

**CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA: ACEITAÇÃO OU NÃO DE UMA PACIENTE IDOSA
QUE RECEBE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

**DEPENDENCY CONDITION: ACCEPTANCE OR REFUSAL OF AN ELDERLY
PATIENT RECEIVING HOME CARE**

Tamyres Funcia Colletti¹, Cláudia Fernandes Laham²

RESUMO

A população brasileira está em processo contínuo de envelhecimento e, por isso, o sujeito está passivo à perda de independência. Os sentimentos de tristeza e desespero são vividos como resultado da redução da capacidade física. O objetivo deste estudo foi compreender a aceitação ou não da condição de dependência em uma paciente idosa que recebia assistência domiciliar. Neste estudo de caso foram realizadas duas entrevistas e quatorze atendimentos psicológicos em domicílio analisados com orientação psicanalítica. Os resultados apontaram a relação que a paciente estabeleceu com sua deficiência física devido a uma queda, as consequências da cirurgia de colocação da prótese, sua dor e, *a posteriori*, a retirada da mesma. A escuta possibilitou o processo terapêutico focado no sujeito do inconsciente marcado pelo seu sintoma. Concluiu-se que o processo de adoecimento tardio causou à paciente um sentimento de desamparo e angústia, dificultando a aceitação de sua situação, mas que ela buscava, na psicoterapia, formas de lidar com a realidade e seu desejo para uma possível aceitação da condição de dependência.

Palavra-chave: dependência, idoso, pessoas com deficiência física, assistência domiciliar, psicoterapia.

ABSTRACT

The Brazilian population is in a continuous process of ageing, therefore with more people becoming subject of loss independence. Feelings of sadness and desperation are lived as stemming from a physical capacity loss. The objective of this study was to understand the acceptance or not of the dependence condition in an elderly patient who received home care. In this case study two interviews and fourteen visits for home psychological care were realized, both of which were analysed using a psychoanalytic approach. The results showed the relationship that the patient established with her physical disability due to a fall, the consequences of the prosthesis placement surgery, her pain and, *a posteriori*, its removal. The act of listening enabled the therapeutic process focused on the subject of the unconscious marked by the symptom. We concluded that the delayed sickness triggered in the patient a feeling of helplessness and anxiety, hindering her acceptance of her situation, but with her seeking ways of coping with reality and her desire for a possible acceptance of her dependency condition in the psychotherapy.

Keywords: dependency; elderly; disabled persons; home nursing, psychotherapy.

¹ Psicóloga Aprimorada do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

² Psicóloga Supervisora do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: claudia.laham@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população no Brasil foi resultado de um declínio da fecundidade, trazendo um processo contínuo de diminuição da base da pirâmide etária (Carvalho & Garcia, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), coloca que não existe um idoso “típico”, isto é, as necessidades e características de saúde são resultados de uma história de vida prévia, portanto torna-se importante entender o processo de envelhecimento com enfoque nas fases da vida já vividas.

Entende-se o processo de envelhecimento como parte do curso da vida, abarcando conceitos cronológicos, biológicos, sociais e psicológicos. A idade cronológica é marcada pelo dia em que nasceu e, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a idade idosa é a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos e, 60 anos nos países em desenvolvimento. A idade biológica é considerada pela herança genética e por mudanças fisiológicas causadas pelo ambiente. Já a idade social é classificada a partir de ideias sociais como normas e crenças. Sendo assim, os comportamentos apresentam um padrão esperado pela sociedade. Por fim, a idade psicológica é atribuída às questões subjetivas e os recursos psíquicos manifestados em diferentes momentos da vida (Moreira, 2012).

De acordo com Moreira (2012), envelhecer está interligado a cada conceito. Não podemos negar o envelhecimento do corpo, muito menos, o impacto psíquico e social envolvido nesse processo. O tempo marca a constituição da subjetividade e sua experiência, o encontro do corpo refletido no espelho e o corpo objeto de desejos e ideais individuais e sociais.

