



**UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA**

**PSICANÁLISE E VELHICE: AS DIFICULDADES DO  
ATENDIMENTO PSICANALÍTICO NA PRÁTICA CLÍNICO-  
INSTITUCIONAL**

**CHARLES PENNAFORTE**

Rio de Janeiro

2011

**CHARLES PENNAFORTE**

**PSICANÁLISE E VELHICE: AS DIFICULDADES DO  
ATENDIMENTO PSICANALÍTICO NA PRÁTICA CLÍNICO-  
INSTITUCIONAL**

“Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e Prática Clínico-Institucional da Universidade Veiga de Almeida como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Teoria Psicanalítica” sob orientação da Prof<sup>a</sup> Georgina Cerquise.

Rio de Janeiro

2011

DIRETORIA DOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
Rua Ibituruna, 108 – Maracanã  
20271-020 – Rio de Janeiro – RJ  
Tel.: (21) 2574-8871 – (21) 2574- 8922

#### FICHA CATALOGRÁFICA

P397P

Pennaforde, Charles

Psicanálise e velhice: as dificuldades do atendimento psicanalítico na prática clínico-institucional / Charles Pennaforde, 2011.

35f.; 30 cm.

Digitado (original)

Monografia (pós-graduação) – Universidade Veiga de Almeida, Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e Prática Clínico-Institucional, Rio de Janeiro, 2011.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Georgina Cerquise.

1. Idosos. 2. Psicanálise. I Cerquise, Georgina,

II Universidade Veiga de Almeida, Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e Prática Clínico-Institucional. III Título.

CDD – 155.67

Ao eterno amigo Édson José de Souza (*in memoriam*)

## Agradecimentos

Aos amigos e voluntários que trabalham no Lar de Felipe na perspectiva de atenuar os efeitos inexoráveis do tempo sobre o Ser Humano.

À professora Georgina Cerquise pela orientação e ajuda.

## Resumo

O presente trabalho tem como objetivo analisar as dificuldades encontradas para a prática clínica institucional com idosos. O uso da psicanálise ou da prática psicanalítica com idosos enfrenta inúmeros problemas que estão relacionados desde as dificuldades com instalações até as condições físicas e cognitivas dos idosos.

Palavras-chave: Psicanálise, Velhice, Prática Institucional.

## **Abstract**

This study aims to analyze the difficulties encountered in clinical practice institutional elderly. The use of psychoanalysis or psychoanalytic practice with elderly faces many problems associated with difficulties from the premises to the physical and cognitive the elderly.

**Key words:** Psychoanalysis, Elderly, Institutional Practice.

# Sumário

Introdução.....	10
Capítulo 1 – A Velhice sob o ponto de vista médico: um resumo histórico .....	13
1.1 – O ponto de vista médico .....	15
1.2 – Geriatria e Gerontologia .....	17
Capítulo 2 – A Velhice sob a ótica psicanalítica .....	20
Capítulo 3 – A Dificuldade da prática psicanalítica na Instituição .....	24
3.1 – Uma difícil realidade: o “fim da estrada” .....	25
3.2 – Os obstáculos no processo de trabalho psicanalítico .....	26
Capítulo 4 – Caso Clínico .....	29
Conclusão .....	31
Referências .....	33
Anexo .....	34



# Introdução

O presente trabalho tem como objetivo abordar as dificuldades da prática psicanalítica com idosos asilados e também a questão da velhice na atualidade. O interesse pelo tema ocorreu através de nossa atuação como psicanalista desde 2007, no asilo Lar de Felipe do Educandário Social Lar Frei Luiz (ESLF), localizada no bairro de Jacarepaguá — Taquara, Rio de Janeiro.

Nossa proposta aqui é relatar nosso trabalho na instituição e suas dificuldades inerentes ao tratamento de uma população com características tão específicas. Principalmente no que se refere aos principais obstáculos encontrados para se efetivar um atendimento sob inspiração psicanalítica. A importância do tema também está baseada em uma constatação: aumento da população idosa no Brasil. Tal fato ocorre de maneira progressiva e constante nas últimas décadas.

Ao contrário dos países desenvolvidos que estão em franco processo de envelhecimento de suas populações desde o início da segunda metade do século XX, somente nas últimas duas décadas o Brasil vem elaborando políticas públicas que levem em conta este segmento da população.

