

JULIANA DOS SANTOS VITALLI

Reflexões sobre a clínica psicanalítica com idosos

Uberlândia

2024

JULIANA DOS SANTOS VITALLI

Reflexões sobre a clínica psicanalítica com idosos

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucianne Sant'Anna de Menezes.

Uberlândia

2024

JULIANA DOS SANTOS VITALLI

Reflexões sobre a clínica psicanalítica com idosos

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucianne Sant'Anna de Menezes.

Banca Examinadora

Uberlândia, 19 de abril de 2024

Prof^a Dr^a Lucianne Sant'Anna de Menezes (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG

Prof^a Dr^a Miriam Tachibana
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia-MG

Dr^a Layla Raquel Silva Gomes
Centro de Psicologia (CENPS) do Instituto de Psicologia da UFU (IPUFU)

Uberlândia

2024

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho, reflexo dos aprendizados que venho somando e dividindo nesses últimos cinco anos, foi construído por mim e por todos que estiveram ao meu lado de alguma forma. Sendo uma jornada compartilhada, agradeço a todos que me acompanharam.

Agradeço à minha turma 86, por me fazerem sentir o que é pertencer; às(aos) professoras(es), pela formação crítica e posicionada; às companheiras de estágio, pelas histórias que nos atravessam e por termos resgatado a importância de sentir juntas.

Agradeço a todos os amigos que tornaram esta jornada uma fonte inesgotável de risadas, significado e esperança, cujo carinho transcende os limites da universidade.

Agradeço à minha mãe, por sempre me apoiar em minhas decisões, me encorajando a crescer e transformar minha vida sendo sincera com os meus sentimentos; e ao meu pai, por todos os esforços em garantir meu bem-estar, acreditando no melhor que eu pudesse ser.

Agradeço ao meu namorado, por ser refúgio tranquilo e braços abertos que me fortalecem sempre que eu preciso. Por crescermos juntos na psicologia e, principalmente, na vida.

Agradeço à minha orientadora, por compartilhar comigo seus saberes grandiosos, pela resiliência nas dificuldades e por me guiar na construção de uma prática clínica ética e resiliente.

À todas as pessoas idosas que dialogaram comigo e que me inspiraram a realizar esta pesquisa.

Por fim, agradeço a mim mesma, pela coragem em me aventurar por terrenos impensados e por seguir adiante, mesmo diante das dúvidas, que me tornaram quem sou hoje.

Sinto-me realizada em fazer parte da história do curso, dos professores e dos meus colegas.

“Não ser o que realmente se é, e não se sabe o que realmente se é, só se sabe que não se está sendo. E então vem o desamparo de se estar vivo. Estou falando da angústia mesmo, do mal. Porque alguma angústia faz parte: o que é vivo, por ser vivo, se contrai.”

(Clarice Lispector, 1999, p. 98).

RESUMO

Vitali, J. S. (2024). *Reflexões sobre a clínica psicanalítica com idosos*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional UFU.

O envelhecimento crescente da população brasileira suscita controvérsias, uma vez que o aumento da expectativa de vida nem sempre se traduz em uma existência digna para os idosos. Diante desse impasse, urgem práticas clínicas que possam olhar para as vivências dos idosos e acolher suas demandas. Dentre elas, a psicanálise. Embora Freud, em seu tempo, tivera dúvidas sobre o exercício da clínica com idosos, a literatura subsequente destaca sua viabilidade, pois o inconsciente não envelhece e o desejo perdura. A pergunta motivadora desta pesquisa foi: como tratar os sujeitos que ultrapassaram a faixa de 60-65 anos e procuram atendimento clínico? O objetivo deste estudo é investigar a direção do tratamento na clínica psicanalítica com idosos, a partir da produção científica atual. Trata-se de uma pesquisa em psicanálise, realizada a partir de levantamento bibliográfico nas bases *Scielo*, *Pepsic* e *BVS-Lilacs*, no período de 2011 a 2023. A análise foi orientada pela leitura e transferência da pesquisadora em relação ao material selecionado para o estudo. Apesar de particularidades distintas a respeito da velhice, bem como focos teóricos, os resultados recomendam a direção do tratamento em manejos técnicos que propiciem a perlaboração, o trabalho do luto e a sublimação. Ao insistirmos em uma psicanálise engajada na dimensão coletiva do sofrimento, conclui-se que disponibilizar o “refúgio do divã” à pessoa idosa é uma direção ética do tratamento, na qual são oferecidas contribuições diretas ao estado psíquico e, simultaneamente, desafia-se o etarismo.

Palavras-Chave: idoso; velhice; psicanálise; clínica psicanalítica; tratamento.

ABSTRACT

Vitali, J. S. (2024). *Reflections on psychoanalytic clinical practice with the elderly*. [Completion of Course Work, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia]. UFU Institutional Repository.

The increasing aging of the Brazilian population gives rise to controversies, as the increase in life expectancy does not always translate into a dignified existence for the elderly. Faced with this matter, clinical practices that can consider the experiences of the elderly and address their demands are urgently needed. Among them, psychoanalysis stands out. Although Freud had doubts in his time about practicing clinical work with the elderly, subsequent literature highlights its viability, as the unconscious does not age and desire persists. The motivating question of this research was: how to treat individuals who have surpassed the age range of 60-65 years and seek clinical care? The aim of this study is to investigate the direction of treatment in psychoanalytic clinical work with the elderly, based on current scientific production. This is a research in psychoanalysis, conducted through a bibliographical survey in the *Scielo*, *Pepsic*, and *BVS-Lilacs* databases, from 2011 to 2023. The analysis was guided by the researcher's reading and transference relationship with the material selected for the study. Despite distinct particularities regarding old age, as well as theoretical focuses, the results recommend the direction of treatment towards technical approaches that facilitate working-through, mourning work, and sublimation. By insisting on a psychoanalysis engaged in the collective dimension of suffering, it is concluded that providing the 'refuge of the couch' to the elderly is an ethical direction of treatment, in which direct contributions to the psychic state are offered while simultaneously challenging ageism."

Keywords: elderly; old age; psychoanalysis; psychoanalytic clinic; treatment.

SUMÁRIO

Considerações Iniciais	1
1. Desvelando a velhice: entre o biológico e o inconsciente	7
2. O que Freud disse sobre a clínica com pessoas consideradas idosas?	13
3. A direção do tratamento psicanalítico com idosos	17
3.1. Perlaboração, trabalho do luto e sublimação	18
3.2. Mudanças no <i>setting</i> analítico	28
Considerações finais	32
Referências	36

Considerações Iniciais

Começo essa jornada pensando meu processo de transferência com a temática proposta, concordando com Silva (2017) quando diz que nenhuma escolha é inocente ou ingênua. Em minha vida acadêmica, sempre manifestei interesse em trabalhar com idosos. Esse interesse me motivou a realizar investimentos significativos tanto na pesquisa quanto na atuação junto a essa população. Na UFU, fui bolsista CNPq da pesquisa de iniciação científica intitulada “*Sendo só e só sendo na velhice: a transformação da solidão em solitude por meio da Arte*”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Silvia Maria Cintra da Silva (2023), que objetivou compreender o papel da Arte na vivência da solidão entre idosos. Tornei-me estagiária no Centro de Psicologia do Instituto de Psicologia da UFU, no Estágio profissionalizante em Psicologia Clínica e Social “*Clínica psicanalítica para adultos e idosos*” (2023-2024), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Lucianne Sant’Anna de Menezes, no qual tive a oportunidade de atender uma pessoa idosa e, junto dela, me inspirei a ser uma melhor profissional dia após dia. Fui extensionista do projeto “*Arte narrativa e novos sentidos no envelhecimento*” (2024-atual), sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Stefanoni Combinato, que, através de rodas de conversa, levava a arte narrativa para um grupo de idosas vinculadas a uma UBSF de Uberlândia. Agora, apresento os desfechos de mais uma pesquisa direcionada a este público.

Não obstante meus investimentos pensados no envelhecer, quando questionada sobre a razão pela qual optei por concentrar-me nos idosos, frequentemente me encontrava sem uma resposta definida. As pessoas que me indagavam sugeriam que aqueles que se interessam pela seara da velhice têm vivências emotivas relacionadas aos avós. Eu, que pouco tive o carinho de avós presentes, permanecia em silêncio, ou versava respostas racionalizadas sobre como a Psicologia, por estar tão preocupada com outras fases da vida, carece de um olhar mais sensível para as demandas da velhice. Todavia, em uma conversa casual recente com um amigo, fui mais uma vez questionada sobre meu interesse na velhice; e minha consciência foi transportada

para um abraço que recebi de Sueli, minha professora de infância, pessoa idosa que desempenhou um papel decisivo e afetuoso em minha formação.

Eu era uma criança com muitas revoltas, a principal delas era o meu desagrado em frequentar a escola. Minha dificuldade era motivada pelas dinâmicas de poder no ambiente escolar, que não me favoreciam: fui iniciada nos estudos na classe de uma professora que esperava que os alunos já viessem sabendo; que me impedia de fazer o intervalo se eu não soubesse escrever alguma palavra, mesmo que eu ainda não estivesse alfabetizada; que, em momentos nos quais eu recusava participar das atividades propostas, por não saber como fazê-las, era isolada em uma pequena cadeira distante da mesa principal, na qual as demais crianças, aquelas que se adequavam às expectativas da professora, se reuniam em círculo. Era-me dito que só poderia integrar o grupo quando demonstrasse disposição para executar as tarefas. A professora também me separava da companhia de outras crianças, que eram repreendidas caso se aproximassem de mim, dificultando, assim, meu direto à amizade.

Tudo mudou quando, no ano seguinte, Sueli tornou-se nossa professora. Colocando-me na mesa junto aos demais, ela me apresentava às atividades ludicamente, dizia que estava tudo bem se eu não desejasse fazê-las, mas que estaria comigo nos inícios, me incentivando a não ter medo de errar. Seu cuidado fez despertar todo o meu potencial. De um dia para o outro, eu quis ser outra – aluna. Não via a hora de chegar na escola. Desejava fazer todas as atividades e pedia outras. Fiz amizades e me senti acolhida. Sueli me mostrou que a escola poderia ser o meu espaço para crescer, e que eu poderia crescer no meu tempo. Ela me ensinou que ser aluna – e criança – não é algo que se nasce sabendo fazer sozinha.

Nunca esquecerei que por ela fui salva de muitas maneiras (diagnósticos de TDAH, autismo, dislexia, ou sabe-se lá...). Talvez eu nem estaria aqui, tornando-me psicóloga, se ela não tivesse me encontrado. Espero poder retribuir não apenas a ela, mas a tantas outras pessoas idosas que transformam sua comunidade pela via da intergeracionalidade. Que transcendem os

limites do tempo, pois são eternos nos corações daqueles que despertaram. Que, através de suas experiências, são guardiões de valores que precisam ser lembrados, sendo em si próprios, memória coletiva. Buscando dialogar com as questões que creio e invisto, e com as questões da contemporaneidade em que pessoas idosas estão inseridas, minhas expectativas quanto ao presente estudo vão nessa direção: da construção de um viver mais digno para as pessoas idosas.

