a neurose obsessiva, a neurastenia e a neurose de angústia, patologias que eram diferenciadas pela forma como a excitação sexual circulava nos corpos dos pacientes: quando a excitação sexual não ganhava um caminho psíquico ela permanecia no corpo configurando uma disfunção sexual somática, como nos casos de neurastenias, neuroses de angústia e hipocondria; por outro lado, quando a excitação sexual ganhava representação psíquica, ou seja, transformava-se em libido pela ligação com grupos de representações, estaríamos falando da neurose obsessiva e da histeria. Dessa forma, o corpo determinava se a

---

<sup>4</sup> Conceção que afirma a existência de um princípio irreduzível ao domínio físico químico, para explicar os fenômenos vitais. Nesta concepção o corpo físico é dominado por um princípio material chamado força vital.

patologia tratada era uma *psiconeurose*, quando a excitação sexual ganhava caminho psíquico, ou *neurose atual*, quando a excitação sexual não possuía representação psíquica e, portanto não havia recordações de acontecimentos passados.

Os casos de histerias descritos por Freud possibilitaram a compreensão do sintoma corporal nas pacientes analisadas e o corpo da histérica tornou-se a matriz para a construção da experiência corpórea em psicanálise. Esse corpo não se originou na anatomia, mas nas representações condensadas do imaginário popular sobre o erotismo.

Quando o *Eu* não consegue se livrar nem do afeto e nem de traços mnêmicos de uma representação poderosa, a única forma de defesa que lhe resta é enfraquecer tal representação, retirando seu excesso de excitação para que não haja força para o trabalho de associação. Esse excesso de excitação retirado irá determinar a histeria, a fobia ou a obsessão. Na histeria o excesso de excitação transforma-se em algo somático, o que Freud (1894) em *Neuropsicoses de defesa*, denominou de conversão. Mello Bastos (1998) descreve assim *o corpo representado*, o corpo da histérica que atende a representação e simboliza o sintoma.

Na atualidade, a doença psicossomática é tida pelos psicanalistas como o equivalente contemporâneo da histeria.

Mc. Dougall (1987) entende a somatização como uma reação às dores mentais resultantes de um elevado nível de energia que não encontra representação e portanto, não possibilita elaboração psíquica e por isso necessita ser descarregado no corpo, como uma atuação.

A autora mencionada assemelha essa situação à fase em que a criança que não adquiriu a fala não pode representar as suas vivências e encontra outros meios de

comunicá-las. Assim, os sintomas psicossomáticos são para McDougall uma comunicação primitiva. No início da vida esses sintomas são primeiramente decodificados pela mãe no corpo do bebê. A autora fala de uma protolinguagem que deve ter sido usada arcaicamente, na história filogenética do homem para comunicar algo ao ambiente.

Nos estudos da histeria por Freud, o corpo biológico doente, vai ganhando outros atributos. Quando enunciada a fantasia da sedução caiu por terra a teoria da sedução<sup>5</sup>. A teoria da libido, o conceito de pulsão, acompanhado de objeto, os conceitos de meta e apoio serviram de subsídios para a discussão da sexualidade infantil. Chegou-se ao corpo polimorfo-perverso, a noção de zona erógena e ao auto-erotismo imbricando no corpo erógeno. De um corpo sexual, parte-se para um corpo pulsional.

A noção do auto-erotismo trouxe a noção de parcialidade das pulsões:

*Na sua origem, o prazer é fragmentário, vinculado a uma parte do corpo. Isto implica em dizer que o corpo auto-erótico é um corpo parcializado, fragmentário. Não há uma organização totalizadora, seja ao nível corporal, seja ao nível egóico. Esta organização só se dá com o narcisismo. No auto-erotismo as pulsões se satisfazem por conta própria. É, neste sentido, um prazer de órgão que não obedece a uma função vital, desprezando a montagem biológica característica própria da sexualidade é buscar o prazer de órgão. Pela parcialidade da pulsão, o polimorfismo perverso infantil explicado ( MELLO BASTOS, 1998, p.74).*

O corpo erógeno se constrói apoiado no corpo biológico, como defendeu Freud (1905), em *Os Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*. As primeiras zonas erógenas são os orifícios de entrada e saída de alimentos que são manipulados pela mãe (ou por quem cumpre essa função) e são erotizadas. Freud afirmou que existem

---

<sup>5</sup> A teoria da sedução elaborada por Freud entre 1895 e 1897 atribuía a lembrança das cenas reais de sedução para a etiologia das psiconeuroses. Foi abandonada com ênfase à realidade psíquica, pois, mesmo não tendo ocorrido realmente, elas eram fantasias de cenas e continuavam presentes no psiquismo contribuindo com os sintomas das históricas.

partes do corpo que são erotizadas autonomamente e também que: *qualquer parte do corpo pode entrar em ereção* (VII, p.183).

Leclaire (1986) apud Mello Bastos (1998), fala da conversão do corpo biológico em erógeno por uma inscrição feita no corpo biológico. O prazer surge nesta inscrição que sempre advém do outro, nomeadamente a mãe. Há então, uma satisfação num corpo biológico que é significado pelo outro como prazer, transformando assim o corpo biológico em erógeno.

Estamos entrando no terreno do corpo pulsional, do qual serão construídos o corpo narcísico e o corpo realidade.

*O ego narcísico, equivalente ao corpo totalizado, assim se estrutura. Isto quer dizer que o ego e o corpo se totalizam (se constituindo) à medida que as experiências de satisfação pulsional auto-eróticas se inscrevem como marcas, organizando-se como caráter através das identificações primeiras. O ego corporal é o ego narcísico organizado pelos modos de satisfação auto-eróticas* (MELO BASTOS, 1998 p.194).

No caminho percorrido por Melo Bastos nas obras de Freud, já chegamos à segunda tópica com o trabalho a respeito de Leonardo da Vinci (1910), em seguida com o caso Schreber (1911) e Luto e Melancolia (1917[1914]). Freud trata das questões da identificação como sendo o modo da constituição do ego, fazendo esse trabalho como uma forma de defesa às perdas de objeto.

O ser humano, dentro do circuito pulsional está o tempo todo em busca de objetos, estabelecendo diversas ligações e, portanto mais identificações. O ideal do ego se organiza quando o ego infantil é retirado de sua onipotência, submetendo-se à lei que reorganiza a economia libidinal, quando da organização do complexo de Édipo. As identificações secundárias, dentro do complexo de Édipo transformam o ego ideal em ideal de ego. (MELLO BASTOS, 1998).

É importante destacarmos que uma vez que na balança energética, a libido do ego nunca é inteiramente ultrapassada pelo investimento do objeto o narcisismo nunca é inteiramente superado.

Toda doença mental é a busca de um equilíbrio do organismo, que luta para distribuir as tensões internas ou externas. O caminho encontrado pelo organismo, as formações de compromissos que ocorrem psiquicamente determinarão os sintomas e as patologias. A psicossomática contribuiu com o enunciado da localização no corpo do sintoma, talvez o único caminho encontrado pelo sujeito. Sabemos que quando ainda o aparelho psíquico não estava completo, essa era a única forma de descarga de energia. Daí afirmamos o caráter regressivo dessas patologias.

Mc Dougall (1989) acredita que a possibilidade de um equilíbrio psíquico se dá muito mais pela produção de sintomas somáticos do que pela produção de sintomas psíquicos, neuróticos ou psicóticos.

Na experiência com os idosos não temos como afirmar que o funcionamento de determinados pacientes sempre ocorreu conforme esse modelo, sendo sempre regressivo ou se, pelo contrário, sempre foi criativo. Mas, gostaríamos de apontar o fato de que é muito presente na atualidade de diversos pacientes idosos a supremacia do corporal diante do psíquico. Fato esse que nos indica a aproximação com o primitivo e com o arcaico.

Retomando o vocábulo corpo que acabou se perdendo com a introdução da palavra Ego, resumimos a seguir: para Freud a partir do corpo pulsional encontramos o corpo narcísico (investido de libido) e o corpo realidade (que investe libido no mundo externo) que se totalizam na formação do *ego*.

Afirma Freud:

*O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície. Se quisermos encontrar uma analogia anatômica para ele, poderemos identificá-lo melhor com o 'homúnculo cortical' dos anatomistas, que fica de cabeça para baixo no córtex, estira os calcanhares, tem o rosto virado para trás e, como sabemos, possui sua área da fala no lado esquerdo. (1923, p.39).*

Nesse mesmo capítulo, *O Ego e o Id*, ao ir desenvolvendo o conceito de ego, Freud trata da dor como o indicativo para o sujeito da presença dos órgãos, e também a forma de evidenciar a presença do corpo. As questões do psiquismo versus corpo são relevantes no estudo da dor.

Delouya (2001) afirma que a dor tem a característica de confundir o corpo com o psiquismo, ou de deslocar o psíquico para o corpo. Segundo ele é a dor que engendra o corpo. O autor se apóia no *Projeto Para uma Psicologia Científica* de Freud e ressalta a idéia de que a dor surge de um excesso que precisa ser contido; é o impacto dessa dor no corpo que irá delimitar a silhueta de uma região, de um espaço, de um órgão atingido.

Delouya (1999) busca em Freud a afirmação de que é a dor que evidencia o real para o psiquismo: *... É a dor que instaura o inconsciente, colocando em obra a formação do Eu... Dando nascimento ao... Pensamento* ( p.25).

Já para Nasio (1997) a dor física ou psíquica é sempre um fenômeno de limite. De limite entre o corpo e a psique, ou de limite entre o eu e o outro. Também nos fala da dor evidenciando a vida: *não se morre de dor. Enquanto há dor há vida* (p.21).

Complementando essa idéia, corroboramos com a fala de Berlinck (1999): *Não sentir dor coloca o humano num radical desamparo* (p. 9).

A soma dessas falas nos leva à seguinte proposição: o desamparo é uma experiência arcaica, vivenciada primordialmente quando não havia evidência da existência de si mesmo, do Ego, ou do *Self*, qual seja a nomenclatura utilizada.

Esse enunciado nos remete ao fenômeno conceituado por Fernandes (1999) de *silêncio dos órgãos*. Trata-se do avesso da hipocondria, como explica a autora e ocorre quando o paciente não percebe os sinais de doença que os órgãos e o corpo lhe emite. Não sentem dor, o que é compreendido por essa autora não como uma negação da realidade, a não escuta ou decodificação dos sinais dados pelo corpo e sim como a falta de sinais. Fernandes acredita que isso ocorre porque esse corpo não possui um investimento libidinal, tal qual o corpo do hipocondríaco, mesmo considerando o auto-erotismo do hipocondríaco como auto-erotismo negativo devido a dor que ele implica. Essa autora acredita que o silêncio dos órgãos, como um sono do corpo, ocorre por falta desse investimento *hipocondríaco*. Segundo ela, necessário para toda organização psíquica. Esse conceito veio para nos confundir, pois não se trata de um momento de desamparo e também como diz a autora não se trata de negação de realidade.

Pela ausência de explicação encontrada por nós para essa questão preferimos acreditar que na situação acima existe sim a emissão de sinais pelo corpo, mas não há a possibilidade do sujeito decodificar tais sinais.

Se pensarmos como Mc Dougall (1989), que vê na somatização uma forma de comunicação primitiva já usada no início da vida, e, da importância da mãe para decodificar esses sinais, poderemos pensar em pessoas que não tiveram essa decodificação no corpo infantil e, portanto não conseguem reconhecê-las, quando adulto.

Reforçamos nossa idéia com o fato de que, a repetição de algo primitivo não requisita um equipamento sofisticado, ou seja, a necessidade de um desenvolvimento *à priori*. Ele ocorre mesmo, como vimos até o momento, com a

ausência de um aparelho psíquico completo, na ausência do *eu* ou do *self*. Parafrazeando Persicano (2004): *a somatização da angústia é a forma mais primitiva do aparelho psíquico enfrentar o desamparo* ( p.83).

Retomando a idéia da dor, em Delouya (2001) temos a afirmativa de que ela é o elo imprescindível, de ligação e passagem, entre o psiquismo e o corpo. O autor utiliza-se da frase de Freud, para esta justificativa: *...corpos que precisam da dor para retomar à psique o corpo que a excitação hilariante ameaça em desvanecer* (p. 28).

A ameaça sugerida na frase acima nos faz pensar na dor com uma função de proteção. A dor que protege contra um desvanecimento da psique. Isto nos remete à hiper-catexia nos corpos citada por Ponte (1996) de alguns pacientes idosos, que por hipótese, também teria a função de manter a integração do psiquismo.

Acreditamos que o *desvanecer* descrito acima se assemelha à desintegração, ou à dissociação psique-soma e outros estados arcaicos descritos por Little, Guntrip, Winnicott e Safra, que trataremos adiante. Pensamos na função da dor como a forma de nomear o corpo.

Fernandes (1999) ao escrever a respeito do corpo na clínica psicanalítica nos remete a Freud na afirmação de que nos sonhos existe a possibilidade de descobertas de doenças físicas que ainda não se tinha consciência, no estado de vigília. Freud qualifica o sonho de hipocondríaco quando esse permite ampliar as sensações corpóreas uma vez que no estado de sono, todos os investimentos que eram dirigidos para fora se voltam para o ego. Nessa fala, *ego* e corpo têm equivalência.

### 2.2.3 O Corpo em Relação

*Não é um corpo coisa, mas torna-se um corpo humano: é o soma com pegadas da passagem de alguém devotado.*

**Gilberto Safra, 2005.**

Em 1962, no texto *A integração do ego no desenvolvimento da criança*, Winnicott discute o Id e o Ego do recém-nascido. Para ele, não há Id antes do Ego, ou seja, uma vez que nos estágios mais precoces de desenvolvimento da criança, os fenômenos não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados, não faz sentido usar a palavra id. Poderíamos dizer que haveria um funcionamento do id se isso fosse vivenciado pelo ego. Se houvesse um ego para organizar estas funções. Para Winnicott, o começo é uma soma de começos, e afirma que não faz sentido questionar se existe ou não ego no começo da vida do bebê, pois para esse autor o ego é o início: quando se tem o começo tem-se o ego.

O que existe no início é um ser imaturo, que tende à integração, com sua mãe<sup>6</sup>, que lhe promove e permite o seu desenvolvimento. Para esse autor então, o que existe é um estágio precoce de dependência, antes da descoberta do *eu* e do *não-eu*, período que Winnicott denomina de *dependência absoluta*. Assim, não há como descrever, isoladamente, o início precoce de um bebê sem relacioná-lo com o funcionamento de sua mãe. Há de existir uma mãe que se dedique a esse bebê e permita que se inicie a maturação do ego; do contrário, caso haja falhas na tarefa

---

<sup>6</sup> A mãe para Winnicott não é exclusivamente a figura materna e sim quem cumpre a função materna. Muitas vezes o termo é substituído pelos vocábulos *mãe devota*, *mãe devotada comum* ou pela palavra *ambiente*, pois na verdade abrange toda a situação na qual o bebê está inserido. Para Winnicott *não existe bebê sem mãe*, ou seja o bebê humano não sobrevive sozinho no mundo. Sempre haverá alguém com ele, responsável em promover sua existência, mesmo que não seja a mãe biológica.

maternas, estas acarretarão distorções do desenvolvimento. (WINNICOTT, [1962], 1990).

Há um estágio na vida da mãe, no final da gravidez e nas primeiras semanas após o parto, em que ela vive um estado de regressão, um retraimento. Há um aumento de sua sensibilidade o que proporciona uma profunda identificação com o bebê, possibilitando uma interação e comunicação entre ambos. Isso permitirá que ela cumpra de forma satisfatória a maternagem. Winnicott denominou de *preocupação materna primária* (1956). Ele denomina mãe *devotada comum*, ou *mãe suficientemente boa*, a mãe que intuitivamente respeita os ritmos de sono e vigília do bebê protegendo-o de intrusões que possam ocorrer. Aquela que respeita o ritmo de sono, alimentação, proporciona higienização adequada, protege do calor ou frio, não permitindo perturbações ao seu *continuar a ser*, ao seu desenvolvimento. São procedimentos simples e intuitivos, do senso comum, mas que fazem diferença na saúde mental da criança.

A técnica do cuidado infantil através da qual a temperatura do bebê é mantida, como ele é manipulado na higienização, como ele é embalado e seguro no colo e, também, como suas experiências pulsionais são respondidas pela mãe ou decodificadas, serão a ajuda necessária para a tarefa de *integração*. Esse processo pode iniciar-se nas primeiras 24 horas de vida ou retardar-se e corresponde à aquisição de uma unidade a partir da globalidade no espaço e no tempo. Os traços da técnica do cuidado infantil, rostos vivos, sons ouvidos, cheiros sentidos serão reunidos no ser chamado mãe (WINNICOTT, 1945. 1976).

Para esse autor o ego também se baseia num ego corporal sendo a pele o limite entre o *eu* e o *não-eu*. O *Eu sou* nasce da inserção psicossomática.

Winnicott (1945) conceituou o termo *personalização* para denominar o momento em que a *psique* se instala no *soma*, sendo este o momento que a vida psicossomática se inicia.

Sentir-se dentro do corpo também é uma aquisição que o bebê deverá alcançar. Neste caso, são as experiências pulsionais acompanhadas das repetidas experiências de cuidado que promoverá essa aquisição.

Apesar de a personalização ser uma tarefa interna do bebê, é o *manejo* que possibilitará essa ocorrência ou seja, o ambiente, ou a mãe irá garantir o estabelecimento de uma associação psicossomática.

Manejo ou *handling* é a tarefa da mãe de manuseá-lo, é o toque nos cuidados com a higiene, os jogos que a mãe introduz na relação com o bebê, nomeando seu corpo através da manipulação de seu corpo, ativando a sua integração psicossomática.

As *relações objetais* também dependem do meio ambiente. Preferimos apresentar abaixo com as palavras do autor, este processo:

*O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem crie o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não-formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar o mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato de experiência. Deve-se ressaltar que, ao me referir ao início das relações objetais, não estou me referindo a satisfação ou frustrações do id. Refiro-me às pré-condições, tanto internas como externas ao bebê, que proporcionam um experiência do ego de uma amamentação satisfatória (ou uma reação à frustração)(WINNICOTT, [1962]1990, p. 60).*

O *self* da criança acontece no gesto. Criar a mãe parte de uma ação que ao encontrar o outro devotado se transforma em gesto e se humaniza (SAFRA, 2005).

Achamos importante nessa altura do texto fazer uma ressalva para os termos *ego* e *self*. Segundo Bittencourt, 2002, o próprio Winnicott revelou para a sua tradutora francesa, no artigo *Basis for self in body* (1970) que o termo *self* não deveria ser traduzido por *le moi – ego*: *Self, afirma insere diretamente na vida, no setting daquilo que é vivo, ao passo que quando se fala ego, o modo de aproximação é mais intelectual...* (BITTENCOURT, p. 892).

O conceito *self* refere-se à totalidade do ser: eu sou, eu sou eu mesmo, estou vivo e abarca a capacidade criativa humana, o movimento para a vida.

Parafraçando Safra (2002): *O ser humano se faz caminhante, pelos caminhos da transicionalidade* (p. 83).

Alguns indivíduos vivem a criatividade e sentem que a vida merecer ser vivida. Outros não podem viver criativamente e têm dúvida sobre o valor de viver.

Assim, o *self* não é estático, está sempre se reconstruindo, representa o *continuar a ser*. O permanente processo de individuação que no processo criativo se dá e que é sempre um experimento contínuo e relacional. A doença, ou mais precisamente a morte é capaz de interromper este processo permanente de busca, de brincar e de criar (BITTENCOURT, 2002).

É no momento de ilusão, na continuidade de si mesmo que o bebê experimenta com a mãe que pode ocorrer à significação das zonas erógenas e a organização da vida instintual. A significação, explica Safra (2005), não é a satisfação do prazer corporal e sim a experiência estética do encontro da zona erógena com sua mãe. Primeiro é a presença da mãe, para poder existir; só assim se pode chegar ao anseio e desejo. Quando isto não ocorre temos a privação. O exemplo da zona oral explicitado pelo autor esclarece: primeiro a boca, no encontro estético com a mãe

torna-se boca-presença, depois se torna boca buraco, para daí tornar-se boca-desejo. Quando há a privação não há a existência da boca e, sim, um buraco infinito.

Safra (2005) nos explica que há todo um percurso no processo maturacional que parte da ação para o gesto – para a realização.

O encontro do corpo do bebê com o corpo da mãe, a organização das experiências desse encontro em formas sensoriais: de sons, de calor, de tato, de ritmos e outras, são presenças de vida que irão capacitar a criança a ter um corpo humano (SAFRA, 2005).

Para Safra (2005b), a cabeça sustentada é um dos sentimentos mais fundantes do homem. Esse autor também nos explica como a motilidade do corpo se constitui na criança. A criança precisa ter a ação de oposição à presença da mãe para se apropriar de sua musculatura e encontrar sentido para seu movimento. Para que haja gesto a presença da mãe deve ser encontrada.

Por outro lado, mães que recuam diante do gesto do bebê, temendo sua vitalidade fazem com que estes bebês estabeleçam o estado de preocupação (*concern*) numa etapa muito precoce, provocando um recuo do gesto do bebê. Estes bebês sentem que o simples fato de existirem pode causar perigo ao mundo. Esta será a marca das suas relações com os objetos do mundo externo.

Já os bebês que no gesto não encontram nada, ou melhor, encontram o vazio, são desalojadas do mundo podendo ocorrer o autismo e a depressão anaclítica.

Assim a relação primária com a realidade externa é um passo bastante complexo e quando possível representa um grande avanço no desenvolvimento emocional e uma base importante da saúde mental.

Winnicott (1945) em *Desenvolvimento Emocional Primitivo* retoma os ímpetus pulsionais e predatórios do bebê para conceituar essa tarefa: *o bebê vem ao seio quando excitado e pronto para alucinar algo apropriado para ser atacado* (p. 279). Se este momento coincidir com a apresentação do seio pela mãe, as idéias do bebê serão enriquecidas por detalhes reais da experiência e da próxima vez que sentir fome todos esses detalhes serão utilizados na alucinação do bebê, criando o seio da mãe, numa ilusão onipotente. As repetições dessa experiência proporcionada pela mãe garantirão essa construção. O autor denominou essa construção de *primeira mamada teórica*.

Outro estágio no desenvolvimento emocional do bebê Winnicott (1945) é *o estágio da pré-preocupação* ou *crudeldade primitiva*. Considerando o processo de *realização* discutido anteriormente, ainda há um longo caminho antes do bebê se relacionar com uma pessoa total, com uma mãe total, conforme aponta o autor; ocorre o que Winnicott denominou de *relação de objeto cruel*. Comum no início da infância é o momento em que o bebê satisfaz os impulsos de agressividade e os mesmos são tolerados pela mãe que mesmo esgotada, permite este jogo do seu bebê. Caso contrário, quando a criança não encontrar uma mãe que aceite seus impulsos primitivos, tais partes do *self* da criança deverão ser ocultadas e só poderão surgir num momento de dissociação, pois, quando o bebê atinge o período de preocupação ele reconhece esses impulsos destrutivos e suas conseqüências, e só os coloca em prática se acreditar que a sua capacidade de amar pode reparar o objeto (a mãe) .

Em 1949, no texto *A mente e sua relação com o psique-soma* Winnicott trata da dependência do bebê por sua mãe, que se desloca de um grau de absoluta dependência para o grau de relativa dependência. Afirma que quando a mãe é

*suficientemente boa* permite ao bebê ser capaz de compensar suas deficiências através da imprescindível atividade mental. A mãe *suficientemente boa* permite ao bebê tanto as satisfações das pulsões, como também a satisfação dos tipos mais primitivos de necessidade do ego, na qual se inclui a necessidade de um cuidado negativo, ou de uma negligência atuante, para que a atividade mental se inicie. Isto é o que Winnicott chamou do fracasso adaptativo sendo transformado num sucesso adaptativo. Dessa forma o autor aponta para o desenvolvimento da mente como tendo características não pessoais do bebê e sim ambientais. Winnicott assinala também a irregularidade ambiental, uma maternagem inconstante como promotora de uma hiperatividade do funcionamento mental. Nesses indivíduos a mente assume a função do meio ambiente: o resultado mais comum apresentado pelo autor é um funcionamento mental que se torna algo em si, um substituto da mãe boa e que a torna desnecessária. Isto também poderá provocar uma dependência e submissão à mãe real. A mente substitui o relacionamento íntimo com o soma. Essa pessoa desenvolverá um padrão distorcido que irá influenciar todo o desenvolvimento posterior. Comumente ocorre uma tendência à identificação com o aspecto ambiental de todas as relações que envolvam dependência, ela precisa sempre tornar real o conceito de *ambiente bom* para poder retornar ao psique-soma dependente. A ameaça de um colapso, de não encontrar esse lugar, a acompanha.