O Estatuto do Idoso, por exemplo, aprovado em setembro de 2007, corroborou uma nova perspectiva para a proteção da população idosa no Brasil. Para trabalharmos o tema, iniciaremos no Capítulo 1, Velhice e o ponto de vista médico: um resumo histórico, uma abordagem sobre a velhice através dos tempos. A configuração sobre o que era “ser velho” desde os tempos da Roma antiga até o século XX. Fechando este capítulo, mostremos a velhice sobre o prisma da medicina e suas áreas de estudo.

No Capítulo 2, A velhice sob a ótica psicanalítica, apontaremos a contribuição da psicanálise para a compreensão da velhice e de seus impactos sobre a psique. Traremos também o debate sobre a eficácia da psicanálise para o tratamento de pessoas idosas.

No Capítulo 3, A dificuldade da prática psicanalítica com pacientes idosos na instituição, analisaremos nossa experiência de trabalho dentro de um asilo e os inúmeros desafios encontrados para o uso da psicanálise.

No Capítulo 4, Caso clínico, relataremos um caso que bem-sucedido de atendimento a um idoso. Fato que demonstra, apesar das dificuldades, a eficácia do uso da psicanálise e de seus instrumentos teóricos com a população idosa.

*É, portanto ao caráter de cada um, e não à velhice propriamente, que devemos imputar todas essas lamentações. Os velhos inteligentes, agradáveis e divertidos suportam facilmente a velhice, ao passo que a acrimônia, o temperamento triste e a rabugice são deploráveis em qualquer idade.*

Cícero<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Saber Envelhecer. Porto Alegre: L&PM, 2007, pp. 16-17.

# 1 – A Velhice e o ponto de vista médico: um resumo histórico

A decadência física é um processo inerente ao ser humano. Nas últimas décadas, sob a égide de uma sociedade baseada na busca permanente do prazer e da juventude, a procura por formas e fórmulas que retardem o envelhecimento ganhou grandes proporções.

Tratamentos específicos, remédios “miraculosos” e, por outro lado, o real avanço da medicina, aumentou as chances de uma “juventude mais prolongada”.

Na verdade a discussão sobre o envelhecimento remonta aos tempos romanos, antes de Cristo. O político e filósofo romano Cícero<sup>2</sup> (106 a.C — 43 a.C) em seu livro *Saber Envelhecer* apontava quatro possíveis razões para se achar a velhice detestável:

(...) 1) Ela nos afastaria da vida ativa. 2) Ela enfraqueceria nosso corpo. 3) Ela nos privaria dos melhores prazeres. 4) Ela nos aproximaria da morte. (...)

Na obra, Cícero faz inúmeras observações sobre o papel de uma juventude sadia na configuração de uma velhice igualmente sadia. Apesar do tempo, grande parte das suas observações ainda é atual.

Na Idade Média, por exemplo, envelhecer era algo extremamente difícil. Trazemos como exemplo as precárias condições de vida ao lado das guerras, subalimentação etc., que

---

<sup>2</sup> Marco Túlio Cícero, em latim *Marcus Tullius Cicero* nasceu em Arpino no dia 3 de Janeiro de 106 a.C. e faleceu em Formia no 7 de Dezembro de 43 a.C. Foi um filósofo, orador, escritor, advogado e político romano. Desempenhou na Roma Antiga importante destaque, principalmente como político. Viveu o período de ascensão de Julio Cesar com a criação do Império, bem como o seu assassinato no Senado Romano em 44. a. C. Em 43 a. C. foi executado pelos aliados de Marco Antônio.

geravam uma expectativa média de vida entre 30 e 40 anos. A ideia de “envelhecimento”, portanto, estava longe do modo como conhecemos hoje.

No início do século XIX, a expectativa de vida era de 30 anos (1801). Com a Revolução Industrial e Médico-Sanitária a expectativa de vida começou a aumentar apesar de refletir as diferenciações geradas pelo desenvolvimento capitalista. Em 1913, a expectativa de vida chegava aos 48 anos para os homens e 52 anos para as mulheres.

No outro lado do mundo as civilizações orientais também padeciam das péssimas condições de vida, todavia, do ponto de vista cultural possuíam um tratamento diferenciado aos seus anciãos. Até os dias de hoje, apesar da penetração do capitalismo em vários países do Oriente, o respeito e a valorização dos mais velhos é muito maior do que nas sociedades ocidentais.

A despeito do tempo e das palavras de Cícero a visão da velhice como decrepitude, o estágio final da vida, ainda permanece principalmente no ideário da sociedade ocidental e capitalista.

A escritora e feminista francesa Simone de Beauvoir (1908-1986), também forneceu a sua contribuição ao tema envelhecimento com a sua obra *A Velhice*. No livro Beauvoir faz um importante apanhado histórico e estatístico do tema. Utiliza, ainda, diferentes abordagens que passam da literatura, filosofia e artes.