Ao longo do tempo, o sujeito torna-se mais suscetível à perda de autonomia e independência, com ou sem o aparecimento de enfermidades (Dátalo & Marin, 2015). Segundo Laham (2010a), a forma como o paciente encara a doença é sentida a partir do momento de vida, sua história prévia, cultura, relações familiares e amizades.

O envelhecimento que pode causar a diminuição da reserva funcional é denominado senescência, sendo que, em condições naturais, não causa nenhum problema. Contudo, em condições patológicas como doenças, acidentes e estresse emocional é necessário outro tipo de assistência, assim, denomina-se de senilidade (Ministério da Saúde, 2006).

Em ambos os processos, o conceito de autonomia e independência estão interligados. A autonomia é a capacidade de tomar, controlar e lidar com decisões pessoais como a forma de viver de acordo com as próprias regras e preferências, fenômeno que envolve discurso e pensamento. Já a independência está ligada à habilidade de executar funções do cotidiano. A qualidade de vida, ao envelhecer, é determinada pela possibilidade de manter a autonomia e independência (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005; Prochet & Silva, 2011).

Uma das maneiras de atender esse tipo de paciente – senil e autônomo - e sua demanda é realizar uma assistência em domicílio. O objetivo é atender pacientes em decorrência do tipo da doença, piora do quadro clínico ou impossibilidade de sair da residência. O atendimento domiciliar deve ocorrer de forma interdisciplinar, permitindo que o sujeito seja visto de maneira integral focando na melhoria da qualidade de vida (Yamaguchi & Andrade, 2010).

A residência tem um significado singular para cada pessoa, o espaço social onde experienciam maneiras de convivência, contato, cuidado e relações. Sendo assim, o domicílio pode ou não ser considerado pelo paciente e/ou família, até mesmo pela equipe de saúde, um lugar propício ao cuidado (Andrade, 2010).

Em alguns casos, a residência torna-se morada de cuidados quando um acontecimento causa sequelas, como uma deficiência adquirida na idade idosa, acarretando limitações funcionais, fazendo com que o indivíduo enfrente uma nova maneira para fazer suas atividades cotidianas, assim como modifique a forma de pensar e agir ao interagir com os ambientes sociais (Valença, Lima, Chaves, Santana & Reis, 2017).

Nos resultados do estudo de Tavares, Scalco, Vieira, Silva & Bastos (2012), foi possível compreender que as idosas percebem suas limitações físicas e funcionais como a fragilidade na situação de dependência. Algumas atividades, como higiene pessoal e alimentação, não executadas sozinhas e o relato do medo de incomodar e sobrecarregar seus cuidadores, na maioria das vezes, familiares mulheres, causam vergonha por necessitarem de ajuda.

A tristeza e desespero são sentimentos vivenciados no cotidiano como resultado da redução da capacidade física. Desejar realizar uma atividade e não conseguir pode provocar um descontrole emocional e crises de choro e irritação (Tavares et al., 2012).

O estudo de Altam e Yamamoto (2007) mostra que a dependência física é um processo aflitivo. Além do sofrimento provocado pela condição corporal, há elementos emocionais como a revolta, raiva e crises depressivas. A perda de funcionalidade contribui para os sentimentos de angústia, mobilizando seus mecanismos de defesa (Laham, 2010a). Portanto, o psicólogo pode investigar como o paciente lida com a enfermidade e os tratamentos propostos, como também os recursos psíquicos disponíveis. Verificar o estágio em que o paciente se encontra (negação, raiva, aceitação, entre outros) ao enfrentar a perda de saúde é importante para um prognóstico do caso (Laham, 2010b).