Nesse texto Winnicott discorre sobre a continuidade de existência do psique-soma em desenvolvimento que permanece a deriva das invasões ambientais provocadas por fracassos adaptativos do meio ambiente e reage a estas invasões de acordo com a capacidade mental. O autor chama a atenção ao que pode ocorrer com o excesso dessas reações e afirma que além de causar confusões essas reações são

*catalogadas*. De acordo com sua experiência clínica, afirma que pode ocorrer um tipo de funcionamento mental que denominou de *memorização ou catalogação* que é o registro das experiências de perturbações da continuidade de sua existência e também, acredita o autor, a ordem correta da ocorrência das mesmas.

Finalizando o texto acima mencionado, Winnicott discorre a questão da localização da mente no cérebro e afirma o equívoco entre comparar cérebro com mente. Para o autor, um dos objetivos da doença psicossomática é atrair a psique para longe da mente, de volta ao seu lugar que seria junto ao soma. Ter consciência do corpo permite a continuidade da existência da psique-soma, por isso os métodos de relaxamento, os terapeutas de corpo fazem um trabalho positivo quando há uma doença psicossomática. Este assunto foi também discutido por Winnicott em 1964 sob o título *Transtorno Psicossomático*.

A enfermidade psicossomática foi conceituada nesse texto como sendo o negativo da tendência à integração, principalmente à *personalização*, sendo que o positivo é a efetuação da tendência herdada que todos os indivíduos possuem de alcançar a unidade da psique e do soma. Essa tendência conduz o bebê e a criança ao desenvolvimento no qual há um corpo que funciona e do qual se origina uma personalidade que se defende de ansiedades que possam interromper esse processo.

No desenvolvimento sadio, o *self* mantém a identidade com o corpo e com o seu funcionamento. Winnicott diz que poderia denominar este estágio de *EU SOU* quando ocorreu a *morada* da psique no soma e será seguido por uma fruição da experiência de unidade psicossomática. Para tanto, se considera o sentido de integração herdado e o ambiente satisfatório, o reforço do ego da mãe fornecendo ao bebê uma realidade na dependência.

No desenvolvimento patológico surge a incerteza da *morada* no corpo ou conduz à *despersonalização*, ameaça de perda dessa *morada*. Há uma cisão da personalidade do indivíduo, a vinculação da psique e soma é precária ou há uma cisão em defesa ao repúdio do *NÃO-EU*, e a perseguição desse mundo repudiado. Nesse caso mantêm-se partes da vinculação psicossomática. A defesa é para proteger do aniquilamento, como também proteger o psique-soma se transferindo para uma existência intelectualizada, ou para a compulsão sexual.

No momento das falhas ambientais (maternagem) o bebê é tomado pelas *ansiedades inimagináveis*, estas ansiedades interrompem o continuar a ser do bebê, cortam a continuidade existencial e quando isto ocorre muitas vezes o resultado é uma fragmentação do ser. A criança, que têm no seu desenvolvimento este padrão de interrupções, tende a um desenvolvimento sobrecarregado no sentido da psicopatologia. Assim, Winnicott explica um fator precoce na etiologia da hipercinesia, inquietação, falta de atenção, ou, traduzidos na linguagem da atualidade, as crianças hiperativas.

Em 1945, ao descrever o capítulo *Desenvolvimento Emocional Primitivo*, Winnicott afirma que apesar de frequentemente termos como certo a localização do *self* no corpo isto só ocorre quando desenvolvimento se deu. Nem todos os seres atingem esse momento do desenvolvimento. Foi no estudo de pacientes psicóticos que isso ficou mais evidente para o autor. O *fenômeno psicótico da despersonalização* está relacionado ao atraso inicial da tarefa de personalização e pode ocorrer com adultos e crianças (WINNICOTT, 1945, 1976).

A personalização é acompanhada de um afeto ansioso, que tem expectativa de perseguição, que o autor explica pelo repúdio ao *não-eu*, e que acompanha a

delimitação pela pele da unidade do *self* dentro do corpo. Winnicott explica a insistência na integração da psique no soma nas doenças psicossomáticas como sendo uma forma de defesa da despersonalização ou ameaça da perda da união psicossomática.

Entre as falhas, ou conseqüências de um apoio defeituoso Winnicott inclui: a esquizofrenia infantil ou autismo, esquizofrenia latente, presença de autodefesa ou *falso self* e personalidade esquizóide.

Outro trema tratado ao falar do *Desenvolvimento Emocional Primitivo* é a *dissociação*. Este também é uma conseqüência da não-integração, ou seja é uma integração incompleta ou parcial. Winnicott explica que as vivências iniciais do bebê não são compreendidas como fazendo parte de um *continuum*, não existe ainda a aquisição do tempo e assim os diversos pedaços de experiência só serão integrados aos poucos. Por exemplo, o autor acredita que as experiências de vigília e as experiências do estado de sono são dissociações do estado de sono que se desenvolve gradualmente.

Nessa questão, o autor assinala que a *dissociação* é um mecanismo de defesa muito comum e por isso pode ser despercebida numa análise de personalidade. Cita a vida urbana como uma dissociação da civilização, a guerra em relação à paz, etc.

Em 1963, quando redigiu o texto *Breakdown*, que foi traduzido como *O Medo do colapso*, Winnicott iniciou com a expressão *colapso* sendo tomada como fracasso de uma organização de defesa. Nos estados mais psicóticos é um colapso do estabelecimento do *self* unitário. O autor retoma o processo de amadurecimento para discutir tais questões e conclui que se existe no amadurecimento um movimento para frente, no qual se incluem a integração, a personalização e o relacionamento de objeto, existirá também uma ameaça ao movimento retrógrado e defesas contra essas ameaças.

O autor cita as agonias primitivas nesse primeiro momento do desenvolvimento e as defesas contra ela:

- retornar ao estado de não integração (defesa: desintegrar);
- cair para sempre (defesa: sustentar-se);
- fracassar na personalização (defesa: despersonalização);
- perda do senso do real (defesa: exploração do narcisismo primário);
- perda da capacidade de relacionar-se com os objetos (defesa: estados autistas);

Winnicott afirma então, que o medo do colapso é um medo de algo que já ocorreu. Acredita que as enfermidades psicóticas não são colapsos, mas sim uma organização defensiva.

O autor está tratando da experiência original da agonia primitiva, algo que não pode ser dito como experienciado, pois a integração do ego não pôde abranger essa ocorrência, mas, no entanto, esteve presente no início do desenvolvimento e registrado inconscientemente.

Nesse texto, Winnicott define o termo *desintegração*: *é uma produção ativa do caos contra a não-integração, na ausência de auxílio ao ego da parte da mãe*. Explica que mesmo sendo a desintegração algo tão ruim quanto à falta de apoio do meio, tem a vantagem de não ser ambiental, e uma vez que é uma produção onipotente do bebê é uma defesa sofisticada.

No trecho abaixo, extraído da *Nota adicional* datado de 1969, fica bastante

ilustrado o que o corpo representa na teoria de Winnicott (1969):

*Já foi apontado que as doenças crônicas da pele acham-se relacionadas, de maneira obscura, ao transtorno psicótico da mente. Obviamente, algumas moléstias crônicas são fisicamente determinadas. A grosso modo, o enunciado é que a irritação ou desconforto crônicos da pele dão ênfase à **membrana limitadora do corpo (e, portanto, da personalidade)**, e que por trás disto acha-se a ameaça de despersonalização e de uma perda das fronteiras corporais, bem como da impensável ansiedade quase física que pertence ao processo inverso do que é chamado integração (p. 91., grifo nosso).*

Achamos importante discorrer essa teoria pois ao falarmos do psiquismo do idoso estamos falando do corpo. Este corpo que nos remete às experiências originais como foi demonstrado acima.

## 2.3 Outras Questões do Envelhecimento

### 2.3.1 A vivência de um temor

Em nosso trabalho encontramos constantemente nos pacientes idosos sentimentos de fragilidade, de temor e às vezes desespero. Relatam situação de angústia e de desamparo.

O Eu, como aponta Goldfarb (1998), parece viver uma constante ameaça à sua integridade e esta ameaça pode ser a responsável pelos constantes temores.

Apesar de alguns autores, como Erik Erikson, tomarem o desespero como consequência do envelhecimento patológico, acreditamos que esta discussão ainda é pobre de fundamentos e há muito que estudar a este respeito. Para Erikson (apud Chop e Robnett, 1999), o idoso vive um período em que não consegue integrar seu histórico de vida com as mudanças desta fase. Como consequência, experimenta sentimentos de desespero. Aflige-se por acreditar que não haverá tempo para conseguir satisfação nesta vida. Goldfarb (1998) também acredita que se conscientizar da finitude eminente causa desespero, mas esta autora aponta para outras saídas que não deixariam o idoso desesperar-se ou deprimir-se: o indivíduo precisa reconstruir sua história libidinal, o que conseguirá buscando os objetos de satisfação no passado. Isto se justifica, uma vez que o presente é empobrecido pelas limitações da realidade e o futuro é incerto. Só assim terá garantido a manutenção de sua identidade. A autora acredita que durante o processo de envelhecimento - a proximidade da morte - haja uma reativação da angústia de aniquilamento. A onipresença da morte causa a constante ameaça à integridade egóica.

Freud também, dois anos antes de sua morte, sentiu a vida ameaçadora, como podemos notar no trecho desta carta para Arnold Zweig (apud Goldfarb, 1998):

*Não gostaria de durar mais, pois tudo a meu redor está se tornando mais sombrio, mais ameaçador, e a consciência de minha própria situação de desamparo mais aguda... O medo de que o processo de envelhecimento acarrete a perda de partes importantes da personalidade ainda intacta é um fator para que meu desejo de vê-lo torne-se mais urgente (p.112).*

Diversos psicanalistas da atualidade utilizam-se do conceito *mal estar da sociedade* ou *mal estar da modernidade*, ou *pós-modernidade* e ainda *mal estar da velhice* para definir o sentimento de desamparo que acomete a população em geral e nesse caso os idosos. Citam a valorização da imagem da beleza, do corpo *sarado*, a sociedade estruturada no mercado, a cultura do descartável como os ideais a serem perseguidos e a supervalorização no presente, sem esperança no futuro e ainda, a ausência de referências solidárias contribuindo para o sentimento de desamparo. (Goldfarb, 2004; Birman, 2001, Dourado, 2004; Singer,2002).

Interessante a definição de Goldfarb (2004) para o lugar dos idosos:

*...defino o lugar dos velhos como um não lugar, pois apesar de incluídos no panorama social atual, eles não são estimulados a falar como sujeitos, sendo reconhecidos apenas quando falam como velhos, como pertencentes a uma categoria definida previamente e que os define – vale dizer - de forma negativa. (p.209).*

No artigo intitulado *Tópica, o negativo da depressão originária* Delouya (1998) nos introduz na problemática do desamparo em Freud. Apoiado em Freud (1912) Delouya afirma ter sido Abraham o primeiro a correlacionar angústia e depressão nos vestígios do desamparo infantil, associado com o trauma de nascimento: para ele ambos os conceitos se desdobram numa temporalidade invertida, enquanto que um é a reação a algo que está por vir o outro é a reação a um fato consumado. Cita Delouya ( 1998 ):

*A depressão seria então associada com o evento traumático da perda, com a calamidade da origem, do nascimento, enquanto a angústia se vincula à reação (defensiva) a este evento. (p.6).*

Ainda Delouya, busca em Freud (1926) o equivalente a essa citação e conclui que a angústia e a depressão têm o rastro do desamparo infantil, associado ao traumatismo do nascimento. Enquanto é o desamparo o estado protótipo da depressão, a angústia é o ruído, é a reação ativa, o que provoca a repressão dessa experiência.

Em 1895, quando Freud descreveu a neurose de angústia falava de um quantum de energia elevado que não encontrava ligações e posicionava o aparelho psíquico em grande desamparo.

Freud compara a dor do corpo à dor mental. Em *Ansiedade, Dor e Luto* afirma que quando existe a representação de um objeto altamente catexizado pela necessidade instintual a natureza contínua desse processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo provocam um estado de desamparo mental.

Já em 1926 (*Inibição, Sintoma e Angústia*) a angústia é definida como sinal de perigo de castração ante uma perda ou separação. A necessidade de ser amado é fundante do ser humano e está na base do sentimento de angústia.

Para evitar-se a angústia a fobia é um mecanismo de defesa encontrado, como nos mostra Rosemberg (2002). Quando há repressão há um deslocamento para outros objetos para se evitar a angústia, formando-se o sintoma fóbico. O pânico aparecerá quando essa defesa fracassar. Haverá um aumento da angústia que provocará sintomas corporais tais como sudorese, aumento de batimentos cardíacos e dores abdominais.

Para Winnicott o sujeito se vê inundado de ansiedades primitivas quando há uma ameaça de aniquilamento. Isso ocorre quando há fracasso das funções maternas

e, portanto um descontinuar na integração egóica do bebê. A mãe fracassa quando não garante a integração, personalização e realização, permitindo interrupções do *continuar a ser* do bebê, provocando interrupções no seu processo de individuação. Ele vivencia invasões que, em seu extremo, emanam de uma ansiedade primitiva como uma ameaça de aniquilação.

As experiências do início da vida são vivenciadas na fase adulta em situações específicas como mostramos adiante.

Em *Psicose e Cuidados Maternos* (1952), Winnicott afirma:

*o desenvolvimento emocional nos seus estádios primitivos se refere exatamente aos mesmos fenômenos que aparecem no estudo da esquizofrenia adulta, dos estados esquizóides em geral e das defesas organizadas contra a confusão e a não integração (p.379).*

Pensamos que algumas experiências de pessoas idosas se assemelham a estas situações.

No texto *Desenvolvimento Emocional Primitivo* (1945) Winnicott acreditava ser imprescindível compreender as ocorrências do início da vida para explicar as psicoses e outras psicopatologias. Na prática clínica, afirma ele, os pacientes perturbados citam exemplos que demonstram pouco sentido de *self*. Há o exemplo de uma paciente que dizia não saber para que os seus pés servissem. Esta paciente tinha uma tendência em cair em buracos e a tropeçar em coisas. Sobre ela, ele cita:

*... Não sentia a própria personalidade como localizada no corpo, que era uma máquina complexa que ela tinha que dirigir com habilidade e cuidados conscientes (p. 275).*

Ao pensarmos na questão do desamparo na teoria winnicottiana não podemos deixar de assinalar o aspecto positivo que o autor assinala. O desamparo também possibilita à criança o desenvolvimento da experiência de autonomia. Surge

quando da descoberta do eu e não eu a criança se depara com o *concern*, passa a preocupar-se com a realização de seus impulsos destrutivos na figura materna. Porém, quando a mãe suficiente boa, pode suportá-lo ele recria a mãe (após destruí-la) e isso possibilita que ele amplie cada vez mais suas experiências pulsionais, vivencie culpa e reparação e pode se desligar da mãe.

Safra (2005) acredita que cada um constitui seu *self* de acordo com a forma sensorial que predominou no ambiente propiciado ao bebê que ele foi. A elaboração imaginativa do corpo ocorre do encontro estético entre a mãe e o bebê. Nesse momento ocorre a integração das diferentes experiências sensoriais. As vivências que não se constituíram como aspectos de *self* na situação de ilusão constituem buracos no *self* que ameaçam o sujeito. São ameaças das ansiedades impensáveis e da dispersão que podem ser representadas por formas sensoriais que provocam a experiência de horror. Essas vivências clamam pela presença do outro para dar sentido humano à experiência.

As formas sensoriais serão utilizadas pelas crianças nas quais as etapas de desenvolvimento ocorreram de modo satisfatório e lhe darão o sentido de *self*, formarão um repertório para habitar o espaço vazio criado pela ausência da mãe e ganhará o caráter de fenômeno transicional (SAFRA,1995).

Como assinala o autor supra mencionado, a entrada nos fenômenos transicionais permite que ocorra ampliação do espaço de vida do indivíduo, ampliação do *self*. Assim como o espaço entre o corpo materno e o corpo da criança é vivido como espaço transicional, outros aspectos do mundo terão essa qualidade (SAFRA, 2005).

Isso equivale a dizer que quando experimentamos situações ameaçadoras nos armamos com o padrão que construímos na relação materna. O pavor será amenizado se tivermos uma mãe suficiente boa. Os fenômenos transicionais serão também nossas muletas para enfrentar essa situação.

Ainda Safra (2006b), alerta para a tendência genética que, muitas vezes, tanto a psicologia como a psicanálise têm ao tratar das questões da maturidade e do envelhecimento justamente porque as fases iniciais da vida tiveram muitos estudos e pesquisas nos diferentes aspectos. Complementa que ao tratar da teoria de Winnicott e das questões do *self* não podemos deixar de considerar que no início da vida trata-se do *self com sentido de eu*, enquanto que no fim da vida ocorre uma diferenciação no *self* passando a ter o sentido de nós. Portanto não estamos falando do mesmo *self*.

A passagem do *self* com sentido de eu, para o *self* com o sentido de nós constitui um desmonte da identidade como veremos mais adiante.

Conforme relata o autor mencionado, o indivíduo só suportará este desmonte da identidade se conseguir acolher a morte e se isto ocorrer conjugado com a questão do sentido. Sair do sentido de viver de si mesmo para viver por aqueles que virão.

Gilberto Safra, em aula na Pós Graduação da PUC SP no segundo semestre de 2006 disserta a respeito da maturidade considerando o aporte de Winnicott, Harry Guntrip e Leslie Tizard, e sua visão pessoal. Inicia explicando as tarefas que o indivíduo tem ao longo de sua vida. Acentua o caráter do *self* como nunca sendo uma estrutura formada: *o self é devir*. Dessa forma existirão sempre facetas superadas no *self* e facetas a serem constituídas.

Para se constituir o *self* deverá fazer sua morada no tempo, no espaço, no gesto e no campo sociocultural (SAFRA, 2005).

Inicialmente o bebê constitui o tempo subjetivo, o bebê existe como ser em presença do outro. Será a duração dos estados de *self* que o meio ambiente lhe proporciona que o ajudará a construir este tempo. Este tempo foi constituído de seu ritmo subjetivo, reconhecido e respeitado pela mãe devota, e fará parte de seu *self*. Ele retira o bebê do vácuo da eternidade de não ser, da angústia impensável (SAFRA, 2005).

O autor acima mencionado nos fala como a constituição do tempo é importante para a função de realização, sua não realização tem a ver com o núcleo psicótico.

Do tempo subjetivo a criança parte para o tempo compartilhado, com a possibilidade da experiência do não eu a criança poderá experienciar a duração dos períodos de ausência do outro significativo. A imaginação ajuda a criança a lidar com os períodos de ausência. Assim a criatividade marca presença na experiência de ausência criando o tempo transicional. Nesse tempo os diferentes sentidos de temporalidade podem ser experimentados sem que haja rupturas no senso de continuidade do ser (SAFRA, 2005).

As pessoas que não puderam constituir esse tempo transicional podem ser lançadas à experiência de eternidade. São pessoas que não têm noção de começo, meio e fim e uma experiência ruim pode atirá-los às ansiedades impensáveis.

Para Le Guen (1997) a temporalidade é o resultado do investimento no exterior. É a apropriação das relações do indivíduo com o mundo, a história do sujeito nesse mundo. A história é o passado mas só se significa no presente.

O desejo, que impulsiona a vida para os teóricos franceses também foi fundado no passado, o que Alaugnier define o auto-memorizável, aquilo marcado numa época anterior ao eu constituído, mas que se presentifica na reorganização do desejo.

Também a sexualidade, assim como outras características constitutivas se desenvolve ao longo da vida. Mesmo que algo não ocorreu de forma satisfatória, mesmo com inibições, repressões as defesas são parcialmente atravessadas devido ao incremento hormonal na adolescência, o que possibilita ao indivíduo uma vida sexual, mesmo que obturada.

Safra (2006b) assinala que na meia idade a sexualidade que até então era reconhecida pelo seu aspecto funcional é substituído pela qualidade e a sensualidade como comunicação, descoberta do outro e de si que foram experienciadas na comunicação silenciosa. Essa experiência volta a ser explorada.

Winnicott, afirma Safra acredita que a sexualidade na meia idade é uma forma de restituição. É uma forma de restaurar a vida psíquica. Também o erotismo é uma forma de lidar com a depressão, com a existência, é um tipo específico de potência.

Tanto para Guntrip, como para Winnicott a presença do outro é fundamental para a constituição do *self*. Guntrip acredita que a experiência de existir ocorre no lugar onde e se ocorreu à devoção, o amor. Se houve a experiência de se sentir amado pelo outro, houve a experiência de confiança. Quem não viveu essa experiência não se sente real. Vive o temor do desaparecimento de si, vive o *eu fraco* (SAFRA ,2006).

Guntrip aponta para a necessidade de discernirmos a falta de vitalidade da pessoa envelhecida e a falta de vitalidade psíquica de um eu fraco, como nos fala Safra.

O *eu fraco* é concebido por Guntrip (1992), a partir dos estados esquizóides. Trata-se de uma experiência de si de fraqueza, da falta da vitalidade que faz o indivíduo se omitir do meio. Para Guntrip essa experiência é vivenciada por quem não vivenciou no momento da constituição do eu a presença e o amor do outro. Afirma que aquele que viveu o desamor precisa reencontrar o desamor pois apesar de ansiar encontrar amor a realidade aponta para um risco de viver essa experiência. Risco de encontrar um desamor maior ainda. Para se defender do encontro com o outro precisa fazer dissociações pois a relação humana, que é tão vital na constituição de si, ganha para essas pessoas certa ambigüidade. Vivem a ameaça de viver uma queda, não encontram lugar para a vitalidade de seu corpo, os impulsos são sentidos como ameaçador e levam a retração do eu que deve ser retirado do campo relacional. Nesse campo só há possibilidade da vivência de fraqueza, de um eu desvitalizado (SAFRA, 2006).

Para Winnicott o colapso é o transbordamento de o mal estar infinito na busca que se faz do outro, do olhar do outro. Para ele a criatividade primária, o corpo em *direção a*, é esta experiência que proporciona o sentimento de estar vivo. A experiência de estar vivo se funde na criatividade primaria que expressa à vitalidade corporal (Safra, 2004).

Funda-se aí o significado da esperança para o ser humano como nos explica Safra. Ela só existe se houver a expectativa que se possa encontrar algo através do gesto (Safra, 2005b).

Para Winnicott, relata Safra (2004), só se sente existente aquele que nasceu para alguém.

Guntrip assinala as duas formas da corporeidade de um indivíduo com um eu fraco: através de queixas hipocondríacas que são faltas de amor e o desenvolvimento de um estilo de vida de luta e embates, de superação de conquistas, como uma tentativa de negar a fraqueza que emerge (SAFRA,2006).

Freud também nos fala do que ocorre com um adulto sem uma pessoa de cujo amor se acredita seguro. Afirma que pela libido insatisfeita o adulto comporta-se como uma criança em sua angústia. Começa a sentir medo tão logo fica sozinho. (Freud, VII, p. 204). A angústia é um sinal de desprazer anterior ao recalque. É a sedimentação de antiqüíssimas vivências traumáticas que teria a angústia do nascimento como seu protótipo. Para ele o trauma estava relacionado com o desamparo inicial do ser humano.

Já para Winnicott a experiência de solidão foi fundada no estado de dependência absoluta quando a mãe devota pôde sustentar a experiência do bebê de não estar vivo (ele não fala de morte). A possibilidade de ter esta experiência sustentada cria um lugar de ilusão que no futuro permitirá o indivíduo ter a capacidade de estar só. (Safra, 2004).

Margareth Little (1992) desenvolve a questão da vivência de angústia de forma diferente de Guntrip. Enquanto que para ele existe o recuo de um ego fraco para Little existe uma necessidade de aderência ao outro, e, não existe nessas pessoas presença de ego. Ela fala de núcleos de ego ao explicitar a forma com que pacientes que vivem angústias psicóticas e que, portanto não alcançaram a integração, se relacionam com o outro.

Na experiência clínica com pacientes que viviam angústias psicóticas Little concluiu que, se pudéssemos dizer que há a presença de corpos falaríamos que eles buscam uma fusão com o outro, buscam vivenciar uma indiferenciação aos moldes do bebê quando vive a dependência absoluta com sua mãe. Para essa autora, esses pacientes só existem no momento de indiferenciação e portanto não conseguem viver a separação. A separação os remete às angústias de aniquilamento.

Little (1992) justifica, na forma com que os pacientes com angústias psicóticas se *relacionam* com o analista (se pudéssemos usar esse termo) o temor da separação. Eles fazem uma adição ao outro pois não possuem experiência de integração, de unidade básica. Existe fragilidade na unidade psique-soma e a angústia de separação é experimentada como sobreviver ou morrer.

Safra (2006b) discorre sobre a questão da morte e sua aparição em diferentes momentos do desenvolvimento maturacional:

*O ser humano acontece entre dois diferentes estágios da solidão: a solidão inicial e a solidão da finitude. Após a solidão inicial o ser humano poderá conceber o estado de não estar vivo. A criança não concebe a morte, concebe o estado de não estar viva. Para que a criança experimente o estado de solidão ela precisa estar sustentada, precisa do holding da mãe”* (notas de aula. PUC-SP 21 nov. 2006).

