

# *Desamparo e desejo em pauta*

## *A clínica do idoso: entre a autonomia e a dependência*

Vivian Ulisses Barbosa Godinho

### Resumo

Através da construção e análise de um caso clínico, este artigo propõe situar a clínica do idoso em processo de adoecimento como possível em psicanálise. Apresenta-se a construção do caso de um paciente atendido no ambulatório de um hospital público, referência em oncologia. Sob a evolução do arcabouço teórico da psicanálise e com a inclusão do atendimento a idosos por uma clínica possível, passa-se pelas implicações do envelhecimento e adoecimento do corpo. Articula-se no texto a ideia do desamparo e do trauma como atravessamento na posição subjetiva do paciente, considerando que a realidade psíquica não tem idade, além da indestrutibilidade do desejo.

**Palavras-chave:** Psicanálise, Idoso, Desamparo, Desejo.

### Introdução

Em *Análise terminável e interminável*, Freud ([1937] 1996) diz que no idoso há um impedimento quanto ao processo de análise, que culmina numa clínica psicanalítica não aplicada e não implicada, se estendendo por um longo tempo.

Freud salienta que, nos processos mentais dos idosos, há imutabilidade e rigidez.

[...] um esgotamento da plasticidade, da capacidade e desenvolvimento ulterior [...]. em pessoas muito idosas, em cujo caso ela é explicada como sendo devida ao que se descreve como força do hábito ou exaustão da receptividade – uma espécie de entropia psíquica (FREUD, [1937] 1996, p. 258).

Entretanto, inserida a discussão sobre o inconsciente atemporal, a psicanálise deixaria sua negligência acolhendo não o “velho” inconsciente, mas o inconsciente

“velho”. Refere-se aqui, nesse “joguete” de expressões não à inferência que o idoso tenha um inconsciente envelhecido, mas que estar diante desse corpo marcado pela velhice e de um tempo de vida que se liga à finitude, há que considerar uma escuta urgente e atenta à temporalidade.

Lidamos na clínica com os adiamentos do sujeito em relação a seu desejo e da queixa sobre o desejo, inclusive. E no idoso, há um tempo que urge diante desse corpo e do tempo que passa, sem possibilidade de ofertar uma clínica que se delonga diante da resistência do analisando. É a partir da clínica do idoso que se apresenta o constrangimento da escolha: não contaríamos com um tempo hábil diante da narrativa do sujeito para o trabalho da escuta psicanalítica. Já o velho inconsciente, pensa-se no próprio fundar da teoria psicanalítica com a noção de inconsciente em seus primórdios e sua importância. Ressalta-se que, mesmo ainda de forma tímida, a psicanálise vem desenvolvendo trabalhos interessantes com esta clínica.

Apesar do movimento contemporâneo da “melhor idade”, há no envelhecimento, no enfraquecimento e no adoecimento do corpo uma interrupção simbólica através da tensão entre o pulsional e o orgânico, o que afeta a subjetividade. Apresenta-se então, uma linha tênue entre um sujeito adulto que sai de cena e não “pode” mais ser sujeito da própria história. A clínica do idoso coloca de forma acirrada, devido aos limites do corpo, a impossibilidade do desejo, via cultura. Ou seja, conforme o seu discurso, não há lugar para seu sintoma e seu desejo, respectivamente: “todo velho é teimoso”, “depois de velho fica inventando moda”. Inclui-se, aqui, o adoecimento do corpo, a exemplo do câncer, o que corresponde ao adoecimento do paciente atendido.

Esse sujeito idoso se apresenta, muitas vezes, por uma demanda de um terceiro: a família, o geriatra, o padre, o oncologista. Aquele que o acompanha, geralmente um familiar, traz para nós a marca de um manejo difícil, questão que se apresenta. Já que ao idoso se articula a impossibilidade de realizar as tarefas do dia a dia, o que dirá responder sobre o seu desejo.

