



# MANAGEMENT NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO DE UMA PACIENTE PSICÓTICA IDOSA

Publicado em Atravessar Revista de Acompanhamento Terapêutico no 2, primeiro semestre de 2013.

HAILTON YAGIU<sup>2</sup>

## Resumo

Neste artigo o autor apresenta as projeções que apontam o vertiginoso crescimento da população dos idosos, mostra que a velhice é uma construção sócio cultural e expõe os aspectos biopsicossociais e os estereótipos que acompanham esta etapa da vida, relata por meio de uma vineta clínica as consequências do envelhecimento em uma paciente portadora de distúrbio psicótico e, com base nas contribuições de alguns autores do Grupo Independente da Sociedade Britânica de Psicanálise em especial as de Donald Winnicott descreve o management realizado no acompanhamento terapêutico esclarecendo as singularidades desta faixa etária no transcorrer do relato, aponta para a necessidade do acompanhante terapêutico estar ciente dos problemas específicos, das necessidades pessoais e sociais que molestam esta população e, atento às diversidades para poder estabelecer planos de ação ou encontrar soluções sem o risco de cair no fetichismo que sustenta que os determinantes de natureza psicológica são os mais importantes.

## Palavras chave

Acompanhamento Terapêutico – Psicanálise – Psicose - Envelhecimento

## Introdução

*"Quando as mudanças históricas se aceleram e a sociedade extrai sua energia da divisão de classes, criando uma série de rupturas nas relações entre os homens e na relação dos homens com a natureza, todo sentimento de continuidade é arrancado de nosso trabalho.*

*Destruirão amanhã o que construímos hoje."*<sup>[3]</sup>

*(file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn2) (Bosi)*

*"Comecei, deliberadamente definindo Winnicott em sua presença física, porque não se pode começar a entender o seu talento como clínico, se não tivermos consciência de que nele, psique e soma viviam em permanente diálogo e debate e que suas teorias são abstrações do constante acontecimento que era Winnicott, o vivente e o clínico."*<sup>[4]</sup>

*(file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn3) (Khan)*

A clínica do acompanhamento terapêutico tem ganhado espaço por ter mostrado sua eficácia em diferentes setores da saúde mental. Originariamente utilizada com pacientes psicóticos nos anos setenta, hoje está presente em outras áreas como por exemplo; na clínica da adicção, dos pacientes amputados e terminais, na pediatria, nas fobias e na inclusão escolar entre outras. Com o aumento do número de idosos no país e da consequente demanda de atendimento em saúde mental para esta população, hoje o acompanhamento terapêutico também abrange esta faixa etária.

O envelhecimento é a fase da vida onde o foco da atenção e dos cuidados são muito específicos devido à vulnerabilidade em que se encontram os idosos, desde a condição biológica até a social onde frequentemente se encontram em uma situação de improdutividade e dependência. Por isto o aspecto da psico-educação em relação ao autocuidado dos idosos e a capacitação dos cuidadores é bastante importante, pois o que podemos denominar de envelhecimento saudável inclui o bom funcionamento do corpo e da mente como consequência do cultivo de hábitos saudáveis de alimentação, sono e atividade física, bem como evitar o consumo excessivo de álcool e fumo.

Segundo Moragas<sup>[5]</sup> (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn4) sociólogo e pesquisador da gerontologia social, a idade é apenas uma variável a mais que condiciona a situação de uma pessoa e proporciona informações sobre ela, devendo ser tratada por meio de uma concepção ampla e integradora que supere os prejuízos sociais e, de uma forma objetiva como qualquer outra variável como sexo, raça e família de origem entre outras.

Mostrar o envelhecimento humano sob uma perspectiva ampla significa refletir sobre os aspectos biológicos, psicológicos, e sociais envolvidos. É necessário reconhecer que os fatores genéticos determinam os processos naturais de declínio funcional do corpo humano, mas é importante destacar que o processo de envelhecimento está particularmente afetado pelos múltiplos fatores externos que podem atuar acelerando ou antecipando este processo. Esta combinação de fatores se repete em cada um de nós não de forma mecânica nem absoluta, mas de forma dinâmica e ativa, de sorte que a relação entre as variáveis é muito particular e única.