Pensando contextualmente, o atual envelhecimento da população brasileira é um fato já constatado por pesquisas acadêmicas (Mrejen et al., 2023; Sousa et al., 2020), notícias veiculadas na mídia (Mendonça, 2023; Santos, 2023) e de modo empírico, em nossas observações cotidianas. Os avanços na área da saúde e nas condições de vida ampliaram cada vez mais a expectativa de vida que, somada à redução da fertilidade, vêm gerando uma transição demográfica no Brasil e no mundo (Altman, 2011). No Brasil, em 2022, o total de pessoas com 65 anos ou mais de idade no país (22 milhões) chegou a 10,9% da população, com alta de 57,4% frente a 2010, quando esse contingente era de 14 milhões, ou 7,4% da população (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2023).

De acordo com Dias e Pais-Ribeiro (2018), a maior longevidade, conquista vangloriada, não está sendo acompanhada pela garantia ao amparo dessa população, uma vez que as novas demandas geradas pelo aumento do número de idosos são consideradas altamente custosas para o Estado e para a sociedade. No Brasil, o idoso é visto como um fardo social, o envelhecer como doença iminente, e os aposentados como improdutivos (Schneider & Irigaray, 2008), traços culturais que escancaram o etarismo – preconceito relacionado à idade – entranhado em nossa narrativa social.

Consoante Capitanini (2000), na sociedade capitalista, os idosos muitas vezes se encontram submersos em um estilo de vida que propicia sentimentos de solidão, apatia e insatisfação – sobretudo nas grandes metrópoles, onde o individualismo e o pouco contato com a comunidade abalam as redes de solidariedade mútua. Também é notório que existam

especificidades da velhice que fazem com que eventos de transição sejam mais expressivos nessa fase da vida do que em outras – a aposentadoria, os novos arranjos familiares e sociais, os afastamentos ou perdas de entes queridos e as modificações físicas e psíquicas fazem emergir reflexões diversas sobre a vida vivida, a corporeidade, a sexualidade, a memória, os desejos e a proximidade com a morte (Santos et al., 2019).

Nesse cenário, é crucial considerar como os sujeitos ressoam emocionalmente com essa fase da vida. A complexidade psíquica de cada idoso desempenha um papel importante nesse processo. Alguns idosos podem se identificar com as representações e estereótipos existentes sobre a velhice, enquanto outros podem rejeitá-las. Diante desses impasses, urge a valorização de práticas que possam olhar para as vivências dessa população e acolher suas demandas. Dentre elas, a psicanálise.

Para Freud (1923/2011), psicanálise é ao mesmo tempo um método de investigação de processos inconscientes; uma técnica de tratamento baseada neste método, que envolve a regra técnica fundamental da associação livre a atenção flutuante do analista; e uma ciência resultante do conhecimento que este método produz (Menezes, 2012). O autor inaugura uma nova forma de compreensão da condição humana, que escuta não apenas o corpo biológico, mas também o inconsciente presente no corpo finito (Silva, 2018). Assim, a psicanálise oferece, e é em si própria, uma lente valiosa para examinarmos a complexidade das experiências da velhice.

Ainda que Freud, em sua época, tivera dúvidas sobre o exercício da clínica com idosos, de acordo com psicanalistas contemporâneos (Mucida, 2015; Silva, 2015; Santos et al., 2019), há uma necessidade epistemológica do saber psicanalítico que responda às demandas atuais, sociais e clínicas. Uma vez que a direção do tratamento psicanalítico se refere à orientação que o psicanalista dá ao tratamento, ou seja, à forma como ele conduz a análise e maneja o método (Mucida, 2015), perguntamos: como tratar os sujeitos que ultrapassaram a faixa de 60-65 anos e procuram atendimento clínico? Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo

investigar a direção do tratamento na clínica psicanalítica com idosos, a partir da produção científica atual. Com base nas considerações dos autores, buscamos transcender as palavras de Freud, para somar na construção de uma narrativa renovada acerca da clínica com idosos.

Há uma indissociabilidade entre pesquisa e intervenção quando se trata de psicanálise, pois a teoria estabelece condições de desvelar os fenômenos sem se ater à mera experiência – “é nessa relação que é possível construir, ultrapassar o já dito, construção que não se sustenta em uma linearidade e em que teoria e prática não têm autonomia” (Rosa, 2004, p. 342). Tendo em vista que, na psicanálise, pesquisa, prática clínica e teoria caminham juntas (Freud (1923/2011), o olhar aqui empregado é rigorosamente freudiano ao estabelecer um diálogo que proponha novas perspectivas na interface psicanálise e velhice.

Sendo este um estudo bibliográfico de revisão de literatura, adota-se, como metodologia, a pesquisa psicanalítica (Freud, 1923/2011; Rosa, 2004), cujo método destaca-se pelo objeto de estudo – o inconsciente. Considerando que o inconsciente está presente em todas as manifestações humanas, a análise das formações culturais, textos, conceitos e técnicas equivale a uma investigação do próprio inconsciente (Iribarry, 2003). Nesse sentido, os artigos selecionados foram submetidos à análise orientada pela escuta e transferência instrumentalizada da pesquisadora em relação ao texto escrito (Iribarry, 2003), bem como a textos de Freud que tratam do tema recortado para o estudo, de modo que os resultados foram remetidos aos objetivos, visando considerações finais.

Para levar a cabo esta proposta, foi realizado um levantamento bibliográfico no período de 2011 a 2023 – considerando que o primeiro artigo encontrado foi datado de 2011 e que a coleta de dados foi concluída em 2023 –, nas bases de dados *SciELO*, *Pepsic* e *BVS-Lilacs*, a partir do cruzamento variado dos seguintes descritores: idosos; velhice; envelhecimento; psicanálise; clínica psicanalítica; tratamento. Foram encontrados 27 artigos, dos quais 8 foram selecionados para o presente estudo por atenderem aos critérios de inclusão: ser escrito em

língua portuguesa e disponível na íntegra de forma gratuita; utilizar a abordagem psicanalítica, cuja bibliografia contenha textos fundamentais da obra freudiana e/ou da escola francesa de psicanálise; trabalhar a temática das particularidades da clínica psicanalítica (tratamento, manejo da técnica, intervenções, dentre outros) com pessoas idosas.

Os 8 artigos selecionados foram: *O envelhecimento à luz da psicanálise* (Altman, 2011); *Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento* (Santos & Carlos, 2011); *Considerações a partir de uma análise de um pianista de oitenta anos* (Goulart, 2013); *Direção do tratamento na clínica com idosos* (Mucida, 2015); *Psicanálise e velhice - Considerações clínicas* (Silva & Moreira, 2015); *As particularidades da clínica psicanalítica com idosos* (Silva, 2015); *A clínica psicanalítica com idosos - uma construção* (Silva, 2018); *Transformações do eu na velhice - Consequências psíquicas e para a prática clínica* (Matos & Belo, 2021). Também foram utilizados nas discussões os livros “*Atendimento psicanalítico do idoso*” de Ângela Mucida (2014), “*A clínica psicanalítica, o envelhecimento e suas particularidades*” de José Maurício da Silva (2017), e demais autores que pudessem somar para a análise e discussão.

A análise dos textos foi pautada no método psicanalítico de investigação que, consoante Figueiredo e Minerbo (2006), envolve a interpretação do material, seguindo procedimentos semelhantes aos utilizados na clínica psicanalítica, como a leitura flutuante, o recorte de partes que privilegiam temas, expressões, brechas, palavras, ou quaisquer elementos que sirvam para desconstruir o texto, e a reconstituição do texto a partir de novos sentidos criados pela interpretação analítica da pesquisadora, que produz uma outra verdade sobre o texto. É, em última instância, uma leitura crítica aos moldes de uma escuta clínica, que resulta em transformações tanto para quem pesquisa quanto para os objetos e teorias estudados.

Para apresentação dos resultados, a monografia foi dividida em três capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo, estabelecemos diferenças entre envelhecimento e

velhice e elucidamos a contribuição da psicanálise como campo que proporciona olhares sobre a velhice que transcendem os discursos médicos e sociais convencionais. No segundo capítulo, demos um panorama da visão de Freud acerca da viabilidade do tratamento de idosos, enriquecendo com contribuições de outros autores. O terceiro capítulo traz os resultados da literatura científica contemporânea selecionada para análise com recomendações a respeito da direção do tratamento com idosos, terminando com considerações finais.

Convidamos o leitor a nos acompanhar nesta jornada dedicada ao cuidado dos idosos.

1. Desvelando a velhice: entre o biológico e o inconsciente

Iniciamos nossa reflexão considerando as distinções entre envelhecimento e velhice, dois termos distintos que usualmente são interpretados como sinônimos pelo senso comum. Do ponto de vista da gerontologia, campo biomédico, o *envelhecimento* é um processo contínuo de transformação inevitável e indissociável da condição humana, que se inicia no nascimento e prolonga-se por toda a vida, resultando em uma gradual diminuição da possibilidade de sobrevivência. As transformações são de ordens morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais. É relevante observar que o processo não se restringe aos idosos, pois está presente em todos os indivíduos, como afirma o gerontologista Papaléo Netto (2013).

Do ponto de vista da psicanálise, a dimensão biológica do envelhecimento é também considerada, uma vez que Freud do início ao fim de sua obra não desconsiderou o aspecto biológico do ser humano. Não obstante o corpo que envelhece, as noções psicanalíticas acrescentam a dimensão do inconsciente – objeto de estudo da psicanálise –, que dentre outras características é atemporal e, portanto, não envelhece. Como diz Freud (1915/2010, pp. 93-94) “os processos do sistema Ics são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo, não têm relação nenhuma com o tempo”. Face a isso, os psicanalistas Silva e Moreira (2015) mostram que o envelhecimento é o desencontro de um corpo que se fragiliza com uma instância que não envelhece, o inconsciente – “um desencontro

que provoca um desajuste, que desperta sentimentos e emoções que até então não eram sentidas ou não percebidas” (p. 247).

Já a *velhice*, para a gerontologia, é entendida como uma fase do desenvolvimento, a última do processo de envelhecimento e de um ciclo de vida (Papaléo Netto, 2013). É, portanto, uma condição inerente à qual as pessoas, caracterizadas idosas nesta fase, se veem inevitavelmente sujeitas, uma vez que é determinado que todos os seres humanos passem por fases de vida, tais como a infância, adolescência e a fase adulta. Em linhas gerais, para distinguir entre a fase adulta e a velhice, a gerontologia utiliza como referência os 65 anos para nações desenvolvidas e 60 anos para países em desenvolvimento. Em suma, “o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados” (p. 71).