A perda de saúde pode estar acompanhada de um processo de luto, este, como a reação de perda de um objeto amado, tanto de natureza real ou também, um objeto amoroso que desapareceu. Isto é, a perda de uma pessoa amada ou o lugar que ocupa na vida do sujeito. Ocasiona um distanciamento da vida cotidiana, contudo não podemos considerar como um estado patológico. Acredita-se que esse período é uma adaptação do objeto amado perdido, sendo a libido retirada de suas conexões (Freud, 1915/2010).

Em sua pesquisa, Mucida (2015) relata que o tratamento deve considerar os impactos da passagem do tempo sobre cada sujeito, sendo que envelhecer não provoca o surgimento de uma nova pessoa. É preciso trabalhar com os recursos disponíveis facilitando a implicação e responsabilização subjetiva sobre as próprias queixas.

O tratamento psicanalítico leva em conta o sofrimento causado pelo sintoma, sendo assim, não existe “sintoma de velho”, é o sintoma que é antigo, efeito ou fruto de marcas. Compreende-se que não existe sujeito sem sintoma, pois a sua relação com o real é o princípio da análise: implicar o sujeito em relação ao seu sintoma. É possibilitar um espaço de fala, de escutar o que ele diz e o que não diz. A velhice traz consigo perdas e modificações nas respostas sintomáticas, acarretando verdadeiras feridas ao revestimento narcísico para sustentar o corpo (Mucida, 2015).

Mucida (2015) coloca a transferência analítica como uma via para tratar afetos, permitindo que o paciente expresse seus sentimentos em um espaço de escuta para romper estigmas relacionados à senescência.

A conduta da transferência é especialmente interessante para o analista: nos indivíduos neuróticos em análise, não se entende porque ocorre mais intensamente do que em outros e a transferência aparece como a mais forte resistência ao tratamento, enquanto fora da análise temos que admiti-la como portadora da cura, condição do bom sucesso. Quando as associações livres de um paciente falham, se acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou algo a seu respeito (Freud, 1912/2010).

As peculiaridades da transferência para o médico, em virtude das quais ela excede em gênero e medida o que se justificaria em termos sensatos e racionais, tornam-se inteligíveis pela consideração de que não só as expectativas conscientes, mas também as retidas ou inconscientes produziram essa transferência (Freud, 1912/2010, p. 102).

Portanto, o problema sobre a transferência surgiu como resistência na psicanálise e acompanha o tratamento em todos os passos, pensamentos e cada ato do analisando. A resistência é um compromisso entre as forças de cura e as que se opõem (Freud, 1912/2010). O esquecimento se limita, geralmente, à dissolução de nexos, isolado de recordações, em especial nas várias formas da neurose obsessiva.

Freud (1914/2010) descreveu que quanto maior a resistência, mais o ato de recordar será substituído pelo ato de repetir.

Os obsessivos dissimulam seu estado o máximo possível, e frequentemente só vão ao médico nos estágios avançados da doença. A resistência dos doentes e as formas como ela se manifesta dificultam a tarefa e na neurose obsessiva não é de fácil compreensão (Freud, 1909/2009). A recusa da interpretação ou o reconhecimento através da negação são frequentes nesses casos. A negação é um modo de aceitação de parte do material recalcado, da parte intelectual, desligada do afeto correspondente (Freud, 1925/1976).

Parte-se do pressuposto que os fenômenos histéricos não excluem os sintomas obsessivos. Nasio (1991) refere que o histérico é o sujeito que obriga o outro, na relação afetiva, à lógica de sua fantasia inconsciente, sem ter consciência disso. Sendo assim desempenha, na sua fantasia, o papel de vítima infeliz e constantemente insatisfeita. Este estado de insatisfação permeia e atinge toda a vida. Uma forma de aliviar a angústia, por ter medo e não encontrar outra forma de recurso, é permanecer no estado de insatisfação através de suas fantasias. O modo histérico de sofrimento é corporal, uma ideia intensa e carregada de afeto.