Seu livro lançou uma importante discussão, em um período no qual a população de idosos começava a aumentar, e provocar discussões sobre o impacto das aposentadorias para as finanças dos países europeus. O fato é que a população idosa está em ascensão em termos globais (Ver Anexo 1). No Brasil, por exemplo, a população vem aumentando ano após ano em virtude da melhoria do padrão de vida da população.

Hoje, os idosos são 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000. O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população — em 1991, eles eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%). Ver Anexos 2 e 3 para melhor compreensão.

A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deve chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, aos 70,3 anos.

## 1.1 – O Ponto de vista médico

Todo organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência, ou envelhecimento. Durante a primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo cresce e adquire habilidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, a senescência, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo.

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio se torna perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do

organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e o tecido muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos.

Na verdade, logo depois de se atingir a maturidade reprodutiva as chances de sobrevivência do indivíduo já começam a diminuir. Essa tendência faz parte do processo de evolução de todos os organismos multicelulares. Assim, o desenvolvimento, a reprodução e o envelhecimento são etapas naturais da vida de cada espécie, que ocorrem de forma sequencial e interdependente: o início da senescência é dependente da fase reprodutiva que, por sua vez, é dependente do desenvolvimento.

No entanto, não há uma separação rígida entre as três fases. O crescimento pode continuar mesmo depois que a maturidade reprodutiva é atingida; em humanos, por exemplo, a capacidade reprodutiva é atingida aos 12 anos, mas o crescimento continua até 20 anos, aproximadamente. Nas mulheres, o início da senescência é determinado pelo final da fase reprodutiva, marcado pela menopausa, por volta de 45 anos.

A velocidade de declínio das funções fisiológicas é exponencial, isto é, a ocorrência de perdas funcionais é acelerada com o aumento da idade. Assim por exemplo, num espaço de 10 anos, ocorrem maiores perdas funcionais entre 60 e 70 anos do que entre 50 e 60 anos. Há, portanto, um efeito cumulativo de alterações funcionais, com degeneração progressiva dos mecanismos que regulam as respostas celulares e orgânicas frente às agressões externas, levando ao desequilíbrio do organismo como um todo.

Fatores inerentes ao processo do envelhecimento determinam um limite na duração de vida de todas as espécies animais.

A tendência normal do organismo de manter a estabilidade interna, ajustando processos metabólicos e fisiológicos em resposta as agressões, é chamada homeostase. Quando a homeostase é perdida, a adaptabilidade do indivíduo ao estresse interno e externo

decrece e a susceptibilidade às doenças aumenta. A morte ocorre em algum momento da senescência, quando o organismo não consegue mais restabelecer o equilíbrio funcional. Fatores inerentes ao processo do envelhecimento determinam um limite na duração da vida de todas as espécies animais.

O tempo máximo de vida é a idade mais elevada já atingida em uma dada espécie. Em humanos, o tempo máximo de vida já registrado até hoje é de 122 anos.

## 1.2– Geriatria e Gerontologia

Como já observamos no item anterior, a velhice sob o ponto de vista médico, estaria associada a diferentes “fatores constitucionais, herdados e adquiridos durante o envelhecimento”<sup>3</sup>, a um processo que está associado ao organismo do nascimento à morte.

O surgimento de algumas doenças (tratáveis) como catarata, artrite, decréscimo da visão e audição, por exemplo, sinalizariam a velhice. Logicamente, o aparecimento de doenças não aponta para o processo de envelhecimento. A ideia, portanto, de uma velhice associada às doenças não está correta.

O aumento da população idosa que já verificamos vem gerando uma série de preocupações para esse segmento da população. Tais preocupações surgiram inicialmente nos países desenvolvidos que foram beneficiados pela melhoria das condições de vida na pós-Segunda Guerra Mundial. Deste modo, a Medicina teve que acompanhar as transformações demográficas.

---

<sup>3</sup> Mucida, Ângela. O Sujeito não envelhece. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 23.



Pela ótica da Medicina, dois ramos de estudo são importantes para a compreensão e estudo do envelhecimento. O primeiro é a Geriatria e o segundo, a Gerontologia.

A Geriatria é a ciência que trata os processos patológicos do envelhecimento. Com o aumento da idade ocorrem modificações no organismo podem se expressar nas funções circulatórias, respiratórias, pulmonares etc.