Na psicanálise, também se reconhece a existência de estágios ou fases da vida, entre os quais a velhice está incluída. É no âmbito psicanalítico, inclusive, que floresce a noção de *envelhescência*: termo criado pelo jornalista Prata (1997, p. 13) ao assegurar que “engana-se quem acha que o homem maduro fica velho de repente, assim da noite para o dia. Não. Antes, a envelhescência”; e assumido por Berlinck (2000) no campo psicanalítico. O termo inaugura uma nova fase da vida, que precede a adulta e antecede a velhice, desdobrando-se entre os 50 e 59 anos. É uma fase análoga à adolescência, em que ocorrem mudanças físicas, hormonais, sociais e psíquicas; porém com diferenças, já que na adolescência, as mudanças ampliam o horizonte, enquanto na envelhescência, há uma redução nas possibilidades de vivências, demandando um reposicionamento diante das mudanças, conforme o psicanalista Silva (2015).

O conceito de envelhescência fornece uma base para compreendermos o porquê de indivíduos com 50, 60, 70, 80, 90 ou 100 anos vivenciarem o envelhecimento de formas muito diferentes – as últimas faixas etárias sendo chamadas ainda de “super idosos”, uma possível quarta idade. Sabemos que a velhice se configura como a fase final da vida, tanto no discurso

médico quanto no psicanalítico, entretanto o que determina que somente a partir dos 60, 70, 80 anos ou mais, uma pessoa possa ser considerada velha? Para Papaléo Netto (2013), as noções de gênero, classe social, saúde, educação, personalidade e história são elementos cruciais que se mesclam com a idade cronológica para determinar as diferenças entre idosos.

Muito do que se diz sobre a velhice está determinado por classificações que não capturam a complexidade do fenômeno. A perspectiva biológica, por exemplo, frequentemente categoriza a transição e permanência na velhice com base na presença ou ausência de condições patológicas. Conforme a psicanalista Altman (2011), o discurso médico tornou-se predominante nas narrativas contemporâneas sobre a velhice, discurso que estabelece uma dualidade entre o estado de perfeição, caracterizado pela ausência de doenças, e o estado de imperfeição, que abrange a presença de, pelo menos, uma condição patológica. Sob essa perspectiva, manter plena saúde na segunda metade da vida seria um desafio para qualquer indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha um papel central na construção da Classificação Internacional de Doenças (CID), um sistema que serve como referência global para codificação de doenças e outros problemas de saúde. Dentre eles, o termo “senilidade” (código R-54), seria trocado pelo termo “velhice” (código MG2A) na nova edição prevista para entrar em vigor a partir de 2022, como afirma a jornalista Naome (2022); ou seja, velhice seria considerada, pela OMS, como doença em si própria, podendo ser utilizada inclusive como justificativa de morte em atestados de óbito – “morrer de velhice”.

Após a proposta ser recusada pela sociedade civil, por parlamentares e pela comunidade científica, a OMS recuou e trocou o código “velhice” por “declínio da capacidade intrínseca associado ao envelhecimento” (Naome, 2022), eufemismo que não disfarça o caráter estigmatizante da iniciativa da agência. Se a senilidade está relacionada às doenças que acompanham o envelhecimento, a velhice nada tem a ver com a senilidade, sendo apenas uma fase da vida, com dificuldades e potencialidades como as outras fases, mas que está sob

constante ameaça de ser entendida como patologia, diferentemente das outras fases – e, portanto, “a prevenção da doença tornava-se a prevenção da velhice” nas palavras da psicanalista Soares (2021, p. 28).

O impacto do posicionamento da OMS vai além dos atestados de óbito que nada atestam sobre as causas reais de mortes, pois também influencia a interpretação de qualquer manifestação em pessoas idosas, seja biológica, psicológica ou social, como sendo patológica. As manifestações são então desvalorizadas, fundamentando indiferenças diante das queixas dos idosos, pois seriam “coisas de velho” (Soares, 2021). É pertinente lembrar que há um conjunto de quadros patológicos que definem o desejo sexual referido à velhice. Dentre eles, foi forjada uma forma peculiar de perversão denominada “gerontofilia”, definindo o interesse sexual pela pessoa mais velha como patológico. Relações românticas com pessoas mais velhas são frequentemente vistas com suspeita de interesses financeiros ou julgadas como inadequadas, especialmente para mulheres, enquanto relações entre idosos são geralmente tratadas com complacência semelhante à das crianças, segundo a antropóloga Concone (2007). Assim, desumaniza-se a pessoa idosa, tornando-a desfecho de um destino inevitável, diante do qual nada poderia ser feito, no qual caberia apenas resignação. Esse destino inevitável, em muitos casos, é não ser desejado, relegado à margem da sociedade e privado de afeto.

Por conseguinte, as narrativas sobre a velhice frequentemente carregam preconceitos, à medida que é representada como um momento de decrepitude física, feiura e inutilidade (Altman, 2011). O fato de estarmos em contexto neoliberal, no qual se valoriza sobretudo capacidades produtivas e/ou consumistas, tudo tem a ver com isso, pois é nele que se moldam as concepções destinadas a orientar o comportamento das pessoas idosas para aquilo que interessa ao capitalismo – o mercado de consumo voltado a esse público. Essas pressões adicionam uma nova camada de angústia à experiência do envelhecimento, uma vez que agora há o dever de envelhecer de maneira saudável, como uma responsabilidade individual.

Em última análise, as pessoas idosas que supostamente, nessa lógica mercantilista, não conseguem envelhecer bem, são vistas como destinadas ao fracasso. Nessa perspectiva, a própria velhice é considerada de modo negacionista, pois o que vale (e ajuda a vender uma série de produtos cosméticos, vitaminas e medicamentos) é uma irreal juventude. Para o psicanalista Birman (2015), a ascensão do significante “terceira idade” traz novas modalidades de subjetivação no campo da velhice – como a mudança do “fim da vida” para o “novo tempo de vida”. Apesar disso, consoante Altman (2011), chamar a velhice de “melhor idade” é um eufemismo que busca dissimular as dificuldades sofridas nessa fase da vida – logo, o termo “melhor idade” não estaria a serviço de uma real melhor idade para os idosos, mas de uma idade que precisa ser melhor para ser socialmente aceita. Eis a dimensão sociopolítica do sofrimento, tão bem reiterada pela psicanalista Rosa (2016).

A universalização e biologização fazem com que percamos a essência humana: a transformação. É possível traçar um paralelo entre essa ideia de vivências imutáveis e a forma como a nossa sociedade lida com a velhice: muitas vezes, não permitindo que os idosos mudem e não acolhendo suas possibilidades de mudança, aviltamento pautado na ideia de que velhice é sinônimo de estagnação. A título de exemplo, podemos pensar em como a sociedade virtual exclui a população idosa de seus avanços tecnológicos, na medida em que são entendidos como incapazes de acompanhar as mudanças. Acontece que ser não é substantivo, ser é verbo.

Seja enquanto prisioneiro de seu declínio biológico ou enquanto marginal no imbróglio neoliberal, os diversos discursos em relação à velhice parecem ir na direção de amenizar ou camuflar a dura realidade enfrentada nessa fase da vida, e trabalham com uma lógica generalista e padronizada externa ao sujeito, que desconsidera os arranjos singulares de cada pessoa frente à sua velhice (Silva & Moreira, 2015; Soares, 2021). Conforme Santos e Carlos (2011), ditam o que é aceitável ou não nas relações dos velhos com seu meio familiar, afetivo e social, elencadas em características que apenas olham para o real do corpo:

Não levando em conta conseqüentemente cada momento do que foi vivido, não consideramos as circunstâncias das perdas ao longo da vida e que resultam em como o velho viveu, experimentou, aprendeu, desfrutou de seu processo de envelhecimento. A maneira como foi vivida sua sexualidade e afetividade, durante toda a vida, terá suas repercussões na vida da velhice (p. 129).

Para a psicanalista Altman (2011), pensar a velhice envolve a maneira como idoso é visto pelos outros, e a maneira como se vê. Essa inter-relação de olhares vai constituir para cada um o sentido de velhice, na medida em que a pessoa vai elegendo, a sua maneira, os olhares que lhe compõem. O modo como se dá o confronto desses olhares contribui para que esse momento da vida se torne, ou não, mais sofrido. Sendo assim, existe “a velhice”, mas também as velhices e, portanto, é crucial adotar um olhar diversificado que reflita as diversas formas singulares de envelhecer.

É justamente nessa direção oposta que caminha a psicanálise: insiste na singularidade do sujeito. Conforme Soares (2021), a psicanálise realiza uma revolução epistemológica em relação ao saber constituído até o final do século XIX. A preciosidade da descoberta freudiana do inconsciente sexual desloca o *olhar* dado na perspectiva clínico-médica para o campo da *escuta* do paciente:

A palavra, o depoimento do paciente sobre a sua história, sob a regra de falar tudo o que lhe vier à mente e o analista escutá-lo sem ideias sabidas a priori revelam verdades singulares sobre o sujeito, sobre os seus sintomas e suas psicopatologias (p. 39).

E mais: escuta-se o sujeito que fala e que, ao falar, busca os recursos para dar conta do que o assusta e o adocece, produzindo significados para sua história. “O sujeito é convocado, via retificação subjetiva, a se perguntar sobre a sua participação na sua própria história, em suas ações e em última análise, em seu desejo – que é da ordem do inconsciente” (Silva e Moreira, 2015, p. 245). Se o inconsciente não envelhece, ainda há pulsão, como afirma Freud

(1905/2016, 1915/2010), no limite entre o somático e o psíquico. Por conseguinte, o sujeito do inconsciente não é biológico, restrito a um corpo e seu declínio; também não é o sujeito da patologia, cuja vida é classificada em termos de presença ou ausência de doença (Nardi, 2022); e tampouco prescinde dos efeitos da passagem do tempo, perceptíveis especialmente no corpo. O sujeito do inconsciente é moldado pelo corpo erógeno no mundo, é um substrato de desejos, prazeres e dores, onde cada experiência deixa sua marca indelével (Cherix, 2015).

O tempo que nos interessa é o tempo subjetivo, não cronológico – o tempo do inconsciente. Somos corpos efêmeros, que possuem uma essência que não perece. Essa atemporalidade não é da ordem do sobre-humano, já que depende do corpo para existir, mas faz com que as mais tenras marcas vivam em nós até os últimos dias. No inconsciente elas permanecem. Assim, pensar a velhice na perspectiva psicanalítica, ainda que não haja um conceito plenamente estabelecido, é menos desafiador do que parece ser: basta lembrarmos-nos que as pessoas idosas seguem sendo sujeitos do inconsciente, com o objetivo de bancarem-se como sujeitos desejantes. Diante disso, a psicanálise se faz presente, ouvindo a sinfonia do inconsciente neste corpo efêmero.