Quando o bebê não é sustentado e se vê diante da ameaça da agonia impensável ele age com o desenvolvimento precoce da mente, o que vai retirar a vida do bebê, o gesto, à espontaneidade. O pensamento ocorre precocemente como defesa.

A angústia psicótica é a organização defensiva contra a agonia. É a agonia a primeira face da morte na experiência humana, a perda de si mesmo, a queda sem fim (Little, 1992).

Essa autora distingue as ansiedades psicóticas das ansiedades neuróticas. Na primeira o temor vivido é o de aniquilamento, de não sobrevivência. Já nos pacientes com ansiedades neuróticas o temor é de perder partes de si.

Retomando as aulas do professor Safra (2006b) sobre maturidade temos o enunciado de que existem grandes tarefas em cada etapa da vida.

No primeiro momento a tarefa é a constituição de si mesmo, no segundo momento é apropriação do gesto, em seguida apropriar-se do campo social; em cada uma delas o *self* vai se ampliando e quanto mais avança na linha da vida, mais as tarefas vão se ampliando. Na adolescência a tarefa fundamental é projetar o futuro. Para o jovem adulto a questão principal é realizar as projeções anteriores. Na fase adulta a tarefa é estabilização. Ao chegar à meia idade a tarefa é lidar com a finitude, poder construir projetos significativos que vão além do eu. (SAFRA, 2006).

Na vida jovem e adulta, as inibições e outros problemas podem ser vividos como próteses para que as questões fundamentais não sejam colocadas em pauta. As preocupações ontológicas atravessam o indivíduo sem que haja lugar para se falar e elaborar isso (SAFRA, 2006).

Mas, afirma o autor, aquilo que não foi atravessado no presente, tão logo terá o seu lugar no futuro.

Safra (2006) nos leva a refletir sobre os dois conceitos fundamentais presentes na clínica contemporânea: as condições ontológicas e ônticas. As experiências ônticas podem ser perceptíveis no eixo do espaço e do tempo. As angústias de aniquilação, de castração, as ansiedades persecutórias e depressivas. Já as facetas ontológicas estão além da memória e do desejo, não estão na linha do espaço e do tempo e, portanto não podem ser alcançadas.

Na maturidade o indivíduo é cobrado a dar conta das questões ontológicas da existência. Questões que provocam as *Angústias* fundamentais. (O Sagrado, o Horror, a Visitação da Morte). Uma vez que vivemos num mundo onde as questões ontológicas são obturadas e não há interlocução para essas questões, sua presença provoca desamparo. Continuaremos esta discussão no segmento a seguir.

### **2.3.2 O Campo Social**

Já falamos anteriormente sobre o desamparo social que acomete a velhice. Simone de Beauvoir em 1970 ao indagar a respeito da senilidade como produto da senescência questiona se os quadros clínicos de demência não são antes de tudo, um produto da carência de cuidados e esforço de prevenção e reabilitação promovido pela sociedade que rejeita os velhos.

Essa colocação vai de encontro ao termo *tanatose* que Maiossondieu (2001, citado por Goldfarb, 2004) utiliza para designar as doenças psíquicas causadas diretamente pelo contexto social ao falar de mal-estar. São, conforme o autor citado, características ligadas à angústia de morte que surgem causando deterioração mental. Maiossondieu acredita que a angústia de morte presente em nossa sociedade não encontra um espaço para apresentar-se permitindo sua elaboração, vive escondida na sociedade e aí surgirá a *tanatose*, localizada no cérebro de alguns, presentificando o que estava escondido e danificando esse cérebro, como ocorre na demência.

Quando Singer (2002) relata sua experiência num hospital de idosos foi instigada pelo conceito de privação sensorial de R. Spitz, causa das mortes de bebês por ausência de vínculos devido à internação em hospitais. Ela se questionou sobre essa ocorrência com os idosos que viviam naquela instituição porque descobriu muitos

idosos sentados nos bancos dos jardins da instituição, paralisados como *pedras* (sic). Questionava-se porque uns velhos tinham uma vida ativa e outros eram como *pedras*. Apóia-se nos psicanalistas franceses P. Aulagnier e R. Kaes e explica o conceito de contrato narcisista para designar um coro de vozes que irão designar o lugar que um recém nascido irá ocupar na sociedade, um lugar que um morto deixou vazio. Esse contrato tem duas funções: a de transmitir o discurso social e o de sustentar o narcisismo da criança. Questiona então o que ocorre com o contrato narcisista na velhice? Participando nós de uma sociedade estruturada no mercado, numa cultura de consumo onde todos que não são consumidores ou produtores ficam na margem social: *que hacer com um cuerpo que envejece y no acuerda com los ideales?* A autora prossegue desenvolvendo a idéia, aliás já anunciada por muitos de que os próprios gerontólogos combatem a velhice, como já dissemos na introdução: o termo velho é sempre evitado. Acredita que isso se dá pois o termo velho está associado a outro termo que deve ser evitado: a morte. Cria-se assim o mal estar da velhice.

*Para que o contrato narcisista se possa cumprir, ou seja, para que os pais garantam aos seus filhos o amor da sociedade e para que os filhos cumpram seu papel na continuidade dessa sociedade, existem muitas coisas que devem ficar entre parêntesis. Essas coisas são todas as ameaças ao EU. (SINGER, 2002, p.145).*

O Eu se mantém se for capaz de garantir conjuntamente a estabilidade das duas referências: seu próprio reconhecimento e o reconhecimento de si mesmo através do olhar dos outros. (ALAUAGNIER, 1989).

No artigo sobre a Violação da Subjetividade e a Psicopatologia Narcisista na meia idade, Montero e cols. (2001) sintetizam os efeitos negativos da sociedade atual através de cinco características principais:

1. Perversão da individualidade através de um controle rigoroso sobre o indivíduo que se defende através da valorização de individualidade sobre o coletivo.

2. Degradação da produtividade individual. Aumenta a expectativa de vida, porém diminui as chances da vida laboral do sujeito.

3. Colapso dos ideais coletivos.

4. Fascinação pela eterna juventude. A idealização de eternizar o presente retira as possibilidades de elaboração e ligação entre passado e futuro.

5. Cultura do momento instantâneo. Há a predominância do processo primário e a valorização da superficialidade mais do que a elaboração.

Os autores acrescentam a esta lista, as características descritas por Mayer: o empobrecimento da família moderna, a massificação das informações disponíveis e a universalização do modelo consumista.

Por tudo isso os indivíduos na meia idade têm que atravessar uma crise que colocam o ego em risco de dissociação como defesa. (Montero e cols, 2001).

As questões sócio-culturais incrementam a falta de vitalidade corpórea, como as mudanças dos papéis sociais e a aposentadoria. As pessoas começam a viver outra forma de orfandade que remete às faltas vivenciadas. Com isto pode ocorrer uma paralisação, um descontinuar da vida que lança o indivíduo para um envelhecimento amargo. Reinstalam-se as questões iniciais da vida que não foram resolvidas e são agora acompanhadas de um sentimento de injustiça (SAFRA, 2006).

O declínio da vitalidade corporal, a morte de pessoas, a saída dos filhos de casa, as questões sócio-culturais da aposentadoria, a falta de emprego, etc. são ocorrências que acometem o sujeito nessa fase da vida. O indivíduo também carrega um histórico de decepções que torna o campo da ilusão pouco eficaz. Assim, o indivíduo precisará de uma grande motivação para conseguir se iludir, para ter um lugar de esperança (SAFRA, 2006).

A identidade é posta em questão nessa fase da vida. O corpo não-eu é precário. Há a alteração na própria identidade e o desalojamento momentâneo da psique no corpo, o que implica numa frouxidão do processo de personificação. O corpo impõe a marca do tempo. Existe a necessidade de integração dentro um contexto sócio cultural. Há o desalojamento de si no corpo e o desalojamento do mundo sócio cultural. Como relata Safra, são vários os fenômenos que indicam a finitude, nesta fase da vida. (SAFRA, 2006).

Erausquim (1995) assinala o desenvolvimento do curso da vida para a psicanálise que, diferente da biologia é descontínuo, multidimensional, com movimentos progressivos e regressivos ao falar das *Reminiscências de Winnicott na Clínica Psicológica da Terceira idade*. Preocupa-se com o envelhecimento na sociedade contemporânea uma vez que não contamos com um ambiente facilitador e sim uma rede de apoio familiar e social que se torna cada vez mais precária e desarticulada. Em seu trabalho relata a experiência de uma equipe terapêutica numa residência para idosos em seu país (Argentina). Afirma que a equipe reconstruiu uma rede de sustentação psicossocial do processo de envelhecimento subjetivo. Essa rede proporcionou a reconstrução do espaço ilusional perdido, necessário para reverter as conseqüências dos transtornos psicofísicos. Pôde fazer com que os idosos abrigados recuperassem a confiança em um reencontro simbólico com as figuras primárias. A equipe terapêutica funcionou como um objeto transicional necessário para recuperar o sentido de unidade e continuidade do *self* e a confiança objetal..

As vicissitudes da vida se impõem nos caminhos de todos. Durante nosso percurso vivemos crises, momentos traumáticos conceituadas como uma ruptura do continuar a ser. Abadi (1996) afirma que as crises são rupturas na continuidade

existencial e são ameaças para o *self*. Geram diferentes reações de acordo com o momento evolutivo da criança, a força egóica do adulto e a capacidade do ambiente de conter a situação de ruptura, possibilitando ou não a elaboração do restabelecimento da integridade. Se o indivíduo é imaturo ou frágil e a falha ambiental é maciça, a tendência será o desmoronamento. O vazio em suas distintas versões: desde a depressão até a morte. Há uma perda de articulação entre o mundo interno e externo, e entre o passado, presente e futuro. Se a defesa é possível, uma alternativa será a consolidação patológica gerando um espaço sobrecarregado por apego a um objeto transacional de fetiche ou a estruturação de um falso *self*: há a negação da perda. Por outro lado, se tudo vai bem ocorre à elaboração transacional. O indivíduo recupera sua integridade, ampliada por novas experiências e capacidades. Essa possibilidade favorece o desenvolvimento dinâmico do sujeito, com capacidade para usar diferentes objetos como plasticidade e capacidade de viver distintas experiências, o que implica na capacidade de inventar um *espaço potencial*.

A autora complementa que esses modelos persistirão organizando a experiência futura do indivíduo, ele se apegará a alguns desses estilos diante de cada ruptura, de cada perda que vivenciar. A transicionalidade poderá ser caracterizada por alternância entre estas três formas. A reação do sujeito poderá ser com criatividade, criações sintomáticas e pobres, inviáveis, vitais, ricas, originais, etc.

A elaboração das crises é facilitada quando existem suportes identificatórios variados na constituição do *self*, e a criação e manutenção de múltiplos investimentos narcisistas e objetais em diferentes áreas. É necessário também, que ocorra a transição das referências narcisistas infantis para outros valores no mundo social adulto. Dessa forma as crises são desafios para que o *self* adulto integre os

aspectos infantis que estão dispersos. Para elaborar as crises deverá haver espaço, tempo e objetos que sirvam de ponte para o restabelecimento da continuidade existencial. Em alguns casos, o indivíduo é capaz de criar e encontrar as condições necessárias para essa elaboração. Noutros casos, quando a crise é muito severa pois há perda de várias referências simultâneas ou por haver uma característica de fragilidade do *self* deverá haver um ambiente de sustentação para que seja favorecida a elaboração transicional impedindo tanto o desmoronamento como as defesas patológicas do *self* e para que haja ampliação das fronteiras do *self*. As crises são rupturas na continuidade existencial e são ameaças para o *self* (ABADI, 1996).

Winnicott (1951) em *O Brincar e a Realidade* nos explica que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completa e, portanto nenhum ser humano está livre da tensão que surge ao relacionar realidade interna e externa. A área intermediária destinada aos objetos e fenômenos transicionais, originada nas experiências do início da vida (como vimos anteriormente) e que é conservada proporciona o alívio dessa tensão. Área essa que está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena e que no adulto diz respeito às artes, religião, ao viver imaginativo e ao trabalho científico criador.

Quando Winnicott propõe que o espaço transicional estará sempre presente para ser utilizada nos momentos de tensões que o homem encontra está falando de uma área que nunca é contestada, uma área da criação.

Ao tratar do termo confiança Winnicott nos diz que a fase inicial até os dois anos de idade é responsável pela experiência de criar e manter vivo aqueles objetos amados. Se a mãe foi suficientemente boa deixa para o bebê o legado que mesmo na sua ausência ele a tem dentro dela e consegue caminhar para a autonomia pois adquiriu

a confiabilidade humana. Nesse caso, temos desenvolvido o espaço potencial, lugar onde se pode criar aquilo que não se vê e diante dessa criação sentir-se amparado.

Como nos diz Vasconcellos (2005):

*A espiritualidade localiza-se no espaço potencial, área da ilusão, das fantasias, do simbólico, da criatividade, lugar existente somente nos indivíduos onde as experiências iniciais foram boas o suficiente para que esse espaço pudesse existir e onde a tristeza e a esperança em construção sejam o sinal do final das ilusões mas não da esperança e dos sonhos (p.53).*

Conforme dito por Safra anteriormente, nessa fase da vida as questões ontológicas revisitam o indivíduo.

A massificação das pessoas em nossa sociedade provocando angústias redireciona o homem à busca da dimensão religiosa refutada (Fiores, 1993).

Atualmente há um crescente consumo dos livros e revistas que tratam do tema espiritualidade o que faz Secondim (2002) acreditar que se trata de uma busca para compensar os recalques da alma.

Ao definir os termos religião, religiosidade e espiritualidade em sua dissertação de mestrado, Vasconcellos (2005) nos esclarece que o termo espiritualidade está associado à atividade do espírito com o objetivo de promover o sentido de unidade e integração. Relaciona-se com a totalidade da existência. Religião, por outro lado refere-se à crença e os dogmas que definem a relação do homem com o Sagrado e religiosidade não é um termo necessariamente intrínseco à religião, mas sim diz respeito às crenças pessoais de alguém, como no exemplo citado: a religiosidade de Rousseau.

Ainda em Vasconcellos (2005) temos então que a espiritualidade relaciona-se ao transcendente, e é nessa busca que o homem pôde encontrar a religião, o que liga

o homem a Deus, conforme abaixo:

*...qualquer que seja a espiritualidade, Budista, Hinduísta, Islâmica, Judaica ou Cristã o homem busca o contato consigo mesmo através do contato com o Divino, com o transcendente, na ânsia de encontrar o Deus que o habita e de talvez alcançar a própria imortalidade (p.72).*

Safra assinala que a experiência da morte surge num primeiro momento da fase maturacional como agonia. Com o avanço maturacional e a aquisição de unidade a morte passa a ser vista como perda, em terceiro lugar, complementa o autor a morte é vista como instabilidade: aceitar os limites inerentes à vida, tornar possível a experiência de si e conviver com a instabilidade. Os fenômenos transicionais permitem o controle onipotente, o brincar com a instabilidade, qual a capacidade de viver com os limites inerentes à vida? A consciência da instabilidade diante da morte gera no ser humano a experiência de impotência, poder usar o campo cultural para lidar com essa impossibilidade transforma a impotência em potência: morre-se, mas vive-se eternamente na lembrança, nas obras realizadas. Os ritos culturais preservam a memória, “brincam” com a morte, tornam o morto imortal.

Safra (2006b) nos fala que o que leva o indivíduo ficar pronto para morrer é a capacidade de colocar em questão o sentido existencial da morte. Tornar a morte pessoal. Integrá-la ao *self*. Isto faz parte dos fenômenos transicionais.

Até a idade madura a pessoa tem um projeto compartilhado pela própria comunidade. Se houve as experiências constitutivas básicas, possibilitou que ele chegasse à meia idade. As facetas que não ficaram bem constituídas nas etapas anteriores podem até ser evitadas novamente na maturidade, porém, na velhice elas vão retornar. A falta de vitalidade do corpo nessa idade representa as facetas não constituídas que representam a morte (SAFRA, 2006).

Na meia idade quando se vislumbra a morte tem que se fazer um balanço do vivido. Surgem às culpas, as questões de potência e onipotência. Surgem o ressentimento, e a necessidade de se colocar em pauta o que se deixou de lado.

A partir da meia idade a noção de tempo ganha maior profundidade, o tempo aparece como consciência da finitude, como experiência de finitude. Diante disso a pessoa faz uma ponderação do que foi e não foi realizado (SAFRA ,2006).

Se o resultado dessa balança aponta para a não realização, a pressão do curto tempo para que isso se realize causa desespero.

A saída dessa situação é o desenvolvimento de algum projeto de futuro. Precisa-se de um novo início. Há a presença da melancolia em potencial, a angústia e o temor que não dê tempo para a renúncia e o acolhimento da nova personalização.

Para Winnicott, aponta Safra, se o indivíduo viveu até aqui a experiência de falso *self*, este também começa a despencar, e o indivíduo é arremessado para uma situação muito dolorosa.

Alguns pontos são destaques nessa fase: o comprometimento, que é um anseio do *self* em realizar algo para cooperar com as gerações futuras, as quais os netos são a matriz. A responsabilidade, ou seja, o indivíduo tem uma *consciência de nós* ampliada para levar em conta as diversas presenças no mundo. Estes dois aspectos revelam a consciência política do *self*. A consciência de nós passa a ser a matriz de necessidade do *self* (SAFRA ,2006).

O indivíduo precisa perceber que o seu investimento, sua criatividade não é destruída por essa corporeidade. O indivíduo tem que perceber que a falta de vitalidade é corporal, não necessariamente psíquica. (SAFRA, 2006).

O autor afirma que estes três aspectos só podem ser alcançados pelo sujeito se ocorreu o acolhimento da finitude. Há a desconstrução do *self* que existia e a questão fundamental é fazer algo para além de si. Precisaré redefinir o seu projeto de vida e para isso demandaria força psíquica.

Safra (2005) remete a Winnicott para falar da importância do repúdio para o indivíduo. No ciclo vital do *self* há o nascimento, o acontecer de si pela apropriação do mundo, e o gesto que cria o repúdio pelo objeto e também a possibilidade de morrer. No processo maturacional, a criança pela capacidade de repudiar, coloca sobre o domínio de sua capacidade criativa a separação do objeto, o que permite que a separação seja algo a ser usufruída e não só lamentada.

O ser humano precisa criar a possibilidade de abandonar o mundo, de morrer. Há a necessidade de se criar o gesto que acolha o morrer dos outros e de si próprio. Quando o indivíduo encontra essa possibilidade há uma mudança em seu *self*, ele direciona o seu olhar para o *self* coletivo e deixa de dar importância ao seu *self* (SAFRA, 2005).

Para Safra (2005) isso será possível quando ao olhar para o *self* coletivo encontrar nele suas marcas, suas contribuições. Quando isso é possível o indivíduo delega sua vida ao espaço potencial.

### **2.3.3 Até o retorno ao berço, questões da dependência e desamparo.**

Nesta parte iremos visitar os autores que falam da dependência nos idosos. Dependência e regressão é para nós dois termos interligados, uma vez que em nossa dependência do outro estamos revivendo experiências já vividas anteriormente, no momento de dependência absoluta, no qual sem a presença de outro não chegaríamos até aqui.

Numa aula a respeito de demências, num curso de gerontologia, foi citado um neurologista, Reisberg, que publicou em 1986 uma comparação do desenvolvimento das demências com o desenvolvimento neuro-psicomotor, só que no sentido inverso. A primeira fase humana, a fetal é associada à última fase na Demência de Alzheimer: quando o paciente morre, também na posição fetal.

Essa fala me impressionou muito e durante todo o período que visitávamos pacientes demenciados, em suas residências, ela vinha em minha cabeça. A primeira paciente com esta patologia, foi uma senhora, que estava doente há 18 anos, no seu quarto nem sequer abria os olhos... a filha só empurrava o seu corpo endurecido, de um lado para o outro para evitar as escaras.

Outra experiência ocorreu no ambulatório. Todos estavam impressionados com uma senhora diagnosticada com Alzheimer. Essa paciente cantava, ou melhor, gritava uma melodia monossilábica, aguda e contínua enquanto andava de um lado ao outro do corredor. Fui atrás para vê-la. Ela passou por mim, se desviando, não olhou para mim, e nem parou... mesmo eu tentando impedir o seu caminho. Meu contato com ela foi de sala de espera, pois naquele dia ela só tinha vindo passar com o

geriatra. Depois fui questionar seu médico, ele também se surpreendera com a paciente. Para ele a música é algo muito primitivo e arcaico, anterior à fala, concluiu em sua explicação sobre a paciente. Passei a ficar atenta à oralidade dos pacientes, a partir de então. Principalmente daqueles que estavam iniciando um processo demencial.

Descobrimos no serviço domiciliar diversos pacientes demenciando, ou já demenciados para os quais a satisfação oral, quer seja pela emissão de sons, quer seja pela alimentação, ou as derivadas: o toque, a higienização, eram os únicos momentos de satisfação, de contato com a vida desse mundo. Podemos interpretar como sendo momentos de prazer.

Safra (2005) evidencia a importância do mundo sensorial registrado em nossas mentes no início da vida, conforme já descrito anteriormente. Assim, quando necessitarmos de amparo para atravessar uma crise toda a estética vivenciada no início da vida estará presente na composição do nosso espaço transicional.

Sr. José, há 14 anos numa cama após um acidente vascular cerebral grita dia e noite cada vez que sua esposa se afasta da área em que ele pode identificar sua presença. Não é um único grito e sim gritos melódiosos... Vive sendo medicado para dormir... pois os familiares ficam desesperados com sua atitude.

Outra paciente, também com seqüela de acidente vascular cerebral tinha um paninho que mordida e chupava, dia e noite. Gritava também, quando a filha o tirava dela.

Os cuidadores desses pacientes, e de outros nessa mesma situação, afirmam, com toda a certeza, que esta melodia, este *gemer melódioso* não é sinal de dor, ou de algum incômodo que eles possam estar sentindo... Isso faz parte do dia a dia

deles. Uma espécie de comunicação ou simplesmente uma satisfação oral primitiva e arcaica como me falou o geriatra. Alguns desses pacientes ainda conseguiam repetir as palavras, mas essas eram emitidas sem cumprir uma linguagem, uma comunicação, sem terem significados. Outros não falavam, mas suas vocalizações eram sílabas repetitivas entoadas de uma forma que *imitavam* uma conversa.

Na prática vivenciada por nós neste Serviço Domiciliar também encontramos certa peculiaridade no vínculo entre o cuidador e *seu* paciente. Chamamos, num termo sugerido por Ponte (2001), de vínculo patológico, esta relação de extrema dependência entre o cuidador, que abdica de sua vida *porque só ele sabe cuidar* e do outro lado o paciente, repleto de limitações que é totalmente dependente do primeiro (LOPES e PONTE, 2001).

Sem abandonar a idéia das subjetividades de cada um, nos chama a atenção a capacidade que o paciente tem de controlar seu cuidador. As experiências que são vivenciadas por esses pacientes, principalmente do atendimento domiciliar, nos remetem ao controle exercido pelo bebê, através da Identificação Projetiva, anunciada por Melanie Klein. Sendo este mecanismo, uma comunicação primitiva, isso nos reforça a idéia de que algo primitivo está reaparecendo na mente dos pacientes citados.

Muitos cuidadores vivem o limite da exaustão... Sujeitam-se às atividades das mais irracionais, como por exemplo, uma senhora que cuidava de seu marido (18 anos mais velho do que ela. Ele tinha tido há 5 anos um A.V.C. e as seqüelas de limitação estavam progredindo, tinha um lado do corpo paralisado e só locomovia-se, sendo apoiado) que para controlar sua presença fazia com que ela passasse o dia lavando roupas de cama e limpando o chão da sala. Ele se recusava a usar fraldas durante a noite e durante o dia e vivia escarrando no chão da sala. Os filhos brigavam

com ele, ela brigava, e de nada adiantava. Este era o casamento deles: enquanto ele mantinha esse comportamento, ela acatava as tarefas resignada.

Histórias como essas se repetiam em nossa clínica. O que nos fez concluir que estes cuidadores limitavam suas vidas à relação com os seus pacientes, abdicavam outras relações por imposição de exclusividade desses pacientes. Assim, nesta relação se cumpriria o amor e o ódio da dupla. Cada vez que o ódio por parte do cuidador for direcionado para o paciente, ele também será devolvido em ódio para o cuidador. Mas, nesse momento se instaura a culpa. Desta forma, por culpa, para expiá-la o cuidador se submete à tirania do paciente, como no exemplo acima citado. E isto é uma forma de controle (Lopes e Ponte, 2002).

Apesar da introdução acima, não pretendemos discutir a relação paciente-cuidador. Nossa intenção é discutir o caminho da dependência que as limitações da idade e algumas doenças impõem para alguns sujeitos durante o processo de envelhecimento. Conhecer, dentro da subjetividade de cada paciente, o caminho percorrido nesse processo.

