

A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos

**Katia Tarouquella Rodrigues Brasil
Maria Angélica Rodrigues de Barcelos
Alessandra da Rocha Arrais
Carmen Jansen de Cárdenas**

Resumo: A presente investigação buscou identificar características e especificidades que permeiam o trabalho psicoterápico com mulheres idosas, de modo a evidenciar os desafios dessa clínica, tanto do ponto de vista teórico, quanto epistemológico. Realizou-se uma pesquisa de campo, de cunho exploratório, por meio do método clínico-qualitativo. As doze sessões psicoterápicas realizaram-se no Centro de Formação de Psicologia Aplicada da Universidade Católica de Brasília, com oito mulheres com idades entre 61 e 71 anos, sendo todos os encontros gravados em áudio. A análise de conteúdo dos relatos das participantes levou à construção de quatro categorias: identidade do sujeito e identidade de grupo, sexualidade e somato-psíquica. Os resultados indicaram um fortalecimento da identidade a partir da sustentação do grupo, a sexualidade se revelou amortecida e associada a risco e a ausência de prazer, a desestabilização somática expressa a relação dessas mulheres com seu corpo, consigo mesmas e com o mundo a sua volta.

Palavras-chave: Envelhecimento, Clínica, Psicoterapia, grupo.

The clinic of aging: challenges and considerations for psychological practice with elderly

Abstract: This study aimed to identify characteristics and specificities that permeate the psychotherapeutic work with older women, in order to highlight the challenges of this clinic, both from a theoretical standpoint, as epistemological. We conducted a field study of exploratory, through the clinical-qualitative method. The twelve psychotherapy sessions were held at the Training Centre of Applied Psychology at the Catholic University of Brasilia, with eight women aged between 61 and 71 years, and all encounters recorded audio. The content analysis of the reports of the participants led to the construction of four categories: subject identity and group identity, sexuality and somato-psychic. The results indicated a strengthening of the identity from the group support, sexuality is revealed damped and the associated risk and the absence of pleasure, destabilization somatic expresses the relationship of these women with their bodies, and the world around themselves.

Keywords: Aging Clinic Psychotherapy, group.

Introdução

O Brasil vem passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada nos anos 60 e pelo envelhecimento progressivo da população (RIPSA, 2008). Esta situação é reveladora do panorama mundial, no qual as pessoas estão envelhecendo em ritmo ascendente de crescimento. O Índice de Envelhecimento coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população do Planeta. Neste contexto,

envelhecer é um privilégio da atualidade e tornou-se um fenômeno que atinge grande parte da humanidade trazendo implicações psicossociais inegáveis.

Altman (2011) destaca que nas novas configurações do envelhecimento, velho é a pessoa que perdeu a capacidade ou as habilidades para exercer sua vida e idoso se refere simplesmente a mais idade, mas com independência e autonomia na vida. Assim, a possibilidade de uma vida longínqua, nos convoca a uma reflexão sobre o modo como esses sujeitos estão implicados subjetivamente em seu processo de envelhecimento e, desafia a construção de uma clínica psicoterápica voltada para essa nova clientela e que se constitua como um espaço de fala para que esses sujeitos possam melhor enfrentar seus conflitos durante este período da vida e desenvolver suas potencialidades que continuam a existir (Fonseca, 2010).

Desse modo, defendemos que a psicologia clínica pode contribuir de modo significativo para esta etapa da vida, uma vez que busca compreender o sujeito envelhecido em sua nova maneira de estar no mundo, bem como no modo deste sujeito investir nas relações e de habitar seu próprio corpo envelhecido na sua história (Mucida, 2004; Gil & Tardivo, 2011). A particularidade da psicoterapia com pacientes idosos, demanda do psicólogo clínico, compreender melhor os processos psíquicos que estão presentes no envelhecimento, assim, dentre outros, esta pesquisa objetiva contribuir para a discussão acerca da especificidade da clínica psicoterápica na velhice (Lopes, Barbieri & Gambale, 2009).

Envelhece-“sendo” e a clínica do envelhecimento

Envelhe-“sendo” é, antes de tudo, um processo no qual o sujeito deve ser compreendido em sua totalidade e nas peculiaridades deste período da vida, descortinando as nuances desta etapa, com todos os prazeres e os desafios que ela comporta. Nesse sentido, envelhecer demarca um processo dinâmico por meio do qual o sujeito continua “sendo” exercitando seu estar-no-mundo (Chauí, 2000).

Assim, diante do inevitável fenômeno do envelhecimento, pode-se indagar sobre as estratégias de que o sujeito se utiliza para suportar um corpo que se modifica à sua revelia, como se algo de si mesmo o escapasse.

Uma das estratégias defensivas é negar o processo de envelhecimento, nutrido pelo fantasma da eternidade que alimenta a convicção narcísica de um Eu imortal. Esta estratégia defensiva consiste em um modo de proteção inconsciente do Eu, que ao não entrar em contato com a realidade da morte, esta não se constitui como uma ameaça real e, desse modo, o infortúnio da finitude é algo distante e que atinge apenas aos outros. Assim, distanciar-se da ideia da morte se constitui em uma proteção contra uma ameaça narcísica (Freud, 1914/1974).