A Gerontologia distinguiria a “senescência da senilidade, definindo a primeiro como um processo fisiológico inelutável do organismo que acarreta modificações precisas, associadas a uma redução de todas as funções sem provocar doenças”<sup>4</sup>. A Gerontologia, portanto, estudaria o envelhecimento de forma mais ampla, veja o Anexo 4

---

<sup>4</sup> Op. Cit.

*O “desprendimento da velhice”, acho que é assim que se chama, deve estar ligado a um desvio decisivo na relação das duas pulsões postuladas por mim. A mudança que ocorre talvez seja muito notável. Tudo é tão interessante quanto era antes, os ingredientes tampouco muito diferentes. Mas falta uma espécie de ressonância.*

Sigmund Freud<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Freud, Sigmund, *apud* Mucida, Ângela. O Sujeito não envelhece. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 21.

## 2 - A Velhice sob a ótica psicanalítica

A Psicanálise em seus primórdios não tratou com maior profundidade a velhice, em parte, pelo próprio Freud não ter se dedicado a questão. A princípio devemos ter em conta que a “velhice” à época de Freud não era algo comum. Nesse período, 50 anos de idade já era considerado “idoso”. No campo teórico, como assinala Dorli Kamkhagi<sup>6</sup>,

(...) A concepção freudiana desse período de vida é que, basicamente, tal qual ocorreria ao longo da vida adulta, o sujeito reeditaria de modo desigual e combinado os modelos de fases de desenvolvimentos infantis, num movimento incessante de atualizações frente às novas vivências e às alterações do corpo. De específico haveria apenas a decadência física e a consciência de que o fim se aproxima. Não há em sua obra uma teoria explícita do envelhecimento e os termos “velhice” e “envelhecimento” pouco ocorrem em seus textos.

Além de Freud, outros grandes teóricos da psicanálise como Melanie Klein e Donald Winnicott, por exemplo, não se dedicaram a desenvolver estudos específicos sobre a velhice. A perspectiva freudiana da velhice era marcadamente negativa, estando associada à decrepitude progressiva.

Para Freud<sup>7</sup>, especificamente, o seu método terapêutico não era possível de ser aplicado em pessoas com mais idade. De forma mais clara, o envelhecimento seria um

---

<sup>6</sup> A Clínica do Envelhecer (Novos Olhares). III Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia – Subjetividade, Cultura e poder, p. 1.

<sup>7</sup> FREUD, Sigmund. O método psicanalítico de Freud [1904]. Obras completas. Rio de Janeiro, Imago, V. VII, 2006

período de resistência e de posterior capitulação aos limites que sem impõem à satisfação da libido objetal.

O envelhecimento provocaria um abandono progressivo do investimento no objeto. Conseqüentemente ocorreria uma regressão ao narcisismo primário que levaria a libido às fases pré-genitais (fase anal, principalmente) e o retorno ao investimento no Eu.

Como resultado final a velhice resultaria na diminuição das pulsões genitais (sexuais), culminando na regressão pulsional e no retorno do recalado, provocando perturbações na psique.

Sándor Ferenczi<sup>8</sup> também possuía tal teorização semelhante. Para ele, as neuroses no envelhecimento seriam derivadas por uma dificuldade em alterar a distribuição da libido. O homem ao envelhecer teria a tendência de retirar as imanações da libido dos objetos de seu amor, direcionando o seu interesse libidinal ao próprio ego. De modo geral, a consolidação das defesas impediria o acesso ao material inconsciente, dificultando um resultado terapêutico satisfatório.

Karl Abraham<sup>9</sup>, discípulo e colaborador de Freud, abordou a importância do tratamento psicanalítico na “idade avançada”. Em sua opinião, o prognóstico dependeria mais da idade de quando se instalou a neurose do que da idade real do paciente. Segundo Abraham, o analista deveria possuir uma atitude mais ativa no tratamento de pessoas idosas.

Para a Psicanálise, a questão do envelhecimento estaria no narcisismo. O processo de decadência física (a perda da beleza, do vigor, e muitas vezes da saúde) e a proximidade da morte, provocariam um retraimento na relação do sujeito com o mundo externo.

---

<sup>8</sup> *Apud* Dorli Kamkhagi. A Clínica do Envelhecer (Novos Olhares). III Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia – Subjetividade, Cultura e poder, p. 6.

<sup>9</sup> Op. Cit.

Para Goldfarb<sup>10</sup>, seria importante (e necessário) um Ideal de Ego estruturado para a pessoa resistir à ferida narcísica provocada pelas perdas que impõe.

---

<sup>10</sup> GOLDFARB, D. C (1998). Corpo, tempo e envelhecimento. São Paulo; Casa do Psicólogo.