Dessa forma, como se daria uma psicanálise diante de sua ética, que é a do desejo e a do sujeito que se apresenta no limiar entre autonomia e dependência? No idoso, a realidade psíquica não envelheceria? Qual a relação entre trauma e desamparo diante da história desse sujeito? Como é possível o manejo com a família?

É importante ressaltar que, no presente texto, não se coaduna velhice com adoecimento. O referido caso é que, concomitantemente ao envelhecer, há o câncer.

### O corpo em sofrimento

Em *O mal-estar na civilização*, Freud ([1930] 1996) escreve que uma das fontes do sofrimento é a fragilidade do corpo. O corpo seria exposto a mudanças num tempo cronológico que abarcaria o cres-

cimento de ossos, o aprender a andar, a falar, o nascimento e a perda dos dentes, a puberdade até o surgimento das marcas do envelhecimento. Processos perturbadores que causariam a insatisfação e o sofrimento.

Tais experiências vão sendo nomeadas pelo outro e podem adquirir caráter traumático ou não. As mudanças biológicas estão sob o olhar do outro, portanto atravessadas pelas significações culturais. Dessa forma, o envelhecimento acompanhado do adoecimento está diante de um corpo afetado que ao ser visto, algo é dito sobre esse corpo como forma de reduzi-lo, ou seja, diante do enfraquecimento imposto pela biogenicidade, este sujeito ficaria impossibilitado de responder por si próprio. Esse discurso tomado como organismo é marcado pelo determinismo biológico.

Entretanto, com a psicanálise, apreendemos um corpo pulsional que introjeta o corpo biológico atravessado pelo desejo, como nos coloca Mucida (2019, p. 25):

Para além do organismo, a psicanálise coloca em cena um corpo, atravessado pelo Outro, atravessado pelo desejo, pelo sofrimento, corpo habitado por um sujeito que tem uma maneira própria de conduzir o real.

Um corpo envelhecido, adoecido, afetado organicamente, afeta o apetite de viver, pois o sujeito estaria diante do real, do inominável. E é diante desse real que a psicanálise se faz presença como escopo, não para tapar o buraco, mas para que esse sujeito teça em volta de si, à sua maneira, realizando novos encadeamentos, para que seja possível fazer enlaçamentos com o seu desejo.

Freud sofreu com a velhice e o câncer, e assim ele diz a Lou-Andréas Salomé:

Suportei bem todas as realidades repugnantes, mas aceito mal as possibilidades,

não admito facilmente essa existência ameaçada de demissão. Não posso me habituar às misérias e ao *desamparo* da velhice e encaro, com uma espécie de nostalgia, a passagem para o nada (FREUD citado por MUCIDA, 2019, p. 43, grifo nosso).

Assim, salientou Mucida (2019), Freud tinha um desejo decidido. Frente ao real, ele continuou a escrever, fazendo sua própria tecitura.

[...] O destino pessoal de sua velhice foi atravessado por muita dor, mas também pela inegável sustentação de seu desejo. Ele foi, até o fim, um sujeito responsável analiticamente por sua própria história. Apesar do real de um corpo que se deteriorava, da dor, do real da morte, havia algo em Freud que se mantinha inalterado e lhe permitia reinscrever sempre sobre o já inscrito (MUCIDA, 2019, p. 43).

Diferentemente do vigor de Freud em sustentar seu desejo, o que se apresenta aos psicanalistas diante da clínica do idoso, é a dependência cultivada pelos familiares e o idoso engendrado a esse discurso como condição imposta e atrelada à velhice. A dependência é pautada sob o fato de considerar o real que a velhice impõe. À revelia de sua autonomia, temos uma psicanálise que não nega um corpo afetado pelo real, mas que se pauta sobre a ética do desejo e a aposta de que o sujeito não envelhece, como nos aponta Mucida.

### Trauma, desamparo e desejo

No *Projeto para uma psicologia científica*, encontramos a palavra “desamparo” por meio da qual Freud ([1895] 1996) salienta que, já nas primeiras experiências da vida, diante de um corpo desordenado e totalmente dependente, o ser humano experimentaria um sentimento de desamparo no começo da vida, se encontrando sob a ingerência do outro como “cuidador”.