2. O que Freud disse sobre a clínica com pessoas consideradas idosas?

Quando Freud criou a psicanálise, o contexto histórico diferia do presente, especialmente em relação à longevidade, sendo uma pessoa com 40, 50 anos considerada idosa. Talvez o pouco investimento na investigação da clínica de pessoas idosas em psicanálise ainda reflita o entendimento de Freud, já que em alguns textos do autor, há um certo desestímulo em relação à análise de pessoas mais velhas (Santos & Carlos, 2011; Silva, 2017, Silva & Moreira, 2015). No texto "A sexualidade na etiologia das neuroses", aurora da psicanálise, Freud (1898/1996) argumenta que, naquele momento, a análise não seria aplicável a todos os casos, como, por exemplo, crianças, adolescentes, jovens ou adultos com debilidade mental ou sem instrução, psicóticos e pessoas mais velhas. Em relação às últimas, é destacado o fracasso

“porque o tratamento tomaria tanto tempo, devido à acumulação de material, que ao fim elas teriam chegado a um período da vida em que nenhum valor atribui à saúde nervosa” (p. 166).

Em “O método psicanalítico”, Freud (1904/2016), aos 48 anos, afirma que, com essas pessoas, o psiquismo estaria tão intrincado que não haveria possibilidade de mudanças:

Também uma idade próxima dos cinquenta anos cria condições desfavoráveis para a psicanálise. A massa de material psíquico já não pode ser dominada, o tempo necessário para a recuperação se torna muito longo, e a capacidade de desfazer os processos psíquicos começa a fraquejar (p. 329).

O mesmo impedimento se repete em outros textos. Em “Psicoterapia” (1905/2016, p. 342), Freud afirma que “[...] próximo ou depois dos cinquenta anos, costuma faltar a plasticidade dos processos psíquicos de que depende a terapia – as pessoas idosas não são mais educáveis –, e o material a ser trabalhado prolongaria indefinidamente o tratamento”. Em “Análise terminável e interminável” (1937/2018), reitera o esgotamento plasticidade: “[...] nos casos a que me refiro, todos os desenvolvimentos, vínculos e distribuições de força se revelam imutáveis, fixos e rígidos. É como vemos em pessoas bem idosas, nas quais se explica mediante a assim chamada força do hábito, o esgotamento da receptividade, uma espécie de entropia psíquica [...]” (p. 179).

Hoje, pensando em pessoas com 40, 50 anos, as objeções de Freud parecem descabidas. De qualquer forma, na sua época, mesmo que quisessem, os psicanalistas teriam dificuldade em encontrar idosos para analisar (Fochesatto, 2018), já que poucas pessoas atingiam a fase da velhice devido às prevalentes doenças e conflitos bélicos. Além disso, compreendemos que se tratava do início dessa nova ciência, cujo método, aos olhos de seu criador possuía limitações como qualquer outro, nem sempre aplicável universalmente (Altman, 2011).

Em outros momentos, o próprio Freud relativizou sua assertiva sobre a quantidade de material a ser trabalhado em análise. No texto “História de uma neurose infantil” (Freud,

1918/2010), acentua que no processo da análise “[...] a abundância do material a ser dominado neste caminho, não contam em face da resistência que se encontra no decorrer do trabalho [...]” (p. 14). Logo, a resistência é um critério mais relevante ou impeditivo para a análise do que a idade do analisante. O outro ponto trazido por Freud ao afirmar que, tornando-se velho, o sujeito não atribuiria mais nenhum valor à saúde mental, pode ser relativizado por sua própria experiência: Freud demonstrou-se criativo, produzindo mais e melhor justo nos anos mais maduros de sua vida, apesar das perdas, (Altman, 2011; Mucida, 2015), como, por exemplo, escreve e publica “Moisés e o monoteísmo” (1939 [1934-1938]/2018), no final de sua vida entre a ocupação nazista de Viena e sua migração forçada para Inglaterra, o que inclui a morte de suas irmãs no holocausto. Freud morreu em 1939 com 83 anos.

Embora tenha feito contraindicações, Freud nunca se fechou aos desafios para questões técnicas do tratamento. Na obra “Em princípios básicos da psicanálise” (1913/2010), ele descreve a psicanálise como uma disciplina passível de mudanças: “[...] ela não é fruto da especulação, mas da experiência, e, portanto, é inacabada enquanto teoria. Mediante suas próprias inquirições, cada qual pode se persuadir da correção ou incorreção das teses nela presentes, e contribuir para o seu desenvolvimento” (p. 170). No texto “Caminhos da terapia psicanalítica” (1919/2010), discute a importância de a psicanálise fazer jus a sua época, pois “então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições” (p. 217). Podemos pensar a velhice na sua nova condição contemporânea.

Não há dúvida de que os anos nos tornam menos maleáveis. Porém, apesar das objeções iniciais de Freud, conforme Silva (2017), os fatores impeditivos apontados por Freud são contemplados hoje com ânimo mais otimista. Desde 1920, há algumas publicações psicanalíticas que ponderaram e relataram sobre o tratamento, em sua maioria bem-sucedido, de pessoas idosas. Dentre esses, destacamos Karl Abraham, Ferenczi e Hanna Segal. Abraham, segundo a autora Goldfarb (1998), em 1920, suspeitava que a idade da neurose fosse mais

importante que a idade do paciente, e realizou atendimentos nos quais os próprios pacientes insistiam, já que tinham sido tratados por outros métodos sem resultado algum. Ele apresentou várias histórias de pessoas com mais de 50 anos que responderam muito bem ao tratamento psicanalítico, e os considera dentro dos seus casos mais bem sucedidos (Goldfarb, 1998).

Na mesma época, Ferenczi (1921/2011) também se interessou pelo tema, escrevendo o texto “Para compreender as psiconeuroses de envelhecimento”. Porém, aos moldes freudianos, aponta limitações ao tratamento analítico dos idosos:

As pessoas idosas voltam a ser – como as crianças – narcísicas, perdem muito de seus interesses familiares e sociais, uma grande parte de sua capacidade de sublimação desaparece, sobretudo no que se refere à vergonha e à repugnância; tornam-se cínicas, ranzinzas e avarentas; em outras palavras, sua libido regride para “etapas pré-genitais do desenvolvimento (p. 155).

De maneira oposta a Ferenczi, Hanna Segal (1961, como citado em Goldfarb, 1998), comenta a respeito de um caso clínico de um homem de 74 anos que teve um curso excelente:

Não posso dizer que a cura analítica tenha sido completada [...]. Mas às vezes a análise produz pequenas mudanças que significam grandes diferenças. No caso de meu paciente acho que a pequena mudança foi uma virada de mecanismos depressivos, o que lhe permitiu enfrentar a perda da vida de uma forma mais depressiva e menos persecutória, e como consequência, sentir que podia apreciar e gozar a vida que ainda lhe restava (Segal, 1961, como citada em Goldfarb, 1998, p. 6).

Altman (2011), fazendo eco com Abraham e Segal, diz sempre ter constatado, a partir de sua experiência clínica com pessoas idosas, a presença de vida: os conflitos, os desejos e as ansiedades estavam manifestos o tempo todo, pulsando. Neste sentido, Santos e Carlos (2011), Silva (2015) e Silva e Moreira (2015) evidenciam que o método psicanalítico comparece como recurso de elaboração e construção de sentido para conflitos até então sepultados frente às

diferentes tarefas do ego nesta fase da vida, na medida em que o fortalecimento do ego e deslocamentos da libido são processos que percorrem toda a existência.

Uma vez colocada a viabilidade do tratamento e da clínica com idosos, surge a questão: como tratá-los? É sabido que a escuta analítica, no método psicanalítico em operação, envolve a regra técnica fundamental da associação livre do analisando – falar o que vem à cabeça, sem censura – e a atenção flutuante do analista – escuta aberta que flutua procurando um foco, uma abertura do inconsciente na fala do analisando. Mas conforme Altman (2011), da mesma forma que consideramos as características associadas à idade em estágios específicos do desenvolvimento, como na infância e adolescência, é crucial refletir sobre as particularidades da velhice que influem o e no processo terapêutico. Devemos, então, “nos preparar para formular uma teoria que dê conta dessa nova fase com as perdas e os ganhos próprios desse período?” (p. 196).

A partir da provocação colocada por Altman, seria possível traçar uma direção da clínica psicanalítica com idosos, a partir dos subsídios disponíveis na literatura científica atual?

3. A direção do tratamento psicanalítico com idosos

Os autores discutidos a seguir procuram entender quais seriam as particularidades do tratamento psicanalítico com idosos, porque elas existem, e como os analistas podem melhorar suas intervenções em benefício dessa população. Os oito artigos selecionados, apesar de trazerem particularidades distintas a respeito da velhice, orientam a direção do tratamento na clínica psicanalítica com idosos seja no trabalho da perlaboração seja no trabalho do luto ou em ambos os trabalhos psíquicos articulados. Soma-se a isso o avanço para a sublimação.

Outro aspecto encontrado, porém, em apenas três artigos, diz respeito às mudanças no setting. Dessa forma, este capítulo foi dividido em duas partes para um melhor entendimento da análise do material selecionado para este estudo.

3.1. Perlaboração, trabalho do luto e sublimação

A perlaboração é o trabalho psíquico do analisando no contexto do processo analítico favorecido por interpretações do analista (Laplanche & Pontalis, 2001), “que permite ao sujeito aceitar certos elementos recalçados e libertar-se da influência de mecanismos repetitivos. [...] é constante no tratamento, mas atua mais particularmente em certas fases em que o tratamento parece estagnar e em que persiste uma resistência, ainda que interpretada” (p. 339). Dessa forma, é imerso na resistência que o paciente realiza a perlaboração. “A perlaboração (elaboração inconsciente) permite ao analisando integrar uma interpretação e superar as resistências que ela desperta” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 174).

Laplanche e Pontalis (2001) assinalam que a perlaboração é um fator motor no tratamento psicanalítico semelhante à rememoração das recordações recalçadas e à repetição na transferência, como mostra Freud (1914/2010) em “Recordar, repetir, perlaborar”.

No texto “*Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento*”, Santos e Carlos (2011) discorrem que uma vez que o idoso possa não ter tido anteriormente a possibilidade de elaborar situações conflitivas, a ameaça sentida pelas reminiscências da própria história passada rompe algumas barreiras do recalçamento, desencadeando crises de angústia. O retorno do recalçado pode cobrar sentido, via sintomas, até encontrar palavras que criem novos sentidos e, quem sabe, a resolução de conflitos.

Na velhice, o inconsciente segue registrando a história, atrelada às vivências passadas e a não elaboração de pontos obscuros que insistem em produzir sintoma. Não há tempo marcado que delimite ou impeça o retorno do recalçado. Assim, para esses autores, a direção do tratamento com analisandos idosos é a perlaboração, a partir do trabalho com as reminiscências, trabalho que pode produzir uma reconstituição histórica, considerando que as lembranças estão a serviço de uma revalidação das experiências vividas, rompendo sofrimentos passados.