Ainda que a maior parte das pessoas que ultrapassam os sessenta anos de idade estejam relativamente bem e levem uma vida ativa, um número considerável delas experimentam problemas de índole social, cultural, emocional ou econômica que exigem uma intervenção profissional que deverá ser diferenciada para idosos saudáveis ou para idosos fragilizados e dependentes. Por outro lado não se pode deixar de lado a divisão do trabalho, as assimetrias que orientam as relações entre os gêneros, a verticalidade das relações interétnicas, ou seja, os idosos não podem ser reduzidos a uma unidade, visto que não são homogêneos. Não existe portanto uma abordagem que possa ser aplicada uniformemente a esta população, uma vez que possuem uma variedade de necessidades e problemas sociais.

A saúde, a doença e os métodos de tratamento na velhice não podem ser entendidos senão em referência a uma cultura, o desenvolvimento científico faz surgir novas tecnologias para a saúde, as transformações que surgem aos nossos olhos como aumento da expectativa de vida, são também resultado da história e não somente da biologia.

E para quem pretende aventurar-se neste crescente campo de trabalho da saúde mental o psicanalista e médico especialista em psiquiatria e geriatria Leopoldo Salvezza[6]. ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn5](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn5)), recomenda uma análise pessoal e uma formação especializada, em sua opinião os profissionais que desejam lidar com estes pacientes devem estar dispostos a enriquecer seu conhecimento sobre a última etapa da vida bem como suas próprias crenças e atitudes acerca da velhice para evitar que ideias estereotipadas os conduzam a uma prática pouco ética[7]. ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn6](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn6)).

### Envelhecimento populacional

O processo de envelhecimento no Brasil tem sido mais acelerado do que em outros países, resultado da rápida mudança tanto da taxa de natalidade quanto da expectativa de vida. No Censo realizado em 2000, o número de idosos era de 3,6 milhões, segundo o último Censo realizado em 2010 o Brasil tem 14 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 7,4% da população, sendo que as regiões Sudeste e Sul são as mais envelhecidas do país, ambas as regiões tinham em 2010, 8,1% de idosos com 65 anos ou mais. A expectativa de vida média do povo brasileiro cresceu mais de 100% no século XX, em 1900 era de cerca de 30 anos, em 2000 foi para 69 anos e para cerca de 73 anos em 2010, devendo chegar entre 75 e 76 anos em 2020. De acordo com os critérios das ONU, uma população é considerada envelhecida quando mais de 5% de seus membros tem idade acima dos 65 anos, ou se mais de 10% da população tem mais de 60 anos.

É importante destacar que o crescimento do número de idosos acarretará o aumento da incidência de doenças crônicas e da demanda por serviços de saúde, as estimativas indicam que a quantidade de idosos no Brasil poderá transpor os 30 milhões de pessoas nos próximos vinte anos, chegando a representar quase 13% do total de habitantes. O envelhecimento da população brasileira é resultado do aumento da expectativa de vida em razão dos progressos no campo da saúde e da redução da taxa de natalidade, em conjunto com as mudanças nas estruturas e nos papéis familiares e padrões de trabalho[8]. ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn7](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn7)).

Atualmente estima-se que a cada mês cerca de um milhão de pessoas ultrapassa a barreira dos 60 anos no mundo e que até 2025 a quantidade de idosos cresça 2,4% ao ano. Segundo estas previsões o Brasil será em 2025, em termos absolutos, o sexto país do planeta em número de idosos. Na América Latina espera-se que a expectativa de vida em 2025 se eleve para 72 anos e que no período entre 1980 e 2025 o aumento da população acima de 60 anos seja de 412%.