Goldfarb (2005) faz uma referência à Ferenczi (1993, p. 145):

*As pessoas idosas voltam a ser como crianças narcísicas, perdem muito de seus interesses familiares e social, uma grande parte de sua capacidade de sublimação desaparece, sobretudo no que se refere à vergonha e repugnância.*

Chercover (2002) aponta a exclusão do idoso na nossa sociedade moderna, provocando mal estar e complicações, falta de ilusão, de alegria, de ânimo. Responsabiliza a solidão em que vive os idosos como causa para a falta de comunicação da afetividade e a incompreensão como determinantes das tristezas e das enfermidades nesse período da vida.

Alguns pacientes idosos parecem viver uma eterna melancolia. Não realizaram o luto. Isto ocorre quando há a identificação com o objeto perdido, e, portanto ele é incorporado ao ego. Daí o sujeito apresenta seu Ego desprovido de valor, incapaz de qualquer realização, por ser moralmente desprezível em seu auto-conceito. (FREUD, Vol. XIV, 1917 [1915]).

Nesses casos há uma superação do instinto que compele à vida. A catexia objetal torna-se catexia erótica narcísica... Encontra satisfação nas doenças como descrito no segmento 2.2.1, deste capítulo.

Gavião (2002) designa luto eu/realidade as angústias depressivas que idosos deparam ao buscar a elaboração de sua finitude. *Elaborar o luto de si mesmo implica o conflito entre investir ou desinvestir nas relações* (p. 135).

Essa idéia é compartilhada por Goldfarb (2004):

*Dizíamos que no envelhecimento estamos ante um luto antecipado, luto por um objeto ainda não perdido, porém condenado pelo exame de realidade: a própria vida. O eu é invadido pela angústia de morte.*

Na situação acima apontada, o eu vive uma melancolia, é odiado pelo *super eu* que não cumpriu mais a função de protetor e guardião da vida e abandonou o *eu* ao seu próprio destino (GOLDFARB, 2004).

Conforme Freud (1923) as forças da pulsão de morte são inerentes à vida. Retorno ao inanimado, ao silêncio. Nessa pulsão estão agregadas todas as forças destrutivas. Quando fusionada à pulsão de vida ela permanece muda e aparece no momento da difusão, quando desligada do objeto.

Fèdida (1999) coloca a depressão como uma organização narcísica na qual o indivíduo se protege de um luto. O investimento no vazio é para ele uma possibilidade de saída. No luto ao desinvestir no objeto perdido a energia fica livre para investimentos em novos objetos e assim coloca-se a vida à frente. Diferente do que ele diz quando não há o desligamento do objeto. Para se defender da perda o objeto é incorporado ao ego. E ao invés de energia livre temos a energia presa novamente ao objeto, o que Fèdida chama de *canibalismo melancólico*.

Dentre as subjetividades contemporâneas elencadas por Birman (2001), ele relata os impasses da subjetivação quando essas surgem coladas às experiências corporais. Isso ocorre por não haver elaboração de luto e nem se tratar de melancolia, por ser a característica da depressão do vazio. É o que segundo ele ocorre nas patologias psicossomáticas, nos sofrimentos de estados limites, na drogadicção e na anorexia. São situações onde não há desejo e, portanto perde-se a identidade, e existe um risco de proximidade com a morte psíquica uma vez que o vazio aproxima da morte.

Freud (1917[1915]) acreditava que a juventude era fator preponderante para a elaboração do luto, pois ao desvanecer do luto a libido retorna livre para novos investimentos e substituição do objeto desde que haja tempo para isso.

Já Goldfarb (2005) acredita que a forma como o sujeito idoso lidará com o luto tem a ver com como ele lidou em toda a sua história de vida. Evoca Messy, (1993) que diz que quando a dor moral é insuportável ocorrerá um suicídio psíquico como a forma de evitar a depressão.

De uma forma inusitada, e bastante otimista Gavião (2002), acredita em aspectos positivos neste contato dos idosos com os sentimentos depressivos,

possibilitando elaboração. Para ela, isso promove desenvolvimento e amplia a percepção do sujeito de si próprio e de suas relações. Contrapõe com o termo *depressão patológica* que para ela não é peculiar do processo de envelhecimento mas sim de personalidades frágeis que vivem essa experiência como *angústias melancólicas ou negação onipotente com intensificação maníaca* (p.135).

Não temos dúvida que a depressão pode estar presente em qualquer fase da vida. Mas conforme os escritos até o momento e a nossa experiência prática nos apresentam muitos sujeitos idosos sentem-se esvaziados em sua criatividade e são empobrecidos na sua relação com o mundo. Eles têm muito mais perdas do que aquisições nessa fase da vida, portanto estão mais próximos dessa experiência.

Santos (2006) realizou um estudo de casos com portadores de HIV e concluiu que os pacientes (na sua maioria jovens) ao saberem do diagnóstico da doença apresentaram um retorno ao tempo narcísico onipotente, uma vez que o passado era recriminado e o futuro duvidoso, e apresentavam sintomas de desintegração do eu.

Utilizamos esse exemplo porque é um trabalho realizado com outra população mas que mostra uma reação dos pesquisados, no momento em que entra a questão da morte, parecida às descritas por nós: um retorno ao tempo narcísico e a desintegração do eu.

Diversos autores citados por Ramos (2001) alertam para questões de limitações do corpo traduzidas como conseqüências do envelhecimento que ocorrem de uma forma equivocada. Essa autora atribui aos profissionais de saúde a perpetuação de um estereótipo de deficiências atribuídas como conseqüência natural do envelhecimento quando na verdade são as patologias incapacitantes as

responsáveis pelas limitações e não puramente o fato de envelhecer. Não podemos discordar do fato, porém sabemos que muitas patologias incapacitantes têm sua prevalência nessa fase da vida.

Ramos (2001) em seus escritos considera o *sentimento negativo*, descrito por Mercadante (1997). Ambas as autoras acreditam numa inibição corporal decorrente do fato de muitos idosos subestimarem seus potenciais, físico e motor, em função do estigma do corpo velho existente na sociedade. A imperfeição e fraqueza associadas ao corpo velho são rótulos ampliados para além do corpo, para a personalidade, para o papel social, econômico e cultural do idoso, segundo Mercadante.

A subutilização do corpo e o desuso é o que acaba causando as limitações corporais e a fragilidade experimentadas por muitos idosos os quais não foram acometidos por patologias incapacitantes, segundo Ramos (2001).

Monteiro (2001), durante um trabalho corporal com pessoas idosas utilizou-se da técnica dos desenhos da figura humana para evidenciar parte da dinâmica das imagens mentais do corpo das mulheres pesquisadas. Esse autor concluiu que as perdas, as exclusões, rejeições, angústias, dores e a depressão provocavam lacunas e distorções na imagem corporal e que também geravam diminuição da expressão psicomotora observada nas mulheres pesquisadas.

*Viver é ter movimento, enquanto morrer é a rigidez total (rigor mortis). Muitos velhos enrijecem seus corpos como forma de proteção, para não sentirem o fluxo da vida, porque sentir pode designar sofrimento, padecer com a espera de nada acontecer. Então, desconectam-se, ficam em suspenso, perdendo suas raízes, deixam de ser alguém porque perderam seus lugares no mundo. (MONTEIRO, 2001, p.87).*

Acreditamos como Monteiro relata que a depressão e as outras dores psíquicas no idoso, se não ocorrem como incapacitantes, no início do seu

desenvolvimento permitindo alguma independência, poderá levar à dependência pelo desuso corpóreo que a ausência do gesto nessa situação provoca.

Ramos ( 2001) aponta as doenças que possuem maior prevalência nessa fase da vida. Entre elas temos os distúrbios visuais e os da locomoção (artrite, osteoporose e artrose) todas essas limitam o gesto do seu portador e a falta de movimentação e exercícios físicos, como em um círculo vicioso agrava o grau de deficiência.

Da mesma forma as doenças corporais citadas estão sendo discutidas nessa tese como tendo relação com as questões psíquicas do envelhecimento. A discussão clínica de diversos casos nos mostra como as questões psíquicas podem agravar diversas limitações físicas. O estudo das doenças degenerativas como a artrose pode nos fornecer diversos materiais ilustrativos a esse respeito.

Gostaríamos de finalizar esse capítulo com os escrito de Freud de 1916, *Sobre a Transitoriedade*:

*Não faz muito tempo empreendi, num dia de verão, uma caminhada através de campos sorridentes na companhia de um amigo taciturno e de um poeta jovem mas já famoso. O poeta admirava a beleza do cenário à nossa volta, mas não extraía disso qualquer alegria. Perturbava-o o pensamento de que toda aquela beleza estava fadada à extinção, de que desapareceria quando sobreviesse o inverno, como toda a beleza humana e toda a beleza e esplendor que os homens criaram ou poderão criar. Tudo aquilo que, em outra circunstância, ele teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade.*

*A propensão de tudo que é belo e perfeito à decadência, pode, como sabemos, dar margem a dois impulsos diferentes na mente. Um leva ao penoso desalento sentido pelo jovem poeta, ao passo que o outro conduz à rebelião contra o fato consumado. Não! É impossível que toda essa beleza da Natureza e da Arte, do mundo de nossas sensações e do mundo externo, realmente venha a se desfazer em nada. Seria por demais insensato, por demais pretensioso acreditar nisso. De uma maneira ou de outra essa beleza deve ser capaz de persistir e de escapar a todos os poderes de destruição.*

*Mas essa exigência de imortalidade, por ser tão obviamente um produto dos nossos desejos, não pode reivindicar seu direito à realidade; o que é penoso pode, não obstante, ser verdadeiro. Não vi como discutir a transitoriedade de todas as coisas, nem pude insistir numa exceção em favor do que é belo e perfeito. Não deixei, porém, de discutir o ponto de vista pessimista do poeta de que a transitoriedade do que é belo implica uma perda de seu valor.*

*Pelo contrário, implica um aumento! O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição. Era incompreensível, declarei, que o pensamento sobre a transitoriedade da beleza interferisse na alegria que dela derivamos. Quanto à beleza da Natureza, cada vez que é destruída pelo inverno, retorna no ano seguinte, do modo que, em relação à duração de nossas vidas, ela pode de fato ser considerada eterna. A beleza da forma e da face humana desaparece para sempre no decorrer de nossas próprias vidas; sua evanescência, porém, apenas lhes empresta renovado encanto. Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela. Tampouco posso compreender melhor por que a beleza e a perfeição de uma obra de arte ou de uma realização intelectual deveriam perder seu valor devido à sua limitação temporal. Realmente, talvez chegue o dia em que os quadros e estátuas que hoje admiramos venham a ficar reduzidos a pó, ou que nos possa suceder uma raça de homens que venha a não mais compreender as obras de nossos poetas e pensadores, ou talvez até mesmo sobrevenha uma era geológica na qual cesse toda vida animada sobre a Terra; visto, contudo, que o valor de toda essa beleza e perfeição é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional, não precisa sobreviver a nós, independentemente, portanto, da duração absoluta. Essas considerações me pareceram incontestáveis, mas observei que não causara impressão quer no poeta quer em meu amigo. Meu fracasso levou-me a inferir que algum fator emocional poderoso se achava em ação, perturbando-lhes o discernimento, e acreditei, depois, ter descoberto o que era. O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A idéia de que toda essa beleza era transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza; e, como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade.*

*O luto pela perda de algo que amamos ou admiramos se afigura tão natural ao leigo, que ele o considera evidente por si mesmo. Para os psicólogos, porém, o luto constitui um grande enigma, um daqueles fenômenos que por si sós não podem ser explicados, mas a partir dos quais podem ser rastreadas outras obscuridades. Possuímos, segundo parece, certa dose de capacidade para o amor — que denominamos de libido — que nas etapas*

*iniciais do desenvolvimento é dirigido no sentido de nosso próprio ego. Depois, embora ainda numa época muito inicial, essa libido é desviada do ego para objetos, que são assim, num certo sentido, levados para nosso ego. Se os objetos forem destruídos ou se ficarem perdidos para nós, nossa capacidade para o amor (nossa libido) será mais uma vez liberada e poderá então ou substituí-los por outros objetos ou retornar temporariamente ao ego. Mas permanece um mistério para nós o motivo pelo qual esse desligamento da libido de seus objetos deve constituir um processo tão penoso, até agora não fomos capazes de formular qualquer hipótese para explicá-lo. Vemos apenas que a libido se apega a seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam, mesmo quando um substituto se acha bem à mão. Assim é o luto.*

*Freud, 1916.*

## Capítulo 3

### As faces do envelhecimento sob um olhar psicanalítico

Neste capítulo apresento 08 fragmentos de entrevistas caracterizando os pacientes idosos que serviram de base para esta tese. Cada entrevista apresentada reproduz trechos das entrevistas de origem que se realizaram como entrevista inicial no CERESI, tendo sido excluídos algumas vinhetas repetitivas, que não acrescentasse outra idéia da situação expressa, e já contempladas nas vinhetas escolhidas. Os pacientes entrevistados têm uma breve identificação assinalada no início de cada uma. A cada apresentação analisaremos, sob a luz dos teóricos psicanalistas de influência Winnicottiana e Freudiana algumas situações expressas pelos entrevistados que, por serem situações dos pacientes idosos, estaremos aqui denominando de faces do envelhecimento, cada análise é seguida da discussão e comentários. Do ponto de vista clínico as entrevistas ou vinhetas apresentadas já dariam margem a uma extensa análise clínica de cada paciente, porém não faz parte deste trabalho seguir nesta direção. Este trabalho limita-se a fazer uma breve análise, seguindo pelo vértice da nossa inquietação maior – as faces do envelhecimento.

### 3.1 Entrevista 1 - Sr<sup>a</sup> Olga

Sr<sup>a</sup> Olga é casada e tem 65 anos. Reside numa cidade do interior de Pernambuco e veio para São Paulo para ajudar a irmã cuidar de sua mãe com 98 anos de idade, que se encontrava restrita ao lar. Têm 3 filhos, 2 rapazes e 1 moça, casados, dois netos, todos morando em Pernambuco. Em Guarulhos hospeda-se na casa da mãe que se resume a dois cômodos, no mesmo quintal de sua irmã casada. As casas são propriedades da família, o local onde ela passou a infância. Sr<sup>a</sup> Olga conta que sempre faz isso, passa uns tempos aqui e outros em sua casa em Pernambuco, onde mora com o marido, próxima aos filhos.

Veio ao CERESI encaminhada pela geriatra. Fala de diversas operações que fez. Disse que quando operou da bexiga ficou com uma sonda e acha que isto que causou a hérnia.

Chegou me informando que sua outra irmã, que também reside no *norte passa comigo (sic)*. Sua fala é lentificada em tom baixo.

*- Eu aproveitei sabe, né: eu falei.... Eu vou lá ajudar minha irmã que não tem mais condição, não tem mais paciência.. E ia vê se eu arrumava uma cirurgia aqui. Porque lá no Norte não..... Eu me operei 6 vezes da hérnia..... E agora que ela tá grande.... Me falaram se a senhora fizer uma plástica a senhora fica boa né. Eu coloquei tela e a tela meu corpo não aceitou a tela, ai eu fiz a plástica mais tá doendo muito, ela tá até vazando assim de lado....*

*-tem meu marido, que tinha uma empresinha de ônibus lá. Tem ainda sabe, mas ele é muito ignorante e ai foi perdendo tudo.... nós tem um filho também que ficou tomando conta também desta empresa.....*

*...agora tem o outro filho ... que também gosta de beber sabe...ai....e tudo isto me perturba sabe. E eu não sei.... muitas vezes me sinto desprezada.....porque desde que eu cheguei aqui eles não ligam....*

*(com relação ao esposo)*

- Assim sabe... eu não sou... não é bem que eu sou boa... mas eu não sou ruim para ele... Agora ele é muito ignorante... sabe... que ele é que é de lá... eu sou daqui ele é de lá...

- Foi... Ah ele é meio ignorante sabe... ( disse algo que não consegui transcrever sobre a forma dele lidar com os passageiros do ônibus) .... Ninguém gostava dele... de noite..... ele não deixava eu dormir de noite. Ele era muito assim estúpido... sabe... só dormia com as pernas em cima de mim. Todas as casas que eu morei os vizinhos tudo me escutava chorar a noite.

*Eu sofri muito sempre pedi a Deus que me livrasse assim dele.*

*Eu não queria mais se deitar com ele não... ai depois eu comecei a fazer as cirurgias.... eu fiz 6 de hérnia, foi quando na terceira... eu falei assim para ele: eu arrumei o quarto da casa... o quarto de solteiro... eu deixei tudo arrumado...coloquei calço assim na cama... e eu quando voltei do hospital fui para a casa da minha nora.*

- Então quando fez um mês que eu fiz a cirurgia eu disse a ele eu vou voltar para casa, mas vou ficar nesse quarto e você dorme no outro.

- Não conseguia dormir de noite. Ele cruzava as pernas em cima da minha sabe... parece que tinha medo que a gente se levantasse de noite... ainda hoje ele diz que eu traio ele aqui... que eu vivo nas praças de Guarulhos..... se vou à igreja ele diz que eu vou atrás do pastor. Ele disse: se for para dormir separado você sai daqui...

*(Ela fala com muitas pausas longas e voz chorosa.) - É ou vai comigo na cama... Então... eu... depois desse tempo... depois ainda agüentei ele mais três meses.*

-Vocês se separaram?

- Ah... a gente é assim sabe...ele liga... ele é o único que liga.... você já ta boa? Quando você vem? ... não sei o que ....ai eu fiquei na casa do meu filho ... sabe... com a minha nora.

- Assim, sabe... eu não sou... não é bem que eu sou boa... mas eu não sou ruim para ele... Agora ele é muito ignorante... sabe... que ele é que é de lá... eu sou daqui ele é de lá...

-Então quando fez um mês que eu fiz a cirurgia eu disse a ele eu vou voltar para casa, mas vou ficar nesse quarto e você dorme no outro.

- E não teve mais nada com ele?

- Não... Até eu... tenho dois netinhos sabe... uma chama (não entendi o nome) e o outro é (não entendi o nome falado) ... até eu trouxe ele comigo... ele vive lá jogado na rua.... ele foi embora eu não queria que ele fosse... e a irmãzinha dele eu sempre fiquei junto com eles..... então eu sinto muita falta... da menina e dele...-mas é assim eu ia lá fazia comida lavava a roupa dele (referindo-se ao marido) limpava a casa ... tudo... quando não... logo cedo ele -

- Ai eu... ele disse porque você não some? Já devia ter sumido... por causa disso mais eu vim também... porque minha mãe precisa de mim, minha irmã precisa de mim....ele não me quer aqui....só fica me mandando sumir desaparecer..... É até porque eu vim... agora eu sinto assim... eu ia tomar banho na casa da minha filha... porque lá em casa não tem chuveiro... não é toda casa lá que tem água... até que eu não ficava boa da hérnia eu não podia pegar água na cisterna... eu ia tomar banho e chorava... porque não gosto de chorar perto dela... Se eu tiver qualquer... assim desgosto eu fico calada... eu vou para o banheiro.. eu não gosto de chorar perto dela... Ai eu falei... eu vou para lá .... quem sabe lá eu fico longe dele... e eu fico com desgosto mesmo porque lá eles faziam tudo errado na empresa... sabe... meu marido acabou... os filhos também... Acabaram com a empresa.

Conta da nora que ligou pedindo dinheiro para um neto fazer um curso:

- O curso é sessenta ele tem que comer... mas ele fica sem comer. Se a sra. me der trinta reais eu arrumo outra metade (a nora disse)... Eu digo não... eu to na minha mãe eu não to precisando, ela tem a aposentadoria do meu pai, a gente faz compra, e a gente come ali...

A gente diz assim, a gente tá comendo o dinheiro dela. A gente faz feira, compra e ela come tão pouquinho... ela come assim bolacha... doce... laranja.....banana....quando põe a comida ela só belisca, só um pouquinho..... ai eu mandei dar cem reais para ela... ai eu....ela ficou toda contente. Ai eu a noite chorei... sabe.....chorei muito a noite... Ai eu chorei de desgosto dos filhos...

.....Isto perturba... As minhas irmãs falam... a minha mãe perturba... eu falo se fosse só pela minha mãe... o único trabalho que ela dá para a gente é assim...manda fechar a porta....abrir a porta.....ligar a TV desligar a TV....a minha outra irmã é que dá banho...Eu não sei... precisa arrumar alguém para lavar ela na cama.

- Ai eu fico pensando eu só choro... o filho não liga... tem um que viaja... o que é casado com a filha da Maria... O outro genro é pastor em São Caetano, minha filha é pastora também..... A filha caçula. Tinha uma que ligava até parou de ligar...essa mais velha.

- Por que ela parou de ligar?

- Não sei... acho que sem motivo... Quem liga mais é ele... ele compra cartão... mas ele me judiou muito...mas é porque ele está abandonado... eu não tenho coragem de deixar a minha mãe... Vou fazer

*ultra-som hoje... Eu não sei também se na hora da cirurgia... o médico vai dizer que eu não posso operar...*

Fazendo uma análise da esperança como uma face do envelhecimento, encontramos sua expressão colocada em dúvida por essa paciente, representada pelo médico que ela não sabe se vai ou não operá-la. A esperança, o gesto, o corpo em direção a, proporciona a experiência de estar vivo, como nos aponta Winnicott (1945). Sem esperança, sem gesto o resultado é a falta de vitalidade. Essa ausência nós encontramos na fala da paciente. Mas podemos dizer que é ambivalente, pois ao mesmo tempo ela teve o gesto de vir para São Paulo cuidar da mãe e, apesar da dúvida, ela vai ao encontro dos médicos.

Intrigante nesse caso é pensarmos sobre o que esta vinda para São Paulo representa. Literalmente para a paciente este gesto encontrou a mãe, mas uma mãe a ser cuidada. Porém, essa é a mãe real e também é a casa no espaço real onde a entrevistada viveu sua infância. Não há que se duvidar, é o espaço que guarda toda a estética da constituição do seu *self*, conforme descreveu Safra (1995). As diferentes experiências sensoriais vividas com a mãe têm a possibilidade, no caso dela de ser revividas com a própria mãe. Ela terá a possibilidade de ampliar seu espaço transicional, tão necessária para poder viver e elaborar a experiência de solidão que ela experimenta no momento. Talvez essa seja sua busca ao decidir-se vir para São Paulo.

No caso de Sr<sup>a</sup> Olga, também para a questão de identidade, notamos uma ambivalência. Safra nos fala do momento em que da passagem do *self* com sentido de eu para o *self* com sentido de nós ocorre um desmonte da identidade. Ela parece fazer um balanço de sua realização nesse mundo, como é colocado na teoria por Guntrip,

Winnicott, Tizard, e nos fala Safra. Cita suas tarefas: cuidar de netos e até do marido, cuidar da mãe, retomar o papel de valor e por outro lado o sentimento de desvalor experienciado no seu casamento, no papel de esposa, de mulher. Também se estende pelo restante da família: ser desprezada e estar longe dos netos. Sofrer a saudade e o abandono.

A Sr<sup>a</sup> Olga não expressa elementos que nos permite pensar em sua possibilidade de integrar a finitude ao si mesmo, como nos fala Winnicott. Porém, sendo o espaço transicional o lugar onde a possibilidade de integração inicia, como aponta Winnicott e Safra, e, tendo ela a possibilidade de ampliar suas possibilidades nessa área, podemos ter esperança.

Não podemos deixar de assinalar também a forma como as cirurgias participaram de sua vida, proporcionando-lhe um alívio ao casamento desastroso. Nesse momento, ela nos fala de uma tela que foi colocada no lugar de sua pele para fechar uma região exposta, para dar contorno a um pedaço de si sem contorno. Algo que ainda hoje ela está buscando. A pele é para Winnicott a expressão maior do limite da integração e personalização. No caso da Sr<sup>a</sup> Olga não podemos falar de necessidade de personalização e integração de *self*, mas como M. Little trata ao falar das angústias neuróticas, podemos pensar em ameaça de perdas de pedaço de si, perdas de pedaços... a localização da hérnia e o casamento desastroso pode nos indicar perda de pedaço do seu corpo sexual que nunca foi constituído, e que nessa idade dói, dói muito, buscando uma constituição. Essa mesma hérnia lhe possibilitou o fim do casamento trágico, com o marido agressivo que não era o esperado. Abdicou-se do papel de mulher, da sua sexualidade. Esse aspecto retoma com a cirurgia. A reconstrução do corpo de

mulher trará o retorno do papel de esposa? Em alguns momentos falou do marido como sendo o único que liga para ela.

Vimos que quando o luto não é elaborado ele se presentifica na depressão do vazio. Birman nos fala da falta do descolamento no corpo, o buraco é uma hérnia que nunca cicatriza e vaza, causando à Sra. Olga desconforto e dor. Isso abstrai a energia do mundo exterior, provoca-lhe falta de vitalidade, e ela tem pouco investimento no mundo e não consegue manter o papel de cuidadora de uma criança (neto) necessitada. Chora.

Respondendo nossas questões iniciais, nesse caso, podemos dizer que queixar-se do corpo tem o sentido de buscar a integridade do *self*.