Silva (2015), no artigo “*As particularidades da clínica psicanalítica com idosos*”, mostra que a velhice é “um desencontro que provoca um desajuste, que desperta sentimentos ou emoções que até então não eram sentidas ou não percebidas” (p. 4). Nesse contexto, o desencontro seria impulsionador de novas roupagens para os mesmos sintomas, convocando o sujeito a um reposicionamento diante da sua existência. Em “homem dos lobos”, Freud (1918/2010, p. 49) afirma que “a neurose da vida adulta é precedida por uma neurose na primeira infância” – da mesma forma seria a neurose da velhice.

Nesse sentido, para Silva (2015), a direção do tratamento com idosos deve ir no sentido da perlaboração, ampliando as possibilidades de reorganização do tempo vivido. É momento de olhar para trás, entender onde se está, que sentidos foram construídos até então e o que foi feito até aqui, para ser possível construir outros eixos de referência que não os anteriores:

Em meio ao emaranhado de ideias, memórias, lembranças e desconexões, há que se juntarem os retalhos de diferentes épocas, diferentes experiências e compor um texto. Um texto possível, às vezes falado, às vezes escrito, às vezes rezado, às vezes nenhum texto é possível, apenas recordações, meras lembranças de fatos. Independente das vias possíveis, “recordar, repetir e elaborar” torna-se um grande desafio (p. 4).

Consoante o autor, um caminho relacionado à direção da perlaboração é entender a solução que cada idoso traz em sua existência a partir da investigação dos movimentos identificatórios, a fim de encontrar respostas para a solução que apresentam. Isso porque o encontro com a finitude pode ser vivenciado não apenas como doloroso, mas como recurso que temporaliza o existir. Diante do limite, há idosos que experienciam uma sensação de viver cada momento como se fosse o último, experimentando, talvez pela primeira vez, a liberdade de ser.

Isso implica que, com idosos, há que se trabalhar mais com as forças, recursos e potencialidades. Isso pode ser feito ao pontuar a positividade da história, valorizando cada momento. Devido às experiências dolorosas na vida, pode-se contar, às vezes, com a capacidade

de resiliência do idoso que faz das perdas um trampolim para reconciliação com sua história, com seus projetos, construindo, para si, possibilidade de curas reais, resolvendo ativamente seus problemas e abertos a novas aprendizagens.

Silva (2015) entende o tempo da clínica psicanalítica como *Kairós*, o deus do tempo oportuno, na mitologia grega, que se refere ao tempo de natureza subjetiva e, portanto, à experiência do momento oportuno, próprio. Esta ideia fala do tempo que cada um dá a si mesmo para trabalhar suas inquietações e, sobretudo, o tempo que cada um concede para a construção de sentidos para aquilo que não se pode ou não se pode mais. Passar a história a limpo é onde reside o fio norteador da análise com idosos, ou seja, a importância de se criar na vida os próprios sentidos que auxiliem o eu a romper com a possibilidade da autodestruição subjetiva.

No artigo de Mucida (2015), “*Direção do tratamento na clínica com idosos*”, o sintoma, expressão única do indivíduo diante da realidade, serve como elo vital que o conecta ao Outro. Sua (re)existência, embora cause sofrimento, reflete a identificação do sujeito com o conforto que o sintoma oferece, dificultando sua libertação. Não existindo sujeitos sem sintomas, na direção de todo tratamento, é preciso que cada sujeito construa um saber sobre seu sintoma, encontrando, com os recursos que possui, formas menos sofridas de se atar à vida; se possível mudando sua relação com o sintoma, criando algo diferente a fazer com ele.

Com base no conceito de sintoma, a autora explora que, no tratamento com idosos, é imperativo considerar que a velhice e a passagem do tempo, por tudo que ela traz de perdas e modificações, pode trazer à tona respostas sintomáticas distintas, presentes anteriormente, mas com novas “roupagens” e intensidades. As mudanças podem despertar formas de gozar presentes desde muito cedo, mas que agora surgem inesperadamente e impiedosamente, ou como forma de responder ao real presente na velhice. Para muitos idosos, por exemplo, há o predomínio de sintomas corporais como forma de lidar com os desgastes na imagem e no corpo, assim como uma maneira de tecer laço com o Outro – ser olhado, apalpado, vasculhado por

exames acabando sendo formas encontradas para obter atenção e amor, e a velhice passa a ser o álibi para tudo que não funciona.

Mucida (2015) entende que, se nos idosos a atualização de um sintoma antigo associa-se aos efeitos da passagem do tempo, em especial ao medo da solidão e do isolamento, ressignificando os sintomas, ao analista cabe a responsabilidade de conduzir o tratamento na direção das perlaborações, de maneira a arquitetar estratégias para que o idoso possa falar de seu mal-estar e, enquanto fala através do manejo do analista, construir pequenas perguntas às quais seu sintoma tentou responder, implicando-se com seu sintoma.

A autora sinaliza que, apesar da urgência na demanda do idoso, o analista não deve revelar prematuramente o que escuta, sem permitir que o sujeito escute a verdade em seu sintoma. Como nos alertou Freud, “[...] quanto mais se tiver acertado, mais forte a resistência” (Freud, 1913/2010, p. 115). É crucial permitir ao sujeito tempo para construir um entendimento de seus sintomas – “muitas voltas são necessárias nesse contar, recontar, falar e não saber o que se fala, dizer a mais ou a menos do que se queria dizer, caminhos que compõem uma repetição necessária [...]” (Mucida 2015, p. 250). O manejo da resistência é a essência do trabalho da perlaboração, pois “a perlaboração é constante no tratamento, mas atua mais particularmente em certas fases em que o tratamento parece estagnar e em que persiste uma resistência, ainda que interpretada” (Laplache & Pontalis, 2001, 339).

Além da perlaboração, Mucida (2015) traz como direção no tratamento com idosos o trabalho do luto, que não implica apenas o luto diante da morte real, mas inclui perdas reais e imaginárias, perdas de laços, projetos de vida e outras questões que tocam diretamente o eu e, portanto, o corpo. Freud (1917[1915]/2010) ponderou que a perda de um objeto amado ou uma abstração que ocupa seu lugar, como a pátria, a liberdade ou um ideal podem levar ao luto ou à melancolia. Ambos os processos têm uma origem comum: as interferências da vida, bem como características semelhantes como a perda do interesse pelo mundo externo. O luto é um

processo psíquico saudável. Porém, no quadro psicopatológico da melancolia há autorrecriação, diminuição da autoestima e um grande empobrecimento do eu, aspectos ausentes no trabalho do luto.

Na melancolia a perda do objeto amado consiste em uma perda de caráter ideal: não há uma perda real do objeto como ocorre no luto. Como diz Freud: “no luto, o mundo se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio eu” (1917[1915]/2010, p. 130). A libido antes investida no objeto perdido, ao invés de ser deslocada para outro objeto, retorna para o eu, que se identifica maciçamente com o objeto perdido, ao ponto de se deixar perder junto com ele. O eu revolta-se e indigna-se com a perda, ao invés de seguir o trabalho de luto através do qual é possível de aceitá-la, ou seja, ao final do trabalho do luto, pelo domínio do teste da realidade levado a cabo minuciosamente, o eu consegue libertar sua libido do objeto perdido e fica novamente livre e desimpedido.

Mucida (2015) afirma que qualquer alteração física decorrente do processo natural de envelhecimento pode provocar verdadeiras feridas no revestimento narcísico. Podem mobilizar um estado de angústia significativo, uma vez que, como destacado por Lacan (1974, citado por Mucida, 2015), a angústia reside em perceber-se reduzido ao corpo biológico, aqui fragilizado pelo tempo. Assim, Mucida aposta no trabalho do luto, pois assumi-lo implica construir um saber do que se perdeu, abrindo-se a substituições.

Em “*Transformações do eu na velhice - Consequências psíquicas e para a prática clínica*”, Matos e Belo (2021) também indicam a perlaboração e o trabalho do luto de forma interligada, como direção do tratamento com a pessoa idosa, considerando que a velhice envolve perdas físicas e identitárias. Na vivência de subsequentes perdas, diante do trabalho psíquico mobilizado pela força traumática que o colocou em processo, não causa espanto, para os autores, a instalação de um estado melancólico em decorrência do luto, relacionado às transformações da própria instância egóica de decomposição e recomposição de si própria.

Para eles, há tanto perdas que levam ao trabalho psíquico, quanto uma imposição de trabalho psíquico que leva a perdas, transformações do eu. Eles reiteram que no processo analítico, é preciso que o eu passe por um trabalho de perlaboração, que envolve a decomposição e recomposição do eu. O trabalho de perlaboração é relacionado ao trabalho de luto, ambos sendo um processo contínuo de transformação do eu.

Ademais, Matos e Belo (2021) mostram, a partir da teoria da sedução generalizada de Laplanche, que a velhice pode ser percebida como um enigma em relação à identidade e ao eu, o que pode desencadear ataques ao eu e à sua consistência identificatória. Nessa esteira, os autores elaboram que a velhice impõe sobre o psiquismo uma potência traumática – sentimento de ataque, de invasão – que remonta a situação originária de influência do adulto na inauguração da sexualidade na criança, que é traumática porque a criança ainda não dispõe de recursos para compreender a cena sexual. Desses ataques externos, que depois se tornam internos mediante as lembranças, surge o eu através do processo de recalçamento. Logo, desde seus primórdios, a instância egoica não é estática e se apoia nas mudanças do corpo como fonte pulsional.

A velhice seria uma (re)edição da situação originária, pois, se as representações do eu apoiam-se nas mudanças do corpo, o corpo envelhecido funciona como uma fonte pulsional que atualiza mensagens não traduzidas ou mensagens traduzidas que requerem destruição e retradução neste momento. Essa noção, de acordo com Matos e Belo (2021), possibilita localizar a velhice como um estranho familiar (*Unheimlich*) – termo freudiano (1919/1996, citado por Matos e Belo, 2021) para descrever algo que é familiar e oculto ao mesmo tempo.

O estranhamento está intimamente ligado às contingências negativas e às narrativas pejorativas sobre a velhice, que mobilizam afetos, já que nesse momento é preciso lidar com o imaginário dos outros sobre o que é ser idoso, bem como o próprio imaginário, de forma que localizamos mais uma vez um trabalho de rearranjo identificatório. As mensagens sobre a velhice possuem conteúdo enigmático, sexual, exigente de tradução. Desse modo, “por mais

que em alguns contextos pareça compreensível a morte na velhice, inclusive pelo próprio velho, algo pulsa à revelia do sujeito gerando manifestações incoerentes com esta racionalização” (Matos & Belo, 2021, p. 651). Assim:

[...] se a morte do eu durante o processo psicanalítico diz respeito à análise/desmontagem das identificações que, em conjunto, dão consistência ao eu, no caso da velhice é a (des)identificação entre eu e corpo que ocasiona a morte do eu e coloca o sujeito em trabalho de luto, na medida em que as imagens de si passam a não coincidir com os ideais identificatórios que davam consistência à articulação eu-corpo. (p. 653).

