

**Psicanálise e velhice: o “idoso” é obsoleto?****Psychoanalysis and old age: are the “elderly” obsolete?***Glória Castilho<sup>1</sup>***Resumo**

O presente texto parte da conjunção do discurso capitalista com os progressos da ciência tecnológica e indica como este enquadre tem consequências específicas para o “idoso” que, rapidamente, encarna a figura do velho, do obsoleto, do improdutivo. Segue pontuando algumas questões que focalizam, sobretudo, o impacto desta lógica – marcadamente técnica – sobre o dia a dia de um ambulatório. Avança procurando situar diferentes discursos vigentes e a pergunta acerca do lugar do discurso psicanalítico neste contexto.

**Palavras-chave:** psicanálise; sujeito; “idosos”; ciência tecnológica; discursos.

**Abstract**

This paper begins with the conjunction of the capitalist discourse and the progresses of technoscience and indicates how this scenario has specific consequences for the “elderly” who rapidly, assume the role of the aged, the obsolete and the unproductive ones. Further, this article highlights some questions that focus mainly on the impact of this logic – markedly technical - on the day to day of a clinic. Lastly, this paper will seek to situate different current discourses and the question concerning the place of the psychoanalytic discourse in this context.

**Keywords:** psychoanalysis; subject; “elderly”; technoscience; discourses.

---

<sup>1</sup> Psicanalista, Doutora em Teoria Psicanalítica/UFRJ, integrante da equipe do NAI/UNATI/UERJ.  
[Gloria.castilho@gmail.com](mailto:Gloria.castilho@gmail.com)  
<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/psicanalise-e-velhice-o-idoso-e-obsoleto.pdf>

## Psicanálise e velhice: o “idoso” é obsoleto?(1)

*“O discurso que digo analítico é o laço social  
determinado pela prática de uma análise.”  
(LACAN, [1974] 2003, p. 517)*



Nosso ponto de partida é a práxis psicanalítica com “idosos” (2) no ambulatório NAI/UNATI/UERJ (3), tendo como interlocutores e pares os profissionais da área de saúde. É preciso apontar, em nossa época, a conjunção do discurso capitalista com os progressos e descobertas da ciência tecnológica. Trata-se de um enquadre que tem consequências específicas para o “idoso”, que rapidamente encarna a figura do velho, do obsoleto, do ultrapassado, ali onde predominam as máscaras do novo (MUCIDA, 2004). Interessa-nos pontuar algumas questões que focalizem, sobretudo, o impacto desta

lógica – marcadamente técnica – sobre o dia a dia de um ambulatório e permitam situar a pergunta acerca do lugar da psicanálise neste contexto.

“... Eu comprei o ócio...”. Com esta frase provocativa, Manoel de Barros, poeta nascido e criado no Pantanal, inicia suas considerações no documentário sobre sua vida, realizado por Pedro Cezar (2009). Esclarece que após tornar suas terras produtivas, pode “...ficar à disposição da poesia”. Aos 93 anos, lúcido e em plena atividade, subverte com sua fala algo da implacável incidência do discurso capitalista que – no caso da velhice – tende a localizar o velho, por um lado, como objeto de cuidados e por vezes obsoleto, já que improdutivo. Por outro lado, a lógica capitalista dirige-se à velhice, como mercado de consumo (DEBERT, 1999), com a infundável oferta de produtos e técnicas que se propõem a recobrir aquilo que a velhice traz à luz, de forma inexorável: a incidência da passagem do tempo sobre o corpo, a impossível sustentação dos ideais da juventude e, em última instância, a própria finitude que, como nos lembra Freud (1915/1974), é relançada, a cada vez, pela perda dos próximos amados. O fato é que nas duas vertentes, seja como objeto de cuidados, seja o envelhecimento tornado um mercado de consumo, é como objeto que o velho é abordado. E, se por um lado, existem indiscutíveis efeitos de socialização decorrentes da construção da categoria “idoso”, é preciso considerar também inequívocos efeitos de segregação e isolamento, na contramão do estabelecimento de laços sociais.