Diante das ideias apresentadas, este estudo de caso tem o objetivo de compreender a aceitação ou não da condição de dependência em uma paciente idosa que recebe assistência domiciliar.

MÉTODO

Neste trabalho utiliza-se a modalidade de pesquisa conhecida como estudo de caso. De acordo com Ventura (2007), tem o foco em uma unidade, indivíduo, com o objetivo de investigar um caso e compreender melhor sua particularidade, sendo significativo e completo.

Foram realizadas entre março e agosto de 2018 com a paciente idosa atendida por um serviço de assistência domiciliar, duas entrevistas iniciais e quatorze sessões semanais de psicoterapia em domicílio, com média de 50 minutos em cada atendimento.

Os atendimentos iniciais tiveram caráter de avaliação psicológica com entrevistas semidirigidas, e os conteúdos das sessões de psicoterapia foram analisados à luz da psicanálise.

APRESENTAÇÃO DO CASO

A paciente Francisca (nome fictício) tinha 70 anos, gênero feminino, natural de São Paulo, solteira, professora afastada das funções, recebia o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e residia com a irmã (principal cuidadora) e a sobrinha.

Francisca relatou sobre o acidente ocorrido em 2011. Realizava atividades na cozinha, desequilibrou-se com o chão molhado e caiu, contou que, no momento da queda, percebeu que não foi uma queda qualquer. Foi levada a um hospital particular na cidade do interior de São Paulo, onde residia na época, e narrou sobre o processo judicial necessário para a colocação da prótese no fêmur direito, que havia fraturado. Passou-se um mês até a decisão definitiva do juiz para que o convênio particular de saúde autorizasse o hospital a realizar a cirurgia para colocação da referida prótese. Neste mês, ficou imóvel à cama e mencionou a dificuldade em lidar com a situação e a dor constante.

Em 2012, a prótese causou infecção e dor crônica. Disse que morou no interior de São Paulo durante 30 anos e retornou à capital em busca de respostas para a causa da dor. Em agosto de 2017, realizou uma cirurgia para a retirada da prótese. Apontou como os médicos abordaram o assunto e a possibilidade de morte com ou sem o procedimento cirúrgico.

Foi assistida pelo serviço de assistência domiciliar de um hospital terciário desde fevereiro de 2017 e recusou acompanhamento psicológico em um primeiro momento, solicitando atendimento em março de 2018 em uma visita multiprofissional de rotina.

Além do mais, possuía uma luxação completa de ombro bilateral, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, incontinência urinária funcional, xerose cutânea e prurido. Francisca era tabagista há 50 anos.

Durante os atendimentos, comentou sobre o trabalho que realizava como diretora de uma creche e as aulas particulares que ministrava na cidade do interior de São Paulo, a rotina de cuidados que realizava com sua mãe idosa antes da fratura e a vida social que mantinha.

Informou que a mãe faleceu dois meses após o acidente e Francisca tinha duas irmãs. No momento dos atendimentos, residia com sua irmã, sendo que a outra faleceu dois anos após a colocação da prótese. Relatou desconforto em morar com a irmã, já que a rotina girava em torno de suas limitações motoras.

Estar dependente de cuidados causava angústia à paciente, queixando-se da dificuldade em realizar atividades como tricô e bordado por ter os movimentos dos braços limitados, expressava vontade de sair de casa com mais facilidade e manifestava desejo de encontrar soluções para isso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro contato da psicóloga realizado com a paciente, durante visita multiprofissional com a equipe de assistência domiciliar, a mesma solicitou atendimento por perceber a necessidade de aliviar sua angústia frente à situação. Assim, foi acordado que os atendimentos começariam nas semanas seguintes.