Conforme os autores se, por um lado, existem vias facilitadas de tradução do sexual atreladas à velhice como maturidade, experiência e sabedoria, por outro, há também vias tradutivas degradantes relacionadas ao declínio do corpo, à impotência e à certa iminência da morte. Logo, no tratamento, é preciso que o analista acolha e possibilite atualizações das mensagens enigmáticas, apoiando o paciente nas tentativas de metabolização dos conteúdos a ele endereçados, através do reconhecimento e tradução dos enigmas inerentes à velhice, das mensagens internalizadas sobre essa fase da vida, além de reinterpretar sua própria narrativa pessoal sobre ser velho. Esse caminho deve ocorrer de forma concomitante ao trabalho de luto e de perlaboração na reconstrução do seu tecido narcísico.

A análise pode possibilitar uma “transformação do eu na velhice abrangente não só de perda e castração, mas também de novos conteúdos que sejam fonte de reserva narcísica do sujeito” (Matos & Belo, 2021, p. 655). Desses novos conteúdos, os autores falam da transformação proveniente do laço social e da amizade: as amigas tornam-se um recurso psíquico na reconstituição da rede narcísica, proporcionando contenção simbólica e investimento libidinal, auxiliando o idoso a elaborar traumas e transitando de um estado melancólico para um investimento em novos objetos de amor, se deparando com uma saída diferente frente ao envelhecer. Para esses autores, na velhice, “a presença do outro, tanto quanto

no momento de constituição do sujeito, é o elemento fundamental para que ocorram traduções e, neste caso, destradações seguidas de novas e menos mortíferas traduções” (p. 655).

No texto “*Considerações a partir de uma análise de um pianista de oitenta anos*”, Goulart (2013) também defende a direção do trabalho do luto no tratamento de idosos. O autor afirma que, em sua experiência clínica, muitos idosos que buscam fugir das limitações reais impostas pela finitude para afastarem-se da angústia acabam mergulhando na mais profunda solidão e desamparo, elevando o nível de angústia, dor e sofrimento para além do necessário. Já que as turbulências estão relacionadas ao viver, esforçam-se para não viver o que ainda pode ser vivido, brecha na qual a morte pode estabelecer-se ainda mais rapidamente. Porém, para ele, tais estados não podem ser definidos como patológicos, mas como tentativas de restabelecer o equilíbrio entre o corpo que se deteriora e o inconsciente que não tem representações da morte.

“Se não podemos modificar nosso destino, podemos modificar a maneira como nos relacionamos com ele” (Goulart, 2013, p. 160). Diante disso, o autor chama de “vigorosa injeção de verdade” o caminho para se trabalhar o luto, pois, mesmo que pareça desagradável, a verdade não apenas enriquece, mas liberta a alma. Traz a noção de “fracionar o tempo em pequenas unidades” durante o tratamento, para que seja possível focar no momento presente, sem a fuga para o passado ou futuro, afirmando que tal concepção ganha o estatuto de técnica quando se lida com pacientes em situações em que não se pode contar com um amanhã, mas sim com “ainda não é amanhã”. “Desta forma será possível morrer apenas no momento da morte: o resto é vida que merece atenção e cuidados, dignidade e respeito, verdade como o alimento que harmoniza o sistema” (p. 162). Logo, ajudamos os pacientes “a sonharem o que ainda não foi sonhado, e a viverem o que ainda não foi vivido” (p. 155), considerando que “enquanto houver vida haverá produções do inconsciente, ainda que sejam as últimas ou que se esteja próximo destas. E isto pode significar muito” (p. 163-164).

Por fim, os artigos “*Psicanálise e velhice - Considerações clínicas*” (Silva e Moreira, 2015); “*A clínica psicanalítica com idosos - uma construção*” (Silva, 2018); “*As particularidades da clínica psicanalítica com idosos*” (Silva, 2015); e “*O envelhecimento à luz da psicanálise*” (Altman, 2011), orientam que a direção da clínica com idosos deve avançar para a sublimação como saída para a angústia frente ao desamparo e para o trabalho do luto em oposição a melancolia na velhice.

Silva e Moreira (2015), lembram que a capacidade de investimento é o que sustenta a existência, e que a função do aparelho psíquico é manter a continuidade do prazer, do interesse, do sentido e do investimento tanto em si, como no corpo, nos outros, nas atividades, ideias... Além disso, reavivam os dizeres freudianos sobre o tema da sublimação, que pode ser tanto um destino pulsional quanto um trabalho psíquico. Freud nos ensina que as pulsões sexuais podem mudar de objeto, realizando funções bem distintas das que se propunham inicialmente. Modificando meta e objeto, Freud (1915/2010) vincula sublimação¹ à ideia de pulsão, como um destino pulsional, em que a força da pulsão sexual deriva para um novo alvo não sexual, mas que psiquicamente se assemelha a ele. Envolve, portanto uma dessexualização da pulsão.

Já em 1923, Freud (1923/2011) fala da energia do eu como libido dessexualizada e sublimada, portanto, podendo ser deslocada para atividades não sexuais. Desse modo, a sublimação tem estreita relação com a dimensão narcísica do eu. Esta concepção é muito interessante no sentido de que a análise também fala de uma transformação pulsional, que reflete na modificação dos destinos pulsionais e na criação de novas formas de obter satisfação que considerem a castração. Neste sentido, é importante “pensar a sublimação como processo psíquico e a partir daí também como procedimento clínico” (Silva e Moreira, 2015, p. 252).

¹ A sublimação é um tema complexo e foi tratado de maneira incompleta por Freud. Sobre isso ver Jean Laplanche (1989), “Problemáticas III: a sublimação” (editora Martins Fontes); e Ana Maria Loffredo (2014), “Figuras da sublimação na metapsicologia freudiana” (editora Escuta).

Silva (2018) nos lembra que, em “Escritores criativos e devaneio”, Freud ([1908/1907] 1996, como citado em Silva, 2018) enfatiza a importância da criação e imaginação no processo da sublimação, pois o sujeito insatisfeito cria outras possibilidades de satisfazer-se, via sublimação, transformando a pulsão sexual a fim de se obter prazer sexual de forma indireta e evitando a desistência do desejo. Dessa forma:

frente ao desamparo, cada sujeito busca criar, via sublimação, uma forma única de existência e um jeito próprio de habitar seu mundo interior. Nesse sentido, a única maneira de dar conta do desamparo é continuar desejando, inventando um estilo, ao invés de se refugiar em ideais fálicos. Já que o desamparo é estrutural, pelo menos pode-se gerenciá-lo (Silva, 2018, p. 121).

Além disso, para o autor, a análise visa convocar o idoso a perceber sua participação no próprio sofrimento, sua implicação como sujeito em sua própria história e, em última análise, em seu desejo. Mas não parando por aí: apropriando-se de sua condição de sujeito desejante para que, frente à impossibilidade de realização de alguns desejos, a cura em análise ocorra pela transformação do desejo.

A transformação do desejo na clínica psicanalítica está intrinsicamente ligada à sexualidade – força fundamental na vida psíquica que envolve, dentre outros aspectos, as fantasias e uma reconstrução das experiências sexuais passadas, com o objetivo de promover uma vivência sexual mais satisfatória. Considerando que a sexualidade está sempre presente, é relevante explorar como ela se manifesta na velhice. No artigo “*As particularidades da clínica psicanalítica com idosos*”, Silva (2015) afirma que, embora a atividade sexual decaia e os elementos físicos (ereção, qualidade do orgasmo) reduzam, a experiência de satisfação da sexualidade ajuda suportar a ferida do envelhecer. Para as pessoas idosas a expressão da sexualidade pode assumir outras formas mais ricas, superando as dos tempos juvenis. Esta maneira de vivenciar a sexualidade de outras formas, tais como acariciar-se ou deitar-se ao lado

um do outro, desempenha um papel maior que a performance. É preciso abrir espaço para que tais conteúdos emergjam na análise.

Por fim, Altman (2011) traz a importância de o paciente vincular-se a objetos que transcendam sua própria existência, para que se evite reconhecer na morte uma castração radical, o que se relaciona com a ideia de saídas sublimatórias reiteradas pelos autores anteriores. Os objetos substitutivos podem ser a família, os amigos, as lutas sociais, as produções realizadas, as instituições, as crenças, o retorno ao estudo, a dedicação ao voluntariado ou ainda a ressignificação do valor do trabalho em casa. Por conseguinte, torna-se possível saborear também os prazeres dos outros, sentindo realização através sucesso de filhos, netos e amigos, e desejar deixar um legado àqueles que continuarão vivendo após suas mortes. Segundo a experiência clínica da autora, idosos dedicados ao trabalho voluntário ou participantes de cursos abertos à terceira idade eram mais ativos e implicados em encontrar um novo sentido para suas vidas. Em suas palavras:

Se a pessoa sente-se enriquecida com suas experiências de vida, fortalecida pelos anos vividos e pela superações das dificuldades, não precisa ficar estacionada no lugar do fim, sem saída, somente à espera da morte. Ela pode deslizar entre os vários lugares e papéis que estão disponíveis para quem continua vivo. Para tanto, porém, é preciso que continue sentindo-se viva, ativa e estimulada a fazer novos investimentos e opções. Nesse sentido pensamos que envelhecer não representa só um momento de perdas, pode ser um tempo de usar potenciais adormecidos, fazer projetos com mais liberdade e tempo livre e, sobretudo, ser o momento do despertar da criatividade (p. 201-202).

3.2. Mudanças no *setting* analítico

A palavra *setting* significa ‘contexto’, ‘cenário’, o que indica, no campo psicanalítico, “um espaço que se oferece para propiciar a estruturação simbólica dos processos subjetivos inconscientes, reunindo as condições técnicas básicas para a intervenção psicanalítica” (Barros,

2013, p.71). Há elementos que organizam o *setting* analítico como o contrato, o espaço físico e a transferência. Desse modo, o *setting* analítico tem a ver com a dupla analítica: o analista e o analisando que integram o processo analítico e os manejos clínicos, do método (de investigação do inconsciente) e da técnica (associação-livre e atenção flutuante, fundamentalmente). Sobre isso há várias recomendações de Freud em seus artigos técnicos como, por exemplo, “Recomendações ao médico que prática a psicanálise” (1912); “O início do tratamento” (1913); “Recordar, repetir e perlaborar” (1914); “Observações sobre o amor de transferência (1915); Construções em análise (1937); dentre outros. No caso de pessoas idosas, os autores Santos & Carlos (2011), Mucida (2015) e Silva (2015) fazem menção a mudanças no *setting* que são fundamentais na direção do tratamento.