A revista *Le Nouvel Observateur*, uma matéria de Pénicaut (2010), intitulada *Permanecer Jovem (Rester Jeune)*, disserta sobre os inúmeros avanços científicos na área do envelhecimento humano, bem como a decorrente produção de infundáveis técnicas colocadas à disposição do e no mercado. Em determinado momento, o Professor Etienne-Emille Baulieu, apresentado como “... pai da luta contra o envelhecimento na França” (p. 18), aos 83 anos, comenta que nos EUA emprega-se uma expressão terrorífica para falar dos “idosos”: a “peste cinzenta” (“*la peste grise*”), e diante disso posiciona-se afirmando que sua luta tem como objetivo que ninguém seja colocado de lado, como

“pestilento” (“*pestifère*”). Ainda que importantes, os escrúpulos do cientista não nos liberam de apreender a conjunção do discurso capitalista com os progressos da tecnociência em nossos dias.

Simone de Beauvoir (1970) em *A Velhice* fornece indicações preciosas sobre o lugar do velho em diferentes contextos e interroga a vigência de uma “conspiração do silêncio” com relação ao tratamento dado à velhice. Em seu artigo *Velhice e História: Perspectivas Teóricas*, Groisman esclarece que a construção da categoria “idoso” foi sendo tecida, sobretudo, ao longo do último século pelo discurso geriátrico-gerontológico, pela prática asilar e pelo advento das aposentadorias e pensões. Cabe situar, ainda, que, nas últimas décadas, as questões ligadas à área do envelhecimento foram ganhando destaque e relevância. Debert (1999) avalia que a visibilidade alcançada pela velhice tornou-se “...um compromisso com um tipo determinado de envelhecimento positivo...” (DEBERT, 1999, p. 23) em um contexto em que as rugas e a flacidez se transformaram “...em indícios de lassitude moral e devem ser tratadas...” (Ibid., p. 20).

Evidencia-se, assim, o caráter moral que o envelhecimento dito bem-sucedido assume, ao acenar com a eterna juventude, orquestrada pela máxima “só é velho quem quer”. Com este enquadre, Debert levanta como questão se a denúncia de Simone de Beauvoir acerca de uma “conspiração do silêncio” não ganharia atualidade já que, uma vez mais, não haveria lugar para a velhice que “...tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados” (Ibid., p. 227).

O que importa ressaltar aí é que o necessário reconhecimento da pluralidade de experiências de envelhecimento não implica supor a ausência de “limites ao investimento cultural e tecnológico nos processos biológicos” (Ibid., p. 228). Desta forma, o relato de sentir-se aquém dos ideais veiculados pelo discurso científico apresenta-se muitas vezes no discurso dos velhos do lado da impotência, tal como dizia uma “idosa” após a consulta com o geriatra: “...o médico manda, mas eu não tenho ânimo para caminhar...”. É assim que, para seguir caminhando na vida, e, eventualmente, de acordo com a prescrição médica, é preciso, muitas vezes, um primeiro tempo de trabalho de luto a partir de conjunturas de perdas significativas – em algumas ocasiões, concomitantes – com que se confronta um “idoso”(4).

### **Técnica ou ética?**

Informada conceitualmente pela ciência, a “...tecnologia moderna não só produz máquinas e ferramentas físicas, mas também organiza e sistematiza as atividades. A tecnologia física (pesada) apoia-se nas ciências naturais, e a tecnologia não física (leve), nas ciências comportamentais” (KOERICH, 2006, p.180). Importa situar que o privilégio da técnica – seja ela leve ou pesada – ao definir e circunscrever procedimentos, em detrimento das questões que apontam a uma dimensão subjetiva, não é sem consequências. É assim que Nair relata seu “...horror ao termo procedimento...”. Ao solicitar que falasse mais, esclarece que próximo à morte de seu marido, de quem cuidou por vários anos, em diversas ocasiões, precisou chamar auxílio médico em casa, já que ele se encontrava acamado. Nesses momentos, após avaliá-lo, muitas vezes o médico indicava uma internação. Nair conta que, a partir de um determinado ponto, passou a contrapor-se à orientação de internação, pois seu marido voltava “...sempre mais prostrado, mais alheio e com várias escaras”. Comenta que quando argumentava nesta direção, a resposta era sempre a mesma: “...o procedimento nestes casos é a internação”.