*A velhice só é honrada na medida em que resiste, afirma seu direito, não deixa ninguém roubar-lhe seu poder e conserva sua ascendência sobre seus familiares até o seu último suspiro. Gosto de descobrir o verdor num velho e sinais de velhice num adolescente. Aquele que compreender isso envelhecerá talvez o seu corpo, jamais o seu espírito.*

Cícero<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Op. Cit.

## Capítulo 3 - A Dificuldade da prática psicanalítica na Instituição

Esta parte do trabalho está baseada em nossas experiências clínicas com pacientes idosos no asilo Lar de Felipe que pertence ao Educandário Social Frei Luiz (ESFL) localizado na Taquara, Rio de Janeiro.

Apesar de a instituição ser filantrópica e sobreviver basicamente de doações, o asilo Lar de Felipe possui uma excelente infraestrutura física e funcional, com custo zero para os asilados.

A equipe de saúde é composta por um médico generalista, psiquiatra, reumatologista, uma enfermeira-chefe, quatro auxiliares de enfermagem, uma psicóloga e um psicanalista. O Lar conta ainda com uma nutricionista.

É possível fazer uma série de exames laboratoriais na própria instituição (ESFL) que possui laboratório próprio.

Aproximadamente 22 idosos dormem em duplas em 11 quartos. Dois auxiliares de enfermagem revezam-se em turnos de 24 horas. Com exceção dos auxiliares de enfermagem toda equipe é voluntária.

Nosso trabalho teve início em 2007 após convite feito pelo diretor geral da instituição. Segundo ele, os idosos do Lar de Felipe apresentavam uma série de problemas de “ordem psicológica” que poderiam ser atenuados com o meu trabalho.

### 3.1 - Uma difícil realidade: o “fim da estrada”

Os contatos iniciais ocorreram com a administradora do Lar para o início da atividade voluntária em 2007. Percebemos inicialmente que havia uma demanda acentuada por alguém que fizesse o trabalho de “escuta” dos idosos. Estabelecemos o atendimento semanal para os meus pacientes.

Curiosamente no nosso primeiro dia de trabalho, fomos levados quase que imediatamente às “consultas” com os idosos. Logicamente achei muito estranho, pois sequer tive tempo de ler os prontuários e fazer uma triagem dos casos mais importantes.

Estabelecemos como prioridade os casos clínicos de maior gravidade. Como parâmetro analisamos os prontuários e os relatos da equipe de enfermagem. A maior dificuldade estava relacionada aos idosos que possuíam comprometimento cognitivo em função de patologias e/ou geradas pelo uso de medicação.

Com os idosos que não apresentavam tais características ou quando o comprometimento não era tão acentuado obtivemos excelentes resultados terapêuticos, inclusive com reversão positiva do quadro.

Superada essa fase, outro aspecto importante a ser mencionado após o “contato inicial”, foi a triste realidade de alguns idosos no que se refere às condições físicas e ao abandono, fato que escancarava a dimensão “real” da velhice.

Logicamente temos a noção de que a “velhice” não deva ser necessariamente o “fim da estrada”, mas, para alguns idosos a realidade apontava para essa dimensão. Trazemos como ilustração as doenças diagnosticadas pelo setor médico: Mal de Alzheimer, Parkinson e



Enfisema Pulmonar e Demência Senil. O que nos chamava a atenção ao lado das doenças era o abandono pela falta de visitas de parente há bastante tempo.

Durante a minha fase de “ambientação” com idosos, a ideia principal era a de que o tempo estava “terminando”. A perspectiva de morte eminente em virtude da idade avançada e pelas doenças era em muitos casos introjetada pelo próprio idoso. A ideia de “planos para o futuro” não fazia o menor sentido por eles.

### 3.2 - Os obstáculos no processo de trabalho psicanalítico

Como foi apontado, sob o ponto de vista físico, o Lar de Felipe apresenta excelente infra-estrutura, inclusive, melhores do que muitas instituições particulares. Isso é muito importante, pois coloca os idosos em boas condições de higiene e até mesmo de condições clínicas de atendimento às necessidades de idosos.

Pelo aspecto psicanalítico, o trabalho esbarra essencialmente nas condições cognitivas de alguns idosos, seja por doenças (Parkinson e Alzheimer, por exemplo) seja pelo uso de medicamentos.

Outro obstáculo seria a “intromissão” na vida pessoal dos asilados. A ideia de “análise” ou “conversar” com um “médico” representava para alguns idosos uma “intromissão” em sua vida, o que gerava resistência ao acompanhamento psicanalítico. Tal diretiva é percebida pelo paciente como algo profundamente perturbador para eles.