É impossível imaginarmos a nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como expectadores, pois no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que “no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (Freud, 1914/1974, p.299).

Durante séculos a clínica foi considerada uma atuação médica. Etimologicamente esta palavra significa leito, ao leito, acamado. A psicologia apropriou-se do conceito

clínico e o ampliou ao englobar também o tratamento direcionado as doenças mentais e as dimensões psíquicas do sofrimento humano. Se inicialmente, a clínica na perspectiva psicanalítica se interessou particularmente pelos neuróticos adultos, aos poucos ela foi ampliando seu público e, passou a considerar a clínica psicanalítica para outros períodos do desenvolvimento como a infância e mais recentemente para o envelhecimento.

Portanto, a clínica do envelhecimento nos remete a um “*pathos*” particular pela via da atualização do passado, pelo modo como o sujeito se insere no contexto social, como se apropria do seu corpo e da sua identidade. Dourado, De Souza e Santos (2012) destaca que a escuta clínica do pacientes idosos, revela um prejuízo à economia narcísica nesse período da vida, o que contribui para a configuração de quadros depressivos.

O trabalho psicoterápico de base psicanalítica, apoiado nas especificidades desta clínica, busca legitimar a demanda do idoso sem, contudo, se furtar em levar em conta as particularidades desses pacientes, em especial em relação aos elementos transferências e contratransferências.

A situação psicoterápica possibilita a emergência do modo de funcionamento psíquico do paciente através da transferência, pela qual as várias cenas do traumatismo podem ser ressignificadas, pois na medida em que o paciente reativa os traços mnésicos, ele faz um trabalho de associação, de ligação, de simbolização, o que implica em dizer que, através da representação, o aparelho psíquico se mostra como um aparelho de transformação, tendo acesso ao simbólico que, como um objeto quebrado, encontra sua unidade (Reis Filho, Santos, 2007).

Na clínica psicoterápica com pacientes idosos, o psicoterapeuta ocupa na transferência (Freud, 1912/1974) o lugar de um filho, de um neto ou de pessoas queridas já falecidas. Em relação à contratransferência, o psicoterapeuta vai ao encontro das angústias de seu próprio envelhecimento e do medo da morte. Além de sentimentos de angústia e mesmo de impotência diante do envelhecimento e da morte de seus pais e avós (Reis Filho & Santos, 2007).

A psicoterapia de grupo com pacientes idosos

No discurso freudiano a transferência não se restringe à situação analítica, ela se desenvolve em qualquer relação inter-humana e assume contornos particulares nas situações de psicoterapia de grupo. Na configuração grupal, a transferência pode ser deslocada, de modo que os conteúdos inconscientes não são direcionados apenas para a figura do psicoterapeuta, mas podem se dissipar entre os diversos membros do grupo, de maneira que os integrantes são alvos de partes específicas da transferência de um paciente mais do que de outros. Portanto, a transferência no grupo é multilateral e cruzada, pois envolve um entrelaçamento constante de experiências de significado de todos os seus integrantes (Bechelli & Santos, 2006).

Um grupo pode fazer muito mais que elaborar mitos e ideologias ou descarregar em ações os roteiros fantasmáticos que circulam entre seus membros. Na terapia grupal emerge a realidade interna, os participantes reconhecem as regras, as ações os

pensamentos para cumprir a obra que querem realizar em comum, contribui também para a proteção do ser ou para o bem-estar de todos (Anzieu, 1993).

A psicoterapia de grupo com pacientes idosos se constitui como um espaço privilegiado, onde o psicólogo utiliza a grupalidade como recurso terapêutico (Lopes, Barbieri & Gambale, 2009), que pretende romper com o isolamento e com a fragilidade da identidade que muito angustia esses sujeitos.

Com efeito, o envelhecimento inaugura um importante trabalho psíquico para o sujeito, como a tentativa de assumir a morte sem muita angústia, de elaborar os eventos marcantes de sua vida e em fazer de algum modo às pazes com os conflitos que mais o fragiliza (Charazac & Joubert, 2005).

Sendo assim, o grupo pode se constituir em um espaço de compartilhamento e de elaboração, mas pode funcionar também pelo pacto do negativo, pois pela via do pacto inconsciente no grupo, o sujeito renuncia ao que está recalçado individualmente, mas também o que está recalçado no grupo. Para Kaes (2003), o grupo pode atuar por alianças inconscientes, cuja formação psíquica intersubjetiva é construída pelos sujeitos por um vínculo para reforçar certas funções ou estruturas vindas do recalque, o qual lhes proporciona algum benefício. De modo que, por intermédio dessas alianças fique assegurado para o sujeito de nada saber sobre seus próprios desejos.

Objetivo

Identificar as características da clínica do envelhecimento e destacar os aspectos do psiquismo do idoso em grupo.

Método

Este trabalho se apoia na metodologia qualitativa. Seus pressupostos apriorísticos da coerência, da lógica e da consistência de uma investigação, baseada na percepção do contexto, serviu de fundamento para coletar e analisar a experiência do envelhecimento.

Assim, este trabalho apresenta a proposta de uma metodologia de pesquisa científica, do tipo clínico-qualitativo, isto por se tratar de uma investigação de cunho antropológico-sociológico, e que tem por objetivo explorar o processo do envelhecimento e seu impacto sobre o sujeito e por fim, compreender o fenômeno ora mencionado no setting psicoterápico na situação de grupo com pacientes idosos.