Uma vez que a integração está alterada, concluimos que isso se dá também com a personalização, porém ela não faz referência sobre isso. A realização, que é expressa na criatividade encontra-se para Sr<sup>a</sup> Olga imersa na depressão. Mas parece, que ela tem a esperança que assim que conseguir integrar seu *self*, com o apoio dos profissionais de saúde terá um novo caminho a seguir. Existe esperança, existe gesto na busca desses profissionais.

### 3.2 Entrevista 2 - Sra. Clotilde

A entrevista com a Sra. Clotilde inicia-se com ela contando que está muito mal porque perdeu o marido recentemente. Ela entra na sala chorando. Tem 66 anos, reside só, é mãe de 4 filhos casados. Três anos antes dessa entrevista fez um longo tratamento para câncer de útero.

*É... Nossa eu tô... assim durante o dia... eu tenho 4 filhos casados, eu moro sozinha... mas chega a noite... eu não consigo dormir... eu estou tomando calmante... eu pedi para Dra. Eliana... eu não consigo dormir. Parece que eu fico assim... dopada às vezes... mas nem o calmante me derruba... E eu... eu não sou nervosa... eu não sou tensa... eu tenho uma dor de cabeça... ela me pediu uma série de exames... eu vim aqui para ver se eu passava no neurologista... aí ela falou que eu tinha que passar com você primeiro...*

*(Pausa. Chora)... Fico olhando as portas... fico com medo sabe... assim à noite... é que ele morreu muito rápido... muito em seguida que ele ficou doente... Deu uma hemorragia... ele bebia muito... de repente, ele começou a inchar... inchar... deu cirrose... (fala algumas coisas que eu não consigo traduzir no momento da transcrição)*

...

*-Eu sinto que ele não morreu... tem noite que eu tô assim sozinha... é muito ruim...*

...

*Estou tomando lexotan... não consigo dormir... no outro dia eu fico pior... Muita dor de cabeça... acho que o remédio é muito fraco... eu não consigo dormir. Quando eu durmo, eu fico bem.*

...

*- Eu tenho vontade de trabalhar, eu trabalho... mas não é todo dia que dá vontade...*

...

*Eu me dava bem com ele... ele me agradava muito. Se ele não tinha dinheiro para comprar nada para mim ele arrancava uma florzinha do mato e trazia... Eu sinto tanta falta dele... No dia passa... à noite...*

...

*- É... Eu tive muito ruim. Antes dele ficar doente eu tive desenganada. Ai Deus me fez um milagre e eu me ressuscitei de um câncer de útero. Menos de 1 ano. Para todos os efeitos eu tava desenganada do médico. Eu fiz 25 radioterapias. Me queimaram todo o intestino. Fiz aquela blade terapia, aquilo é horrível. Não desejo nem para um cachorro... Na Santa Casa... foi de repente que isto me aconteceu, eu não tinha nenhum problema ginecológico, nada... eu tava trabalhando.*

...

*.Ai o médico me enganou... Me tiraram até do centro cirúrgico para os meus filhos me verem... concordo... eu estava lúcida... lúcida... não tava acreditando em nada... não tava com um pingão de medo... mas eu fiquei tão feia... tão feia... tão magra que você não me reconhecia... ele não me reconhecia... Ele chorava... com medo de eu morrer*

*... Quando cheguei lá eu sofri uma parada porque não tinha um pingão de potássio no meu corpo... aí, na mesa, já estavam me entubando para levar para a UTI, a minha filha que trabalha lá, ela estava até trabalhando naquele dia... ela era copeira... aí ela chegou e pegou na minha mão... e eu escutava as coisas de longe... assim sabe... ela falou assim: - Você não vai entubar a minha mãe, você não vai entubar a minha mãe*

*.. Pensaram que eu ia ficar na cirurgia... que eu estava desse jeito... que os meus órgãos estavam todos condenados... tiveram que massagear... mas eu operei com Dr. Pedro, professor dos médicos, que eu conheço ele desde que eu trabalhava... E, primeiramente Deus, depois ele... que eu até chorei (fala chorando) depois agradei a ele.*

*- Ah... eu me cuido. Cuido da alimentação... não é tudo que eu posso comer... Eu não como carne... acho que a carne para ela passar entucha, aí dói.*

*Então é isto... Eu passei tudo isto na vida... então é natural que eu fique assim, né filha?*

*- É quando eu quis melhorar... depois veio a morte do meu marido...*

*Eu tenho uma foto aqui... Se falar a senhora não acredita.*

*(Retira da bolsa uma foto na qual ela está muito emagrecida e abatida e me mostra)*

*- Aqui eu já tava boa... Quem já passou por tudo isto! A turma não acredita.*

*(Retira outra foto, um crachá para o transporte gratuito):*

*- Eu tenho 66 anos... Olha como eu era... Eu passei tudo isto...*

*Meu problema é ficar sem dormir.*

A Sr<sup>a</sup> Clotilde nos conta duas histórias dissociadas, a da quase morte sua e do milagre que a curou e a da inesperada morte do marido. Vivendo a morte do marido agora parece que não tem lugar para colocar a sua vitalidade que atribuiu ao milagre de sua cura. Traz fotos para eu ver do antes, doente e do depois, curada e cheia de vida. Isso ocorre como uma solicitação para eu integrar o que está dissociado. Fala da filha que a *salvou* na UTI, impedindo que ela fosse entubada. O

médico, Deus, os outros filhos, o marido falecido, todos são bons para ela, ela pode ter vitalidade existindo porque ela existiu para alguém, como afirma Safra. Não há espaço para a morte neste si mesmo. *Eu me cuido!*

Porém a noite chega, a morte ronda, a solidão se estabelece e é sem a presença de outro que a morte insiste em se integrar. A Sr<sup>a</sup> Clotilde recusa, nega: *eu trabalho, eu trabalho... às vezes...*

Safra ao falar das questões ontológicas expressa como é difícil nos tempos atuais permitir que as grandes questões humanas venham à pauta. A Sr<sup>a</sup> Clotilde nos mostra que esta dificuldade é ainda maior quando ela se impõe já na idade avançada e mesmo com tudo que o envelhecimento impõe ao corpo, para fazer essa aproximação existe uma forma de negá-la: *eu estava lúcida, lúcida, não estava acreditando em nada... não tava com um pingo de medo...*

O engessamento apresentado pela Sra. Clotilde foi possível. Talvez essa foi a primeira vez que isto ocorreu para ela, porém agora com a morte do marido, as coisas pioraram. Não tarda mas retorna, como disse Safra. A sua insônia, as dores de cabeça, surgem como sintoma dessa dificuldade de despertar para as questões com o sentido de nós.

Não dá para dormir, ela afirma. Para dormir precisa da garantia do outro que ela retornará do sono.... como se esse sono fosse semelhante ao sono eterno. Assim, mesmo sendo medicada briga contra o sono.... luta para se manter acordada. Não pode haver integração de corpo e mente dormindo.

A dissociação, que teve que fazer para afastar a morte de seu corpo que fica ameaçado quando a morte habita a mente precisa se manter. A noite e o dia, o sono e a vigília, a mente e corpo. Busca nos profissionais de saúde a sustentação de sua mente

que contém a morte... precisa afastá-la do corpo. Porém, esse afastamento mente corpo é despersonalização, se por um lado permite a manutenção da vitalidade do corpo, por outro desestrutura e desintegra o *self*. Assim, a desintegração é uma defesa ao medo do aniquilamento. Precisa elaborar a questão ontológica da morte e pede para os profissionais de saúde sustentarem sua mente, através das queixas de dores de cabeça como se pedisse para livrá-la da presença da morte.

O sentir-se sozinha e com medo revela a falta de esperança e a ausência de criação de algo que posso ampará-la. Nesse momento não reencontra o Deus citado anteriormente, que a salvou da doença que teve. Não há um espaço potencial, onde poderia através da espiritualidade ter um amparo à sua dor. Na ausência deste, não há como enfrentar sozinha o desamparo que lhe acomete.

### **3.3 Entrevista 3 - Sr<sup>a</sup> Leda**

A Sr<sup>a</sup> Leda é solteira e sempre residiu com os pais, principalmente depois que o pai faleceu, permaneceu em casa cuidando de sua mãe, que alguns meses antes da entrevista havia falecido. Residia na casa com a mãe, no mesmo terreno onde havia a casa da sua irmã viúva com três filhos. Há mais de 10 anos a Sr<sup>a</sup> Leda tem dificuldades de sair de casa porque possui uma hérnia entre as vértebras da coluna cervical. Mora numa ladeira e não possui automóvel e, por isso, sempre recusou os tratamentos fisioterápicos que lhe foram oferecidos. Tem 66 anos.

- *Eu fiquei meia assim... esquecida das coisas. O problema da minha mãe... tudo.*

- *Minha mãe faleceu... ah...*

- Isto. Faz tempo que eu estava marcado com a senhora. É que eu demorei para marcar por causa da minha mãe. Aí no dia eu não pude vir e a menina remarcou. Foi antes da minha mãe morrer... Eu andava meio esquecida... com a perna inchada... dores nas pernas... meio cansada... Agora é que estou mais conformada.

- Eu me sinto ainda com desânimo. Dormi, eu não durmo... uma noite sim... a outra não. Eu perco o sono na madrugada... Mas isto já faz tempo.

- É isto não incomoda... Eu sempre levantava para olhar minha mãe... acostumei. Uma vida... Eu tinha medo que ela caísse à noite...

- O que me maltrata é esta dor. Eu tenho hérnia de disco e o nervo ciático... e não melhora. Em casa eu ando o dia todo, eu não sinto nada. Quando tinha a minha mãe, eu não parava, o dia todo tinha coisas para fazer, mais coisas né... eu sentia um pouquinho de cansaço nas pernas... Agora eu não sinto cansaço... Me dói... Mas é eu começar a subir uma subidinha de nada... até o Hospital. Stella Maris... eu não agüento... Mas dói... Dói...

- Agora tá sossegado... Eu faço o meu almoço, dou uma arrumada na casa, depois sento lá, faço crochê. Às vezes eu deito, depois do almoço, um pouco né... Faço crochê para distrair um pouquinho. Quase não saio. Difícil eu sair. Vivo enfiada. Só saio para ir ao mercado, porque minha irmã também não pode andar. Eu já me acostumei ficar em casa... eu ficava sempre com minha mãe...

Questionada sobre atividades fora de casa;

- Eu até tenho vontade... Mas na mesma hora eu penso nas dores da minha perna... Meu Deus que dor!. Eu subo um pedacinho... eu tenho vontade de voltar para casa. Agora vamos ver né... o quê que o ortopedista vai dizer... Eu já passei lá há muito tempo, ele disse que não precisava operar... que ia melhorar... Mas... não melhora nada... essa dor... não sei... eu tenho vontade de andar... até... a... esqueci o nome dela... eu vou esperar um pouco (se referia a atividade oferecida pela fisioterapeuta)... aí eu vou marcar para ir... no grupo... no grupo da...

Os sintomas de Sr<sup>a</sup> Leda são corporais. *Dor, dor, dor* que lhe retira a possibilidade de interagir no e com o mundo. A doença desta entrevistada é da estrutura do corpo, o que compromete o corpo todo. Berlinck nos fala da dor como a defesa para o desamparo de não sentir-se. A dor instaura o psiquismo, diz Freud. Guntrip coloca as doenças psicossomáticas como a forma corporal dos pacientes que

possuem um ego fraco. Satisfações narcísicas, diz Ponte. O fato é que essas dores são impedimento real do movimento. Não houve, ou talvez perdeu-se o sentimento de si com o outro, não há gestos, não há esperança, alguém para encontrar como nos diz Safra e ela fica sentada em casa, sem sair, entregue a desvitalização de seu corpo e de sua mente.

Apesar deste isolamento, na casa onde viveu com a mãe se tornando o único espaço do qual ela se apropria, me faz pensar nas experiências sensoriais que constitui o seu *self* com sua mãe. Este espaço, poderia ser ampliado, como um espaço potencial, para poder usufruir novamente do que esse espaço real lhe proporcionou, transformando-o agora no campo transicional, porém não há vestígios de que isso ocorra.

Sr<sup>a</sup> Leda nunca se separou da mãe. Não trabalhou fora, nunca residiu em outra casa e não sabemos se teve ou não algum namorado. Parece que se não ocorreu separação não houve criação de um espaço transicional e, portanto, não há como usufruir dele nesse momento.

Os sintomas corporais situam-na como portadora de um desenvolvimento precário de *self*, como Guntrip aponta. Ego não constituído completamente pela ausência de uma mãe suficientemente boa, pela falta de amor. Quem não existe plenamente não tem como criar, como relacionar-se no espaço externo, vive com pouca vitalidade, as tarefas do cotidiano, no único espaço onde pode existir.

Assim, a integração é a tarefa ausente que D. Leda busca encontrar com o apoio dos profissionais de saúde, os médicos, fisioterapeutas e também a psicóloga. Sem integração não se alcança a personalização e nem a realização.

### 3.4 Entrevista – 4 - Sr<sup>a</sup> Carlota

Esta entrevistada tem 67 anos. Possui bronquite há muitos anos. É viúva há mais de 20 anos e reside sozinha. Têm 2 filhos, 4 netos e mora no mesmo quintal da filha que é separada do marido e mora com uma neta. A Sra. Carlota nos diz:

- *Eu não consigo dormir porque eu ouço um zumbido no ouvido... o tempo todo...*

- *Eu não sei o que é que é. É um nervoso, é uma depressão tão grande, uma tristeza, uma angústia que eu não agüento. Tem dia que a minha vontade é só chorar... eu não tenho vontade nem de comer, nem de nada. E nisto eu estou estufando... por isto eu estou fazendo tratamento... eu tô numa dieta rigorosa*

- *Já tem um bom tempo né. Inclusive fez 1 ano em dezembro que eu fui encaminhada para o psiquiatra... mas não tem... aqui para fazer tratamento da depressão... e não consegui, né... não tinha vaga. E eu não fiz tratamento.*

- *Tenho bronquite. Mas eu não estou sentindo mais nada. A vida toda eu tive (pausa)*

- *É uma canseira... uma dor nas pernas que eu não agüento... (pausa). que eu não agüento... que desce por aqui oh... bem aqui (mostra) e eu não agüento. Ai eu tomo banho... deixo cair água bem quente, eu faço massagem, passo pomada...*

- *Sou sozinha! Sou viúva. Tenho 2 filhos casados. Meu filho mora afastado. A menina mora parede e meia comigo... tenho netos...*

- *Agora é que está piorando... (se referindo ao tempo que está com problemas)*

- *Aconteceu alguma coisa... a senhora tem idéia do porquê?*

- *Não sei. De repente... Uma aflição... uma vontade de chorar... eu já... eu fico sozinha mesmo né... então... Não agüento esta dor de cabeça... assim o tempo todo. Eu tenho muita dor de cabeça, muito, muito, muito. Para dormir a coisa é mais difícil... e eu não durmo de dia...*

- Incomoda. ...Nem ela, nem as meninas... É assim... só quando precisa... quando precisa tão lá... E... quando elas precisam eu vou e resolvo... Quando precisam tudo sou eu... Tudo é a avó... Só que elas têm eu... e eu não tenho ninguém..

- Solidão... solidão.

...

Só que não é toda hora que precisam da gente... Eu fico bem... eu vou, eu faço, eu resolvo... Mas não é toda hora que precisam da gente.

-É... Depois de tanta cortisona... eu ia direto tomar soro com meticortem... Os tratamentos eram demais... fiquei dois anos e meio...

As pernas mesmo... tem 5- 6 meses que começou. E agora tá pior... Pior mesmo... Esta dor no corpo todo, coluna, este bico de papagaio, é a artrose...

Então... estas coisas tudo vai mexendo com minha cabeça... Uma pessoa que sempre foi ativa... sempre fazendo uma coisa, fazendo outra... eu nunca parei...

Resolvía o problema de um, de outro...

Mas agora, ultimamente... eu falei... acabou... (fala com voz chorosa) Eu não estou agüentando mais não... e isto vai dando aquela depressão... a angústia... e aí quando é à noite... A televisão não tem nada que preste. (silêncio)...

(da relação com os filhos)

- Não, eu não posso falar nada com eles. Se eu falar eles dizem: frescura.... Chegou o dia de eu ligar para ele... eu ligar para casa dele, para ele me levar quando eu estava nas crises... é 5 e 8 da manhã...

.

Eu falei: foi só dessa vez. Eu falei para ele: Nunca mais! Você pode ficar tranqüilo... pode socorrer teu sogro, tua sogra... porque comigo... você não vai correr mais.

Nossa! O que eu sofri porque eu chamei ele... não foi brincadeira.

- Acho que foi maio, junho... Acho que este mês aqui, julho faz 1 ano. O médico estava me examinando e ele dizendo: isto é frescura... Me destrutando... Até que o médico disse para ele: Como é que é frescura moço? Tua mãe tá na beira de um derrame, a pressão dela tá 22 x 14... Essa mulher não tem ar para respirar...

Mas eu agüentei o que eu quis e o que eu não quis... ele falou: Não me chama mais... não me chama mais porque eu tenho vergonha de você... Isso me marcou demais...

Bronquite, artrose, bico-de-papagaio, dores no corpo, solidão, angústia, mágoa, nervoso, depressão, tristeza... O corpo de Sr<sup>a</sup> Carlota está sofrendo tanto

quanto seu psiquismo. A esperança não existe... Não há lugar na presença do outro para ela. Os filhos não a olham, as netas não a olham. O gesto é tímido.... às vezes vai à procura do outro, mas às vezes o que é encontrado é pior do que a solidão. Encontra o filho que diz que tem vergonha dela ou a filha e netos que não a querem, mas querem o seu dinheiro.

Esse corpo que não encontrou lugar com o outro que precisa ser nomeado será que teve um incremento de sintomas numa busca inatingível?

O fato é que sem esperança não há gesto como disse Safra. Cada vez mais seu gesto é retraído e vivencia a experiência de solidão e de dor, a angústia. Portanto esse fato demonstra uma alteração na realização, como conceitua Winnicott.

A falta de ar, a bronquite é dita pela paciente que não mais a incomoda. Esta falta de ar parece que sempre anunciou a falta de um lugar para ela no mundo externo. Quando diz que isto não mais a incomoda, pensamos que quer dizer que não faz mais diferença, se retraiu... não está mais em busca de um lugar.

Inicia suas queixas pela insônia e um zumbido no ouvido. Ambos incômodos na cabeça. Safra nos diz que a cabeça sustentada é uma situação importante no desenvolvimento da criança, instala a mente no psiquismo e revela o equilíbrio mente – corpo. Ela diz que deveria ir ao psiquiatra. Como se estivesse apontando como está abalada nessa integração, na sua saúde psíquica. Como existe alteração na personalização.

Reconhece seu corpo, assim como reconhece seu psiquismo: têm atitudes para não permitir que haja a desintegração mente- corpo...procura atendimento, massageia o corpo, usa pomada, deixa água quente cair no seu corpo.

Esse reconhecimento e integração fazem com que tenha momentos de reconhecimento e valorização por suas netas: *elas recorrem a mim, sabem que na hora é a vó.*

Em seguida, lamenta? eu não tenho a quem recorrer.

Sr<sup>a</sup> Carlota demonstra um reconhecimento do que se passa consigo mesma, lamenta um desamparo real com o qual sabe que terá que lidar... Vive a depressão pelo objeto perdido, como na melancolia a dificuldade de elaborar tal perda fez com que introjetasse o objeto que recrimina... *só eu sei o que eu ouvi dele...Não me alimento... só choro.*

### 3.5 Entrevista 5 - Sr<sup>a</sup> Laila

A Sra Laila tem 60 anos. Uma aparência jovem, um discurso mais elaborado que a maioria dos pacientes que nos procuram. Viúva há 2 anos. Dois filhos solteiros e um neto, todos residindo em sua casa.

Falou direto durante todos 45 minutos da entrevista. Detalhes e mais detalhes para falar de sua adição ao diempax, com o qual *não pode viver sem (sic)*. Na contratransferência me senti muito mal. Me senti invadida e atacada, tive uma tontura, no momento em que encerrava e dizia que eu não sabia nada sobre ela e que precisávamos marcar outra entrevista.

Início:

- O que a senhora tem?

- *Tenho tudo e não tenho nada.*

- Tudo o quê?

- *Porque eu sou dependente de um remédio chamado diempax... Eu não sou viciada... eu sou dependente... porque eu acho que não é a mesma coisa... Eu fui à UBS e pedi encaminhamento para o reumatologista... ele pediu os exames... acusou... ele me tratava da coluna... ele me encaminhou para*

*o ortopedista. Aí o ortopedista disse que é reumatismo nos ossos... Aí eu passei na moça (se referindo à Geriatra) me passou com todo mundo... você é a Última...*

*Eu percebi uma coisa... eu não posso ficar sem o diempax. Eu tenho que usar o diempax de 10mg. Não adianta usar o diempax de 5 mg. Não adianta tomar antidistônico... Não adianta usar outros tipos de drogas... que o Dr. Sinval, o Dr. Joel, sei lá... Eu já passei nuns 4, 5 médicos e já trocaram um monte de vez... várias... Inclusive fórmulas...*

*Eu gostei muito do Dr. Joel, reumatologista... ele cuidou bem de mim... mas nem tudo é durável... eu perdi o convênio... e preciso do SUS.*

*... Bom... na realidade eu não consigo levantar muito cedo... eu começo a ter tontura... Inclusive na segunda feira... Bom, vou voltar um pouquinho para trás para falar de segunda feira. Uns 10, 15 dias atrás... A gripe me pegou... Não fui eu que peguei ela, porque eu não fico atrás de doença, tenho pavor de farmácia, porque meu dinheirinho é sagrado. Minha filha trabalha no Aeroporto... Ela trabalha com o público... Ta sempre gente doente lá... ela ta sempre doente... o filho dela... fica sempre doente... e eu... ai então... 4, 5 dias depois estão tudo mundo doente em casa, o filho o irmão, ela, eu... Aí fica quase dois meses, todo mundo doente... E eu tomei muito remédio... é chá, é xaropes, vick, diversos.*

*Como eu tomo o diclofenaco eu não posso tomar vitamina C. Aí eu tive que parar os anti-reumáticos para tomar remédio para gripe.. Aí eu fiquei 8 – 10 dias tomando os remédios... porque eu quero sarar bem. E na segunda feira eu tive este problema. Aliás, no sábado eu já estava sentindo que ia acontecer isto... Mas eu não dei bola... Mas aí, na segunda, não teve jeito... Eu acho que foi uma espécie de... eu senti... queda de pressão um mal estar, uma fraqueza enorme... diarreia então, nem se fala.. acho que 5 h da manhã eu já tinha ido umas 5 – 6 vezes ao banheiro.*

*... - Quando eu vi... Para não acontecer este fato eu tenho que tomar.... Infelizmente é só isto... Eu tenho que tomar.....*

*- Como assim? Que fato?*

*- Esse mal estar... É uma fraqueza... parece que eu não como há 10 dias. Minha barriga parece que está atrás das costas... E olha que sou gordinha... Eu peso 70 kg, tenho um metro*

*- Hoje, o que incomoda é tomar o diempax?*

*- Me incomoda sim... e incomoda também tomar os anti-reumáticos. Todas as vezes que eu faço exames, acusam... Eu não consigo lembrar: ácido úrico, e aquela reação "criativa"*

*- Creatinina?*

*- É. O fato é que eu sinto muita dor no corpo, principalmente nas articulações... eu sei que me aperta aqui... Artrite, artrose... Já fiz vários exames, raios x,... Quer dizer... eu sou uma variedade de coisas que me deixam triste... talvez por causa disso eu me sinta mal... por isto... psicologicamente né... Ai*

*agora, com esta semana, na terça eu voltei aos remédios normais... o anti-reumático, o anti-inflamatório, o diempax...No caso, eu percebi que tenho que tomar uma dose maior. Essa semana eu tomei: meio de manhã e um a noite... para poder dormir... É chato passar a noite acordada... Já... eu já passei a noite acordada tantas vezes... é*

(continua contando com todos os detalhes do porque sim e do porque não tomar diempax)

- Então, eu vou lhe dar uma má notícia: psicóloga não prescreve.

- *Entã, eu vou passar mal... vou ter que ser internada porque se eu fico sem esse remédio, eu caio.*

- *Você está certa... eu sei... eu sei... Tem que ser assim... eu ouço os programas de saúde na televisão... Eu sei como é*

(Parece ter ficado encontrando desculpas para controlar sua agressividade contra mim).

A Sr<sup>a</sup> Laila busca integrar todos esses acontecimentos no campo da experiência psicossomática, pois parece que a mente se desenvolveu antes da experiência do ser...e tudo isso que lhe aconteceu, na verdade não aconteceu. Ela não vive a experiência, expulsa e projeta no outro. Sua experiência só acontece a nível mental. Por isto minha tontura, por isto o meu mal estar... Mesmo ela falando, falando a experiência não é sentida por ela, não é integrada nela.... é sentida no outro.