O trabalho em um ambulatório, com uma equipe de saúde multiprofissional, permite acompanhar ocasiões em que a prevalência da técnica contribui para diluir responsabilidades, ao definir procedimentos. Daí que, muitas vezes, verifica-se, exatamente, um esforço na direção de que

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/psicanalise-e-velhice-o-idoso-e-obsoleto.pdf>

se defina um diagnóstico rapidamente, para que se definam, também rapidamente, os procedimentos. Ocorre que tal rapidez mostra-se muitas vezes incompatível com o tempo necessário para que algo do sujeito dividido possa situar-se. Desta forma, importa localizar – para além de um procedimento – aquilo que o norteia.

Exemplo desta discussão, é a entrada precoce de antidepressivos e outras medicações associadas, ali onde alguém já fortemente afetado pela dor de uma perda significativa e que precisa trabalhar a partir da perda, se vê também entorpecido. Trata-se de uma conjuntura que muitas vezes dificulta o avanço do já tão doloroso trabalho de luto.

Neste ponto, vale indicar um efeito interessante a partir da interlocução – ao longo do tempo – com os especialistas na área de envelhecimento. Trata-se da substituição, com certa frequência, do diagnóstico de depressão pela expressão “luto não elaborado”, em alguns pedidos de parecer. O que aparentemente é uma questão retórica, na verdade, tem consequências muito precisas, já que a expressão “luto não elaborado” não é capaz de gerar qualquer protocolo médico. Depressão, por outro lado, gera um protocolo com prescrição de medicação antidepressiva por um período longo de tempo e que pode ainda ser associada a outras medicações.

Freud (1917/1974) adverte quanto à especificidade do trabalho de luto, o qual exige tempo e intensos esforços daquele que sofreu uma perda significativa, para que possa chegar a termo o trabalho e seja possível alguma substituição. Concordamos com Mucida (2004), que chama a atenção, neste contexto, para a dificuldade “a mais” que se apresenta quando o “idoso”, tomado pela dor de uma perda valiosa, e que precisa trabalhar a partir da perda – trabalho de luto –, encontra-se entorpecido, sob o efeito de remédios.



É preciso esclarecer que há, entretanto, aquelas situações em que a entrada da medicação torna viável que um “idoso” levante-se da cama e venha falar, tamanho o grau de prostração em que se encontra. Desta forma, cabe avaliar, a cada vez, a função e o lugar da medicação, ali onde se impõe um árduo trabalho de luto.

Em *O lugar da psicanálise na medicina*, Lacan chama a atenção para a tendência que se instala na era científica, já que o enquadre moderno da ciência requisita o médico, em sua função de cientista fisiologista e, além disso, “...o mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico que os coloque à prova...” (LACAN, ([1966] 2001) p. 10). Neste ponto, formula a seguinte questão: “Onde está o limite em que o médico deve agir e a quem deve ele responder?” (Ibid.). Mais adiante no texto, retoma, sob a forma de questão: “Como eles [os médicos] (5) responderão às exigências que convergirão bem rapidamente para as exigências de

produtividade?” (Ibid.).

Lacan pontua a importância de situar duas balizas – a demanda do doente: “... Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente” (Ibid.) e o gozo do corpo, em jogo, por exemplo, nas conjunturas que implicam dor. Esclarece que ambas confluem para uma dimensão ética e, nesta

direção, desloca a prevalência da técnica, seja ela leve ou pesada, e reintroduz – endereçada aos médicos – a pergunta acerca de uma ética.

Dirigindo-se a uma plateia de médicos, sem mostrar-se ingênuo, Lacan (1966/2001) afirma que se, dentre duzentos, ao menos um puder ouvi-lo, não será sem efeitos sua apresentação da necessária dissimetria entre demanda e desejo, bem como do prazer como barreira ao gozo, referências éticas próprias à práxis do psicanalista.

Reintroduzir a pergunta acerca da ética demarca, de certa forma, o lugar da psicanálise na medicina como “marginal” e “extraterritorial” (Ibid, p. 8) Nesta direção, vale apreender e recolher o relato de ocorrências atípicas que são registradas pelos próprios especialistas em envelhecimento.