O primeiro aspecto que todos destacam, refere-se a importância das mediações com a família do idoso. Conforme Santos e Carlos (2011), a análise consiste em um dispositivo que lhe permite responsabilizar-se por aquilo que deseja, mesmo estando na dependência do outro. Somado a isso, Mucida (2015) afirma que na direção do tratamento são necessárias intervenções junto àqueles que cuidam do idoso – cuidados que se assemelham em alguns aspectos à clínica com crianças e adolescentes – em especial nos casos em que ele depende da família para levá-lo ao consultório, bem como para custear seu processo analítico.

Para que a análise não seja interrompida exatamente quando seus efeitos começam a se impor, tanto Silva (2015) quanto Mucida (2015) indicam que é fundamental que o psicanalista inclua a família, acolhendo-a quanto a esses efeitos, procurando explicitar objetivos do tratamento, aspectos da escuta analítica, bem como ajustar expectativas e fazer orientações pontuais sobre os cuidados com o idoso. Santos e Carlos (2011) e Mucida (2015) assimilam que, dependendo dos efeitos causados pelo processo analítico com a pessoa idosa, transformações importantes podem ser lidas pela família como uma piora ou uma ameaça à sua relação com o idoso, deixando de apoiar o tratamento – entendido pelos autores como

resistência da família. Na experiência de Mucida (2015), nos casos em que há uma boa acolhida da família, essa se torna uma parceira importante, organizando-se no sentido de garantir a manutenção da análise e inclusive estimulando o idoso a levar ao analista suas questões.

Mucida (2015) destaca a necessidade de distinguir a demanda familiar de uma suposta demanda do idoso, sem a qual não é possível o tratamento, pois muitos são levados ao analista sem seus consentimentos ou quando a família quer apenas se livrar do incômodo de ter uma pessoa idosa que se queixa. Em contrapartida, nos casos em que os idosos são respeitados como sujeitos e podem se posicionar, implicam-se de maneira especial com o tratamento. Nesse contexto, a autora, bem como Santos e Carlos (2011) e Silva (2015), alertam que a inclusão da família deve acontecer apenas quando for conveniente, pois se exagerada pode ser entendida pelo idoso como perda do poder decisório sobre sua vida.

Outro ponto sugerido é que, dependendo da situação, quando há condições de cuidados intermediários ou paliativos, há de se mudar o local da análise, para domicílios, hospitais e instituições de longa permanência. Sobre atender na casa do analisando, Santos & Carlos (2011) abordam a questão da frequência das sessões terapêuticas em domicílio, destacando que uma frequência mais elevada, tal como duas vezes por semana, está associada a uma maior intensidade e profundidade no avanço do processo terapêutico. Adicionalmente, observa-se que o paciente por vezes vai necessitar solicitar sessões adicionais fora dos horários predefinidos, especialmente em situações de intensa angústia. Silva (2015) destaca a necessidade resguardar a proteção e a confidencialidade da sessão, buscando, sempre que possível, encontrar espaços adequados em que a privacidade esteja assegurada.

No que tange ao ambiente hospitalar e institucional, para Mucida (2015) nessa clínica, acentua-se a importância do diálogo com a equipe médica, sobretudo em casos de hospitalização e de tratamentos prolongados. Muitas vezes é o próprio sujeito que demanda a presença do analista no hospital, e isso incide de maneira diferenciada para a equipe. Em

momentos de crises e internações, quando o corpo médico compreende a importância do analista, a tendência é de que o perceba como um parceiro importante para o sucesso do tratamento. Contudo, o contrário também pode ocorrer, sendo o analista o primeiro a ser retirado de cena quando há agravamento dos sintomas. É fato que a hospitalização tende a mobilizar afetos que, por sua vez, podem despertar diferentes reações sintomáticas ou mesmo a piora do estado geral do idoso. “Desconhecendo a força da pulsão de morte aliada à resistência e à cura, o médico pode se ver diante de obstáculos quase intransponíveis ao seu esforço de cura” (p. 253). É fulcral, então, que o analista se faça compreender.

Devido à complexidade das condições médicas, Silva (2015) acrescenta que, em linhas gerais, trabalhar com a pessoa idosa demanda um investimento de tempo maior, que não se limita somente à pessoa atendida. O trabalho ultrapassa o âmbito do consultório, pois tende a ser um trabalho de rede que envolve outros profissionais. A título de exemplo, para o analisando que está sob uso de medicamentos, é preciso conhecer os medicamentos, as prescrições, os efeitos colaterais. Neste sentido, reforça-se ainda mais a multi e interdisciplinaridade com outras áreas do conhecimento e profissionais, como geriatras, enfermeiros, assistentes sociais, líderes religiosos, advogados – sobretudo quando se tratar de serviços públicos.

Por fim, Silva (2015) ressalta a importância de adaptações físicas e arquitetônicas necessárias para atender às particularidades desta população, como acessibilidade, mobiliário adequado e recursos para facilitar a locomoção. Discute também a importância de criar um ambiente acolhedor e confortável para os idosos, considerando aspectos como iluminação, ruído, temperatura, acessibilidade comunicacional (falar mais lentamente e mais alto ou mais baixo, para garantir a compreensão), disponibilidade para socorrer e oferecer ajuda, e flexibilidade na duração das sessões.

Considerações finais

Recordemos que o objetivo geral deste trabalho foi investigar a direção do tratamento na clínica psicanalítica com idosos, a partir da produção científica atual. Iniciamos apresentando a psicanálise como campo significativo para a produção de discursos sobre o sofrimento psíquico e novos olhares sobre a velhice, para além da medicina e do campo da senilidade. Se para o somático a medicina tem ofertado inúmeras “soluções”, a psicanálise propõe o desvelamento do desejo como uma possibilidade para o sujeito idoso, já que o inconsciente é atemporal na linguagem. Como Freud (1900/2019) mostrou é o desejo que põe em movimento o aparelho psíquico.

Vimos que as recomendações de Freud apontam para dificuldades na análise com os idosos, por encontrarmos certa inércia psíquica e baixa plasticidade nesses sujeitos. Contudo, no contexto de sua obra, é possível inferir que ele deixa em aberto a possibilidade de mudanças nas concepções metapsicológicas, o que vem ao encontro da clínica contemporânea, já que a bibliografia pertinente atual abre espaço para avanços.

Foi possível mostrar que o tratamento analítico com idosos é possível, e que sua direção perpassa a intensidade dos retornos sintomáticos, o enfrentamento do desamparo em suas relações com a angústia, em especial, a angústia de morte, o que implica no trabalho psíquico do luto, a passagem do tempo e na perlaboração, procurando o manejo para saídas sublimatórias na gestão das dores e construção de novos contornos para a vida. Observamos igualmente a importância de mudanças no *setting* analítico, incluindo os laços com a família, a equipe médica e multiprofissional; a acessibilidade das instalações no consultório; por vezes, mudando o local das sessões, preservada as condições técnicas e de privacidade e para além, o engajamento que transcende o consultório – pois a psicanálise pode e deve ocupar outros espaços.

A pesquisa contribuiu para o entendimento de que é possível criar caminhos que levam à (re)invenção de si, apesar da dor, já que ela pode ser um verdadeiro convite à transformação.

Nos valem das palavras de Fochesatto (2018) ao dizer que “envelhecer é a grande prova da tolerância à frustração” (p. 159). Por outro lado, se existe vida e um mundo interno dinâmico, além de um movimento de apropriação de si, uma disposição afetiva para abandonar a vida que se mostrou não caber mais, existe a capacidade de se reinventar, independentemente da idade. Logo, o caminho da análise está relacionado à oferta de um discurso próprio ao sujeito.

Importa ressaltar que, para o florescimento de mundos internos, é preciso ter um ambiente externo – político, social, cultural e econômico – que ofereça subsídios. A vida de muitos idosos está sujeita a mudanças significativas por meio de políticas públicas que defendam a saúde coletiva e forneçam um cuidado efetivo como meio de superar as inúmeras desigualdades em nosso país. Devemos, como Rosa (2016), insistir em uma psicanálise implicada com a dimensão coletiva do sofrimento, cujas intervenções também devem se organizar em contextos de desamparo social e discursivo.

Vimos que há pouco material psicanalítico sobre o tratamento de idosos. Essa escassez parece estar relacionada com o que Rosa (2016) chamou de resistência do analista na escuta de sujeitos excluídos pelo modelo neoliberal, por preconceitos culturais ou profissionais; e com o que Altman (2011) e Silva (2015) apontam sobre a dificuldade dos psicanalistas em aventurarem-se na psicoterapia de idosos, devido às diferenças de idade e à sensibilidade em enfrentar o próprio envelhecimento e temas delicados como a morte. Isso porque a experiência de atendimento com idosos é rica, mas nem por isso deixa de ser dolorosa. Para Silva (2025):

Escutar o sofrimento por escolhas erradas, e não ter tempo para se refazer... testemunhar frustrações ao sepultar, de uma vez por todas, sonhos não realizados, presenciar os limites corporais para caminhar, falar; acolher o medo da proximidade da morte e muitas outras situações difíceis mexem com a alma do analista, pois o narcisismo é arranhado, em cada sessão, quando se confronta com os limites reais da existência. O exercício de se evitar a contratransferência me parece muito maior. Mas o analista também tem

limites, e trabalhar estes limites na análise tem sido um momento profundo de elaboração de conteúdos relativos aos contatos diários, dolorosos e difíceis (p. 11).

Diante dessas dificuldades, em Mucida (2015) encontramos uma última, e fundamental, sugestão na direção do tratamento: o sentido ético do analista, de não recuar diante do sintoma e dos afetos que afetam diretamente o corpo, sobretudo a angústia. Expandindo suas considerações, podemos depreender que escutar a dor, dar continência a ela, realizar o que Silvia (2017) chama da etimologia da palavra “clínica” – colocar-se ao lado de uma pessoa para compartilhar suas angústias –, é por si só uma forma de romper com o etarismo. Oferecer o refúgio do divã a uma pessoa idosa, escutá-la, é entender a beleza e o valor da vida em todas as suas fases, e é ir contra a discriminação que se faz presente no cotidiano de muitas pessoas idosas e desvela as relações subjacentes de poder e desigualdade que permeiam não só suas idades, mas também suas classes, etnias e gêneros. Assim, oferece-se tanto contribuições diretas ao estado psicológico do idoso quanto modificações na maneira da sociedade ver e se posicionar frente às pessoas idosas.

Com base nessa perspectiva e em minha experiência como estagiária implicada no atendimento a idosos, torna-se para mim evidente a coerência desses pontos, uma vez que a paciente por mim atendida (de 79 anos) manifestava o desejo de ser escutada e a necessidade de compartilhar suas experiências e as nuances desta fase da vida, em um contexto em que poucos demonstravam disposição para escutá-la. Essa paciente revelou e demonstrou uma capacidade intrinsecamente humana de gerar novos significados para a própria existência quando lhe foi propiciada a oportunidade de falar e ser escutada.