Freud ([1927] 1996, p. 12) em seu texto *O futuro de uma ilusão*, afirma que o desamparo seria uma condição que acompanha o sujeito por toda a sua existência.

Nesse contexto, Passos, Neves e Mezezes (2018, p. 529) comentam:

[...] O desamparo é marcado desde o nascimento, porém, revivido em momentos de privação e separação da mãe e, posteriormente, a perda dos objetos – seio, voz, olhar e fezes, e mais destacadamente, o falo. [...] O estado de desamparo equivaleria a um momento em que, frente a uma necessidade que precisa ser satisfeita, a criança se angustia, analogamente à situação do nascimento em que ela é retirada do ventre materno e “jogada” no mundo sem garantias, ficando exposta a uma situação de perigo. O estado de desamparo estaria ligado a uma possibilidade real de perigo.

Fundado desde o nascimento pela experiência de desamparo, o homem tem que lidar durante toda a sua vida com a dicotomia entre dependência do outro *versus* uma aposta enquanto sujeito, visto que, temendo esse desamparo, ele faria o movimento de estreitamento das relações para não se sentir sozinho, abandonado, devastado. Há um outro que o livraria da situação de desamparo. Uma criança cuidada não é lançada à própria sorte. Pelo outro perpassa a possibilidade de um apaziguamento simbolizante, assim como nos referencia Minerbo (2013).

Ainda na infância, há um desamparo psíquico que se estabelece diante do perigo da perda do amor nos anos infantis. Refere-se à castração e tudo o que nela se conjuga, com a máxima de que aquele que tememos pode ser também aquele que nos protege e nos aponta para o desejo. O desamparo nunca é totalmente superado. Sempre resta uma parte. O temor à castração adquire outras roupagens ao longo

da vida. Portanto, o desamparo é infantil. “[...] o desamparo é reinscrito sob diferentes formas em conformidade com o perigo em questão” (MUCIDA, 2019, p. 41).

Passos, Neves e Menezes (2018) afirmam:

Problematizar a concepção de desamparo é pertinente, pois possibilita pensar em seus desdobramentos nos processos de subjetivação, viabilizando analisar a forma de organização psíquica dos sujeitos e as vicissitudes possíveis para o desamparo.

O sujeito precisaria de um Outro que o sustente psicicamente, favorecendo sua constituição como sujeito. Por outro lado, é também pelo desamparo que o sujeito irá ligar-se na tentativa de apaziguamento do sofrimento (PASSOS; NEVES; MENEZES, 2018).

Passos (2017, p. 529) escreve: “o desamparo é um termo que pressupõe a existência do outro”, visto que implica proteção, auxílio, socorro”. Dessa forma, a autora destaca que estar privado de amparo, ou seja, estar desamparado, implica uma condição de abandono, solidão e esquecimento. Refere-se ainda à ideia de separação contida na palavra

[...] desamparo (des-sem + amparo), fazendo contraponto entre o amparo que sustenta, a mãe, e a separação dela, como fundamental para emergir o sujeito [...] mostrando a importância do desamparo como separador do Outro primordial, lançando o indivíduo humano para a constituição como sujeito (PASSOS; NEVES; MENEZES, 2018, p. 529-530).

Em 1926 temos um Freud esclarecendo a situação de desamparo como situação traumática. Ou seja, ligado à perda de objeto refere-se à perda do amor, mais especificamente, a ser amado pelo Outro. O desamparo sempre está ligado ao Outro, que nos garante a ligação com ele

e a separação, garantindo a possibilidade de desejar.

Passos, Neves e Menezes (2018) apontam que o enfrentamento do desamparo é lidar com o valor atribuído ao objeto para que ele não seja a única proteção frente a toda situação de desamparo. Podemos trazer Freud:

O resultado indesejável de estragar uma criancinha é ampliar a importância do perigo de perder o objeto. [...] estimula o indivíduo a permanecer no estado de infância, cujo período de vida se caracteriza pelo desamparo motor e psíquico (FREUD, [1926] 1996, p. 162).