É assim que, em certa ocasião, uma fisioterapeuta ao fazer o encaminhamento de uma “idosa”, diz perplexa: “... ela tem uma dor que anda e vive me contando sonhos...”. Algo do saber especializado fracassa aí – em torno deste “sintoma itinerante” e “falante”. É na interlocução com a equipe, sustentada em torno do significante interdisciplinar (6) (MOTTA, 2006), que alguma coisa vai passando, vai se transmitindo, ao longo do tempo, de que certas queixas encaminham-se falando, sob transferência. O fato é que queixas recorrentes na experiência psicanalítica com idosos, tais como a dor, os esquecimentos ou as quedas frequentes, encerram uma complexidade, podem implicar uma dimensão subjetiva. Neste exemplo, inclusive, a dor “anda” e “fala”. Vale acompanhar aqui, alguns desdobramentos da abertura desta discussão.

Ocorre que, em um segundo tempo da interlocução com a equipe de fisioterapia – em torno de situações clínicas – desdobrou-se a demanda de um protocolo de “alta da fisioterapia com encaminhamento para a psicologia”. Aquilo que, em um primeiro momento, parece apontar a uma apreensão da especificidade da escuta do analista, revela-se, uma vez mais – se levamos em conta o contexto – um esforço de diluir responsabilidades, por meio da utilização de técnicas, ditas leves. Dito de outra maneira, por esta via, chega-se a transformar a possibilidade de uma escuta, em uma dentre outras técnicas.

Neste ponto da interlocução, apresentou-se a questão: por que alguém que sente dor e alívio ao ser tocado pelo fisioterapeuta, veria alguma função em falar ao analista? Sustentando esta questão, que ecoa a discussão levantada por Freud (1910/1970) em *Psicanálise Silvestre*, propusemos no lugar de um protocolo, a avaliação de cada situação, uma a uma. Propusemos, ainda, a possibilidade de introdução de um tempo, em algumas conjunturas, em que seguindo seu atendimento com a equipe de fisioterapia, o “idoso” pudesse ser convidado a falar ao analista, se assim o desejasse. O que se busca inserir aí, é preciso sublinhar, é a possibilidade de reintroduzir a pergunta acerca de uma dimensão subjetiva.

De forma marginal e extraterritorial, consideramos que seja recolhendo aquilo que fracassa e se apresenta como atípico na prática dos especialistas, que o discurso analítico pode localizar-se como contraponto nesta discussão. É, portanto, operando a partir das brechas discursivas e, a cada vez, que algo do discurso analítico pode reintroduzir as questões de sujeito, muitas vezes elididas pela ênfase nos aspectos técnicos e na demanda de produtividade que aí se insinua.

Assim, é preciso levar em conta este ambiente técnico – próprio à nossa época – em que certa mestria em jogo na função tradicional do médico vai cedendo lugar ao exercício da função do mestre moderno (LACAN, ([1969-70] 1992), cada vez mais técnico. Como procuramos apontar, tal contexto tende a exacerbar-se, articulado ao discurso capitalista.

### **O laço social é discursivo**

*Análise finita e infinita* é um texto que permite interrogar os termos do legado de Freud para os psicanalistas. Vale notar que a pergunta inicial acerca da duração de uma análise vai se

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/psicanalise-e-velhice-o-idoso-e-obsoleto.pdf>

articulando a uma pergunta em torno do limite da operação analítica: “... a análise não trabalha com recursos ilimitados, mas, restritos” (FREUD, ([1937] 1986) p. 232). Cabe também demarcar que esta avaliação de Freud se formula em um contexto onde são afirmadas duas dimensões do resto como inassimilável, como irreduzível (7). A indicação da parcialidade dos processos, que sempre deixam restos, é uma constante neste texto: vestígios da velha neurose, “restos transferenciais” (Ibid., p. 221) e com respeito à incidência da pulsão, avalia que sempre há “fenômenos residuais” (ibid. 231). Por esta via, Lacan (1953-4/1979) situa *Análise finita...* como o “testamento” (p. 24) de Freud e convida os analistas a conquistarem aquilo que herdaram. Na direção em que se lida com a herança deixada por Freud, Lacan – implicado na transmissão da psicanálise – procura formalizar por meio do estruturalismo linguístico, da lógica, da matemática, da topologia, dentre outras apropriações, aquilo que Freud recolheu a partir de sua práxis. Seguindo este caminho, em torno da questão de um resto inassimilável, mapeado por Freud, Lacan formaliza o objeto *a*.