Hoje existem no mundo mais de 416 milhões de idosos, a projeção para 2025 é que 13% dos habitantes do planeta estejam acima dos 60 anos, deste total 72% estarão vivendo nos países em desenvolvimento. Os desafios que essas mudanças impõem são inúmeros, desde os planos de assistência e cuidados até o planejamento urbano e a adaptação dos meios de transporte para atender a uma população que envelhece rapidamente. Segundo as estimativas estamos, portanto, frente a um crescente campo de trabalho. Os dados estão lançados!

### A construção social da velhice

O processo de ordenamento social que aconteceu durante a época moderna nas sociedades ocidentais e que fez surgir os costumes, normas morais, éticas, religiosas, de etiqueta e as jurídicas, também causou o surgimento das chamadas categorias sociais baseadas na idade, as sociedades pré-industriais não tinham a necessidade de uma clara divisão de faixas etárias.

Apesar das primeiras análises sobre o envelhecimento por cientistas como Bacon e Descartes serem datadas do século XVI a complexidade das relações entre faixa etária e suas respectivas funções, costumes e espaços de circulação surge progressivamente a partir do século XIX, assim a distinção da velhice como uma etapa da vida é consequência de um desenvolvimento histórico que trouxe como efeitos; a tendência do isolamento dos idosos no interior das famílias e uma visão negativa por parte da sociedade.

Com o envelhecimento da primeira geração de operários e a incapacidade de trabalhar ou garantir sustento próprio de outras pessoas, começa a se debater na França em 1850 a criação de uma Caixa Nacional, e a partir do século XVIII são criados os primeiros sistemas de aposentadoria para militares e funcionários civis, a partir daí a velhice passa a ser ligada às formas de invalidez que abatem a classe operária e com o tempo começa a identificar todos que, ao final de suas vidas, não estão mais capacitados para o trabalho. Estava criado o enlace velhice-invalidez.

Em seu desenvolvimento as sociedades industrializadas intensificaram a competitividade e a produtividade, elementos que se situam na base mesma de seu funcionamento, o que fez com que a função social fosse avaliada com base na idade cronológica que passou a ser a principal referência, deixando de lado os méritos adquiridos e as capacidades específicas da pessoa.

A decorrência disto é que o lugar do idoso não é mais consequência de seu envelhecimento psicológico ou físico – que em alguns casos acontece bem mais tarde que a entrada da pessoa nesta classificação – mas pela sua posição diante do mercado de trabalho e as relações que este impõe, a aposentadoria muitas vezes não corresponde a incapacidade para o trabalho, mas à resposta do sistema ao excesso de mão de obra.

Desta forma os idosos passam a ser vítimas do mecanismo de exclusão que resulta na sua marginalização e faz com que eles sejam substituídos por pessoas mais jovens ou lhes é negado o acesso a atividades e funções básicas na vida social. Atualmente entre a população de marginalizados o maior contingente é formado pelos idosos, em especial por aqueles que ao deixar de serem produtivos não puderam ser empregados nos afazeres domésticos.

Longe de ser automático o processo de marginalização demanda uma racionalidade que sempre encontra motivos para justificar o isolamento social. São os estereótipos que dão suporte lógico à exclusão e, pela maneira pela qual a explicam e a mostram como sendo inevitável, portanto conveniente, só estimulam as práticas discriminatórias, o idoso é tratado como o "problema" da sociedade.

As categorias criadas pela sociedade para dividir seus membros com clareza como por exemplo; adolescente, adulto, idoso, velho ou pessoa da terceira idade, não são ingênuas, elas são determinadas umas em relação às outras, das quais se afastam e são afastadas por toda espécie de diferenças socioculturais sejam elas evidentes ou invisíveis[9]. ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn8](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn8)). Ser idoso não é uma classificação biológica nem natural, ela é o produto da construção social que possui aspectos práticos, legais e imaginários, pois uma pessoa catalogada como idosa não o é física, mental, afetiva e nem sexualmente falando. Nossa sociedade é a única que separa pessoas inteiramente capacitadas para a vida social, familiar, laboral e afetiva ao rotulá-las velhas.