Difícil podermos afirmar se essa história é de seu envelhecimento ou sempre foi assim a sua história de vida. Winnicott nos fala do falso *self*, onde a mente é desenvolvida para proteger a criança da falta de uma mãe devotada, como uma forma de continuar existindo por uma prótese na qual há inteira submissão ao ambiente, para confirmar a criação mental.

As doenças reumáticas da Sr<sup>a</sup> Laila confirmam a não constituição corporal. Por ser uma doença degenerativa podemos ver suas raízes à fase de indiferenciação quando a mente criadora do ambiente destruía o ambiente real, a mãe boa pois não precisava dela, havia construído na mente a sua própria mãe: ela se medica, ela se

cuida, não necessita do outro. O outro ser-lhe-ia útil caso pudesse lhe fornecer uma receita de diempax... mas como não pode, e ela compreende que não pode, não precisa de ninguém.... Essa anulação que faz do ambiente acabou lhe prejudicando até lhe impossibilitando, de como na situação comigo transferir a sua raiva. É em seu próprio corpo que o ódio se concretiza, matando as células na doença reumática.

A construção de um falso *self* começa a ser desmantelada no envelhecimento, como nos aponta Safra. As defesas de desintegração, despersonalização não podem ser alcançadas, pois não fizeram parte de sua construção. Assim ao invés de uma desintegração do *self* para defender-se da não integração e uma despersonalização para defender-se do fracasso na personalização essa paciente fica sem defesas. A degeneração de suas células, vividas no reumatismo caminha para inexistência como a inexistência de um *self*, que o falso *self* revela. Sem *self* não há personalização e nem realização.

### **3.6 Entrevista 6 - Sr<sup>a</sup> Sonia**

A Sr<sup>a</sup> Sonia tem uma aparência jovem, demonstra bastante vitalidade na voz e nos movimentos, anda rapidamente, é atenta ao espaço e às pessoas que a circundam. Tem dois filhos, jovens, universitários, sendo um rapaz e uma moça, o rapaz é noivo, do qual ela fala com muito orgulho e preocupação pela situação presente. O marido tem 2 anos a menos de idade do que ela, e por isso ainda não é aposentado. Está desempregado.

*- Eu sinto muita dor de cabeça... tontura demais... eu tô com vontade de ficar deitada... com pés para cima... e tenho tontura... Tomo tudo isto aqui de remédio (retira uma sacolinha e começa a despejar*

sobre a mesa os remédios). *Faço tratamento com o ortopedista... fui encaminhada para o grupo de coluna...*

- O que mais a senhora sente... além das dores?

- *Eu estou muito esquecida...*

(silêncio).

- E, como está a vida da senhora?

- *De uns tempos para cá a minha vida tá muito difícil. Meu marido está desempregado há 3 anos. Meu filho tá na Caixa há um ano e 2 meses. Este mês eles cortaram o pagamento dele.*

*(continua falando dos assuntos do filho com o INSS).*

- E a senhora?

- *Desde segunda feira que estou ruim mesmo. Minha filha chegou do serviço e perguntou: o que a mãe tem... eu estava deitada... porque não me agüento... Marcaram o cirurgião vascular... estou esperando até hoje nada... Eu não agüento de dor.*

*Eu estou muito preocupada com meu filho. Eu não sei se ele consegue voltar trabalhar... meu marido está fazendo bico...*

Sr<sup>a</sup> Sonia parece viver a descoberta do envelhecimento. Rodeada de jovens. Possui uma vitalidade aparente que destoa de suas queixas de falta de vitalidade. Ao mesmo tempo, a sensação de tontura, as dores na coluna os problemas circulatórios parecem querer lembrá-la do envelhecimento. Teme que a integridade de si mesmo corra perigo, sentir tontura ou ansiar que sua cabeça seja sustentada é como nos falou Safra, um dos sentimentos mais fundantes do homem. A dor, na coluna, parte corpórea que sustenta o corpo, mostra a luta para manter a personalização. Como diz Winnicott, a despersonalização pode ocorrer durante toda a vida. Os profissionais fisioterapeutas, ortopedistas, cirurgiões devem nomear seu corpo ameaçado de manter

a estrutura, de manter a integridade de si. Como afirmam Safra, Guntrip, Winnicott e Tizard com o enunciado de um corpo fragilizado que anuncia a perda de vitalidade, as questões de integridade do si mesmo são reatualizadas, juntamente com as questões ontológicas da humanidade a qual a visitação da morte representa. Também essa revitalização corpórea falada por Sr<sup>a</sup>. Sônia, nos remete ao retraimento do gesto descrito por Guntrip ao falar de um eu fraco. Na discussão de Guntrip, a desvitalização é devido a falta de presença humana no momento da constituição do *self* para ajudá-lo integrar seus impulsos primitivos. Há um temor que seu gesto destrua o outro e por isso necessita ser retraído.

Não temos material discursivo, nessa entrevista, para afirmar se há semelhança neste retraimento da Sr<sup>a</sup> Sônia ao formulado por Guntrip. Somente sua aparência e a contra-transferência sentida por mim durante a entrevista, a estética do seu *self* como nos aponta Safra expressa na sala de entrevista, me fazem afirmar que ela tinha vitalidade, porém seu discurso é de retraimento.

Assim todas as alterações que questionamos no início do nosso trabalho estão expressas no envelhecimento experimentado por Sr<sup>a</sup> Sônia. O receio da desintegração, a alteração na realização e a despersonalização como defesa.

Despersonalizar-se significa, nesse caso, não unir a finitude, a morte, que se representa na mente com a chegada dos 60 anos, com seu corpo para não desvitalizá-lo. Dissociar é uma defesa para que a morte não atinja o corpo. Essa é uma hipótese, na qual a despersonalização é a defesa encontrada. Porém, experimentada como algo muito ruim.... não poder existir como um *self* com corpo vitalizado. Para existir a integração o corpo tem que presentificar a morte, tem que ser desvitalizado.

Outra hipótese é de que a desvitalização, a ausência do gesto foi a forma que Sr<sup>a</sup> Sônia vivenciou a integração no início da vida. Pela ausência de uma mãe suficientemente boa ela não pôde ser sustentada em toda sua pulsão e vitalidade pois colocava em risco a existência do outro e por isso se retraía. Conforme Guntrip indicava, ela não podia existir em toda a sua pulsionalidade. Assim, nesse momento em que vive a desintegração revive esta experiência de retraimento.

Assim, a busca de integração para essa paciente é a busca da integração da vida e da morte no *self*, ou seja, na mente e no corpo, sem dissociação, sem ter que expulsar a vida desse corpo.

Algumas questões podem ser levantadas com essa entrevista: quando as questões da integração e personalização são reatualizadas elas podem revelar a forma como o sujeito a vivenciou no início da vida? Será que Sr<sup>a</sup> Sonia teve dificuldades com a personalização e com o passar de sua história fez obturações suficientes para o seu continuar a ser, não tendo sido mais necessário temer o ambiente e agora, com o anúncio da terceira idade que inicia aos 60 anos está sendo retomada por essas vivências?

### 3.7 Entrevista 7 - Sr. João

O Sr. João tem 76 anos. É Evangélico, reside com a esposa e uma neta que é Professora de Educação Física. Tem uma filha que sofre de Esclerose Múltipla e que mora em São Paulo com o marido e filhos... *está muito bem (sic)... ela é muito forte (diz)*. Tem outro filho que mora aqui em Guarulhos, que foi bombeiro... mas hoje tem outro emprego. Diz que tem um bom relacionamento com os filhos e netos. *Todos são muito amorosos (sic)*. Freqüenta com a esposa a igreja evangélica, onde fez curso de música e toca trompete nos cultos. Há anos tem um rádio amador em casa que é seu passa tempo. Está também aprendendo a falar inglês. *Eu sempre quis aprender... agora surgiu a oportunidade... Eu acho que a gente tem que evoluir*. Foi sapateiro e ainda trabalha um pouco em casa. Pega caixote na feira e com as madeiras e restos de couro que recolhe nas fábricas de calçados fabrica, manualmente, estojos forrados com couro e pastas executivas. Devido a dificuldade de escolher trechos dessa entrevista, e a riqueza de seu conteúdo, resolvi transcrevê-la na íntegra.

Por que o senhor me procurou? O que o senhor tem?

- *Eu sinto assim.. estou velho... que é uma consequência da vida. Porque o ser humano... com tudo que existe um dia terá um fim... Só Deus que não. Ele é eterno... e tudo o que foi criado... que tem vida... o que tem vida, tem morte. Porque vai desgastando... o próprio tempo se encarrega de... é... ir exterminando tudo... e o ser humano com todas as coisas que existem na face da terra... tendem a desaparecer... poderá ter outra vida... como tem outra vida... Eu creio assim. Nós nascemos, vivemos, de acordo com aquilo...que... não digo sorte... aquilo que tem que ser para nós... muitas vezes podemos até criar até uma situação de vida para nós... e aquilo dá certo... outro dia não dá. Porque eu não acredito em sorte... E sim eu acredito que num ser positivo que é Deus e de acordo com ele nós vamos progredindo e depois regredindo para um fim... materialmente... porque na parte espiritual já é diferente. (pausa)*

Como o Sr. está se sentindo? (pausa) Ultimamente...

- *Eu me sinto assim como uma pessoa que tem que... tem que de encarar chegar a minha idade... chegar a minha idade... e qualquer uma pessoa... qualquer um ser humano jamais ele vai ficar contente... que aquilo vai se acabando... nada... nós... quer dizer existem coisas que nós queremos que termine... como um trabalho... ou um trabalho, qualquer outra coisa nós queremos que aquilo chegue ao fim, . mas a vida... a vida já é diferente... quer dizer, cada tempo que passa... então gente vai se modificando... seja ele quem for... até ele jamais ele vai ficar contente porque ele está envelhecendo... é a mesma coisa... a gente tem uma roupa bonita, começamos lavar, usar, lavar... ela vai envelhecendo... talvez se falasse aquilo lá... talvez falasse ah... eu não estou gostando... estou perdendo toda a beleza... as pessoas ao ver tudo que vai se esvaindo... vai se terminando, vai perdendo a beleza e aquilo que se pudesse falar... lógico que iria... não queria, não, não queria, e isto é... todos nós... aquela pessoa ter o prazer de um velhinho... sendo que se ele tivesse a possibilidade, que muitas vezes eu falo para minha esposa, eu digo, senta nós dois assim, e conversamos eu digo assim, e ela também: nunca mais voltará aquilo que nós éramos, se nós falamos isto... é porque nós... lamentamos... porque é tão bonita a mocidade, a juventude... É a coisa mais linda do mundo, um jovem, uma jovem, tem o amor, tem as paixões, tem tudo... E o amor de um jovem é mais bonito do que um amor de uma pessoa de idade... Eu tenho 76 anos, se Deus quiser eu vou completar 77, mas, eu lembro da minha mocidade. E não fui como rico, não fui também, classe média, mas fui uma pessoa comum... Eu fui contente... quer dizer contente naquilo que foi a minha idade... porque jamais um homem ou uma mulher, ela pode... vamos dizer assim, porque existem pessoas que têm espírito de jovem... A sra. acho que entende o que é espírito jovem... eu estou falando o que eu entendo. Que uma pessoa, um jovem... ele... bem diferente bem diferente... cada pessoa, cada um tem um prazer... eu mesmo como eu já relatei aquele dia... tudo que eu tenho vontade... eu sei quem foi Deus, eu creio em Deus, um ser vivo, que domina tudo aquilo na nossa vida...tem pessoas que não crêem... mas eu... tudo aquilo que eu almejei... não alto... sonhar alto... eu penso uma coisa em fazer eu faço. Uma vez eu trabalhava no Ibirapuera... eu não sei se estou falando demais. Eu fui ver uma exposição de quadros... eu trabalhava na limpeza pública... Eu vi aqueles quadros... que coisa mais linda... eu fiquei impressionado... teve duas que me chamou muita atenção... um quadro que parecia o fim do mundo... ai andando um pouco mais parecia que o pintor jogou as tintas e aquilo me impressionou... de perto não se via nada, mas de longe era uma vaca holandesa com o filhote... aquilo me impressionou. Eu cheguei em casa e disse para minha esposa, eu vou pintar... –Você é doido, disse ela. E eu pintei, pintei 5 quadros. Isto já faz mais ou menos 30 anos... eu pintei, nunca estudei pintura nada... não tem nada de prodígio... o homem e a mulher tendo força... ele vai vencer tudo... Vou mudar um pouquinho... só... Vou mudar assim... o homem é um ser de Deus. ... Feche aspas... E eu pintei... Pintei aquele quadro... achei bonito, pintei uma espatódea, uma flor... de longe era uma flor mesmo... de perto era uma pintura... Eu gostava muito de novela... assisti uma novela... era... (falou um nome), com um fim meio trágico para aquela personagem... e eu consegui pintar. Depois pintei... foram cinco quadros... pintei outro “São Paulo Progresso” coloquei em casa... flores... gosto muito de flores... a espatódea, ela é feia... mas muito bonita... O importante é que eu conseguia*

*passar as coisas para as pessoas... Depois eu pintei outro... quando fiquei internado 5 dias quando tive um acidente. Ai fiquei olhando o céu, vermelho.... fico olhando (você vai me chamar de doido) as nuvens... Então a minha vida foi assim... sempre o que eu almejei... foi Deus... deu nas minhas mãos. Deu na minha cidade, na Bahia, a primeira vez, em 1945, depois da guerra, é... eu era muito jovem... e passou um avião... jamais eu pensei em aviação... jamais... aí eu falei para minha mãe: Mãe tenho vontade de ser um aviador... Menino fica quieto... minha mãe sabe como é... na cidade do interior... menino você para com isto... eu digo, mas eu tenho vontade... e aquilo, sabe como é, como o meu pai era sapateiro e minha mãe era modista... eu trabalhava muito bem com minha mãe, coisas de moda... às vezes eu vou falar alguma coisa... você vai pensar que eu era afeminado... Não é nada disso. Minha mãe, segunda... (mãe de criação, conforme havia contado na entrevista de triagem). ela fazia os moldes, eu ajudava ela... eu tinha o dom do desenho. Eu fui criado com muito mimo... não que eram ricos, mas eles vieram de Portugal, tinham outra educação, e me criaram... fidalgos... a educação era em casa... sentávamos todos na mesa... na hora da refeição... tinha uma irmã que servia... pedia licença para o pai, para a mãe para sair da mesa... quando eu saía para escola, que hoje eu não vejo mais isto... deixe eu ver suas unhas, já escovou os dentes, deixe eu ver suas orelhas, sua roupa tá limpa? não, tá amarrotada?...isto há 60 e poucos anos... já existia isto... Por isto quando eu vim para São Paulo eu sofri muito.*

- O senhor veio sozinho?

*- Eu vim com um tio. Mas não procurei meus tios, em S. Miguel Paulista. Trabalhava na Nitroquímica... eh... eu... sempre minha mãe falava assim... filho um dia você vai chorar... você vai abraçar meu xale.... você não vai ter... porque o mundo é um professor, mas muito duro, um professor que não tem dó, você vai aprender muita coisa, ai eu peguei, como eu já falei meu pai era sapateiro, meu pai fez uma mala para mim, e eu viajei... com o meu tio*

- Quantos anos o senhor tinha?

*- Dezesete para 18 anos... ai eu cheguei em S. Miguel, fui morar num quarto com mais dois tios meus... mas eu não queria... eu queria... uma evolução... eu não queria ficar ali em São Miguel... não que eu queria desprezar eles porque eles eram operários... eles me arrumaram e eu trabalhei... mas eu queria achar coisa melhor... Abriu a escola aeronáutica... e tava no meu tempo de servir... era comigo mesmo... posso falar tudo né... Na aeronáutica era uma farda muito bonita... tinha muitas namoradas... enganei muitas... não enganei... enganei na conversa... eu era muito galanteador... mas eu não tinha, quando eu saí de lá, eu pensei e agora... o que eu vou fazer... porque eu não tinha... o salário era pouquíssimo, porque nós tínhamos lá o alimento, o que eu vou fazer... as moças... Roupa eu não tinha, porque só tinha a farda... Eu só tinha a roupa do Norte, aquela roupa de brim... Ai quando foi um dia... os colegas saíram e naquele tempo eu não consegui estudar para seguir carreira, por causa da álgebra, e ai eu e um amigo saímos e conhecemos duas moças. O meu amigo ficou com uma moça, mas a colega dela não me aceitou. Ai um dia eu fui com ele, na porta da firma e fui com ele, meu amigo saiu com a namorada dele e eu fiquei lá na porta... aí ela apareceu... e aí nós namoramos... inclusive eu não tinha dinheiro... não tinha nada... quando deu a minha baixa... eu*

*liguei para ela do aeroporto...porque com aquele barulho de avião... eu comecei a dizer para ela que iria embora... aquele choro... mas era tudo mentira... encenação... Ai eu fui embora... fui embora para São Miguel Paulista... ai eu fiquei na pensão de uns amigos... não consegui emprego. Me arrumaram um serviço para mim trabalhar num bar. Naquele bar não deu certo... Noutra bar não deu certo... Ai do Belém para o Brás, sem dinheiro nenhum, eu sentei naquela praça... naquele tempo não tinha perigo... Aí eu fui para o Brás... no meio dos mendigos... aí veio um guarda e tocou todo mundo e disse para mim... essa gente é tudo bandido... eu estou vendo que o senhor é um moço novo... não fique no meio dessa gente. Ai eu tomei o trem das 5 horas para S. Miguel. Fui num bar procurar emprego, o senhor que era um português, me disse que não tinha mais mas me disse que eu devia ir numa pensão, que tinha muita gente da minha terra. Ai eu fui na pensão. Chamava sindicato dos bêbados... tinha gente que dormia a noite, e quem trabalhava de noite, dormia de dia...naquelas camas de capim... tinha sopa... café... Aí pela manhã eu fui num outro lugar, numa padaria comer e chegou um senhor com uma capa... e eu comecei a conversar com ele. Ele era de Estiva, na BA e ele era um sujeito com bastante idade, alcoólatra: o senhor conheceu fulana de tal... ele disse sim... Descobri que o sujeito era meu tio... e conversamos bastante... e aí ele disse que ia me ajudar...fez uma amizade comigo... A situação dele não era boa... ele tava abatido... eu aceito ... tal. ... Eu cheguei no quarto dele, tudo sujo, uma frigideira... quarto de bêbado... fiquei contente... mas eu queria é sair dali e ir para a capital... vir para o aeroporto. Trabalhei na Varig. Eu comia, meu alimento era o que vinha dos aviões... tinha um lanche muito bom, do Rio Grande do Sul. Os colegas guardavam para mim. Eu fiquei lá... depois eu arrumei... falei com um senhor da Varig, Sr. Rubens Berta... ele era o presidente... Ele falou o senhor vá para o Rio Grande do Sul, estudar para aviador... Mas surgiu um amigo meu, da Pan Air eu ganhava muito pouco e o amigo influenciou... vamos para a Pan-air... Aí eu recebi a carta para o Rio Grande do Sul, mas eu já estava na Pan-air... claro que eu não podia mais ir...Aí eu conheci minha esposa... eu casei... é outra história linda... depois de 28 anos nós se encontramos e casamos Da Pan air eu fui mandado embora, recebi um dinheiro, um agiota me levou o dinheiro todo. Nesta época eu já tinha uma pensãozinha com minha esposa, uma mulher muito trabalhadora... depois eu comprei um terreno em Guaianazes, eu perdi, um em S. Matheus, também perdi... Eu já pensei em escrever um livro... um livro bom... que dá prazer pros outros lerem...*

- Ok... Mas... da primeira vez que o senhor passou comigo, o senhor falou da angústia, da depressão, disse que tem uma ansiedade que maltrata o senhor... Fala um pouquinho disto... Como é? Quando começou? O que é isto?

- Eu... faz muito tempo... muito tempo ... eu senti uma vez... há muito tempo...lá na cidade... eu senti aquela coisa... fui ao pronto socorro... no PS Municipal lá.eu tomei uma injeção lá... parou... depois não veio mais nada...

- Faz quanto tempo?

- Ah...tem muito... a senhora não era nem nascida ainda... a doutora não era nem nascida ainda... Então eu... fiquei, fiquei, fiquei, muito tempo não senti mais nada...alegria... eu sou uma pessoa alegre, eu sou muito alegre...gosto muito assim... às vezes até eu me considero que... agente... é... que tem pessoas assim... que já está com bastante idade... e começa a se infiltrar nos meios dos jovens... ai as pessoas até julgam... aquele velho ali fica se metendo no meio dos jovens... mas não é nada disso... aí parou, acabou... Mas... houve um... na minha casa... faz... deixa eu ver: 5 anos... A minha casa quase pegou fogo... eu coloquei uma lâmpada lá numa área... e tudo certinho... quando eu liguei, a luz... só veio fogo... .aquela fumaça... um calor enorme... aí eu cheguei... meu Deus do céu, eu subi na casa... lá encima de minha casa... aquele telhado... arranquei aqueles fios... tudo... Tudo bem... Noutro dia... subi, cortei tudo certinho... acertei... liguei... Ai eu liguei, quando eu liguei outra vez, ai o fogo outra vez, minha esposa aquele dia na cozinha... naquele tempo ela enxergava... hoje não, ela é deficiente visual... aí ela como uma frigideira no fogo... ela correu e foi desligar a chave... eu subi no telhado e ai quando ela volta viu o fogão na frigideira. Ela jogou a frigideira no chão... O fogo ta pegando na cozinha... Depois quando terminou o espetáculo... eu fiquei tudo bem... não tava sentindo nada... eu to bem de saúde, não to sentindo absolutamente nada... eu contente... contente...

- Um susto... e o senhor ficou bem...

- Tudo bem...eu contente...ai, quando foi um dia, quando foi um dia começou aí. Quando foi um dia eu fui à cidade, ai em Guarulhos...na porta do Banco Itaú... aí ficou aquela coisa esquisita... uma coisa me apertando... Meu Deus o que é isto... Olhei para um rapaz... você não podia ficar aqui pra mim um pouco... E tinha uma farmácia São Paulo...eu digo eu vou para a farmácia porque se eu cair tem alguém para me aparar...já começou daí... Ai eu voltei... melhorei e voltei, tirei o dinheiro e fui para o ponto de ônibus...no ponto de ônibus era aquela aflição... Meu Deus... no ônibus... meu Deus... eu preciso chegar em casa... Subia passageiro eu tinha vontade de sair... e demorava, demorava, ficou, ficou isto... é uma tristeza... eu não desejo isto pro pior inimigo meu...

- Isto foi mais ou menos quanto tempo depois do acidente.

- Uns dois meses...puxa a vida... e não tem conversa... ligo o rádio... procuro uma música e nada... até na igreja nada... eu fui na igreja, nem lá melhora... nada...Fica... ficou... depois eu fui num neuropsiquiatra, e fui à segunda vez quando ele me fez a pergunta: O senhor tem medo de morrer? Eu digo olha eu não sei...não sei doutor... não é isto... Ele disse: se o senhor morrer com Deus, o senhor vai para Deus... se o senhor morrer com Jesus... o senhor vai para Jesus...e depois o senhor vai para Deus e me passou um remédio... Ai eu tomei... e fiquei tomando uma bandinha assim...eh... e ficou... ai ficou total... sei lá meu Deus.

- O senhor faz tratamento com ele há quanto tempo?

- *Fiquei... depois eu parei... ai quando sinto aquela coisa assim... ameaça de sair lá fora... e dá vontade de... de ir ao Pronto Socorro. Se eu tenho que ir na cidade... eu vejo o ônibus de volta... me dá aquela aflição, vontade de estar de volta... e é uma coisa assim... impressionante...uma coisa impressionante... e eu peço a Deus que me...eu gosto tanto de viajar... e eu viajei muito... Só não conheço a Europa, e os E.U.A... mas eu tive a oportunidade, tava na Aeronáutica... trabalhei na Varig e na Pan Air do Brasil, conhecer o mundo inteiro, tinha passagem de graça... e não fui... e agora eu não posso... agora to preso...e agora também tenho minha esposa, que eu amo muito... a única coisa que eu acho da nossa vida... temos que nos preparar... para o que der e vier... ter mais amor, para a esposa e o esposo, no fim da vida... eu...*

- O senhor pensa no fim da vida?

- *O que?*

- O senhor pensa...?

- *Eu não penso bem no fim da minha vida... eu penso assim... que a vida é que nem um balão... não sabemos onde ele vai cair... sobe um balão... ele vai... não é?... ele não sabe onde é que ele vai cair... então a única coisa que eu penso é isso... Meu Deus... onde será que eu vou cair?...onde será que vai ser isso? Mas primeiramente... eu penso assim... eu creio em Deus... jamais Ele vai deixar... vai me dar um... me dar um sofrimento a mais do que aquilo que eu possa passar... Eu penso assim. Deus jamais vai me dar um sofrimento que eu não possa passar e possa me revoltar contra Ele...jamais... isso é que eu me pego com Ele pra que eu e minha esposa...possa...*

- O senhor acha que são estes pensamentos que fazem o senhor ter estas crises ? ...Não...