Vale lembrar, neste ponto, que o objeto *a* é abordado por Lacan (1962-3/2006) como objeto causa de desejo, a partir do seminário *A Angústia*. Procura aproximar-se de sua complexidade, referindo-o a uma dimensão de alteridade e situando-o a partir do corte, da separação e da perda. Lacan sustenta a importância de diferenciar o objeto *a* de qualquer objeto passível de troca, intercambiável e, nesta direção, indica quatro figurações, modalidades de apresentação do objeto *a*: o olhar, a voz, o seio e as fezes. Lacan afirma, no entanto, que a despeito de suas vestimentas imaginárias, este objeto “...é a presença de um cavo, de um vazio...” (LACAN, ([1963-4] 1979) p. 170). Além disso, para Lacan o objeto *a* no fantasma ( $\$ \langle a \rangle$ ) freia o deslizamento infundável da cadeia e, por este viés, sustenta tanto o sujeito quanto o Outro, já que, como objeto do desejo, permite tamponar a falta no Outro. Rabinovich (2004) localiza, ainda, a função de captação de gozo, em jogo, no funcionamento fantasmático, e acompanha Lacan (1969-70/1992) em sua demarcação desta função de captação de mais-de-gozar, própria ao objeto *a*. Desta forma, é preciso assinalar que Lacan confere – com a formalização do objeto *a* – mais de uma função ao resto freudiano.

Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930/1988) assinala três fontes de mal-estar, sendo uma delas advinda da natureza, a segunda do próprio corpo e a terceira dos laços estabelecidos entre os homens. Longe de considerá-las equivalentes, Freud destaca, dentre as três, aquela que acarreta mais sofrimento, que acarreta o maior grau de dificuldade: a fonte de mal-estar advinda dos laços que se estabelecem entre os homens.

Lacan afirma que “uma estrutura quadripartite, desde o inconsciente, é sempre exigível na construção de uma ordenação subjetiva” (LACAN, ([1966] 1998) p. 785). Nesta direção, aponta a importância de que se opere – em termos estruturais mínimos – com a vigência no intervalo entre dois significantes, do sujeito dividido e do campo do objeto.

É assim que, no final dos anos sessenta, Lacan formaliza quatro diferentes discursos, compatíveis com distintos laços sociais e capazes de rotação. Procura esclarecer as coordenadas estruturais do discurso “... como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra...” (LACAN, ([1969-70] 1992) p. 10-11). Afirma uma dimensão invariante na disposição dos lugares – agente, Outro, produção e verdade – e na sequência das letras: *a*,  $\$$ , S1 e S2. Posteriormente, especificará o lugar do agente (acima e à esquerda), como lugar do *semblant* (LACAN, 1970/1) que agencia cada um dos discursos: S1-do Mestre; S2-Universitário;  $\$$  – da Histórica; *a* – do Analista. Lacan se interessa, sobretudo, em sustentar os giros discursivos, a partir da experiência analítica. Vejamos graficamente os discursos:

Discurso do Mestre

$$\frac{S_1}{S} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Discurso Universitário

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{S}$$

Discurso do Analista

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{S}{S_1}$$

Discurso da Histórica

$$\frac{S}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Para Lacan (1969-70/1992), o campo discursivo implica uma economia de gozo. O objeto, para a psicanálise, desde sempre perdido, inaugura a repetição – sempre renovada e impossível – de uma satisfação originária. O saber é apresentado como meio de gozo, segundo uma lógica na qual a compulsão à repetição inclui o além do princípio do prazer. Para situar o valor de gozo produzido pelo saber “em trabalho” no campo do Outro – tal como o indica o discurso do mestre –, Lacan formula o termo mais-de-gozar, homólogo (8) à mais-valia de Marx, ou seja, o saber trabalhando produz algo como perda, como um resto de gozo que instaura um movimento de recuperação de gozo.