Após a cirurgia, disse que sentia uma dor agonizante, o que a distanciava da realidade. Isto é, considerava que nesse período não se deu conta da mudança de vida. Foram necessários dois anos para um diagnóstico para a dor: prótese infectada. Narrou esse momento com detalhes, mostrando o deslocamento da peça pelo corpo e referiu que o médico lhe disse que nunca havia visto e lido sobre um caso como o dela. Em decorrência da cirurgia e do pós-operatório, a paciente perdeu muito peso, tornando o

corpo mais frágil a fraturas, assim ambos os ombros deslocaram, limitando seus movimentos pela metade.

Por um longo período foi a cuidadora principal da mãe e, devido ao seu acidente, ficou impossibilitada de cuidar dela. Relacionou sua morte com a dificuldade com o manejo dos cuidados.

Freud (1917/2010) descreve que o objeto amado deixa de existir e, assim, a libido é retirada das conexões com o objeto. É um processo doloroso, mas com a consumação do trabalho, o Eu fica livre para deslocar a libido. No caso de Francisca há uma dificuldade em lidar com a perda do objeto, já que, durante o processo de luto, houve outras perdas.

O choro tornou-se parte da sua rotina, resultado de sua angústia transbordando o corpo. Retratou sua vida antes do acontecimento como ativa: trabalhava como diretora de uma creche, professora particular e tinha muitos amigos. Seu prazer era tricotar e bordar, atividades que não conseguia realizar na época dos atendimentos psicológicos, pelas luxações nos ombros.

Percebe-se, neste momento, que a paciente recordava os acontecimentos que a deixaram frágil, referindo-se à queda e à morte de sua mãe. Em poucos momentos, Francisca relatou sobre sua mãe e a morte de sua irmã, assim como a relação que estabelecia com ambas.

Entende-se que a paciente apresentava sintomas através do choro e evitava lembrar de acontecimentos dolorosos. Freud (1893/2016) descreve que a linguagem confirma o fato e ocorre a reação de “desafogar o choro”, sendo o afeto ligado à lembrança. A fala é ou reflexo adequado para a queixa, ou ligada a um segredo que aborrece. Dependendo do estado psíquico em que se achava o doente, anteriormente ao trauma em si, torna-se impossível uma reação ao evento, aparecendo num estado de afeto grave, paralisante. São os casos de doentes que não reagem a traumas psíquicos, querendo esquecer as vivências e as excluindo da associação o máximo possível.

Durante determinadas sessões, a paciente solicitou auxílio de fisioterapeutas, médicos e da psicóloga. “Tem que ter uma forma para eu conseguir mexer os braços, eu preciso de alguém que me ajude a descobrir isso” (sic). A paciente repetiu a mesma solicitação em sessões distintas.

Freud (1914/2010) descreve a necessidade de compreender a compulsão pela repetição como uma resistência e uma parcela da transferência do passado esquecido e, também, das situações presentes.

As consultas com a ortopedia no hospital terciário causavam mais dúvidas do que respostas, portanto as incertezas permeavam o discurso de Francisca. Não havia uma resolução se poderia realizar a cirurgia para uma nova prótese e uma inédita cirurgia nos ombros. Contou que, na última consulta, o médico disse: “a senhora não poderia ter algo mais fácil?”, a paciente riu.

Laham (2010a) cita que talvez seja necessário oferecer um tempo maior para adaptação à nova realidade para o paciente e a família. Percebe-se que o sentimento de incapacidade e luto da perda da saúde podem surgir, portanto o paciente pode utilizar-se da racionalização para argumentar e proteger-se da angústia e da situação que está vivendo.

Assim, Francisca utilizava o recurso intelectual complexo para tentar lidar com a situação, apresentando uma explicação coerente e lógica, dada pelo médico, trazendo uma espécie de conforto sobre a dificuldade da enfermidade e limitação ocasionada por esta.