A juventude bem como a velhice são classificações criadas, compartilhadas e utilizadas para definir um determinado conceito abstrato e que passam a servir como teorias implícitas a respeito dele transformando-se em estereótipos. Na maior parte das vezes estes são negativos e se difundem por meio do processo de socialização que transcorre em um ambiente sociocultural e após um tempo passam a ter o poder de determinar a conduta tanto individual como social, inclusive podendo se converter em profecias que tendem ao auto cumprimento. Sua forma de atuação pode ser explícita, por meio de opiniões ou juízos, mas também implícita, as pessoas não tem consciência de que algumas de suas formas de julgamento sobre a velhice são demasiado negativas e que influem e determinam comportamentos discriminatórios que as vezes causam desigualdades sociais, fato este que fez com que a ONU e a OMS tivessem que lançar cartilhas de recomendações que tratam de fomentar decisões governamentais que combatam os estereótipos ou falsas crenças em torno da velhice.

A maior parte dos idosos possuem estereótipos negativos sobre o envelhecimento que influem prejudicialmente em suas memórias provocando estresse e as piores formas para combatê-lo e inclusive são preditores de menor sobrevivência, estudos longitudinais revelaram que pessoas que ostentavam estereótipos mais positivos viveram sete anos a mais que aquelas que tinham imagens negativas acerca da velhice[10] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn9](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn9)). Do ponto de vista da psicanálise o que está velado na utilização de uma qualificação negativa, quando não pejorativa, ao referir-se à velhice é a subtração do lugar, do projeto futuro e do reconhecimento simbólico do idoso, procedimento que Birman[11] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn10](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn10)) chamou de "lógica perversa", pois afasta toda possibilidade da existência de um dever.

Mais grave é o fato de que alguns idosos não possuem informações suficientes sobre seu próprio processo de envelhecimento e frequentemente compartilham a visão de declínio que ainda prevalece na sociedade e com isso acabam aceitando sua condição de descuido.

Ao basear-se nestas constatações todo posicionamento relacionado às problemáticas da velhice deveria ter como fundamento que a noção de "idoso" não é natural, mas sociocultural, e que sua identidade não corresponde a um elemento concreto senão a uma imagem e a uma nomenclatura variável conforme o contexto cultural, que se aplica quando se atinge um determinado tempo de vida ou um estado físico, sendo, portanto, muito mais uma categorização que uma qualidade. É cada sociedade e não a natureza que decide quem é um jovem ou um idoso e gera expectativas bem diferenciadas para um e para outro.

### Aspectos biopsicossociais do envelhecimento

O conceito de envelhecimento tem inúmeras definições, no entanto há um consenso entre os autores de que se trata de um processo característico a todos os seres vivos, que é dinâmico e envolve múltiplos elementos, portanto poderíamos dizer que de modo geral trata-se de uma evolução gradual e ininterrupta que leva à degeneração, esgotamento e fim dos organismos, e que apesar de universal não é idêntico para todos os viventes.

O envelhecimento tem início no momento em que o ser vivo é gerado e para o seu destino é fundamental a história de vida do idoso, pois no decorrer dela é que vão ser criados os mecanismos que poderão proporcionar um envelhecer menos acentuado, o plano psicológico também é um elemento essencial devendo ser incluído como mais um de seus determinantes. As descrições oferecidas pelos aspectos biopsicossociais nos permitem conhecer melhor o que acontece com a pessoa que entra nesta etapa da vida; quais as perdas, mudanças, no que afetam, que consequências trazem e onde há que se adaptar, com estas informações podemos saber quais conflitos estão presentes, observar como a pessoa lida com eles e até compreender algumas atitudes e reações, sendo, portanto, úteis a todo profissional que trabalha com esta população.