### Os diferentes discursos vigentes

O viés aprofundado por Lacan (1969-70/1992), a partir da formalização dos discursos, nos permite localizar – no ambiente técnico de um ambulatório – o saber como meio de gozo, oscilando entre o discurso do mestre, sua variação, o discurso universitário – que é situado por Lacan como discurso do mestre moderno – e sua corruptela, o discurso do capitalista (LACAN, 1974):

$$\begin{array}{ccc} \text{Discurso do capitalista} & & \\ \downarrow \frac{\$}{S_1} & \times & \frac{S_2}{a} \downarrow \end{array}$$

Vale ressaltar, a partir do matema acima, que – por sua peculiar configuração – o discurso do capitalista faz obstáculo aos giros discursivos. Importa, ainda, esclarecer que a oscilação entre discursos não permite identificar o discurso científico (9) a nenhum dos discursos exclusivamente. Em função desta complexidade, é preciso cada vez localizar o ângulo que está sendo focado, para situar o *semblant* discursivo dominante.

Cabe assinalar que este campo de questões demarca o grau de fechamento com que se lida em alguns momentos na práxis psicanalítica com “idosos”. É fundamental que o analista dirija-se à bela por detrás do postigo (LACAN, 1963-4/1979, p.126), ao sujeito dividido sob a barra no discurso do mestre e não ao “idoso” como categoria construída (GROISMAN, 1999). Por outro lado, não se trata de desconhecer que a chegada ao tratamento é marcada pela presença maciça de significantes veiculados pelo discurso científico: depressão, pânico, fibromialgia, déficit de memória, fragilidade óssea, dentre outros. Estes significantes obscurecem e dificultam que se estabeleça um sintoma analisável e, por isso, requerem certo tratamento na chegada, tratamento da demanda inicial que permita abrir espaço para que o “idoso” situe em sua história, por exemplo, o que há de singular em sua depressão. Questões tais como: “...por que será que eu deprimi naquele momento?” ou, ainda, com relação às recorrentes queixas de quedas: “... por que será que naquela época eu caí tantas vezes?”. Forma de colocar a questão, que se contrapõe à ideia corrente entre os especialistas de que as quedas na velhice são apenas uma decorrência natural da fragilidade óssea ou da precariedade do equilíbrio e da marcha.

Em *O Averso da Psicanálise*, Lacan afirma a propósito de Freud que “a experiência da histórica, senão seus dizeres, ao menos as configurações que ela lhe oferecia”, deveriam tê-lo guiado melhor que “...o Complexo de Édipo e tê-lo levado a considerar que tudo deve ser questionado no nível da própria análise, do quanto de saber é preciso para que esse saber possa ser questionado no lugar da verdade” (LACAN, ([1969-70] 1992, p. 94). Consideramos que essa orientação de Lacan faça referência à rotação dos discursos em uma análise. A primeira parte da frase – “... quanto de saber é preciso...” – evidencia certa temporalidade articulada aos diversos giros discursivos

decorrentes da irrupção do discurso analítico. A segunda parte da frase – “... para que esse saber possa ser questionado no lugar da verdade...” –, assinala o que do trabalho analítico vai decantando o “a mais” de gozo que se produz e, em uma análise, se desprende permitindo que algo do saber, sempre fragmentário, possa vir a operar em posição de verdade, tal como Lacan escreve o saber no discurso do analista.

Desde esta perspectiva, parece-nos fundamental interrogar: quais são as linhas de fuga, as intervenções possíveis para desestabilizar, na experiência psicanalítica com idosos, uma economia de gozo que muitas vezes tende a infinitizar-se? Como fazer valer a impossibilidade de recuperação toda de gozo, intrínseca ao discurso do mestre e instituir artificialmente certa rotação discursiva, abrindo ao trabalho inconsciente possível, no tempo?

Como apontamos anteriormente, a prevalência de significantes veiculados pelo discursos vigentes na área de saúde, faz obstáculo a que se delimite um sintoma analisável. Neste sentido, é preciso interrogar e desestabilizar alguns significantes, bem como fazer vacilar a premissa de uma abrangência do saber veiculado pelos especialistas que, por vezes, não só pretende abarcar o todo das queixas, como antecipa questões que nem sempre se desdobram na direção prevista.