Para tanto, os dados foram coletados por meio de doze sessões psicoterápicas realizadas de fevereiro a junho de 2008, no Centro de Formação de Psicologia Aplicada (CEFPA) da Universidade Católica de Brasília (UCB). O grupo era composto de oito mulheres com idades entre sessenta e um e setenta e um anos e acompanhado por duas psicoterapeutas estagiárias do curso de Psicologia, supervisionadas pela professora responsável pelo estágio.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UCB, sob o protocolo de número 059/2008, inclusive com aprovação do termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado por todos os participantes, onde constava a garantia

de que a identidade dos participantes seria preservada, por isso lhes foram concedidos nomes fictícios no presente artigo.

A formação do grupo ocorreu a partir de uma triagem no CEFPA entre as fichas de mulheres idosas inscritas para psicoterapia. Após contato telefônico, foram realizadas entrevistas psicológicas individuais com essas mulheres, na qual se buscou identificar as motivações e a indicação das pacientes para integrarem uma psicoterapia grupal. O foco do trabalho psicoterápico grupal foi o processo de envelhecimento e suas repercussões para a vida dessas mulheres.

Doze sessões, com prévia autorização das participantes, por meio da assinatura do TCLE, foram gravadas em vídeo, através de vidro unidirecional, cuja transcrição ficou a cargo de uma terceira estagiária. O material transcrito constitui-se em importante fonte de referência para estudo da intersubjetividade das participantes, face ao intuito de se constatar a viabilidade do grupo terapêutico, como fator gerador de qualidade de vida para esta população.

A comunicação estabelecida nos grupos durante a realização de cada sessão possibilitou a observação e a análise da participação individual e grupal dos sujeitos da pesquisa. Além do que, o registro em forma de filmagem, complementado pela transcrição das falas possibilitou de forma segura, o desvelamento e a apreensão de todo processo desencadeado na experiência como um todo.

As gravações das sessões foram transcritas e submetidas à técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2009). Na primeira etapa foi realizada uma pré-análise, como ponto inicial para se chegar a inferências e interpretações. Esta etapa foi o que Bardin (2009) denominou de “leitura flutuante”, na segunda etapa foi realizado o recorte das “falas” tomando como unidade de significado as expressões mais significativas dentro do grupo. A análise das sessões foi feita através do agrupamento das falas das participantes, com intuito de observar a viabilidade do grupo terapêutico para pacientes envelhecidos, cujos resultados são descritos e evidenciados a partir das diversas categorias elencadas.

Resultados e discussão

A partir da análise das sessões, foi possível elencar as unidades de significados presentes na comunicação intergrupal. E através das unidades de significados, foi possível destacar as categorias, com as quais será desenvolvida a presente discussão, como destacadas a seguir: Identidade do sujeito e identidade do grupo, sexualidade e desestabilização somática, projeto de vida e religiosidade.

Identidade do sujeito e identidade do grupo

Neste trabalho destacamos duas unidades temáticas que emergiram de modo bastante significativo: a construção do nome do grupo e a sexualidade dessas mulheres. O nome do grupo inicialmente escolhido foi “Grupo das Marias”, a identificação entre essas mulheres ocorreu a partir do nome Maria, pois seis das oito integrantes tinham Maria no nome. “*Meu nome é Maria por conta do nome da minha mãe e porque minha mãe queria*

colocar Maria no nome das filhas” (Maria Angélica, 71 anos). Outra questão importante para estas mulheres era a religiosidade, sempre presente em suas vidas. Assim, aliando o nome Maria ao sagrado, as integrantes finalmente decidiram-se em nomear o grupo: “Sagrado Coração de Maria”.

O nome do grupo teve ainda como possibilidade à construção de um corpo grupal, pois ao nomear o grupo, as participantes deram-lhe um corpo, tornaram-no vivo. Esse nome remeteu essas mulheres às lembranças relacionadas à experiência de serem “Maria”. Desse modo, o nome do grupo foi ao encontro de alguns significados que emergiram relacionados ao nome “Maria”: mãe, provedora, cuidadora, sofredora, mulher. Ao nomeá-lo as idosas formaram um envelope grupal, que permitiu a somatória dos aparelhos psíquicos individuais.

O envelope é uma forma de proteção, mas também de compartilhamento das experiências vivenciadas e de promoção de relacionamentos intersubjetivos. Contudo, o envelope é ilusório, mas impulsiona a formação do corpo e do aparelho psíquico grupal (Anzieu, 1993). Freud (1921/1974) afirmou que por meio do inconsciente grupal, emergem conteúdos homogêneos e assim, ao falar de si, as participantes encontraram similaridades nas falas das outras participantes, esta ideia é destacada na fala: “*Olha além dos nossos nomes serem iguais, parece que também as nossas idades são iguais*” (Maria Ana, 65 anos).