Sobre o trauma, teríamos em Laplanche e Pontalis (1988, p. 678) que, diante de um excesso do “fluxo de excitações”, o sujeito estaria incapacitado de organizar-se psicicamente via elaboração. Portanto, o trauma caracteriza-se por marcas deixadas pelas experiências de prazer e desprazer que a criança vivenciou.

Na articulação do trauma com o desamparo, em *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud ([1926] 1996) estabelece que o excesso de uma cena traumática “[...] remete o sujeito ao estado de desamparo, considerado por Freud, o protótipo da situação traumática” (ZAVARONI, 2015). O caráter traumático do desamparo aparece na clínica como algo que sempre retorna, pois aprendemos com a psicanálise que esse passado não é morto.

### **Um caso clínico de idoso: desamparo e desejo em pauta, entre a autonomia e a dependência**

Em seu livro *O sujeito não envelhece*, Mucida (2019) nos apresenta contribuições importantes de um fazer possível na clínica psicanalítica a partir do próprio título de sua obra. O meu primeiro pensamento ao ler essas palavras é pensar em Sigmund Freud, que sustentou seu desejo diante de uma construção singular: a continuidade

de suas contribuições acerca da teoria psicanalítica mesmo diante de seu envelhecer e adoecer.

Diante de seus escritos, vemos um Freud presente, até mesmo exposto quando traz em seus textos “análises” de si mesmo, mas corroborando que a psicanálise se situa diante de uma outra ordem: a realidade psíquica que não envelhece. Um “velhinho” interessado e interessante!

A velhice e o adoecimento implicam o real das perdas. O tempo impõe seus efeitos. Entretanto,

[...] o caráter indestrutível do desejo que não tem idade, não tem a idade de nossos vasos sanguíneos ou nossos órgãos. Nessa direção, a velhice implica um saber vestir esse desejo (MUCIDA, 2019, p. 31).

A partir da breve consideração nos parágrafos anteriores, trago um caso clínico, que se refere a atendimentos acontecidos entre março de 2014 e setembro de 2015 aproximadamente, em um hospital oncológico. Trata-se de um paciente com câncer de pênis e posterior amputação, denominado Luiz (nome fictício), 78 anos, encaminhado pela clínica cirúrgica do hospital para o ambulatório devido à tristeza apresentada e choro “fácil”, quando de sua internação.

Ao receber o paciente, penso: “O que farei com um idoso?”, colocando descrédito na escuta que poderia ofertar àquele que ali se apresentava na possibilidade de um advir. Assim como toda a humanidade, eu colocava a velhice no silêncio.

Anteriormente ao primeiro atendimento, uma de suas filhas telefona para a instituição e pede para falar com a psicóloga responsável, perguntando se iria sem o pai à primeira sessão. Diz que é psicóloga e gostaria de conversar comigo sem ele. Digo ao telefone: “Pode falar por aqui”, na tentativa de inaugurar, na data da abordagem, um lugar de atendimento para o pai, apostando recebê-lo sem a

presença de algum familiar na sala. Ao telefone, a filha conta que descobriu o adoecimento do pai pelo mau cheiro em casa e pela lavagem das roupas sujas com sangue. A filha fala sobre sua preocupação com o pai, sua relação com a bebida e o medo de que o pai não permanecesse no tratamento, “porque ele precisa”. Digo: “Se ele quiser, vou recebê-lo”, me reportando a Mucida (2019, p. 15):

[...] A análise não é algo a ser “indicado” à maneira da prescrição do ato médico. Ela é um dispositivo aberto àqueles que sofrem e querem construir um saber sobre o sofrimento [...]

No primeiro atendimento, Luiz se apresenta tímido e cabisbaixo. A filha diz ao paciente: “Vou te esperar aqui, papai”, indicando que a barra colocada pela analista foi de certa forma acolhida. Luiz se apresentava bastante calado durante as sessões, muitas vezes sem produção de nenhum discurso. Na organização dos cuidados, a filha estava sempre presente porque sua irmã mais nova cuidava de sua madrasta, companheira do pai. Esta foi “retirada” da casa dele, por seu adoecimento psíquico, segundo os familiares, e diagnosticada com “transtorno psiquiátrico”. Por vezes, o filho também levava o pai até o hospital.