Importa parcializar o alcance das questões, bem como historicizar aquilo que da queixa aponta a uma dimensão subjetiva ou, ainda, como nos orienta Lacan ao indicar que “...o que analista institui como experiência analítica... é a histericização do discurso. Em outras palavras, é a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histérica...” (LACAN, ([1969-70] 1992) p. 31). O que vai se evidenciando nas pontuações de Lacan (10) sobre o que é preciso apreender no nível da experiência analítica é, sobretudo, este caráter artificial da incidência do discurso analítico como capaz de desestabilizar um *semblant* discursivo e favorecer a rotação dos discursos.

Há, portanto, como resposta ao mal-estar na cultura (FREUD, 1930/1988), em nossos dias, uma inequívoca prevalência de significantes veiculados pelo discurso científico. Por esta via, tanto os especialistas como o próprio “idoso” consideram natural, por exemplo, que haja um humor algo deprimido na velhice, certa tristeza no dito fim da vida, ainda que a experiência mostre que o limite da vida não se restringe a uma faixa etária. É também considerado natural que haja todo tipo de déficits com relação ao padrão adulto normal, ideal, já que a falta, a perda são lidas, em geral, do lado do déficit pelo discurso científico. É ainda considerado natural que o idoso sinta dores em decorrência de doenças crônicas, que vão sendo “administradas”, ao longo do tempo, pelos diversos especialistas: geriatras, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, dentre outros. Verifica-se, assim, uma tendência no sentido de que a falta seja lida como *déficit* e como passível de ser eliminada. Góes esclarece que: “De um desejo articulado à falta enquanto dado estrutural, o capitalista não quer ouvir falar. Em seu lugar, formula a promessa de eliminar a falta pela aplicação da ciência à tecnologia que ofereça, no mercado, os meios de obter satisfação e negar a falta” (GOES, 2008, p. 47).

Já o discurso analítico, em outra direção, localiza que a falta, a perda, a hiância remetem à estrutura e levantam a pergunta acerca de uma dimensão subjetiva. A complexidade de uma queixa – seja ela de dor, de quedas recorrentes, ou ainda de esquecimentos – só se formula como tal se houver uma escuta que possa recolher, naquilo que é relatado em análise, uma dimensão subjetiva. Consideramos que a sustentação deste viés vá abrindo vias para que um “idoso” chegue a um lugar para falar – sob transferência – e possa situar, por exemplo, de que dor se trata em sua queixa, bem como a possibilidade de chegar a construir que nem tudo em sua experiência tem a ver com a doença diagnosticada pelo saber médico.

### Notas

(1) O presente texto é um desdobramento da tese de doutorado intitulada *Psicanálise e Velhice*, defendida em 29/07/2011 no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. A concessão de uma bolsa PDEE pela CAPES – bolsa sandwich realizada na Universidad de Buenos Aires – viabilizou o aprofundamento de algumas questões aqui desenvolvidas.

(2) Ao longo de todo o trabalho, utilizaremos aspas no termo “idoso”, para indicar a dissimetria entre o idoso como categoria construída e o sujeito dividido da experiência analítica, confrontado com as questões – sempre singulares – colocadas pelo processo de envelhecimento.

(3) O Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UNATI – localiza-se no Campus da UERJ e se constitui como uma unidade docente assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Cabe ressaltar a relevância, o valor do trabalho desenvolvido pela UNATI, de forma geral, e do ambulatório NAI, mais especificamente. Há vários relatos de “idosos” que encontram em iniciativas como esta uma via para encaminhar dificuldades, bem como estabelecer e consolidar laços sociais ou mesmo inventar algo a partir do seu repertório singular de interesses.

(4) A dificuldade e a importância de que haja condições propícias para que ocorra trabalho de luto na velhice foi discutida na tese *Psicanálise e Velhice*, já mencionada na nota 1.

(5) Os colchetes são nossos.

(6) A equipe do ambulatório NAI/UNATI define-se como multiprofissional e interdisciplinar. Vale registrar que este esforço na direção de uma prática interdisciplinar contribui para a abertura à interlocução, ao longo do tempo, em torno das questões que apontam para uma dimensão subjetiva.