Sexualidade

A temática da sexualidade foi marcante, mas emergiu com muita dificuldade no grupo, tanto para as pacientes quanto para as psicoterapeutas. As pacientes pareciam desconfortáveis e expostas ao tratarem de sua sexualidade no grupo e as psicoterapeutas foram mobilizadas contratransferencialmente por um certo constrangimento em abordarem a sexualidade dessas mulheres idosas, como se estivesse investigando como crianças à sexualidade de suas mães ou de suas avós. Portanto, esta temática suscitava um incômodo, de modo que não era possível seu desenvolvimento sem constrangê-las, como se o grupo tivesse efetuando operações de rejeição, de negação, de apagamento, com o propósito inconsciente de preservar o grupo de conteúdo que poderia ameaçá-lo (Kaes, 2003).

Contudo, a temática da sexualidade não ganhava espaço dentro do grupo. Vale a pena destacar que a resistência do grupo para entrar nas temáticas conflituosas, contribuía para que o objetivo psicoterápico do trabalho fosse colocado frequentemente em risco. Sem muita clareza sobre as motivações inconscientes que levavam este grupo a negar de modo evidente a sexualidade, as psicoterapeutas buscaram estratégias para aproximarem-se deste tema, sem que essas mulheres tivessem o sentimento de estarem sendo ameaçadas.

Portanto, o modo de se aproximar da temática da sexualidade foi abordando o amor e a paixão na vida dessas mulheres. Assim, foi pela via do amor que elas puderam se encontrar com sua sexualidade, mesmo porque, o conceito de sexualidade não abrange somente os prazeres sexuais proporcionados pela genitália, engloba o toque, o afeto, o carinho, o cuidar o amor e todos os fatores sentimentais em relação a si mesmo e ao parceiro (a). Como se vê, a sexualidade é ampla, e na velhice, devido a sua complexidade, deve ser compreendida por meio de um novo olhar, que não limite apenas aos seus aspectos

biológicos, mas atente para todos os aspectos emocionais que envolvem as vivências sexuais, visando à assistência integral ao idoso (Vieira, 2012).

A partir desta intervenção, essas mulheres puderam falar do amor que sempre desejaram, mas que nunca alcançaram, puderam abordar seus conflitos em relação à vida amorosa e sexual, como ilustrado a seguir: “*Isso não é para mim. Nessa vida isso não é para mim, será que eu tô morta?*” (Maria Antônia, 68 anos). No estudo de Arrais e Rufino (2011) também se encontrou relatos de que a mulher idosa não pensa em sexo, em novos relacionamentos, ofuscando o fato de que as mulheres apresentam condições de ter o uma vida sexual até uma idade bastante avançada.

Os conflitos em relação à sexualidade revelam a dimensão social, na qual essas mulheres estão imersas, elas são de uma geração e de um contexto social, em que a sexualidade não lhes foi plenamente autorizada. Além disso, o envelhecimento tem uma marca feminina, a mortalidade masculina potencializa a solidão na velhice (Capodiecì, 2000; Negreiro, 2004).

Contudo, abrir mão do desejo sexual não é algo realizado sem conflito, como aparece nas seguintes falas de Maria Antônia, 68 anos: “*antes dele morrer, já tinha bem uns quinze anos que eu não tinha relação, né [...] Quando a pessoa fica falando essas coisas de relação e de sexo, né... Eu tenho é nojo, não gosto de jeito nenhum... Cruz credo*”. A ambivalência em relação à sexualidade pode ser compreendida pela relação que essas mulheres fazem entre sexualidade, pecado e promiscuidade. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada por Arrais e Rufino (2011) com 74 idosos, de ambos os sexos, sobre sexualidade e AIDS na velhice, onde se observou grande resistência para abordar a temática da sexualidade, principalmente em relação às idosas, que a associavam com aspectos comportamentos promíscuos ou imorais. Nesse sentido, o investimento na religiosidade pode ser um modo de sublimar o desejo erótico, como pode observado a seguir: “*você tem outras formas de compensar, você vai, você pratica a religião, vai a outros lugares, aí você compensa de outras maneiras...*” (Maria Antônia, 68 anos).

A dificuldade em relação ao tema da sexualidade, também nos pareceu estar relacionada aos sofrimentos da vida conjugal, sobre esta questão, algumas integrantes do grupo relataram terem adquirido doenças sexualmente transmissíveis de seus maridos:

Foi, porque o meu marido, ele era um bom marido assim, em certo ponto, não deixava de pagar as contas e tudo, não deixava faltar nada dentro de casa e ele era muito mulherengo, aí ele já colocou duas vezes aquela doença... Foi aí eu fiquei com raiva... depois disso, antes dele morrer, já tinha bem uns quinze anos que eu não tinha relação, né? (Maria Antônia, 68 anos)

Interessante ressaltar que no caso de Maria Antônia, a sua vida sexual já tinha cessado por volta dos 53 anos, antes mesmo dela entrar na velhice, conforme seu relato. No estudo de caso apresentado por Altman, Yamamoto e Tardivo (2007, p.140) sobre uma senhora de 92 anos, a mesma também afirmou que quando ela tinha 45 anos parou de ter relações sexuais com o marido, pois “a partir desta idade ele parou de procurá-la e ela tinha vergonha de procurá-lo e ele pensasse que ela era

uma assanhada”. Esses relatos nos mostram que as dificuldades sexuais podem ser bem anteriores à fase da velhice e que a qualidade da vivência da sexualidade nesta fase está intimamente relacionada com a qualidade da sexualidade vivida ao longo de toda a vida (Capodieci, 2000; Arrais & Rufino, 2011).