Passados alguns atendimentos, a filha retorna por telefone dizendo que queria conversar no dia seguinte, data em que estava agendado o atendimento do pai. Ao chegar, ela já diz na sala de espera que o pai tinha bebido e que ela gostaria de entrar com ele. Pergunto a Luiz se ele concordava que a filha pudesse entrar. O paciente balança a cabeça de forma positiva, mas sem palavra.

Início o atendimento. A filha, muito nervosa, relata sobre a recaída do pai com a bebida, sua busca por ele na rua. “Eu já falei pra ele que ele não pode beber assim, eu quero o bem dele. Você tem que falar

pra ele parar de beber! Isso não faz bem pra ele”.

Luiz permanecia calado e com a cabeça baixa diante das queixas da filha e o direcionamento a mim. Ao terminar sua fala persistente, me dirijo ao paciente e digo: “Luiz, olhe para mim. Você quer falar alguma coisa?” Ele balança a cabeça negativamente. Digo: “Então Luiz, meu papo aqui é com você, viu? O tratamento quem faz é você. Então, se você não quer falar disso, tudo bem!”

Assustada, a filha me diz: “Vívian, me desculpe! Como estou sendo invasiva com papai! Ele já é adulto. Não tenho esse direito. Desculpa, papai! *Estou agindo como se fosse sua mãe!*” (grifo meu).

Desse momento em diante, Luiz pôde se dizer e se autorizar na fala. Conta sobre sua vida. A vida com a mãe na favela do Rio de Janeiro até sua morte. Conta que ela suicidou, que “saiu de casa e foi para o trilho do trem”. Lembra do calçado que ficou no trilho. Nunca, ninguém o abordou em relação à morte da mãe. Apenas retiraram Luiz da casa e o levaram para morar com a avó. Conta sobre seu sofrimento em relação à morte da mãe e de ter sido retirado depois da casa da avó, porque ela “já estava velha” e “não daria mais pra tomar conta dele”, construção formulada pelo próprio paciente, pois também não disseram nada a ele. Luiz vai morar com várias famílias desde a morte de sua mãe, entre os 7-8 anos de idade, ocupando o lugar de serviçal. Apresentava choro durante as sessões. E dizia: “Com isso tudo eu consegui ser homem. Criar meus filhos.”

Aqui podemos perceber que, através de um ato analítico, houve a possibilidade de incluir o sujeito.

[...] o que se ouve – a partir dos efeitos do corte – tem novas transcrições ou abre-se a novas traduções. Quer dizer, [...] efeitos de ressonância da cadeia significante (MUCIDA, 2019, p. 54).

Temos também em Lacan (1967-1968, p. 140, 145), no *Seminário 15: O ato psicanalítico*:

[...] o ato consiste em autorizar a tarefa psicanalisante, com o que isso comporta de profissão de fé no sujeito suposto saber. [...] engajando o psicanalisando em sua tarefa, de proferir este ato de fé, quer dizer, nós o salvamos. [...] Mostramos que é necessário aqui redobrar a divisão, ou seja, que a psicanálise não poderia se instaurar sem um ato, sem o ato daquele que autoriza sua possibilidade, sem o ato do psicanalista, e que no interior desse ato da psicanálise inscreve-se a tarefa psicanalisante.

Através do ato, temos pautado na transferência, um analisante como efeito do ato, reconhecendo o analista na composição e de se pôr a trabalho através do enlaçamento entre o passado, o presente e o futuro, para que algo se inscreva de outra forma.

Suporia que também a fala da filha tenha causado em Luiz um efeito de se produzir algo. O que aconteceu no porvir é que Luiz pôde não mais ficar na total dependência da filha, o que é marcado por ela na fala “estou agindo como se fosse sua mãe”, a mãe que ele havia perdido, momento que não foi atravessado pela palavra.