A dimensão biológica descreve as mudanças fisiológicas pelas quais passa o idoso. O envelhecimento não é um processo que afeta da mesma maneira aos órgãos do corpo, também não há uma analogia direta entre a idade biológica e a cronológica, pois podemos encontrar idosos com um considerável desgaste físico e no entanto apresentam produtividade e lucidez admiráveis. As mudanças mais importantes são as alterações músculo-esqueléticas; diminuição da memória e do tônus postural; substituição do tecido magro pelo tecido gorduroso; deficiência nos sistemas cardiovascular (circulação e varizes), respiratório (enrijecimento da caixa torácica); perceptivo (diminuição da acuidade visual e auditiva, disfunção vestibular e proprioceptiva); gastrointestinal (redução da capacidade de absorção dos intestinos e do tamanho do fígado); excretor (redução da capacidade da bexiga e tamanho dos rins, incontinência) e endócrino (redução da produção hormonal).

Para os pacientes psiquiátricos as três últimas mudanças são as mais importantes, pois as medicações psiquiátricas são metabolizadas no fígado e excretadas pelos rins, o sistema endócrino é responsável pelo equilíbrio químico do organismo tendo influência sobre o estado emocional e o comprometimento do sistema visual e auditivo é um forte elemento que contribui para fazerem surgir as ideias paranoides.

Quanto à sexualidade dos idosos os autores estão de acordo de que ela é reprimida e repleta de preconceitos, a sociedade com seus preceitos moralistas ainda diz que ela não é possível nem necessária nos idosos, entretanto todos sabemos que se trata de um atributo que acompanha o ser humano por toda sua existência, para a psicanálise sexual não é sinônimo de genital, sendo um conceito amplo que diz respeito à obtenção de prazer de qualquer área do corpo capaz de converter-se em uma zona erógena. A sexualidade não segue um traçado biológico, a genitalidade é quem sofre perdas, porém isto não torna o ser humano um ser assexuado ou regredido à uma prática infantil.

No que diz respeito aos pacientes com distúrbios esquizofreniformes Verhulst y Schneidman[12] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn11](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn11)), indicam que algumas características do seu estado global e a sintomatologia acabam prejudicando a criação e desenvolvimento do exercício da sexualidade, tais como: o isolamento consequente das dificuldades de estabelecer relações interpessoais, a falta de habilidades sociais, a diminuição da libido decorrente das intervenções farmacológicas, as alterações dos afetos e da volição, o surgimento do embotamento afetivo e apatia, e as internações e a institucionalização que também contribuem para agravar o quadro.

Em relação à dimensão psicológica do envelhecimento permanecem quase intactas as habilidades numéricas, a imaginação e a capacidade de julgamento[13] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn12](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn12)), porém há perdas nas habilidades verbais, na memória e na atenção que fazem com que se acentuem os problemas da saúde, em razão destas perdas os profissionais que lidam com o idoso de forma geral deveriam ter a preocupação de atendê-los com paciência e atenção.

A autoestima e a autoimagem são afetadas pela degeneração progressiva do sistema sensorial que leva o idoso a isolar-se, causando um grande impacto sobre seu psiquismo. Neste sentido o papel da família é fundamental; se as relações forem baseadas no afeto e no respeito mútuos o idoso sentir-se-á mais aceito dentro de suas limitações e possibilidades elevando sua estima, caso contrário é comum surgirem sentimentos de solidão, desamparo e tendências depressivas, a autoestima é um fator fundamental para uma vida saudável e feliz na velhice[14] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn13](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn13)). Segundo Vaillant[15] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn14](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn14)), as pessoas com melhor estima tem melhor adaptação social e acabam se utilizando mais frequentemente de defesas mais maduras como o humor, enquanto os de pior adaptação social lançam mão de defesas mais primárias como a projeção.

Para a psicanálise o eu [16] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn15](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn15)) é a instância do aparelho psíquico responsável pelo equilíbrio dos imperativos provenientes do isso, as exigências do supereu, das demandas da realidade e por acionar uma série de mecanismos de defesa para suprimir a angústia. Devido às alterações dos fatores biológicos, podemos deduzir que o envelhecimento representa uma ameaça para a integridade e bom funcionamento do eu que passa a dispor de menores recursos energéticos para fazer frente às mudanças, problemas e conflitos que se apresentam desde o mundo interno e externo, acrescentando-se a isto a viscosidade pulsional da velhice apontada por Freud para explicar a diminuição da capacidade da libido de se fixar a um objeto ou a uma fase, e o aumento da dificuldade de mudar o investimento uma vez que esta tenha se produzido[17] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn16](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn16)).