Entre o quinto e o sexto atendimento, queimou-se com café. A paciente preocupou-se com a possibilidade de uma nova infecção, revivendo o sofrimento relacionado à dor. Percebeu-se, neste acontecimento, a fantasia de reaparecerem os sintomas físicos, levando a um sintoma de angústia. Relatou que o sentimento causado pelos pensamentos era mais doloroso que a própria dor física. Como Freud (1893/2016) escreve:

A lembrança dele, mesmo quando não foi ab-reagida, entra no grande complexo da associação, ocupa um lugar ao lado de outras vivências que talvez a contradigam, sofre uma correção por outras ideias. Depois de um acidente, por exemplo, associa-se à lembrança do perigo e à repetição (atenuada) do pavor a lembrança do que ocorreu em seguida, o salvamento, a consciência de segurança atual (p.27).

Tavares et al. (2012) mostram que a tristeza e desespero são sentimentos vivenciados no cotidiano como resultado da redução da capacidade física. A pessoa deseja realizar uma atividade e, por não conseguir, pode provocar um descontrole emocional, crises de choro e irritação.

Nota-se que o desespero descrito pela paciente em deparar-se com sua limitação era considerado mais angustiante do que sua dor física. Relatou, também, que a dor física poderia ser suspensa com medicação, enquanto sua dor emocional, não.

Nos atendimentos seguintes, descreveu a relação com sua irmã, principal cuidadora. Referiu que, durante a infância e adolescência, tiveram pouco contato devido à diferença de idade, e que depender de seus cuidados causava conflitos emocionais e familiares. Durante os atendimentos, demonstrou preocupação em sua irmã escutar os conteúdos expostos, além de relatar discussões relacionadas aos choros durante e após as sessões. Aparentou incômodo quando descreveu o que era de mais íntimo, sendo que aprendeu que “não se divide o que é de si”, como sua mãe lhe ensinou e sua irmã parafraseava. Apesar de se tomar cuidado para manter o sigilo do que era falado, compreendeu que se sentia acuada se o atendimento acontecia quando a cuidadora estava na residência, sendo essa relação uma de suas maiores queixas. Culpava-se por não ter estabelecido uma relação afetiva com esta irmã e, no momento de fragilidade, depender de seus cuidados.

Nos resultados do estudo de Tavares et al. (2012), foi possível compreender que as idosas percebem suas limitações físicas e funcionais como a fragilidade na situação de dependência. Algumas atividades, como higiene pessoal e alimentação, não

executadas sozinhas e o relato do medo de incomodar e sobrecarregar seus cuidadores, na maioria das vezes familiares mulheres, causam vergonha por necessitarem de ajuda.

A dependência física é um processo aflitivo. Além do sofrimento provocado pela condição corporal, há elementos emocionais como a revolta, raiva e crises depressivas. São os familiares e amigos mais próximos que podem ajudar e facilitar, na medida do possível, o processo de elaboração e aceitação da perda (Altam & Yamamoto, 2007).

Essa perda, como foi possível observar, contribuiu, e muito, para os sentimentos de angústia, impotência e inutilidade da paciente, os quais mobilizaram suas defesas. Como foi colocado anteriormente, essas defesas dizem respeito aos seus aspectos narcísicos e onipotentes, pois, com um corpo mais frágil e debilitado, via-se frente a frente com sua dependência em relação ao outro (Altam & Yamamoto, 2007, p.142).

A temática confiança veio à tona quando contrataram uma cuidadora para alguns dias, enquanto a irmã viajava. Narrava a forma que a cuidadora se vestia, como a tratava e seus principais impasses. Estar dependente de cuidados causava à paciente momentos conflituosos, como recorrer a cuidados de pessoas desconhecidas. Expressou desejo de viver em outro lugar e ser mais independente dentro de seus limites, dizendo que, para isso, vender o apartamento herdado de seus pais era uma possibilidade.

Sobre limitações de seu corpo, por estar em uma cadeira de rodas e ter o movimento restrito dos braços, repetiu em diversos momentos que “não tenho os braços”, “não tenho as pernas”. Pode-se interpretar como maneiras de reação ao afeto que remete à lembrança e de forma fragmentada, como manobras diretas de expressar-se (Freud, 1893/2016). Entende-se que Francisca utiliza desse recurso para expressar o que sente com a limitação de seu corpo.