Luiz pôde advir pela palavra, portanto como faltante. Lacan (1967-1968, p. 128). afirma que o psicanalisando é aquele que fala e que experimenta os efeitos da palavra. Luiz, pôde transpor o que reverberava como não autonomia em relação ao seu desejo, das cenas infantis trazidas, de não ser indagado sobre o lugar em que queria ficar numa espécie de reatualização do trauma.

Luiz também fala da separação da esposa. Não consegue compreender o motivo pelo qual “retiraram” companhia de seu convívio, pois não contaram a ele.

A posição subjetiva de Luiz permaneceria a mesma durante a vida, confirmando a temática trazida por Mucida de que o sujeito não envelhece diante de sua realidade psíquica.

Se o desamparo se refere a não ter possibilidade de se virar sozinho, ou dispor de aparato psíquico para lidar com intensidades traumáticas sem poder contar com um outro como suporte àquilo que lhe escapa, no caso de Luiz, a perda incidia de forma “nua e crua”. A cada retirada de casa, Luiz ficava imerso no desamparo, sem condições ofertadas pelos adultos cuida-dores. Sentindo-se não amado, estava perdido. Ainda no envelhecimento, Luiz se encontrava diante de situações remetedoras.

Em *O mal-estar na civilização*, Freud (1930] 1996) aponta que uma das saídas do sofrimento encontradas pelo homem é a substância química. E uma das fontes do sofrimento é o corpo. Com os atendimentos, Luiz não bebia mais. Agora ele falava: “Vim aqui falar com a doutora é bão!” “A doutora é magrinha, mas não sabe do que é capaz”, apontando aspectos da transferência.

Tem saudade de alguns familiares, em especial, uma prima da infância e adolescência, mas não consegue falar com os filhos para onde deseja ser levado. Digo: “Quer que eu te ajude a dizer? Posso fazer isso com você. O que você acha?” Ele diz: “Ainda não, doutora!”

Na clínica do idoso, concomitantemente a um adoecimento, o tempo torna-se curto. Por isso, é papel do analista apressar intervenções que não sejam invasivas, mas que estejam no caminho de escutar a posição desejante e a invenção própria do paciente a partir das histórias contadas. Há que considerar a questão cronológica em que se está inscrito.

[...] Há uma distância entre alguns projetos que se gostaria de realizar e a possibilidade de realização e que se situam

diferentemente para os de 20 anos e para os de 90 anos. Mesmo que os jovens não os realizem, há uma inscrição temporal diferenciada nos dois casos (MUCIDA, 2019, p. 30).

Após algumas sessões, Luiz pede que eu chame o filho, que o havia levado naquele dia, e que conversássemos todos juntos para que a viagem fosse realizada. Luiz faz a viagem que tanto queria. Conta feliz como foi e fala sobre sua emoção. Luiz nunca falou da amputação do pênis, nunca falou sobre o vício da bebida.

Se o sujeito encontra satisfação só/ somente no corpo, qual seria agora o destino da pulsão diante de um corpo pulsional, marcado por um corpo frágil? “Me sinto bambo. Sabe como é? Não sei se é “veiera”. As pernas bambas, eu só conto aqui”. Respondo: “Talvez seria importante que você dissesse ao médico para que ele possa ajudá-lo”.

Visto que a dificuldade de andar ou sentar vinha se intensificando de tal maneira que Luiz já vinha apresentando prejuízo na mobilidade, e no caso de uma pessoa exposta a um adoecimento como o câncer, podia ser indicativo de metástase. Luiz não falava com o médico, nem com os familiares, mesmo com a dor constante e intensa. Fingia para os demais que tudo estava bem, mas não para a analista.

Diante da possibilidade de agravamento de seu adoecimento por metástase, há abordagens médicas a realizar para diminuição da dor e desconforto dos quais Luiz já vinha se queixando há muito. Não me atentei ao que ele dizia ali: que a “cura” poderia ser pior que a doença. Ele resolve dizer ao médico, mas não conta como foi esse (des)encontro. Só diz na sessão seguinte à consulta: “Aquele doutor não podia ter feito aquilo comigo. Ele foi uma porta.”