(7) Vale lembrar que, já em Projeto Para uma Psicologia Científica – em torno de *das Ding* –, Freud (1895) afirma uma dimensão de resto inassimilável ao juízo.

(8) Becker (2010) situa a indicação de Lacan quanto à homologia entre mais-de-gozar e mais-valia: “A estrutura da circulação do mais-de-gozar, segundo Lacan no retorno ao gozo em excesso de Freud, é homóloga à da mais-valia... e não análoga; esta última ressoa próxima à ideia de metáfora, substituição de uma pela outra. Interessa-nos o significado topológico da homologia: uma estrutura será homóloga à outra quando, seja qual for o seu modo de apresentação, tem como origem o mesmo traçado, o mesmo corte sobre a superfície, o mesmo número de pontos e as características dos cruzamentos de suas linhas de corte. Em outras palavras, a sua escrita é a mesma.” (p. 54).

(9) Lacan chega a aproximar o discurso científico do discurso histérico, em função da ênfase colocada na busca de produzir saber sobre o real.

(10) Como reitera Lacan em *Mais, Ainda*: “... é preciso prestar atenção à colocação em prova dessa verdade de que há emergência do discurso analítico a cada travessia de um discurso a outro.” (p.27).

### Referências Bibliográficas

BEAUVOIR, Simone de (1990). *A velhice: realidade incômoda*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BECKER, Paulo (2010). *A economia do gozo*. Rio de Janeiro: Garamond.

DEBERT, Guita G. (1990). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EdUSP/FAPESP.

FREUD, S. (1895/1977). Projeto Para uma Psicologia Científica. ESB, *Obras Completas*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago.

\_\_\_\_\_. (1910/1970). Psicanálise “Silvestre”. In *Obras Completas*, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iv/artigos-tematicos/psicanalise-e-velhice-o-idoso-e-obsoleto.pdf>

- \_\_\_\_\_. (1915/1974). “Nossa Atitude para com a Morte. Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte”. *ESB, Obras Completas*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1917/1974). “Luto e Melancolia”. *ESB, Obras Completas* vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.
- \_\_\_\_\_. (1930/1988). “El Malestar en la Cultura”. In *Obras Completas*, vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- \_\_\_\_\_. (1937/1986). “Análisis Terminable e Interminable”. In *Obras Completas*, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- GÓES, Clara de (2008). *Psicanálise e capitalismo*. Rio de Janeiro, Garamond.
- GROISMAN, Daniel (1999). Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos IPUB*, Instituto de Psiquiatria/UFRJ nº 10, Rio de Janeiro: UFRJ, p. 43-56.
- KOERICH, Magda Santos et al (2006). Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. spe., p. 178-185. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500022&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 16/5/11.
- LACAN, J. (1953-4/1979) *O Seminário, Livro 1. Os escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1963-64/1979). *O Seminário, Livro 11. Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1966/1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: revista psicanalítica brasileira internacional*, nº32. São Paulo: Eolia, dezembro.
- \_\_\_\_\_. (1969-70/1992). *O Seminário, Livro 17. O Averso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1970-71). *D'un discours qui ne serait pas du semblant*. (Seminário inédito).
- \_\_\_\_\_. (1972-3/1982). *O Seminário, Livro 20. Mais, Ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1974/2003). “Nota Italiana”. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- \_\_\_\_\_. (1974/2003). “Televisão”. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- MOTTA, L. B. (2006). A prática gerontológica na atenção à saúde do idoso, in VERAS, Renato Peixoto; LOURENÇO, Roberto Alves de (Orgs.). *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.
- MUCIDA, A. (2004). *O Sujeito não Envelhece – psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- PEDRO CEZAR (2009). *Documentário: só dez por cento é mentira*. Brasil.
- PÉNICAUT, N. e ROGER, E. (2010). Rester Jeune. *Le Nouvel Observateur*, Paris, nº 2400, p.14-18, 4/10 Nov.
- RABINOVICH, D. S (2004). *Clínica da Pulsão – as impulsões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

**Recebido em: 21/3/2012**

**Aprovado em: 16/7/2012**