A paciente demonstrou interesse por esportes, principalmente futebol. Durante os jogos da copa do mundo de futebol, descreveu um tipo de técnica de jogo - “retranca”. Explicou, com detalhes, sobre o posicionamento do time em campo e relatou incômodo,

alegando ser “um jogo chato de se ver”. A psicóloga apontou que o aparente desconforto estava relacionado com a vida da paciente, que estava “trancada, parada, estacionada” e o jogo não “corre”. Notou-se que Francisca deu-se conta de que o “chato” era estar nesta posição e emocionou-se. Aparentou sentir-se sozinha e desamparada emocionalmente.

A escuta do analista é focada no sujeito do inconsciente, este marcado por perdas e alterações que envolvem um trabalho de luto. O luto vai além da morte real, onde insere também a perda imaginária, perdas de laços e objetos amorosos e questões relacionados ao sujeito, como o corpo (Mucida, 2015). Observa-se que Francisca expôs sua perda imaginária, relacionando sua vida de forma “trancada, chata”.

Quando comunicado à paciente sobre as férias da psicóloga, alegou que precisava de uma pessoa calma consigo, aparentou referir-se à psicóloga e ao relacionamento conturbado com sua irmã. O choro foi constante e, em determinado momento, pediu para que o atendimento daquele dia se encerrasse. Notou-se que a resistência advinda da transferência permaneceu em todos os instantes, em forma de pensamentos e no ato da paciente, existindo como uma força entre a cura e as forças que se opõem (Freud, 1912/2010). Portanto, ao pedir para encerrar o atendimento, a resistência destacou-se como um mecanismo de defesa para enfrentar a situação angustiante.

Expôs seu descontentamento em não ter uma atividade diária, uma distração e depender de outras pessoas para todas as práticas diárias. Demonstrou desespero em forma de choro quando explicou que “dessa maneira, não vou viver”.

Segundo Moreira (2012), a valorização do tempo tem articulação com o domínio da manutenção da juventude, trazendo a imaginação de imortalidade e onipotência. Vivemos numa sociedade que nega a passagem do tempo e repulsa a velhice. Observamos e entendemos que o sujeito enfrenta desafios na velhice, como preservar a integridade do eu, analisar a vida, conservar a totalidade através da cultura inserida.

“Assim o corpo psíquico, tempo e finitude se enlaçam no desenrolar histórico da existência (Moreira, 2012, p.633).”

CONCLUSÃO

Entendeu-se que a paciente estava em processo de perceber que a dor física, de alguma forma, defendeu seu aparelho psíquico de entrar em contato com seu sofrimento.

Nos atendimentos, a paciente deu-se conta desse movimento e utilizou a repetição como forma de resistência e mecanismo de defesa. Assim, foi possível compreender, durante os atendimentos psicológicos, a dificuldade de Francisca de aceitar sua atual condição física e, por consequência, sua dependência de cuidados. A relação conflituosa com a irmã trazia à paciente sua impotência, causando um sentimento de desamparo, raiva e crises de choro.

Percebe-se que havia um movimento para encontrar maneiras de lidar com a situação, porém esbarrava com a limitação física. Portanto, conclui-se que Francisca estava em processo terapêutico buscando formas de lidar com a realidade e seu desejo para, assim, possivelmente aceitar sua condição de dependência.