Portanto, excetuando-se as consequências da menopausa, as mudanças fisiológicas normais que acompanham o processo de envelhecimento interferem muito pouco na sexualidade feminina. O declínio do desejo sexual parece ter mais um sentido originário de defesa psicológica do que fisiológica (Capodieci, 2000).

Quando esses relatos surgiram, vieram acompanhados de muita dor, tanto pela traição do marido, quanto pela falta de cuidado que estes tiveram em relação a elas. Contraditoriamente, também se evidenciou um sentimento de dívida em relação a esses homens que cumpriram suas “obrigações” para com a família e que, portanto, tiveram direitos a alguns deslizes, como pode ser identificado na fala anterior.

Maria Antônia se referia a uma doença sexualmente transmissível que ela adquiriu de seu marido, portanto, para esta mulher relação sexual estava associada à doença e a falta de cuidado de seu companheiro, de modo que, no lugar do investimento afetivo esse relacionamento deixou mágoa e raiva de um distanciamento entre o casal que silenciou e esvaziou a vida sexual. O grupo contribuiu particularmente para a elaboração dos conflitos relacionados à posição dessas mulheres nas relações com seus companheiros durante a vida, pois, a fala acima ilustra uma situação bastante comum entre essas mulheres e que encontraram no grupo um espaço de compartilhamento das experiências vivenciadas.

Apesar do sofrimento relatado pelas mulheres do grupo, não devemos esquecer que segundo De Lorenzi e Saciloto (2006, p.256) “A sexualidade é reconhecida atualmente como um dos pilares da qualidade de vida, sendo a sua abordagem cada vez mais valorizada”. Portanto, essa temática, mesmo de difícil acesso não deve ser excluída da psicoterapia com idosos.

Perspectivas psicossomáticas do envelhecimento

Outro tema de muita relevância na situação do grupo foi o corpo. O corpo humano em cada sociedade tem uma representação. Ele é visto como o instrumento de trabalho, voltado para a produtividade. Nas etapas da vida o ser humano convive com perdas relacionadas ao corpo. Este corpo deixa de ser infantil para entrar na adolescência, e de adulto para ser velho (Mucida, 2004).

A compreensão da complexidade da expressão somática e do adoecer é algo que nos escapa, na medida em que expõe a fragilidade e a finitude humanas e esta situação ganha contornos particulares no processo de envelhecimento, uma vez que ao envelhecer nos deparamos com uma questão inexorável, a saber, a temporalidade. E esta atinge o corpo de modo indelével. Do ponto de vista doutrinal, Dejours (2002) propôs abandonar a ideia de causalidade psíquica e colocar a psicossomática no campo do sofrimento e do sentido e não na relação causa e doença. Deste ponto de vista, o sofrimento é uma vivência psíquica que é também corporal vivido na carne, como o prazer. O autor mostra que não existe sofrimento sem corpo, não existe sofrimento

puramente moral. O corpo está sempre engajado no agir expressivo do sofrimento. Assim, a formulação conceitual de Dejours (2002) nos encaminha inicialmente para uma leitura interpretativa regulada pela perspectiva hermenêutica, mas que não estava apenas centrada na linguagem enquanto fala. No entanto, colocava o corpo como o grande sinalizador do sofrimento sem palavras em busca de significação.

Assim, é na tematização do sentido, do corpo e do sofrimento que aparece a ideia da primazia da intersubjetivação. O corpo possui uma vocação intersubjetiva, diria Dejours (2002), ele é o lugar pelo qual podemos nos reconhecer e entrar em relação com os outros, uma vez que é por intermédio do corpo que se efetuam as grandes experiências humanas como o amor e o sofrimento.

A temática do corpo e do adoecimento esteve presente de alguma forma em todas as sessões e expressaram um sofrimento para além do físico, que se relacionava à solidão e a sensação de vulnerabilidade, entre outros. A fala a seguir, apresenta uma referência importante ao apoio familiar, que no envelhecimento ocupa um lugar particular caso este envelhecimento esteja aliado ao adoecimento. *“Fui acometida por um câncer traiçoeiro, no mediastino, sofri muito, pensei até que irei sucumbir, mas estou aqui para falar a vocês, isto me faz bem, minha família ajudou muito, falar para mim, sorrir, cantar é bom para me manter com saúde”* (Francisca, 64 anos).

Para as integrantes do grupo, se sentir saudável é ter autonomia, é ter capacidade gerir sua própria vida, decidir suas atividades de lazer, o convívio social que, grande importância têm na vida das participantes, pois a inserção social favorece o compartilhar experiências, tristezas, alegrias, lazer, solidariedade (Cardenas & Moraes, 2010) e ainda, caso desejem, realizar algum tipo de trabalho (Mucida, 2004). *“A gente conta do sofrimento que passei, das doenças, eu gosto de contar para os outros, mas não tenho muita oportunidade de falar sobre mim, quero me manter saudável, para passear, cozinhar, ir à igreja sozinha, isto que é saúde pra mim”* (Maria Helena, 68 anos.).