Luiz falece de infarto agudo do miocárdio dias após a consulta com o profissional. Os filhos pedem um atendimento

comigo. A filha diz que após esse encontro com o médico, o pai ficou entristecido. Conta sobre a cena que viu ao entrar no consultório. Verbaliza que o pai repetia as mesmas palavras ditas na sessão sobre o que o médico fez, mas não dizia o que era.

### Considerações finais

Não foram nomeadas para Luiz, enquanto criança, as mudanças de residência e casas de família nem o distanciamento em relação às pessoas de quem ele gostava. Assim como era retirado das casas em que vivia, a esposa foi retirada de seu convívio. Supõe que ela sofria dos nervos, construção do próprio paciente. Possivelmente, algo que era capturado por ele na dinâmica familiar, sem poder inquirir, assim como aquela criança sempre levada e nunca escutada. Separado da mãe, separado da avó, separado da esposa. Sem mãe, sem a avó, sem esposa, sem bebida, sem pênis, sem palavra.

Dessa forma, na velhice, o infantil continuará também a impor seus efeitos sob a pena do desamparo, do perigo da perda do amor, da angústia relativa ao desejo do Outro e ao próprio desejo. [...] A velhice pode ser, inclusive, o momento no qual o sujeito vive seu desamparo de maneira mais aguçada (MUCIDA, 2019, p. 41).

Nas relações de Luiz, era reatualizado algo do trauma, de uma não nomeação em relação ao seu mal-estar, sendo “levado”. Levado para casas, levado ao hospital, levado para a análise. Apesar de a velhice e o seu adoecimento gerarem um prejuízo na locomoção, na história de Luiz já existia um prejuízo em se locomover a partir de seu desejo, já que ele se encontrava sob a decisão dos adultos daquela época. Da mesma forma, Luiz, em diversas sessões dizia “Estou com as pernas bambas! Veieira, né?!”

Há no envelhecimento a nomeação do mal-estar no corpo, atribuindo a ela

a totalidade identificatória, mas de algo que diz respeito à verdade do sujeito. As pernas de Luiz eram bambas em sua história pregressa.

[...] o trauma psíquico coloca em destaque o desamparo com o qual todo sujeito está às voltas. O desamparo que o sujeito vivencia diante de situações potencialmente traumáticas, não é algo novo que se instala no momento em que tais situações se apresentam. É um estado que ressurgem no psiquismo e que reconduz o sujeito a uma vivência primordial, já esquecida, embora não completamente sobrepujada (ZAVARONI, 2015).

Ao ofertar a escuta psicanalítica, a analista reconheceu a dependência de Luiz enquanto idoso e acometido pelo câncer, sobretudo apostou na necessidade dele de se apresentar com “pega” ao próprio desejo, na aposta de uma elaboração diante de suas experiências e o encontro com seu desejo que não resiste ao tempo, mas o tempo pode escapar dele.

É importante lembrar que estamos diante da clínica dicotômica entre dependência *versus* autonomia. Valeria dizer que, diante desse real, há uma dependência que não se encontra de todo um desvencilhamento devido ao corpo enfraquecido, mas a autonomia do desejo há de ser levada em conta. Luiz foi atravessado pela palavra e, pela primeira vez, se indignou com a forma como foi tratado. Pôde achar ruim.

Quanto aos filhos, em relação ao atendimento solicitado por eles após a morte de Luiz, diziam sobre um pai diferente: “falante”, “uma pessoa que passou a comunicar seus desejos”. Falam sobre a descrença inicial em relação ao atendimento psicológico, porque afinal de contas “ele era velho”, mas perceberam que, “mesmo sendo velho, deu certo”.

Diante deste caso, podemos corroborar o que disseram os autores aqui citados:

que a velhice não modifica o psiquismo e o desejo é indestrutível. Foi possível um tratamento ao avesso das práticas assistencial e protecionista.