Para atenuarmos essa dificuldade, passamos a trabalhar com a perspectiva do atendimento por interesse próprio. Era feito um contato inicial e assinalávamos a possibilidade de retorno caso houvesse uma demanda.

Por outro lado, ocorriam os casos em que o interesse se mostrava acentuado e o trabalho era muito interessante. Geralmente os idosos que apresentavam tal interesse não possuíam patologias que afetassem a parte cognitiva e o uso de psicotrópicos era reduzido.

Nesses casos, era possível trabalhar de maneira satisfatória com o idoso. Outro ponto a destacar é que a maior parte dos atendimentos com comparecimento espontâneo era feitos com mulheres.

A dinâmica da transferência era muito peculiar, pois eu passava a ocupar o lugar de um filho. Tal transferência facilitava consideravelmente o trabalho analítico na tentativa de construção de *insights* por parte do idoso. Os resultados eram mais animadores.

*Deve-se aprender a viver por toda vida e, por mais que tu talvez te espantes, a vida é um aprender a morrer.*

Sêneca<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> SÊNECA, Lucio Aneu. Sobre a brevidade da vida (1993). São Paulo, Nova Alexandria, VII, 3-4.

## Capítulo 4 - Caso Clínico

Farei um breve relato de um caso clínico cuja ação terapêutica foi bem-sucedida na instituição.

A idosa S. foi-me apresentada como um caso “perdido” segundo o corpo médico. Apresentava inúmeros problemas de saúde, entre eles, a dificuldade para andar e quadro de depressão breve. Por não andar, utilizava a cadeira de rodas de forma permanente.

Em nosso primeiro contato com idosa notamos as suas excelentes condições cognitivas. Fui beneficiado por ser uma “novidade” no Lar, fator que despertou a sua curiosidade desde o primeiro momento.

No processo de anamnese foi possível montar uma linha de tempo de sua vida. Seu marido havia falecido em 1998 em decorrência do Mal de Alzheimer no próprio Lar. Aliás, o casal já vivia na instituição com asilado desde 1990.

Sua principal queixa referia-se a “velhice” em si. Depois de duas operações por ocasião de fraturas decorrentes de osteoporose, a idosa S. não possuía a mobilidade esperada. Detectamos ainda que não havia um comprometimento mental por parte da idosa.

Dentro desse quadro inicial, optamos pelo trabalho de reforço da auto-estima, ao mesmo tempo em que iniciamos a escuta de seus anseios e problemas que se referiam principalmente à questão da locomoção. O que denota o seu desejo de autonomia.

Durante as primeiras sessões, a idosa relatou a importância de “conversar” e assinalou a “frieza” dos médicos. Segundo ela, conversar era muito importante. A idosa S. iniciou o processo de transferência facilitando consideravelmente a ação terapêutica. Em aproximadamente oito sessões a idosa mostrou-se revigorada e trocou a cadeira de rodas pelo andador e finalmente começou a ter uma locomoção autônoma. Além da importância de elaboração das questões internas do paciente.

O sucesso do processo foi animador para a equipe médica, cujo caso era considerado “perdido”. Na verdade, o caso era considerado “perdido” pela ausência até então de um

espaço onde o paciente pudesse colocar as suas angústias através de um contato mais afetuoso e de escuta.

A perspectiva de uma medicina “cartesiana”, onde o remédio e o diagnóstico são implementados dentro de um padrão matemático, não ajuda na recuperação do paciente. Mais ainda, quando ele é feito para idosos asilados.

## Conclusão

O aumento da população idosa no Brasil nos últimos anos e a consolidação deste segmento até o 2050 coloca grandes desafios para a sociedade brasileira. Apesar dos avanços na legislação que garante inúmeros direitos à população idosa, a “cultura de proteção” a esse segmento ainda é muito incipiente. A ideia do idoso como um “problema” continua forte em grande parte das famílias brasileiras.

No Lar de Felipe, por exemplo, o número de idosos que recebe regularmente a visita de familiares é inferior aos 20%. Números que se reproduzem (certamente) em milhares de asilos em todo o Brasil.

Sob o ponto de vista psicanalítico, como já assinalamos, os percalços são enormes. Aliás, “A Psicanálise se faz na medida do possível”, como aponta o pesquisador da ENSPE/Fiocruz, Luís David Castiel. Tal colocação nunca foi tão verdadeira para o trabalho com idoso asilados. Mesmo com os problemas apontados, a satisfação de colaborar de alguma forma para atenuar a solidão e a sensação de impotência frente à decadência física do sujeito é gratificante.