Entretanto, ao deparar com a realidade deste corpo, um corpo que o eu não reconhece, sente-se como invadido por um estranho.

É a zoeira no ouvido parece que a moça foi lá em casa hoje, aí me perguntou, Dona M. a Senhora foi no médico, que médico você diz, num sei não, aí ela disse assim e quem vai saber, perai que eu vou perguntar pra minha menina, e eu tinha ido ao médico, porque aí eu esqueço. Aí tem hora que eu fico tão chateada da minha vida é tanta coisa assim, a surdeza. (Maria Helena, 68 anos)

A angústia dessas mulheres passava também pelas perdas corporais e por um estranhamento diante desse corpo envelhecido: *“Minhas pernas doem, não consigo andar só, preciso acompanhante, já não sou mais a mesma”* (Maria Ana, 65 anos). Assim, observa-se que a percepção acerca do corpo que se torna diferente na velhice, pois ele já não é o mesmo, está afetado pelo processo fisiológico natural da vida, com rugas, flacidez, doenças (Vieira, 2012).

O grupo proporcionou a convivência e a socialização das experiências corporais, de modo que essas mulheres puderam refletir sobre seus medos e compartilhar

inseguranças diante de um corpo envelhecido que se impõe com suas reais limitações (Lopes, Barbieri & Gambale, 2009).

Relação com a morte

A temática da morte também resgata intensos sentimentos contratransferenciais, na medida em que para o psicoterapeuta mobilizar projetos de vida junto a esses pacientes idosos os assegura de que esses pacientes ainda possuem futuro. Contudo, essas aspirações falham parcial ou totalmente de modo que esta situação produz no psicoterapeuta ansiedades que o remete a seu próprio futuro. Além disso, o tema da morte pode evocar também sentimento no terapeuta em relação a seu próprio envelhecimento e em relação à morte de seus pais (Eizirik, Kapczinski, Bassols, 2001).

É interessante resgatar que o sentido do morrer para as participantes do grupo não se revelou como algo tão assustador como a sexualidade: *“Ah eu queria morrer igual a um passarinho, e não igual a minha irmã que sofreu muito com o câncer, pois se arrastou por anos, causando sofrimento a um monte de gente”* (Maria Joana 71 anos).

O medo dessas mulheres diz respeito ao adoecimento, a dependência do outro, e o sofrimento que pode causar aos mais próximos como é evidenciado na fala: *“Ficar debilitado igual ao meu velho, é muito ruim, pois temos que revezar os cuidados. Se eu ficar assim vou dar trabalho, prefiro morrer rápido”* (Maria Clara, 70 anos). O medo em si tem um significado bastante relevante, é um medo que se irradia para a vida das participantes. Mais que o medo da morte, é o medo da dependência, pois este fere os princípios da dignidade humana. Resultados semelhantes foram encontrados por Altman, Yamamoto e Tardivo (2007) que discutiram a psicoterapia breve operacionalizada para pessoas idosas, com base em um estudo de caso de uma senhora de 92 anos, que afirmava seu cansaço pela vida e a vontade de morrer para não continuar a dar trabalho para a família.

Segundo Medeiros (1983), outro medo que diz respeito ao idoso é o da morte social, frente ao desaparecimento das relações interindividuais, ao afastamento do trabalho, das atividades triviais, principalmente quando o mesmo já se encontra em idade avançada, e por vezes acometido por doenças como demência, afasia, entre outras. O caráter afetivo destas situações é uma fonte de ansiedade ao idoso, se tornando mais forte quando correlacionada a um risco vital, ou seja, com a angústia da morte, onde se misturam afetos e sentimento contraditórios de esperança e medo.

O medo da morte social se alia ao medo da solidão, pois esta parece avassaladora e nesse sentido o grupo cumpria a missão de driblar a solidão existencial dessas mulheres. A solidão é algo real, já que grande parte das participantes era viúva ou divorciada. Os filhos estavam casados, trabalhavam e ou estudam. Em consequência elas passam a maior parte do dia só e ainda, sem muitas alternativas de locais para a formação de novos enlaçamentos sociais, ou mesmo, encontra dificuldades para o deslocamento.

Projeto de vida

No grupo, com exceção de uma única participante, as demais se dedicaram às atividades domésticas. Abandonaram seus projetos fora do lar, em prol do bem dos filhos

e esposos. A única participante que de fato trabalhou fora do lar, aposentou-se por tempo de serviço, conseguiu estudar e apesar da grande similaridade com as vidas das outras, conseguiu superar vários sofrimento. Mas, alega que se sente só, que necessita de um complemento, de ser escutada, acolhida e ainda, compartilhar toda a sua história de vida.

As outras participantes relatam que quando perceberam que os filhos abandonaram “o ninho” (fala das participantes), os companheiros ausentes pela morte, ou por abandono, ou ainda por adoecimento, houve uma redução dos serviços domésticos. Sentiram então um vácuo, algo a ser preenchido, um vazio de não ter, não ser. Tal espaço, na dinâmica do *setting*, foi preenchido pela fala e pelo compartilhamento no grupo.