[...] Na análise só existe um sujeito, o sujeito do inconsciente, e este não envelhece. Tratando-se da realidade psíquica, não existe diferença entre um fato passado e um atual. [...] o que importa da indicação de análise é a forma como o sujeito se coloca frente à falta do Outro e sua relação com o desejo [...] MUCIDA, 2019, p. 18).

Durante o tempo de atendimento, a analista sustentou a aposta em um sujeito que pudesse se dizer, mas com um manejo que fosse possível diante de sua posição subjetiva. A articulação entre a dependência que o corpo apresentava e o “vestir do desejo” que todo ser falante necessita para viver. A posição desejante na velhice é rotineiramente tolhida e, assim, perde-se a autonomia e fica-se na dependência. Foi possível a Luiz viver uma vida viva.

[...] O insuportável é a vida sob sentença; se o objetivo da vida é a morte, outra coisa é a morte em vida (MUCIDA, 2019, p. 135). ◻

## HELPLESSNESS AND DESIRE. THE ELDERLY CLINIC: BETWEEN AUTONOMY AND DEPENDENCY

### Abstract

*The present work proposes, through the construction and analysis of a clinical case, to situate the clinic of the elderly in the process of illness as possible in psychoanalysis. The construction of the case of a patient treated in an outpatient clinic of a public hospital, a reference in oncology, is presented. Under the evolution of the theoretical framework of psychoanalysis, with the inclusion of care for the elderly through a possible clinic, one goes through the implications of aging and illness in the body. It is considered that the unconscious has no age, but bodies do and, even if organically reached, it continues to be an instinctual body and, therefore, affected by experiences of satisfaction and dissatisfaction, through which illness passes*

**Keywords:** *Psychoanalysis, Elderly, Helplessness, Desire.*

## Referências

- FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: \_\_\_\_\_. *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*. Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 231-270. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23).
- FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: \_\_\_\_\_. *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)*. Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 91-170. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).
- FREUD, S. O futuro de uma ilusão (1927). In: \_\_\_\_\_. *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)*. Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-63. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21).
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: \_\_\_\_\_. *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)*. Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 73-148. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 21).
- FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica (1950 [1895]). In: \_\_\_\_\_. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*. Direção geral da tradução: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 347-454. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).
- LACAN, J. O seminário, livro 15: O ato psicanalítico (1967-1968). Disponível em: <http://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/15-LACAN-Jacques.-O-semin%C3%A1rio-livro-15.-O-ato-psicanal%C3%ADtico-1967-68.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.
- LACAN, J. O seminário, livro 20: Mais, ainda (1972-1973). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução: M. D. Magno. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Campo Freudiano no Brasil).
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. Tradução: Pedro Tamen. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MINERBO, M. Ser e sofrer, hoje. *Ide*, São Paulo, v. 35, n. 55, p. 31-42, jan. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31062013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062013000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 set. 2022.
- MUCIDA, A. *O sujeito não envelhece*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- PASSOS, C. F.; NEVES, A. S.; MENEZES, L. S. Prolegômenos do desamparo na psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 21(3), 525-544, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi/10.1590/1415-4714.2018v21n3p525.7>. Acesso em: 18 out. 2022.
- SALOMÃO, J. (Dir.). *Freud - Lou Andreas-Salomé. Correspondência completa*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Col. Psicologia psicanalítica).
- ZAVARONI, D. M. L. V.; CAMARGO T. Trauma e infância: considerações sobre a vivência de situações potencialmente traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2015, v. 31, n. 3. p. 331-338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>. Acesso em: 19 set. 2022.

Recebido em: 03/10/2022

Aprovado em: 14/10/2022

### Sobre a autora

**Vívian Ulisses Barbosa Godinho**

Psicóloga.

Psicanalista.

Trabalhadora do SUS.

Professora na Faculdade Pitágoras.

Mestre em administração - temática política pública social (2011).

Pós-graduada em psicanálise e saúde mental (2007).

Graduada em psicologia (2005).

**E-mail:** [vivianggodinho@gmail.com](mailto:vivianggodinho@gmail.com)