- *Não, não. Esses pensamentos não são... E que é... eu estou aqui assim... eu sinto uma palpitação...ai eu digo será? Sinto aquelas... ai vai formando, formando dentro da minha mente... formando, formando... ai começa a reação...me parece deve ser dos nervos né ... os s nervos vão ficando rígido... ai que eu tomo o comprimido... aí eu acho que vai...*

- O que o senhor pensa nesta hora?

- *Várias coisas do momento... eu não gravo... se eu to aqui meu Deus... agora como é que eu vou me embora lá... prá minha casa?Se estou ali né ... Se eu estou em casa... levanto e saio olho para o*

*Hospital Stella Maris, que dá para ver da minha casa e digo... Meu Deus será que eu vou ser obrigado a ir ao Stella Maris e entro... e aquilo vai... por ela também vai embora ...*

- Algumas vezes também o senhor vai para o Pronto Socorro?

*- Eu fui...uma, duas vezes... só, perante 5 anos mais ou menos disso aí. Agora quando não consegue... de primeiro não conseguia... porque nem oração... consegui dobrar os joelhos e clamar a Deus...porque esta é a base... de nossa vida né...infelizmente é isto... creio que é permissão dele... que não vai me dar nada a mais do que eu possa sentir o peso... e também não é por causa da minha esposa não...porque. ela vai perder a vista... ela tem glaucoma... uma mulher que pesava 70 e tantos kg, hoje está com 50 kg e eu olho para ela... e não sinto pena não... eu sinto amor pelo que ela fez por mim... e pela esposa boa que ela fez pra mim e para os filhos... uma esposa e uma mãe... faz tudo para nós... Ah se todo o homem pensasse assim... ela toda vida... não vamos dizer que este amor fosse que nem o da mocidade... é o amor sincero... não é o amor fantasia... porque quando a gente é jovem é o amor fantasia que tem dentro de nós... mas conforme vai chegando à idade... a gente vai vendo... não o desprezo da família... porque minha família me ama... eu tenho um bisneto que está com quase com vinte anos...tenho neto... meu filho e minha filha são gente muita boa... a minha filha pegou uma enfermidade que não tem cura... esclerose múltipla... ela trabalhou numa firma... muitos anos... vinte poucos anos... e ai pegou esta enfermidade... ninguém descobria... passou nos melhores médicos de São Paulo, . esteve naquele Albert Einstein... ficou 7 dias no Hospital Beneficência . Portuguesa... e uma médica que descobriu... Ela vai desmontando... toma uma injeção todos os dias... e Deus preparou um esposo muito bom... para ela... Ele leva ela todo dia fazer exercício... e Deus preparou uma casa muito linda para ela...tem três andares... quando ela aposentou... acabou a casa, apareceu esta enfermidade...a firma gostava muito dela se fosse preciso levar ela nos EUA levava ela... compraram cadeira elétrica para ela... trocou um carro grande para ela... Se vê... uma moça muito alegre... Não fica triste não pai... ela gosta muito de música... é muito alegre... Quando minha esposa ficou com glaucoma... ela saiu arrasada... eu falei para ela... não... Olha nossa filha...*

*Muita coisa a gente... passei... Não to contando nem a metade... na... Minha estória é bonita... tem sofrimento mas é bonita...*

- Quando sua filha descobriu esta doença?

*- Faz uns 4, 5 anos... apresentou assim... como um esporão de ... (.não compreendi o nome falado, no momento da transcrição)*

*Um dia ... ela chegou em casa e disse O pai, você tem esporão de ...? Eu digo eu tenho... e Mostrei o calcanhar... aqui... me dói todo dia... e ela brincou: Eu também....agora nós vamos esporanhar tudo mundo... Tomou injeção... Depois de 2 anos... um ano e pouco... apresentou aquela*

*doença... vai ao médico, vai, vai... passou por cada exame... entrava naqueles aparelhos... depois começou entortando o rosto... quase não falava... depois foi para o São Judas Tadeu... Oswaldo Cruz... de lá Albert Einstein... depois... leva para uma junta médica... na Benef. Portuguesa... a empresa ajudando... ela tem uma boa casa sim... mas foi com muito trabalho... sete dias...uma médica descobriu... esclerose múltipla... se fosse estacionar... mas não... Um vizinho meu morreu... Foi parando tudo... Um moço bonito... a nossa vida é assim... tem coisas que...*

- Estas crises que o senhor tem... parecem ter começado nesta época não?

- Não ... Não... Da Verinha (nome da filha)... Não...

*A primeira vez eu te falei... faz muito, muito tempo... Outra vez eu fui para Bahia com meu filho... Há 3 anos... mais de 3 anos assim... 4 anos...*

*Eu não posso falar... Se eu falasse para ele que eu tava ruim...quando fui para o metro para viajar com ele... comecei a passar mal, não falei nada para ele...mas estava com medo de chegar lá, um lugar atrasado... sem médico...*

*Eu não posso falar para eles... Aquele dia que eu tava aqui... minha esposa ligou. Ela quer saber se eu estou bem... Se eu falar para a família eles perdem a confiança em mim... Eu não passo...*

Hoje, a gente sabe que tá cheio de gente... depressão, ansiedade, outro dia... eu tava na fila da

farmácia... muita gente... ai eu peguei a fila menor... tinha umas 40 pessoas...e o guarda falou aqui

não... aqui é da psiquiatria... Aqui 40 pessoas, no Stela Maris mais... no postinho mais... Onde nós

vamos chegar... E é bíblico isto... Está na bíblia que estas coisas vão acontecer nos finais dos tempos...

Eu quero melhorar... quero melhorar... que tem em todo lugar... para alta sociedade também, onde tem

o dinheiro... porque o pobre chega ao supermercado não pode isto, não pode comprar aquilo... Não é

verdade.... Então é uma doença que tem muito... eu sei que pode piorar... Estou sabendo... Mas então...

vou me preparando...

*Então é isto... eu não sei se falei demais... Mas é isto o que eu penso...*

O Sr. João nos passou uma lição de enfrentamento do envelhecimento.

Apesar de ele viver angústias impensáveis expressas em suas crises de pânico, ele

está colocando a Morte no campo transicional para enfrentá-la. Ele conseguiu colocar

em questão o sentido existencial da morte, como apontou Safra. A religião é o campo

transicional que lhe permitiu essa aquisição. Está acolhendo a finitude em seu *self*

como nos diz Winnicott, Safra, Guntrip e Tizard. Se alimenta de suas vivências do passado, integrando a vitalidade no presente quando nos diz que *a juventude é linda*

...

Esta aquisição não o impede de vivenciar as suas angústias fundamentais expressas na situação de pânico que lhe vem ocorrendo nos últimos anos.

Podemos pensar que o Sr. João pode construir um campo transicional para viver sua vida com transformações e conquistas... teve muita criatividade e, por isso, realizou e realiza ainda hoje. Seu gesto criativo surge da esperança..., mas também viveu momentos de ameaça a sua integridade e personalização, pois apesar de toda sua possibilidade de uso dos fenômenos transicionais, têm episódios de pânico. Safra nos diz que quando o sujeito é visitado por essas questões ela provoca agonia. O ser humano precisa ter o gesto de repúdio do objeto, para ter a possibilidade de morrer. Repudiar é colocar sobre o domínio da capacidade criativa. Quando ele encontra essa possibilidade há uma mudança no seu sentido de *self*, o seu olhar é dirigido para o *self* coletivo: ele cita os filhos, os netos. Faz um trabalho artesanal, porém ainda está discutindo com a questão da morte, transita no espaço transicional mas ainda não a integrou. Parece que a doença da filha fez com que as questões transcendentais fossem colocadas em pauta. Ele, com a idade avançada e tanta vitalidade e a filha tão jovem.... por quê? Não expressa essa questão, não lhe é permitido questionar a Deus.... por isso o pânico.

A sexualidade na terceira idade é uma forma de restituição é o retorno da comunicação silenciosa. A sexualidade funcional é substituída pela qualidade e a sensualidade como comunicação. Isto o Sr. João expressou na entrevista quando se

referiu às conversas com sua esposa e isso também permite um trabalho de integração do *self*, como nos diz Safra (2006).

### 3.8 Entrevista 8 – Sr. Mário

O Sr. Mário, 69 anos, foi trazido para matrícula nesse serviço pela irmã que era paciente antiga. Todos conheciam a sua história, pois sua irmã, diante da preocupação por ele contava para todos (profissionais e pacientes) em conversa de sala de espera. Foi um período em que ele havia desaparecido e segundo ela, ele era morador de rua e alcoólatra. Sabíamos que ele havia se casado quando jovem e que agora estava morando com essa irmã. O Sr. Mário nos diz:

*P – tenho esse problema só... esse problema, e que agora eu tive derrame, eu fiquei meio esquecido, né. É eu estou esquecido é então de vez em quando eu não posso ficar nervoso, que eu fico meio agitado. Então às vezes eu evito uma briguinha com a minha irmã, mas, é ela que faz de tudo pra mim né, moro com ela que é solteirona. Então é isso aí, eu to levando a vida, agora eu dei entrada na aposentadoria....*

(passa a falar da aposentadoria e da carteirinha de ônibus, parece achar que sou Assist. Social. Esclareço, e mesmo assim ele diz que quer que eu veja os papéis para ele. )

O Sr. Mário..., o senhor teve derrame em 99...

E aí o senhor ficou internado?

*...Fiquei internado, só agora não sei, que eu não lembro onde eu fiquei internado, no regional de Osasco, aí eu não falava, não andava, a boca entorto, graças a Deus voltou ao normal...Só quando eu fico meio nervoso que começa a repuxar.*

*... Graças a Deus que na vista, que eu tenho visto muita pessoa que deu também.*

*Ficar pior do que eu, eu graças a Deus, pelo menos, nasci de novo graças a Deus, só que eu não tenho preguiça né, vou pra tudo, (quanto) é canto, ando, faço fisioterapia em casa também, né.*

*...É força de vontade, senão...*

*...ah, o esquecimento eu não sei se vai voltar né, disse o médico que estourou uma veia dentro do cérebro. Então acho que foi por causa disso que eu esqueci.*

*Dra. – Mas como que é esse esquecimento? O que que o senhor esquece?*

*... O que que é? Aí eu falei não sei o... Como é que é o nome? É... Ih, eu até esqueço, ta vendo aí?*

*P – Esqueço... daí eu tenho que deixar larga a mão, depois aí as vezes até a carteirinha do ônibus eu esqueço, trago tudo aqui, os documentos todinho, pra num chegar na hora de passar mostrar pro motorista no ônibus eu fico procurando, eu fico agitado, aí (cabo), aí até a vista escurece também, então eu tenho que falar, não eu esqueci em casa, vou ficando nervoso e não acho, e as vezes ta dentro dessa papelada aqui que eu deixo ela sempre aqui na frente, aí eu fico procurando e não enxergo, não vejo nada, por causa da, daquela pressão que eles me dá, não sei. Então não vem depois que eu vou, que eu sento aqui um pouquinho. Eu falo não ta aqui, eu não tiro daqui.*

*– A minha vida foi o seguinte: Eu... Eu, bebia, então os parentes não gosta que bebe.. É não gosta, principalmente ela, e meu outro irmão, mais velho, nós não se dá, eu e meu irmão mais velho também não se dá, ele já me tocou de casa.*

*... É, bebia, e depois vinha me encher o saco, então eu ficava muito violento, porque fui criado sem pai e sem mãe, eu apanhei muito dela e do meu outro meu irmão, meu irmão batia na gente era de cabo de vassoura.*

*... Não sabia o lugar que batia, então eu fiquei revoltado, porque se eu tivesse a minha mãe eu era outro homem. Agora então por causa que eu não tenho mãe nem pai.*

*... E ter nascido no lugar que nem eu nasci, eu nasci em Moema. Eu acho que é perto da casa da Doutora Eliana. Que ela mora pra lá também, pô então eu estudei no grupo São Francisco, tudo direitinho, daí eu falei pô, eu podia ter uma vida... Ser outro homem, ser homem pelo menos mais poderoso, pois hoje eu não sou ninguém. Então podia ser, mais aí por causa de tanto... Acho que daí.*

*... Ah, aí eu resolvi ficar desse jeitinho mesmo, eu estudei até a quarta série, depois eu fui na Força Pública, fazer... Não, Força Pública não. É Policia Civil daquela época, né. Guarda Civil né, aí fui, estudei até a quinta, fiz um curso lá também, mas só que é difícil, daí abandonei, toda essa mercadoria que esta na prateleira.*

*aí e foi indo... Foi indo... Depois de lá... eu comecei a trabalhar em metalúrgica, aí a primeira profissão de soldador. Acho que foi isso que estragou a minha vista, só que agora eu não trabalho*

*mais de soldador e daí depois aprendi aquele negócio de trocar estampa, prensista, daí foi indo... Daí foi indo, aí depois eu arrumei emprego na fabrica de borracha*

*... eu cheguei e falei meu Deus do céu e agora, foi no outro dia o cara falou E negão você não agüenta não, fui bem arrumadinho... Você não vai agüentar não, eu pensei bem, foi dando uma vontade de desistir, os cara tirando um sarro da minha cara, falava, negão, você já é preto,*

*(contou com detalhes sua carreira profissional, promoções nessa empresa por 7anos)*

*P – Ai depois queria me jogar pra ser chefe da... Da manutenção das prensa. Daí eu falei prensa não, prensa de borracha eu não gosto, é muito quente, o vapor também, (daí eu falei ai tem algum problema de não por eu porque eu sou muito calorento) Eu falei não quero nada, eu já sou igual um porco, não aqui tudo bem, mas lá eu não quero não, ta bom, ai ele me colocou num (leite) lá, já fiquei comandando. E os caras tudo com bronca. Oh eu to aqui tantos anos, o cara já chega passando a frente de todo mundo. Daí eu cheguei no chefe, olha tão criando caso comigo, assim e assim, e eu não quero isso, eu vim aqui pra trabalhar. Também não gosto de mandar não, porque se eu mandar e fala que não vai fazer é rua.*

*(conta um conflito com detalhe no cargo de chefia...)*

*Dra. – E, e depois, depois de lá você foi trabalhar..?*

*Aí depois de lá eu fui... Depois de lá eu fui numa...*

*..Depois de lá eu fui... Ah eu fui pra serralheria, mas não sabia fazer vitrô assim, é um serviço pesado, pra mim, ai eu falei ah um homem tem que aprender qualquer coisa, daí comecei, comecei, e aprendi isso daí também.*

*Dra. – Ah é!*

*(contou com detalhes todas as empresas por onde passou)*

*... depois comecei buscar a aposentadoria... já tava velho...fiquei do dente...*

*... estou assim hoje..*

O Sr. Mario parece ainda viver a busca da constituição do sentido de si mesmo. Conta a sua história de trabalho de sucessos, como se esta estivesse dissociada da sua história real... do alcoolismo e de morador de rua.

As questões do envelhecimento nem sequer podem ser experimentadas nesse paciente. Teve um acidente vascular cerebral que prejudicou sua memória... Mas diante da impossibilidade de integrar uma história de sofrimento e de perdas, para que se lembrar?

Fala de uma agitação quando fica nervoso e de pouca tolerância com os irmãos... Parece que o Sr. Mário não conseguiu um lugar para existir e por isso também não pode existir.

Assim repetiu com as empresas onde passou a história de sua vida, sem um lugar para ficar, tolerar os outros e ser tolerado por eles. Sempre acabava em brigas, ou discussões...

Afirma que se tivesse sua mãe seria outro homem. Isto nos demonstra como ele se constituiu sobre o aparato de um *falso self* apontado por Winnicott, . Isso é reforçado com a forma que o Sr. Mario se relaciona com as pessoas de diferentes lugares, existe muita dificuldade em permanecer, como se não tivesse sido dado a ele o direito de existir – o Eu- sou não foi constituído e o acompanha. Sem uma mãe suficientemente boa não pode constituir-se.

O abuso de álcool denuncia o que Birman (1999) denominou de patologias da subjetividade típica daqueles que aderem ao corpo, porque não têm uma constituição consistente. Vivem muito próximo da perda da identidade.

### 3.9 Discussão e Comentários Gerais:

Ao pensarmos em nosso objetivo geral que se expressa como a ampliação do conhecimento da vida psíquica do paciente idoso pelo olhar psicanalítico temos que levar em consideração diversos itens que a teoria nos aponta.

A teoria de Winnicott e dos autores por ele influenciados, nos fornecem subsídios para a compreensão do *self* do idoso, para a compreensão do *eu sou* e sua relação com o mundo que o cerca. Nossa questão principal se revela na ocorrência ou não de alterações do *processo de integração*, de *personalização* e a *realização* durante esta fase da vida: o envelhecimento, ou melhor dita a velhice. Estes conceitos relacionam-se com outros conceitos: a presença ou não de esperança, a presença do espaço e de fenômenos transicionais, a espiritualidade, a dependência, o amparo e o desamparo, a solidão, a criatividade, as agonias impensáveis, a Morte, o Horror, o Sagrado, a angústia de aniquilamento. Todos esses presentes na vida de idosos e que podem ser indicadores para responder-nos a respeito de como está sendo o *eu sou velho* para cada paciente entrevistado, respeitando a singularidade e a subjetividade de cada um.

Outros psicanalistas, que se pode dizer com uma influência freudiana também serão acatados por nós ao tratar dos conceitos de corpo (para Freud), ego, depressão, desamparo e angústia, morte, temas presentes no envelhecimento, relatados na entrevista e presentes na clínica cotidiana com esses pacientes.

Diante desses temas buscamos encontrar respostas nas entrevistas realizadas com os pacientes que nos procuraram no serviço de psicologia:

a) *O corpo* dito nas entrevistas:

Encontramos o corpo associado pelos entrevistados como portador de pouca vitalidade. Portador de dores em diversas localizações, com duas citações da coluna (hérnia de disco), bico de papagaio, artrose, dores (sem diagnóstico), dores nas pernas, hérnia inguinal com muita dor, reumatismo, todas causando limitação de movimentos, uma ocorrência de AVC, causando limitação na locomoção e reumatismo.

As doenças que estiverem mais presentes dão conta (com exceção da hérnia inguinal) da estrutura e sustentação do corpo. São problemas que afetam a estrutura óssea. Assim podemos dizer que esses pacientes encontram-se com suas estruturas abaladas. Precisam de sustentação. Como aponta Delouya (2001), a dor presentifica o corpo para o psíquico. Berlinck (1999) nos fala da dor presentificando a vida, e que a falta de dor causa desamparo, ou seja remete à morte, o que também é confirmado por Nasio (1997): *ninguém morre de dor*.

Como dito por Mc Dougall, a somatização é a linguagem mais primitiva. O terreno do corporal, em todas as teorias pesquisadas nos leva à vivências primitivas, de um momento no qual o eu ou o *self* ainda não está desenvolvido. Isto foi bem desenvolvido quando Freud dissertou sobre *o estranho*.

Nós preferimos pensarmos no não desenvolvimento do *self*, como foi colocado por M. Little ao falar da vivência (se pudéssemos falar assim) da experiência - que é reforçada também por Winnicott - da não vida. Quando Little fala das angústias psicóticas está falando da vivência de um limiar antes do disparo da vida, que é a morte.... algo muito tênue que o indivíduo atravessa antes de alcançar a vida, o momento que todos nós vivemos de indiferenciação.

Se existir uma mãe suficientemente boa essa angústia será suportada, esse limite ultrapassado, e dispara-se a vida.

A nossa hipótese é que essas formas de vivenciar o corpo pelos idosos denotam uma alteração na integração do *self* ao envelhecer que concorre às alterações físicas. Por isso a busca de profissionais de saúde para dar suporte e integrar o que está abalado.

Esse é para nós um dado. Não temos a confirmação que muito autores falam que isso ocorre pela presença da Morte. Gostaríamos de ficar somente com a constatação de que há um *self* necessitando de integração e não inferir no por que dessa ocorrência. Pelo menos nesse primeiro momento.

Gilberto Safra discorda dessa posição que revela uma tendência genética por haver muitos estudos na fase inicial da vida, ele diz: quando a falta de vitalidade do corpo se presentifica o indivíduo é visitado pela Morte e seu *self* desmorona por não dar conta de integrar e elaborar essa situação. Para ele é necessário colocar a morte sobre o domínio do Eu e não trata-se de viver uma regressão do *self* e sim uma alteração de um *self* com sentido de eu que dá lugar a um *self* com sentido de nós, ou seja há a alteração do *self* porque ele tem também que incorporar a falta de vitalidade descoberta na velhice.

b) A falta de vitalidade expressa nas relações com o mundo externo denotando uma depressão ou em alguns casos melancolia:

Temos essa experiência vivenciada nas entrevistadas 1, Sra. Olga, expressas no seu tom de voz e na maneira como se locomove; na 4, Sra. Carlota, expressa na falta de vontade, na desesperança, na vontade de chorar, na solidão.

Conforme nos aponta Freud, a perda do objeto amado torna a catexia livre e se houvesse elaboração do luto ela seria reinvestida em outros objetos... Não estaríamos vendo depressão e sim vitalidade na busca de objetos para repor a perda. Não é isto que ocorre com as duas pacientes citadas:

- Sr<sup>a</sup> Olga deixa a família em outro estado e sente que eles não querem saber dela, não ligam, não se interessam... A família que ela cuidou, a família que ela ama.

- Sr<sup>a</sup> Carlota têm dois filhos e netas que só procuram pelo seu dinheiro. Quando ela precisa deles eles não estão disponíveis.

Conforme aponta Freud e Fèdida quando há dificuldade de elaborar o luto, desligar-se do objeto perdido o Ego se identifica com o objeto e passa a se auto recriminar, a atacar o objeto, por ele a ter abandonado. Vemos isso na forma como Sr<sup>a</sup> Carlota se refere ao filho e também na forma que a Sr<sup>a</sup> Olga se refere à família: filho alcoólatra, marido *rude(sic)*.

Fèdida denominou de *canibalismo melancólico* a não elaboração do luto e a incorporação do objeto pelo ego. Nessas situações a quantidade de energia no mundo externo fica limitada, tal como a falta de vitalidade que encontramos. A situação de perda provoca depressão e a angústia é a reação a essa perda, como aponta Freud.

Outra forma da psicanálise explicar essa situação é pela questão da temporalidade. Quando se está diante da finitude não se pode investir no futuro, não há crença em um porvir, diminui-se os investimentos no mundo externo para evitar novas perdas, ocorre assim a hipercatexia no corpo, cumprindo satisfações narcísicas. Dessa forma os autores também justificam o item anterior (corpo). (ALAUGNIER, 1989, BIRMAN, 2000, PONTE, 1996).

Nós preferimos a explicação winnicottiana da ausência do gesto por não haver esperança num porvir. Não há quem encontrar no gesto, como afirma Safra e Guntrip. (Apesar de que Guntrip alertar para diferenciarmos o estado de falta de vitalidade de *um eu fraco* e a falta de vitalidade freqüente na velhice). O enunciado nos diz que o sentimento de estar vivo surge da criatividade primária, o corpo em *direção a* (Safra, 2005). A esperança só existe se houver a expectativa de encontrar algo através do gesto (Safra, 2005b). Assim é para Sr<sup>a</sup> Carlota, assim é para Sr<sup>a</sup> Olga... não há o que encontrar...

Complementando ainda esse estado de depressão e as queixas de ambas as pacientes com relação à solidão, temos na teoria winnicottiana a premissa de que para ser sustentada a solidão o indivíduo teve que experienciar<sup>7</sup> com sua mãe, no momento de dependência absoluta a experiência de não estar vivo. Essa experiência humanizada pela mãe cria um lugar de ilusão no futuro que permite ao sujeito a possibilidade de estar só.

Winnicott está aproximando essa “experiência” de estar só à “experiência” de não estar vivo. Além do fato de concluirmos dessa ausência de sustentação no início das vidas de nossas pacientes, podemos pensar também como essa solidão é experienciada por elas de forma tão sofrida. Elas relatam um intenso sofrimento ao expressar esse sentimento que com certeza nos leva a crer na experiência de desamparo. (Tida também, por todas as teorias aqui visitadas, como uma experiência originalmente arcaica).

---

<sup>7</sup> Estamos usando o termo experienciar de forma equivocada, pois Winnicott e Little nos diz que para haver experiência existe a necessidade de haver um ego para decodificar essa experiência, o que não ocorre nesse momento.

Uma forma de evitar essa experiência é tornar-se dependente e controlar o cuidador, fato que não encontramos nas entrevistas, mas que citamos ao extraí-los da nossa experiência clínica com pacientes acamados ou restritos ao lar.

Também a exploração do narcisismo como defesa foi apontada por Winnicott sendo utilizada, no início da vida, na ameaça da perda do senso do real, que incita a realização.

c) A insônia, as dores de cabeça, esquecimento e tonturas, zumbido no ouvido, aflição.

Essas ocorrências também foram citadas nas entrevistas realizadas.

Com exceção do Sr. Mário, todos os outros entrevistados relataram algum aspecto do enunciado como queixa.