REFERÊNCIAS

- Altman, M. & Yamamoto, K. (2007). Psicoterapia breve operacionalizada com pessoas idosas. *Mudanças: psicologia da saúde*. 15 (2), 135-144. Recuperado em < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/618> >
- Andrade, L. (2010) Residência: morada da vida e da morte. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade, L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). *Assistência domiciliar: uma proposta Interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole. pp. 307-317.
- Carvalho, J.A.M. & Garcia, R.A. (2003) O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de saúde pública*, 19 (3), 725-733. Recuperado de < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>
- Dátilo, G.M.P.A. & Marin, M.J.S. (2015) O envelhecimento na percepção de idosos que frequentam uma universidade aberta da terceira idade. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, 20 (2), pp. 597-609.
- Freud, S. (1976) A negativa. In S. Freud, Obras completas (Vol. XIX: O ego e o id e outros trabalhos. pp. 139-154). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (2010) A dinâmica da transferência. In S. Freud, Obras completas (Vol. 10: *Observações psicanalíticas sobre caso de paranoia relacionado em autobiografia ("o caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos P. C. de Souza, trad. pp. 100-122) São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2009) Notas sobre um Caso de Neurose Obsessiva. In S. Freud, Obras completas (Vol. X: O Pequeno Hans e o Homen dos Ratos. pp. 159-250). Rio de Janeiro, RJ: (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (2010) Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, Obras completas (Vol. 10: *Observações psicanalíticas sobre caso de paranoia relacionado em autobiografia ("o caso Schreber")*, artigos sobre a técnica e outros textos. P. C. de Souza trad. pp. 146-158) São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010) Luto e melancolia. In S. Freud, Obras completas (Vol. 12: *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. P.C. de Souza trad. pp. 127-189) São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2016) Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In S. Freud, Obras completas (Vol. 2: *Estudos sobre histeria*. L. Barreto trad. pp. 18-38) São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893).
- Laham, C. F. (2010a) Convivendo com a doença. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade, L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). *Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole. pp. 279-286.
- Laham, C. F. (2010b) Papel da psicologia. In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade, L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). *Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole. pp. 71-75.
- Ministério da Saúde (2006) Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. DF: *Caderno de atenção básica*, 19. Recuperado em < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>

Moreira, J. O. (2012) Imagem corporal e envelhecimento: vicissitudes de uma tragédia moderna. *Psicologia argumento*, 30 (71), 631-637. Recuperado de <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20029>>

Mucida, A. (2015) Direção do tratamento na clínica com idosos. *Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano*, 12 (3), 254-255. Recuperado de <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6084> >

Nasio, J. D. (1991) *A histeria: teoria e clínica psicanalítica*. RJ: Jorge Zahar Editor Ltda.

Organização Mundial de Saúde. (2015) *Resumo do relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra, Suíça. Recuperado de < <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>

Organização Pan-Americana de Saúde (2005) *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: tradução Suzana Gontijo. Recuperado em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>

Prochet, T.C., Silva, M.J.P. (2011) Estratégias que colaboram na independência física e autonomia do idoso hospitalizado. *Revista rene*, 12(4), 678-683. Recuperado em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a005_-_estrategias_que_contribuem_na_independencia_fisica_e_autonomia_do_idoso_hospitalizado_-_rene_2011.pdf>

Tavares, K.O., Scalco, J.C., Vieira, L., Silva, J.R. & Bastos, C.C.C.B. (2012) Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. *Revista kairós gerontologia*, 15 (3), 105-118. Recuperado de <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979>>

Valença, T. D. C., Lima, P. V., Chaves, R. N., Santana, E. S., & Reis, L. A. dos. (2017). Repercussões sociais da aquisição de uma deficiência física na vida de idosos. *Revista kairós gerontologia*, 20 (1), 41-55. Recuperado de < <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/31838/22114>>

Ventura, M.M. (2007) O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista sociedade de cardiologia do estado do Rio de Janeiro*, 20(5), 383-386. Recuperado de <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf>

Yamaguchi, A.M. & Andrade, L. (2010) Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) In Yamaguchi, A. M., Higa-Taniguchi, K. T.; Andrade, L.; Bricola, S. A. P.; Jacob Filho, W.; Martins, M. A. (Orgs.). *Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole. pp. 2-10