Os projetos de vidas destas participantes parecem ter sido resgatados por laços de amizade, dos relacionamentos com a família, um maior investimento na saúde e ainda manter-se saudável para conhecer as novas gerações: “*Meu projeto de vida é ter saúde, para ajudar os meus filhos, é passear e rever meus amigos no Ceará*” (Laura, 70 anos). “*Quero voltar na minha terra para ver meus irmãos, sobrinhos e amigos antigos, lembrar da minha juventude*” (Maria Helena, 68 anos). Como afirma Mucida (2004), o passado é base de vida do idoso. As participantes também manifestaram o desejo de reencontrar com seu passado, e através dele enlaçar-se com a vida atual. Falar do passado ou reencontrar com o mesmo fez com que as mesmas, falassem de suas histórias sentindo-se como sujeito destas.

Religiosidade

Outro tema de muita relevância que apareceu no grupo foi à religiosidade. Para as participantes, a religiosidade é um reconforto face à solidão e os conflitos do envelhecimento, além disso, a igreja era o único espaço social e que promovia um sentimento de pertencimento. Tanto assim, que os relacionamentos com os membros da igreja eram suporte afetivo para os sofrimentos: “*No meu grupo da igreja, a gente reza e depois da reza a gente conversa sobre as nossas vidas. Eu gosto muito de ir para a igreja*” (Maria Ana, 65 anos). Para as participantes do grupo, a religião dava sentido a suas vidas, além de ser um espaço de enlaçamento social. “*Eu vou à igreja, adoro o Santíssimo, rezo, converso com as amigas, elas ainda vão me visitar. Faço também um monte de cursos na minha igreja*” (Maria Antônia, 68 anos).

Portanto, para essas idosas, a religiosidade é dimensão que confere significado e pode dar suporte ao enfrentamento das perdas associadas ao envelhecimento e das mudanças a ele relacionadas. Esses achados vão ao encontro do que Alves (2006) afirma sobre o cultivo da religiosidade, que além de reforçar o traço da vida em comum com coetâneos é um diferencial que pode ajudar a vencer os medos e possibilitar o surgimento de novos dons, que tendem a auxiliar em novas capacidades adquiridas com o tempo.

Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo principal identificar as características da clínica do envelhecimento e destacar os aspectos do psiquismo do idoso em grupo.

Consideramos que esse objetivo foi atingido na medida em que este tipo de clínica revelou-se como um importante recurso terapêutico para acessar o psiquismo das idosas participantes do grupo e pode ser considerada como um terreno propício para a valorização da experiência acumulada e da história de vida da pessoa que tem a chance de chegar a esta última fase do ciclo vital.

Esse estudo mostrou-nos que o trabalho psicoterápico com idosas convoca o psicoterapeuta a compreender o sujeito na sua experiência *páthica* particular constituído a partir da sua história de vida. Mucida (2004), afirma que escutar a velhice em uma perspectiva clínica é dar um espaço para o reencontro desse sujeito com seu passado, resgatar o que foi vivido, mas retornar também aquilo que não o foi.

Assim, aos poucos este grupo de mulheres foi se constituindo como um grupo psicoterápico, como um espaço de compartilhamento de suas angústias, por meio dos laços de confiança e cumplicidade mútua (Lopes, Barbieri & Gambale, 2009). Entendemos que a clínica psicanalítica na velhice coloca o psicoterapeuta diante da escuta do sujeito do inconsciente e para este o tempo não existe. Assim, esta clínica deverá abranger o passado, significando-o no presente (Mucida, 2004). E ainda, procurar restabelecer o encontro desses sujeitos com seu desejo, pois o sujeito envelhecido precisa ser resgatado como um sujeito desejante. É preciso reconhecer, em primeiro lugar, que os sentimentos dos idosos não envelhecem, nem os seus desejos!

Desta forma, apesar das dificuldades, limitações inerentes à velhice, o psicólogo clínico pode “conectar-se” com os aspectos saudáveis e “preciosos” das pessoas que estão vivenciando a última fase do seu ciclo vital. Entretanto, cabe ressaltar as especificidades que esta clientela demanda do psicoterapeuta e da psicoterapia, que podem ser encaradas como impedimentos, desafios ou possibilidades, como afirmam Couto, Pratti, Falcão e Koller (2008). Os resultados do presente estudo veem reforçar a concepção desses autores sobre a psicoterapia na velhice, que é reconhecida como uma das formas de promover a saúde do idoso e de favorecer um presente e um futuro mais criativos, uma vida mais satisfatória ao sujeito, bem como respostas sobre vários aspectos do processo de envelhecimento e da velhice.

Esse estudo torna-se significativo para dar voz às idosas e para questionar a ideia retrógrada de que uma clínica com pessoas idosas, de base psicanalítica, não seria possível e nem eficaz. Ao contrário disso, o estudo vem ao encontro de autores como Couto, Pratti, Falcão e Koller (2008, p.150) que acreditam que a psicoterapia na velhice é “uma ferramenta útil na construção e promoção de um envelhecimento saudável”, contribuindo para que pessoas idosas encontrem formas mais adequadas de lidar com seus conflitos, medos e desafios.