Em nossa hipótese, em alguns pacientes, isso ocorre como uma defesa na tentativa desses pacientes dissociarem a mente do corpo como se tentassem uma despersonalização. (Winnicott acredita que a despersonalização é uma defesa do *self* contra o fracasso na personalização, assim como a dissociação é uma defesa da não integração). Isto fica muito claro na fala dos pacientes que expressam uma vitalidade corpórea como a Sra. Sônia e Sra. Clotilde. Ambas pacientes parecem ter em mente a questão da finitude e da morte experienciadas no momento atual. Por conta disso querem afastá-las do corpo, e uma forma de isto ocorrer é através da dissociação....da despersonalização, afastando a mente do corpo, pois o fato da junção pode desvitalizar o corpo. Porém, a experiência de despersonalização é ampla e abarca outras conseqüências que não permitem, remete às agonias impensáveis e deve ser evitada. Restando somente a possibilidade de desvitalizar o corpo, mantendo a personalização.

Dessa forma a nossa teoria é o inverso da usada por outros teóricos e foi o resultado das entrevistas que nos remeteram a esse postulado. O estranhamento que as pacientes nos causaram ao mostrar claramente que precisavam desvitalizar um corpo que se mostrava cheio de energia e de vida, o fato da morte se apresentar para Sr<sup>a</sup> Clotilde através da morte do marido, e para Sr<sup>a</sup> Sônia, com a entrada na terceira idade, o aniversário de 60 anos, fez com que buscássemos uma explicação. Essa situação é diferente de situações nas quais a limitação corporal ocorre primeiro, como nos casos de pacientes que ao receber o diagnóstico de uma doença são lançados a depressão.

Nas duas pacientes citadas acima, as suas vindas às consultas foram devido às dores de cabeça, fazendo-nos supor que desejavam que nós retirássemos esse conteúdo delas.

No caso dos outros pacientes não possuímos clareza dessa mesma situação, até porque não se tratam de situações com dissociações.

Mas podemos pensar na ameaça da despersonalização como consequência da perda do sentido de integração que eles estão vivenciando. Isto ocorre, como aponta Winnicott como uma defesa para fugir do aniquilamento, transferindo o psique-soma para uma existência intelectualizada.

Podemos ver tal situação na constituição da Sra. Laila. Na construção de um falso *self*, seu corpo sofre com o aniquilamento que a própria doença auto-imune que possui lhe proporciona e como defesa a paciente não vive a situação só a codifica mentalmente, sem experimentá-la.

A sensação experimentada pelo paciente como tontura pode ser igualada à experiência do desfalecer ou da ameaça de uma queda, tal qual o *Eu fraco* concebido por Guntrip. Pacientes que expressam pouca vitalidade, pois não têm no mundo lugar

para viver a experiência de vitalidade, e aí recuam. Isso enquadra-se na forma como Sr<sup>a</sup> Olga vive sua vida. A relação sexual vivida com um marido considerado inadequado, expressa a ausência de um lugar adequado para viver sua sexualidade.

d) a religiosidade, o lugar do Sagrado, a Visitação da Morte, o Horror:

A entrevista do Sr. João nos mostra a possibilidade de integração das questões ontológicas ao *self*.

Ao tratar do termo confiança Winnicott nos fala da importância da criação do espaço potencial pela criança que garantirá a criação daquilo que não se vê, da área incontestável, que só é possível pela criança que adquiriu, através de uma mãe suficientemente boa a confiabilidade humana. É nessa área que o Sagrado, a morte, o Horror poderá ser elaborada para poder integrar o *self*.

Safra (2006), fala que morte poderá ser acolhida quando o indivíduo puder abandonar o mundo....Ter a vivência do repúdio. Vemos na fala do Sr João como isso se dá:

*... estou velho... é uma consequência da vida... porque o ser humano... com tudo que existe um dia terá um fim... Só Deus que não... Ele é eterno... ....*

*... tudo o que tem vida.... tem morte...*

*.... de acordo com Ele nós vamos progredindo e depois regredindo pra um fim... materialmente.... porque na parte espiritual já é diferente....*

*... eu me sinto assim como uma pessoa que tem que... tem que encarar chegar a minha idade....*

*.... jamais ficar contente porque está envelhecendo....*

*.... nunca mais voltará aquilo que nós éramos... o amor de um jovem é mais bonito... é a coisa mais linda do mundo.... as paixões.... Eu fui contente...*

*... eu já pensei em escrever um livro...*

*... a vida é que nem um balão...*

*.... ele não sabe onde ele vai cair... Meu Deus... onde será que eu vou cair? ... onde será que vai ser isso? Mas primeiramente... eu penso assim... eu creio em Deus... jamais. Ele vai deixar.... vai me dar um... me dar um sofrimento a mais do que aquilo que eu possa passar...*

A possibilidade de crer, ter fé em Deus que vai o amparar na hora desconhecida da morte é uma forma de elaborar a morte e integrá-la ao seu *self*. Isso ocorre porque Sr. João tem um espaço transicional constituído e portanto sente-se amparado. Sr. João pode, como afirma Safra (2006), delegar sua vida ao espaço potencial.

Seu João demonstra ter capacidade para cumprir as tarefas dessa fase da vida, descritas por Safra (2006): comprometimento com as futuras gerações (tem o seu legado para os netos, tem o desejo de escrever um livro...); responsabilidade para com mundo, a consciência política do *self* (reconhece seu papel nesse mundo e a responsabilidade ética com os demais) e o *self* com o sentido de nós (Sr. João tem a consciência que tem a responsabilidade de fazer algo para os netos... ampará-los).

Mesmo os pacientes que citaram Deus nas entrevistas, e uma vez que como Sr<sup>a</sup> Clotilde e Sr. Mário, não percebemos que eles possuíam a presença de um espaço transicional, que poderia lhes proporcionarem amparo na elaboração da finitude.

Da mesma forma, os outros pacientes não demonstraram ter este recurso para apoiá-los nas situações de desamparo.

Sr<sup>a</sup> Olga e Sr<sup>a</sup> Leda estão residindo no espaço onde compartilharam a vida com suas mães. Sr<sup>a</sup> Olga talvez tenha a possibilidade de ampliar o seu espaço transicional, pois essa casa onde mora é a mesma na qual passou toda a sua infância e portanto guarda toda a estética da constituição do seu *self* conforme nos diz Safra (2005).

Já Sr<sup>a</sup> Leda, apesar de estar vivendo na casa onde esteve com sua mãe, nunca vivenciou a experiência de separação com ela. Foi viver a primeira separação recentemente, com a morte da mesma. Sabemos que é na experiência de separação, quando há a confiança no amor de uma mãe devotada que o espaço transicional é criado, e, portanto isso não parece existir par essa paciente.

## Considerações finais

Este trabalho demonstrou a possibilidade de adentrarmos no terreno da gerontologia para que se amplie a compreensão da vida psíquica dos idosos, pelo viés e com o referencial psicanalítico. O sofrimento psíquico que ocorre nessa faixa etária da população vem sendo há muito tempo obturado pelos psicotrópicos, com os quais se por um lado prometem a felicidade eterna, por outro lado lançam seus usuários à vulnerabilidade de quedas que tende a piorar ainda mais a sua qualidade de vida.

Em nosso início perseguimos o vocábulo *estranho*, que teve a dedicação de um capítulo por Freud. Escolhemos o termo porque ele acompanha diversas queixas corporais dos pacientes idosos atendidos por nós. Nas conclusões sobre o tema temos que essa sensação, já experimentada por todos nós em alguma situação da vida, está associada à castração e à morte e remete seu portador ao desamparo experimentado (se houvesse um aparelho psíquico capaz de experimentar) no início da vida. Freud refere-se ao arcaico, às vivências primitivas anteriores a existência do ego. Winnicott e seus seguidores nos falam do momento anterior à constituição de si mesmo, quando a vida ainda não fora disparada. É um momento muito tênue, no qual não se faz referência à morte, porém refere-se à ausência da vida.

A questão da morte (ou ausência da vida) estando presente primitivamente nos lança para um problema de base temporal, para uma dúvida de ordem cronológica que atravessa as questões psíquicas dos idosos. Muitos psicanalistas acreditam que a finitude presente no imaginário popular e que a falta de vitalidade, a limitação temporal, as limitações corporais afrontam o idoso anunciando a finitude, a morte. Uma das hipóteses presentes teoricamente é que isto ocasiona um recolhimento narcísico. Porém, estando a morte presente ao lado do narcisismo, como não afirmar o

contrário? Por que não podemos dizer que no momento que há um recolhimento narcísico, e isso pode ocorrer devido as perdas objetais ou mesmo pela diminuição da vitalidade corporal, ocorre a hipercatexia corporal e isso leva ao desamparo primitivo e à morte?

Nossa pesquisa não nos forneceu subsídio para responder essa questão, mas, confirmamos o fato de que a questão da temporalidade já estudada por muitos psicanalistas, inclusive com relação ao envelhecimento merece destaque nessa área.

Cumprindo o objetivo inicial de ampliar o conhecimento do psiquismo dos pacientes idosos buscamos referenciais para as análises nas teorias de Winnicott e de autores por ele influenciados como Guntrip, M. Little e Safra para olharmos as questões referentes:

- ao processo de *integração, personalização e realização*;
- à presença de criatividade, de espaço e fenômenos transicionais;
- à questão do desamparo, angústia e depressão;
- à vivência de espiritualidade, religiosidade ou o Sagrado;
- à questão da Morte, e do Horror;
- à questão da dependência, da solidão e das agonias impensáveis;

Essas são questões presentes no envelhecimento e que podem ser analisadas através das entrevistas psicológicas nos permitindo conhecer as características do *self* de cada entrevistado, as faces do envelhecimento.

Acreditamos que as experiências nessa idade avançada são vividas de forma subjetivas e de acordo com o histórico pessoal de cada um, porém, as questões relacionadas a integração do *self* possuem algumas peculiaridades. Winnicott já havia nos alertado que o processo de individuação a integração do *self*, a personalização e a

realização são trabalhos contínuos, um processo para toda a vida. Facetas do *self* são constituídas por todas as etapas do desenvolvimento. (SAFRA, 2006).

Como hipótese acreditamos que devido às alterações corpóreas que acompanham a velhice o interjogo mente-corpo vai sendo abalado. Na tentativa de controle, o idoso volta-se ao corpo e retira sua criatividade da realidade externa, diminui suas relações com o mundo para lutar contra as ameaças de desintegração. Busca por si só fazer essa integração novamente. A citação de que a dor é uma forma de presentificar o corpo para mente e vice-versa, confirma isso. Não esquecendo que as dores são grande parte das queixas dos idosos. Junto com dores estão presentes também as patologias que atacam a estrutura corporal como artrose e artrite, reumatismo, bico de papagaio, dores nas pernas, etc.

Essas dores físicas são acompanhadas de temores narrados durante a consulta psicológica. Acreditamos que elas fazem parte das angústias primitivas que acompanham o narcisismo, o temor de desintegração, das angústias impensáveis. Situações que remetem ao desamparo.

O luto não elaborado pelas perdas que ocorrem podem estar por trás do reinvestimento narcísico. Uma vez que não há esperança no porvir, o tempo fica presentificado, não há investimento no futuro, pois o futuro é a finitude... A morte do início também está no fim.

Encontramos também depressão e angústia presentes nos idosos entrevistados. Quando existe uma dificuldade para se desligar do objeto perdido uma defesa encontrada é a reincorporação do objeto no ego. Este é um mecanismo de defesa descrito por Fèdida (1999) como *canibalismo melancólico*. A fobia, é outra forma de lidar com a angústia da depressão, também quando o luto não foi elaborado.

No caso da fobia, quando ocorre a perda do objeto a catexia é deslocada para outro objeto que passa a ser temido. Se esta defesa fracassa o ego passa a ser inundado por essa pulsão (advinda da descatexia) e o excesso provoca o sintoma de pânico. (Rozemberg, 2002). Ambas as situações remetem ao desamparo.

Encontramos pacientes com pouca possibilidade de realização, pouca criatividade e com gestos inibidos.

Nossa pesquisa não elucidou se a forma como o indivíduo vivenciou a integração e personalização no início da vida, com a presença ou não de uma mãe suficientemente boa, estaria influenciando a forma de enfrentar a situação atual. Sabemos que a mãe devota proporciona o caminho para a construção do espaço potencial, que pode criar o amparo nessa situação, quer seja pelo caminho da espiritualidade, ou simplesmente na crença e esperança pelo porvir.

Esta tese também demonstrou como afirma Safra (2006), que só quando o paciente possui a formação do espaço transicional existe a possibilidade de integrar a finitude ao *self*. Esses pacientes têm como lidar com as questões ontológicas que visitam os indivíduos nessa fase da vida, o Horror, o Sagrado, a Morte. Em nossa pesquisa somente um paciente demonstrou essa forma serena e amparada de estar lidando com a questão da morte. A presença de Deus é a possibilidade de ele acreditar e dispor de seu *self* individual e construir um *self* com sentido de nós. A crença de ser sustentado por aquilo que não está presente parece ser a única forma de lidar com a Morte, o desespero e o desamparo que ela provoca.

A busca pelo profissional de saúde para nomear e manipular as questões corpóreas são comparadas à busca de uma mãe suficientemente boa para proporcionar integração, personalização e permitir a realização do *self*.

Como nos disse Abadi (1996), as crises podem ocorrer a qualquer momento na vida de todos nós. Poder propiciar ao indivíduo que está em crise, a criação de um espaço potencial proporciona um aporte ambiental para que a elaboração da crise ocorra. Dessa forma, é uma tarefa de profissionais de saúde contribuir para essa formação aos moldes que Erausquim (1995) num trabalho com pacientes internados pôde criar com uma equipe de profissionais, fazendo com que os idosos abrigados recuperassem a confiança em um reencontro simbólico com as figuras primárias.

Da mesma forma, uma possibilidade de evitar a desintegração do *self* é ajudar a elaboração das questões ontológicas, que como citadas por diversos psicanalistas não são permitidas entrar em pauta na nossa sociedade. Somente através da sua elaboração ela poderá ser acolhida pelo *self* sem causar danos. Propiciar espaços reais de discussão é talvez uma saída. Desenvolver estudos nessa área parece ser vital e é uma tarefa da psicanálise.

Outra hipótese que essa pesquisa nos possibilitou formular diz respeito a dissociação utilizada como defesa por pacientes que têm a questão da morte absorvidas em seu psiquismo, ou porque eles vivenciaram a experiência na perda recente de alguém querido, ou porque estão adentrando a terceira idade, que por si só traz a morte, presente no imaginário popular. Quando esses pacientes ainda estão com um corpo tomado por vitalidade e energia parecem temer que o pensamento da morte que se encontra em suas mentes aproxime-se de seu corpo, desvitalizando-o. Isto provoca dissociação mente e corpo como defesa. Uma vez que essa dissociação traz consigo a despersonalização e o arremesso às agonias impensáveis, isto também será evitado, o que faz com que o paciente aceite a desvitalização do corpo por ser um único caminho, recuando e inibindo a criatividade e a vivência pulsional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADI, S. **Seguir Siendo**: Alternativas ante la perdida de la continuidad existencial. In: ENCUENTRO LATINOAMERICANO SOBRE EL PENSAMIENTO DE WINNICOTT, 5 Lima, 1996.

AL AUGNIER, P. **O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro**. São Paulo: Escuta, 1989.

ADRADOS, I. **Rorschach**: teoria e prática do método na terceira idade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

BERLINCK, M.T. (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BIANCHI, H. **O eu e o tempo**: psicanálise do tempo do envelhecimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

BIRMAN, J. O Futuro de todos nós. In: VERAS R. (org). **Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

\_\_\_\_\_. **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

\_\_\_\_\_. Subjetividades contemporâneas. **Psyché, Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 5, n. 7,; 2001, p.151-159.

BITTENCOURT, A. M. L. A Busca do self: ponto de chegada ou de partida. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v 4, n. 36, 2002, p. 899-908.

BRASIL. Ministério Da Saude. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília: Ed.do Ministério, dez. 1999.

BRASIL. Ministério Da Saude. **Pacto Pela Saúde**. Brasília: Ed. do Ministério, 2006.

CHERCOVER, A. Vejez, jubilación y el mito social. **TIEMPO el portal de la psicogerontología**. Disponível em <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/jubilacion.ht>. Acesso em 15/07/2006.

CHOP, W.C.; ROBNETT, R. H. **Gerontology for the health care professional**. Philadelphia: Davis Company, 1999.

CORRÊA, C. P. **Visão Psicanalítica da Idade Numerada**. In: JORNADA DO CÍRCULO PSICANALÍTICO DA BAHIA, 14., 2002, Salvador..

DELOUYA, D. Tópica, o negativo da depressão originária. **Revista Percurso**. São Paulo, v. 2, n. 21, p.5-15, jul./dez.1998.

\_\_\_\_\_ A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. BERLINCK M.T. (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999, p. 28-33.

\_\_\_\_\_ A Dor. **Revista Percurso**. São Paulo, v. 2, n. 27, p. 5-15, jul./dez. 2001.

DOURADO, M.C.N. O mal estar das demências. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 17 n.180, dez. 2004, p. 13-19.

ERAUSQUIN, C. Reminiscencias de Winnicott em la clínica psicológica de la tercera edad. In: **CUADERNOS WINNICOTTIANOS**, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: 1995. p18-34.

FÈDIDA, P. **Depressão**. São Paulo, Escuta, 1999.

FERNANDES, M. H. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. **Revista Percurso**. São Paulo, n. 23, p. 16-21, jun./dez. 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da Língua Portuguesa**, 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

FREUD S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro : Imago, 1996, v.3, p.57-74.

\_\_\_\_\_ (1895 [1894]). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia” . In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.3, 1996, p. 107-135.

\_\_\_\_\_ (1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.7, 1996, p.05-80.

\_\_\_\_\_ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.7, 1996 p.81-108.

\_\_\_\_\_ (1914). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.14, 1996, p.819-122.

\_\_\_\_\_ (1915). Luto e Melancolia. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.14, 1996, p.245-263.

\_\_\_\_\_ (1915-16[1915-17]). Conferência XXI O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.16, 1996, p.325-42.

\_\_\_\_\_ (1919). O Estranho. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro, Imago, v.17, 1996, p.235-271.

\_\_\_\_\_ (1923). O Ego e o Id. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v.19, 1996, p.25-150.

\_\_\_\_\_ (1927) O futuro de uma ilusão In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro, Imago, v. 21, 1996, p.15-178.

\_\_\_\_\_ (1930 [1929]) O mal estar na civilização. In: **Edição standard brasileira das obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. 21, 1996, p.81-178.

FIORES, S. Espiritualidade Contemporânea. In: FIORES, STEFANO e GOFFI, T (Org.) **Dicionário de Espiritualidade**. São Paulo : Paulus Editora., 1993. p. 340-357.

GAVIÃO, A.C.D. **Envelhecimento e Psicoterapia Psicanalítica**: um Estudo Piloto Através do Método de Rorschach. 1996, 185 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_ **A passagem do tempo e suas ressonâncias íntimas**. 2002, 185 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GIL, C.A. **Envelhecimento e depressão**: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GILLIERON, E. **A primeira entrevista em psicoterapia**. Rio de Janeiro: Ed. Loyola, 1996.

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

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

GOLDSTEIN L. L. A produção científica brasileira na área da gerontologia: (1975-199). **Rev. Online Bibl. Prof. Joel Martins**. Campinas, v.1, n.1, out. 1999. Disponível em: [www.bibli.fae.unicamp.br/bde/BDE.html](http://www.bibli.fae.unicamp.br/bde/BDE.html). Acesso em 18/09/2003.

GUNTRIP, H. **Schizoid phenomen object relations and the self**. Karnaine Books, London, 1992.

KATZ, S. **Disciplining old age**: The formation of the gerontological knowledge. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.

LE GUEN. **L'incoscient ingore le temp** – In: REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALISE, n.5. Paris: 1997.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Rocco,1998.

LITTLE, M. **Ansiedades Psicóticas e Prevenção.** Rio de Janeiro: Imago, 1992.

LOPES, A. **A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e os desafios da Gerontologia no Brasil.** 2000, 142 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 2000.

LOPES, R. G. Dorian Gray e o pavor ante o envelhecimento: exercitando um olhar baseado em alguns conceitos da psicanálise. **Revista Kairós Gerontologia**, Caderno Temático 1, EDUC., São Paulo, 2002.

LOPES, S. C. **Uma experiência interdisciplinar de apoio à saúde do idoso.** In: Congresso Internacional Unicastele. São Paulo, out. 1999

LOPES, S. C. e PONTE J. R. **Estruturas psíquicas vinculares entre idosos e seus cuidadores.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL UNICASTELO, 6, 2001. São Paulo.

MC DOUGALL, J. **Théatres du corps.** Paris: Editions Gallimard, 1989.

MELO BASTOS, L. A. **Eu-corporando: o ego e o corpo em Freud.** São Paulo: Escuta, 1998, p.200.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe.** São Paulo: Editora Aleph, 1993.

MONTEIRO, P. P. Corpo: imagem e transformação. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 83-93, jun. 2001.

MONTERO, G. J. Psicoanálisis del Síndrome Faroni em la mediana idade. **Revista de Psicoanálisis.** Madri, v. 44, jun. 2005.

NERI, A. L. A pesquisa em gerontologia no Brasil: análise de conteúdos de amostra de pesquisa no período de 1975- 1996. **Texto e Contexto.** Florianópolis, v.6, n.2, p.69-105, 1997.

PAPALÉO NETTO, M. e PONTE, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século in : PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo :Atheneu, 2006, p. 3-12

PERSICANO, M. L. S. A Angústia na trilha da pulsão: entre psique e soma. **Revista Pulsional.** São Paulo, n. 179, set. 2004.

PONTE, J.R. Aspectos Psicanalíticos do Envelhecimento Normal in : PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996, p. 114-23.

PRADO, S. D; SAYD J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11 n.2, abr./jun. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS. Informação Populacional. Guarulhos Virtual. Guarulhos, 2007. Informação disponível no site:: <http://www.guarulhos.org.br>, aceso em 12/01/07.

RAMOS, V. Corpo e movimento no envelhecimento: reflexões de idosos sobre as transformações do seu corpo. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.67-81, jun. 2001.

ROZEMBERG, M. Desamparo – Autonomia: Movimentos do Processo de Amuderecimento no Estágio de Concern. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, v.4, n. 36. , 2002, p. 859-869.

SAFRA, G. O ícone russo e os fenômenos transicionais. **Revista IDE**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 152-158, dez. 1995.

\_\_\_\_\_. O gesto na tradição. **Revista Brasileira De Psicanálise**. São Paulo,v. 4, n.36, p. 827-834, 2002.

\_\_\_\_\_. **A face estética do self**. 3. ed. São Paulo: Unimarco Editora, 2005.174 p.

\_\_\_\_\_. **A Clínica Winnicottiana:** Harris Guntrip. Curso de Pós Graduação em Psicologia Clínica PUC SP, 01de ago. 2005b – 30 jun. 2006. Nota de aulas.

\_\_\_\_\_. **A Clínica Winnicottiana:**– Contribuições de Guntrip ao estudo da meia idade. Curso de Pós Graduação em Psicologia Clínica PUC SP, 01de ago. – 30 nov. 2006b. Nota de aulas

SALGADO, M. A. O estudo do envelhecimento in: SALGADO, M. A. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo: SESC, 1982. p.21-49.

SANTOS, C. P. Temporalidade narcísica. Disponível no site: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/psc36/claudia.htm>. acesso em 14/07/2006.

SECONDIN, B. Espiritualidade em diálogo in **Novos cenários da experiência espiritual**. São Paulo: Editora. Paulinas, 2002.

SINGER, D. Psicoanálisis y Gerontologia. **Revista Kairós Gerontologia**, Caderno Temático 2, São Paulo, ago. 2002, p.91-129.

SOARES, F. O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopat. Fund.** São Paulo, v.7., p.86-95, 2005.

\_\_\_\_\_ Envelhecimento e pathos: o lugar simbólico das psicopatologias na velhice. 2004, 145 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

TIZARD, L. e GUNTRIP, H. J. S. **Middle Age**. New York : Channel Press Inc., 1960.

VASCONCELLOS, W. S. **A Espiritualidade e o processo analítico**: um olhar. 2005, 100 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

WINNICOTT, D.W.(1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. p. 269-286.

\_\_\_\_\_ (1949) A mente e a sua relação com a psique-soma. In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. p.409-426.

\_\_\_\_\_ (1962) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In **O ambiente e os processos de maturação** - estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: 1990, p.55-61.

\_\_\_\_\_ (1963) O medo do colapso (Breakdown) In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.) **Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p.70-90.

\_\_\_\_\_ (1969) Nota Adicional sobre Transtorno Psicossomático In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org.) **Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994, p.90-93.

\_\_\_\_\_ (1952) Psicose e cuidados maternos. 3, ed. In: **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976, p.375-388.

\_\_\_\_\_ **O ambiente e os processos de maturação** - estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 3. ed. Porto Alegre: 1990.

\_\_\_\_\_ **Natureza Humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.