Ao contrário do que os pioneiros da Psicanálise acreditavam, a *talking cure* é um importante instrumento para diminuir o sofrimento humano e até mesmo provocar *insights* no indivíduo mesmo em idade avançada.

O aumento da expectativa de vida em todo o mundo e o “surgimento” de Sujeitos com idade cada vez mais avançada coloca como desafio o entendimento desse novo dilema para a Psicanálise.

É muito importante que ocorra uma readequação do movimento psicanalítico para mantermos inseridos os idosos no laço social. Desprezarmos esse novo segmento etário é ir contra a proposta da Psicanálise mais importante do legado freudiano.

## Referências

BEAUVOIR, Simone. (1990) A velhice. Rio de Janeiro, Nova fronteira.

CASTIEL, L. D., 1999. *A Medida do Possível. Saúde, Risco e Tecnobiociências*. Rio de Janeiro. Editora Contracapa/Editora Fiocruz.

CÍCERO. Saber envelhecer. Porto Alegre, L&PM Editores, 2007.

FERNÁNDEZ, Myrian Rodrigues. A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Dissertação de mestrado.

FREUD, Sigmund. Obras Completas, Edição Standard. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

GUGGENHEIM, Susan. O Envelhecimento e a Psicanálise Contemporânea.

<[http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Susan\\_Guggenheim.pdf](http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Susan_Guggenheim.pdf)>

KAMKHAGI, Dorli. A Clínica do Envelhecer (Novos Olhares). III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia – Subjetividades, Cultura e Poder.

<[http://geracoes.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-129.pdf](http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-129.pdf)>

MUCIDA, Ângela. O Sujeito não envelhece. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

SÊNECA, Lucio Aneu. Sobre a brevidade da vida (1993). São Paulo, Nova Alexandria.

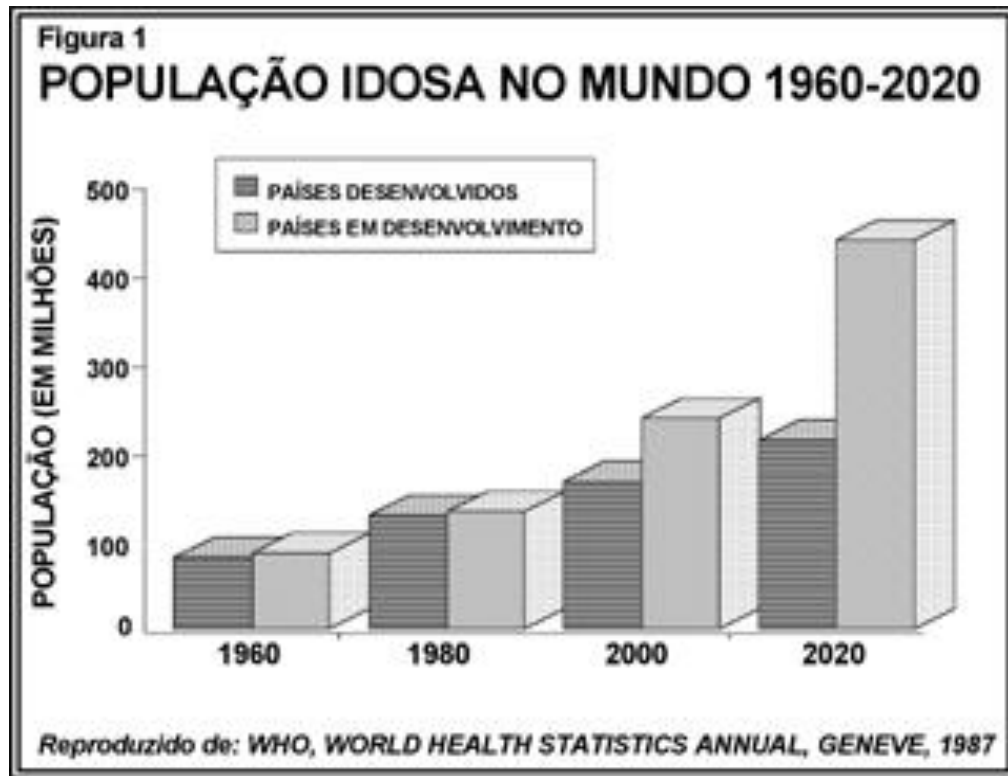
ZAIDAN, Geralda M. de Carvalho. Um envelhecer peculiar do idoso na perspectiva psicanalítica freudiana. Acesso 05/03/2010.