Durante o curso do tratamento psicoterapêutico, a paciente teve a oportunidade de reavaliar e ressignificar seu vínculo com os outros, com a vida e consigo mesma. Nesse sentido, é crucial reconhecer que estamos também discutindo sobre a técnica, pois estas mudanças subjetivas foram possíveis graças ao processo de reelaboração psíquica de eventos passados e

sintomas. Este processo permitiu que a paciente desenvolvesse um entendimento mais profundo de seu sintoma, e incluiu a elaboração do luto de perdas familiares, financeiras e sociais, abrindo espaço para que questões inconscientes pudessem ser expressas em outros termos. Esta experiência clínica foi na direção do tratamento recomendada pelos autores trabalhados deste estudo. Esse contexto abriu novos horizontes de pesquisa como o germe de um projeto de estudo de caso, na clínica psicanalítica com idosos.

Isso evoca, para mim, o quanto é também o nosso desejo, enquanto psicoterapeuta (para o que estou me formando), que sustenta uma análise ou um processo de tratamento. Como afirmaram Baldin e Silva (2023), “quando pela dor, pela falta de investimento libidinal, o sujeito recua, a presença desejante do analista poderá contribuir para sustento e continuidade do processo terapêutico” (p. 30). Na relação transferencial, o analista pode ocupar o lugar do objeto perdido, abrindo caminho para que o sujeito deixe vir à tona seus desejos. O investimento libidinal do analista direcionado ao paciente pode criar no *setting* uma cena inédita pela dupla, tornando a clínica revolucionária na medida em que oferece ao paciente uma oportunidade de vivenciar vínculos distintos dos que está habituado. Os autores ainda apontam que o reposicionamento subjetivo nessa fase da vida só pode ser feito se as mudanças intrapsíquicas encontrarem respaldo no olhar do outro.

Por fim, reitera-se a importância deste estudo, que aborda um problema de extrema relevância teórica e social, tanto no contexto clínico quanto em suas implicações extrínsecas. Esperamos que ressoe outras vozes que buscam contribuir com outras pesquisas sobre essa temática. A comunidade científica precisa movimentar-se não só na produção, como na formação de psicanalistas voltados à atuação na velhice. Por conseguinte, mantém-se o caráter pulsante de uma clínica psicanalítica viva e comprometida com os dilemas de sua época.

Referências

- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 44(80), 193-206. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100016&lng=pt&tlng=pt
- Baldin, T., & da Silva, D. M. (2023). “O sujeito da Psicanálise não envelhece”, mas o corpo sim: a cura enquanto cuidado. In J. A. Aragão, R. S. Dal Molin, & M. C. Zago (Orgs.), *Envelhecimento humano e contemporaneidade: tópicos atuais em pesquisa* (pp. 13-32). <https://dx.doi.org/10.37885/230513071>
- Barros, G. (2013). O *setting* analítico na clínica cotidiana. *Estudos de Psicanálise*, (40), 71-78. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372013000200008&script=sci_arttext#cor
- Berlinck, M. T. (2000). A envelhescência. In *Psicopatologia Fundamental* (pp. 193-198). Escuta.
- Birman, J. (2015). Terceira idade, subjetivação e biopolítica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(4), 1267-1282. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400007>
- Capitanini, M. E. S. (2000). *Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_c86745ffabbf0ad568d9f6ad353eb5af
- Cherix, K. (2015). Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. *Revista da SBPH*, 18(1), 39-51. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100003
- Concone, M. H. V. B. (2007). Medo de envelhecer ou de parecer?. *Revista Kairós-Gerontologia*, 10(2), 19-44. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2588>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Qualidade de vida: comparação entre idosos de uma comunidade brasileira e idosos institucionalizados. *Revista Kairós: Gerontologia*, 21(1), 37-54. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p37-54>
- Ferenczi, S. (2011). Para compreender as psiconeuroses do envelhecimento. In *Obras completas Sándor Ferenczi* (Vol. 3, 2a ed., pp. 155-162). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1921).
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017
- Fochesatto, W. P. F. (2018). Reflexões sobre o envelhecer: A clínica com idosos e a escuta psicanalítica em um serviço de pesquisa. *Estudos de Psicanálise*, (50), 155-160. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372018000200017&script=sci_arttext
- Freud, S. (1996). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (1893-1899)* (Vol. 3, pp. 153-167). Imago. (Trabalho original publicado em 1898).

- Freud, S. (2010). Caminhos da terapia psicanalítica. In *Obras Completas, volume 14: História de uma Neurose Infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e Outros textos (1917-1920)* (Vol. 14, pp. 209-219). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”). In *Obras Completas, volume 14: História de uma Neurose Infantil (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do Prazer e Outros textos (1917-1920)* (Vol. 14, pp. 9-119). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1918).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In *Obras Completas, volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios sobre a Metapsicologia e Outros textos (1914-1916)* (Vol. 12, pp. 127-144). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917 [1915]).
- Freud, S. (2010). O inconsciente. In *Obras Completas, volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios sobre a Metapsicologia e Outros textos (1914-1916)* (Vol. 12, pp. 74-112). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). O início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In *Obras Completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e Outros textos (1911-1913)* (Vol. 10, pp. 101-119). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2010). Observações sobre o amor de transferência. In *Obras Completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (Vol. 10, pp. 131-142). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). Os instintos e seus destinos. In *Obras Completas, volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaios sobre a Metapsicologia e Outros textos (1914-1916)* (Vol. 12, pp. 38-60). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). Princípios Básicos da Psicanálise. In *Obras Completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (Vol. 10, pp. 169-174). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica a psicanálise. In *Obras Completas, volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)* (Vol. 10, pp. 91-100). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In *Obras Completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre técnica e Outros textos (1911-1913)* (Vol. 10, pp. 120-130). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).

- Freud, S. (2011). “Psicanálise” e “Teoria da libido”: dois verbetes para um dicionário de sexologia. In *Obras Completas, volume 15: Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros textos (1920-1923)* (Vol. 15, pp. 244 -276). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In *Obras Completas, volume 16: O Eu e o Id, "Autobiografia" e Outros textos (1923-1925)* (Vol. 16, pp. 13-74). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2016). O método psicanalítico de Freud. In *Obras Completas, volume 6: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)* (Vol. 6, pp. 321-330). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1904).
- Freud, S. (2016). Psicoterapia. In *Obras Completas, volume 6: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O caso Dora") e outros textos (1901-1905)* (Vol. 6, pp. 331-347). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2018). Análise terminável e interminável. In *Obras Completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e Outros textos (1937-1939)* (Vol. 19, pp. 159-188). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2018). Construções em análise. In *Obras Completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e Outros textos (1937-1939)* (Vol. 19, pp. 189-199). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2018). Moisés e o monoteísmo: três ensaios. In *Obras Completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e Outros textos (1937-1939)* (Vol. 19, pp. 10-109). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1939 [1934-1938]).
- Freud, S. (2019). *Obras Completas, volume 4: A interpretação dos sonhos (1900)* (Vol. 4). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900).
- Goldfarb, D. C. (1998). Corpo, tempo e envelhecimento. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. <https://www.geracoes.org.br/corpo-tempo-e-envelhecimento>
- Goulart, A. A. (2013). Considerações a partir de uma análise de um pianista de oitenta anos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 47(2), 155-165. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2013000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos*. Agência IBGE Notícias. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>

- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora*, 6(1). <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4a ed). Martins Fontes.
- Lispector, C. (1999). Angina pectoris da alma. In *A descoberta do mundo* (p. 98). Rocco.
- Matos, V. B., & Belo, F. R. R. (2021). Transformações do eu na velhice: consequências psíquicas e para a prática clínica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 24(3), 641-664. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p641.9>
- Mendonça, F. (2023). *Nação de idosos: o rápido envelhecimento da população brasileira é um enorme desafio para os gestores públicos*. CartaCapital. <https://www.cartacapital.com.br/politica/nacao-de-idosos/>
- Menezes, L. S. de (2012). *Psicanálise e saúde do trabalhador: nos rastros da precarização do trabalho*. Primavera Editorial.
- Mrejen, M., Nunes, L., & Giacomini, K. (2023). *Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?*. Estudo Institucional n. 10. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.
- Mucida, Â. (2014). *Atendimento psicanalítico do idoso* (Série Prática Clínica). Zagodon.
- Mucida, Â. (2015). Direção do tratamento na clínica com idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6084>
- Naome, L. (2022). Após pressão, OMS recua em classificar a velhice como doença. *Jornal da USP*. <https://jornal.usp.br/?p=484325>
- Nardi, L. F. L. (2022) *Envelhecimento e velhice: uma leitura Psicanalítica sobre o filme Tomates Verdes Fritos*. [Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia]. Repositório Institucional UFU. <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/35478>
- Papaléo Netto, M. (2013). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. de Freitas et al. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (3a ed., p. 62–75). Guanabara Koogan.
- Prata, M. (1997). Você é um envelhescente? In *100 Crônicas* (pp. 13-14). Cartaz Editorial Ltda. http://www.releituras.com/marioprata_envelhece.asp.
- Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. Escuta.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Zahar.
- Santos, Á. D. S., Santos, V. D. Á., Albino, A., Silveira, R. E. D., & Nardelli, G. G. (2019). Sobre a psicanálise e o envelhecimento: focalizando a produção científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35423. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35423>

- Santos, L. C. (2023). *Censo 2022 e o envelhecimento da população brasileira*. Politize!. <https://www.politize.com.br/censo-2022-envelhecimento/>
- Santos, S. S. dos, & Carlos, S. A. (2011). Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento. *Barbarói*, (35), 128-140. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782011000200009&script=sci_arttext
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Silva, J. M. (2015). Clínica psicanalítica do envelhecimento: particularidades. *Anais CIEH*, 2(1), 238-56. <https://www.josemauriciodasilva.com.br/artigo/clinica-psicanalitica-do-envelhecimento-particularidades-22022017-110629>
- Silva, J. M. (2017). *A clínica psicanalítica o envelhecimento e suas particularidades*. Chiado.
- Silva, J. M. D. (2018). A clínica psicanalítica com idosos: uma construção. *Estudos de Psicanálise*, (49), 115-123. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100011
- Silva, J. M., & Moreira, J. de O. (2015). Psicanálise e velhice: considerações clínicas. *Ciência e Técnica Vitivinícola*, 30(2), 238-256. <https://www.josemauriciodasilva.com.br/artigo/psicanalise-e-velhice-consideracoes-clinicas-07062017-084032>
- Soares, F. M. de P. (2021). *Envelhescência: O trabalho psíquico na velhice*. Editora Appris.
- Sousa, M. C., Barroso, I. L. D., Viana, J. A., Ribeiro, K. N., Lima, L. N. F., Vanccin, P. D. A., Silva, V. G. P., & Nascimento, W. C. (2020). O envelhecimento da população: aspectos do Brasil e do mundo, sob o olhar da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 61871-61877. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-564>