Obviamente, temos ciência de que as possibilidades terapêuticas com a população idosa, não se encerram nos casos aqui discutidos e nem na modalidade aqui proposta. Alguns outros esforços neste sentido têm sido implementados, como os trabalhos de Couto, Pratti, Falcão e Koller (2008) que propuseram a terapia sistêmica para tratar idosos, e o trabalho de Altman, Yamamoto e Tardivo (2007) que discutiram a psicoterapia breve operacionalizada para pessoas idosas. Aqui intencionamos apenas mostrar e discutir a riqueza que o trabalho psicoterápico em grupo de base psicanalítica com população mais velha pode apresentar.

Um ponto que merece aprimoramento, se refere à realização de um outro estudo qualitativo com a participação de idosos, pois não foi possível incluir homens no grupo pela falta de demanda para psicoterapia. Será que a clínica com idosos seria muito diferente da clínica com as idosas? Ou as temáticas seriam as mesmas: dificuldades com a sexualidade, problemas conjugais, medo das limitações físicas, da morte, da solidão? Também seria interessante fazer grupos psicoterápicos comparativos com outras faixas etárias para melhor descrever as especificidades da clínica do envelhecimento.

Diante dos desafios que o envelhecimento atual impõe ao saber psicológico e psicanalítico e às relações destes com a nova área da Gerontologia, é imprescindível que pesquisadores e profissionais destas áreas empenhem esforços para repensar e construir e novas práticas clínicas contextualizadas e específicas para a velhice, onde destacamos os trabalhos em grupo com idosos (Lopes, Barbieri & Gambale, 2009; Batistoni, 2009).

Referências

- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *J. Psicanal.*, 44(80), 193-206.
- Altman, M.; Yamamoto, K. & Tardivo L. S. de La P. C. (2007). Psicoterapia breve operacionalizada com pessoas idosas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), 135-144.
- Alves, V. P. (2006). A religião e os idosos. Em Faleiros, V. de P.; Loureiro, A M. L. (orgs.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília: Editora Universa.
- Anzieu, D. (1993). *O grupo e o inconsciente: O imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arrais, A. R. & Rufino, M. R. D. (2011). Sexualidade e aids na velhice: novos desafios para a universidade da terceira idade. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(5), 221-241.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Batistoni, S. S. T. (2009) Contribuições da psicologia do envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 3(02), 13-22.
- Bechelli, L.P., & Santos, M. A. (2006). Transferência e psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(1), 110-117.
- Capodiecici, S. (2000). *A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos*. Bauru, SP: EDUSC.
- Cárdenas, C. J. & Moraes, E. P. (2010). Influência da atividade física na autoestima de idosos do 'Nina Maria Cruz' no Gama, Distrito Federal. *Revista Digital*, 15(146), 123-136.
- Charazac, P., & Joubert, C. (2005). Paradigme familial et du lien. Em: Talpin, Jean-Marc e cols.. *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement*. Paris: Dunod.
- Chauí, M. (2000). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- Dejours, C. (2002). Technique psychanalytique et référence au corps érogène en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 21(1), 119-131.
- De Lorenzi, D. R. S. & Saciloto, B. (2006). Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. [versão eletrônica] *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (4), 256-260.

- Couto, M. C. P. de P.; Pratti, L. E.; Falcão, D. V. S & Koller, S. H. (2008). Terapia Familiar Sistêmica e Idosos: contribuições e desafios. *Psic. Clin.*, 20(1), 135-152.
- Dourado, M. C. N.; De Sousa, M. F. B.; Santos, R. L. (2012). Ensinando psicoterapia com idosos: desafios e impasses (2012). *RB Psicoterapia*, 14(1), 92-102.
- Eizirik, C. L.; Kapczinski, F. & Bassols, A. M. S. (2001). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto alegre: Artmed Editora Ltda.
- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- Freud, S. (1974). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em: *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1974). A psicologia de Grupo e Análise do Ego. Em: *Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*, v. XVIII Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921).
- Gil, C. A. & Tardivo L. S. de La P. C. (2011). A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19(1-2), 19-27.
- Lopes, R. G. C; Barbieri, N. A & Gambale, C. A (2009). Velhice Contemporânea e atuação do psicólogo. Em: Falcão, D. V. S & Araújo, L. F. A. (Orgs.) *Psicologia do Envelhecimento: Relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Kaës, R. (2003). *As teorias psicanalíticas do grupo*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Mucida, A. (2004). *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Negreiros, T. C. G. M. (2004). Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*, 5(9), 77-86.
- Reis Filho, J. T. & Santos, G. de C. (2007). O desafio da clínica psicanalítica com idosos. *Psicologia Clínica*, 19(2), 45-55.
- RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. (2008). Informe de situação e tendências – Demografia e Saúde.
- Vieira, K. F. L. (2012). *Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Recebido em agosto de 2010

Aceito em maio de 2013

Katia Tarouquella Rodrigues Brasil: Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília; psicóloga clínica; Docente do Curso de graduação em Psicologia e do Mestrado em Educação da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Maria Angélica Rodrigues de Barcelos: Graduada em psicologia pela UCB; psicóloga clínica; servidora pública do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Alessandra da Rocha Arrais: Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília; psicóloga clínica; psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF); Docente do Curso de graduação em Psicologia e do Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) e do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher e dos Idosos da FEPECS.

Carmen Jansen de Cárdenas: Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília; Docente do Curso de graduação em Psicologia e do Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Contato: arrais@ucb.com.br