<<http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/e00009.htm>>

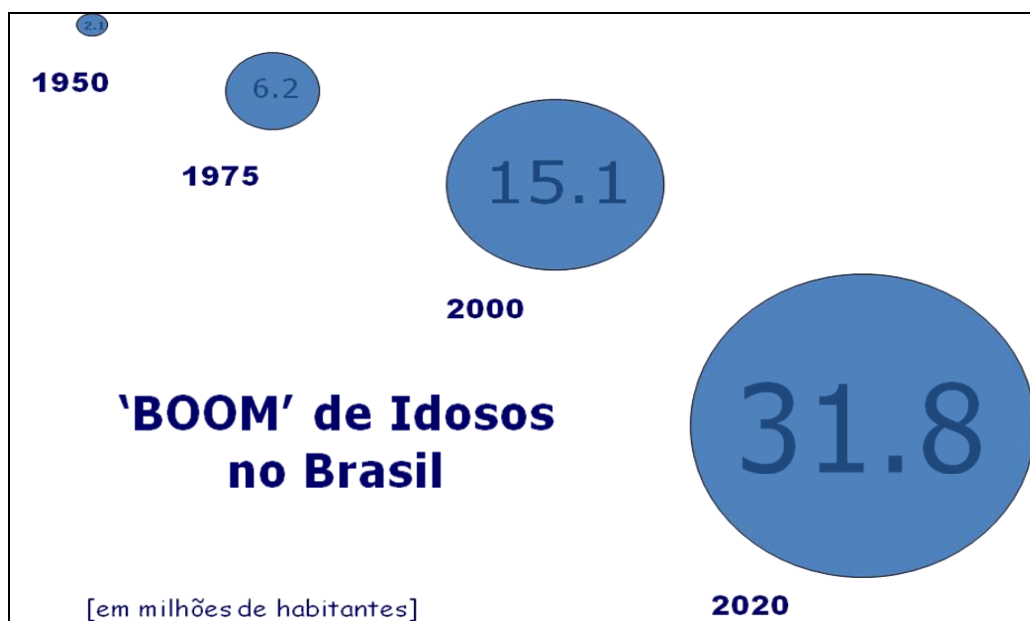


## Anexos

### Anexo 1



### Anexo 2



Fonte: Renato Veras. Diretor da Universidade da Terceira Idade/UERJ

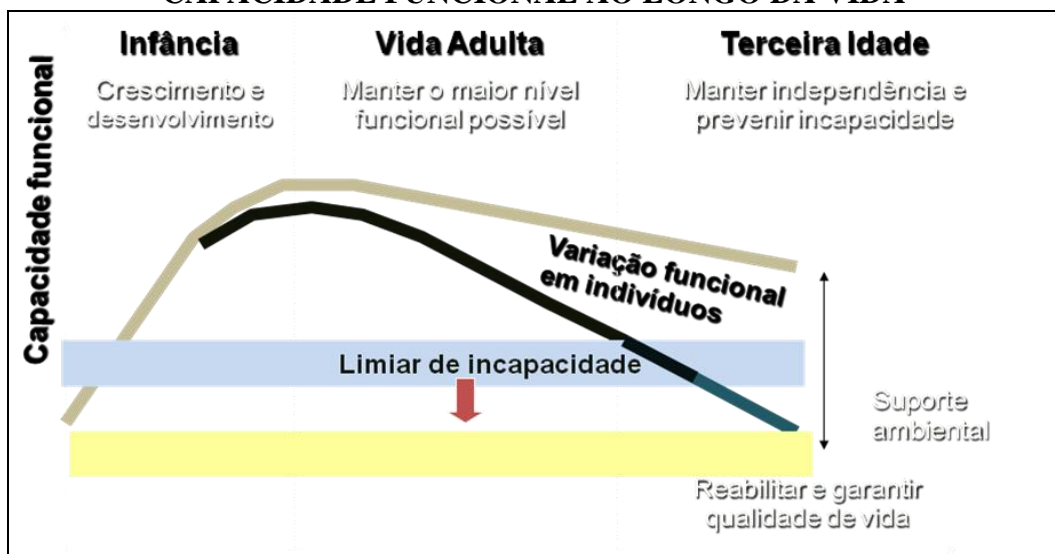
### Anexo 3



Fonte: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas UNFPA/BRASIL (BRA/98/POB), Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sociodemográficos, Projeção preliminar da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050, revisão 2000.

### Anexo 4

#### CAPACIDADE FUNCIONAL AO LONGO DA VIDA



Fonte: Dr. Thiago Monaco HC FMUSP