A dimensão social do envelhecimento é dividida em três âmbitos onde as mudanças são mais drásticas: família, trabalho e relações interpessoais. Descreveremos de forma geral como eles transformam aos idosos e aos pacientes psiquiátricos.

A família primária é modificada pela saída de casa dos filhos, da autonomia dos mais jovens, que deixa um sentimento de perda nos idosos, o papel de avós na família tem sofrido muitas mudanças necessitando ser resignificado, pois a figura do avô atual é a de uma pessoa com vida própria, interesses e desejos tão variados como em qualquer outra etapa vital. A viuvez e a morte de irmãos costumam ser fatores de profundas mudanças na estrutura familiar, as quais podem somar-se outras como a mudanças de domicílio.

No caso dos pacientes psiquiátricos as famílias tem ainda que arcar com os efeitos da doença que são de longe os que causam mais danos que qualquer outra enfermidade, todos seus integrantes acabam sofrendo pelo diagnóstico e pelo prognóstico, além de enfrentarem o preconceito de que elas não tem cura, os casos crônicos acabam fazendo com que geralmente o grupo modifique sua dinâmica para adaptar-se ao paciente[18] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn17](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn17)). Por influir diretamente na vida deste, a o grupo familiar é compreendido pelo acompanhante terapêutico como sendo parte dos cuidados e fazer aliança com ela pode ser muito proveitoso para o tratamento. A presença do acompanhante terapêutico observando a dinâmica familiar em seu cotidiano irá mostrar seus problemas específicos, além de ser uma oportunidade de acolhimento e orientação, a residência e a família revelam os aspectos sociais da doença mental e não devem ser deixados em segundo plano.

O trabalho é o âmbito onde os idosos são os mais atingidos pela organização moderna, o desenvolvimento tecnológico progressivo, o preenchimento dos postos de trabalho pelos mais jovens, e a escassez de oportunidades tornam a aposentadoria prematura, conduzindo os idosos a um "não lugar" por privá-los da execução das atividades que exigem responsabilidade, acarretando a perda de status e prestígio social. A aposentadoria envolve a diminuição dos recursos financeiros e dos relacionamentos sociais, mudanças na organização do tempo e um deslocamento das obrigações do mundo do trabalho para o ócio.

Com a evolução da doença a maior parte dos pacientes psiquiátricos tendem a se isolar, distanciar dos amigos e colegas, apresentar sentimentos de estranheza frente ao mundo causados pela alteração da percepção, fatores estes que diminuem a capacidade de funcionamento na vida diária e que dificultam a inserção ou a permanência na área laboral.

No que diz respeito às relações interpessoais, a estrutura social do idoso é reorganizada pela sua aposentadoria, acontecem as incorporações de novas relações familiares (genros e noras com suas famílias), integração a novos grupos sócio recreativos, mas também as perdas como; morte de amigos ou do cônjuge, que exigem um profundo processo de adaptação. Hoje as pesquisas da psicologia social demonstram que a conservação dos vínculos sociais favorecem o envelhecimento saudável.

Em seu decurso os distúrbios psicóticos causam um crescente agravamento no funcionamento social e afetivo do paciente e alguns comportamentos chegam a ser deixados de lado pela falta de uso, as medicações ainda tem pouco efeito sobre os sintomas que caracterizam a cronificação e que afetam as funções básicas como a vontade, a afetividade, a observação da medicação e o funcionamento psicossocial[19] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn18](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn18)).

Diante dos distúrbios psicóticos os três âmbitos da dimensão social do envelhecimento; família, trabalho e relações interpessoais sofrem severo prejuízo, daí a importância do acompanhante terapêutico incluir a reabilitação psicossocial em seu projeto terapêutico, pois ela é necessária para ajudar os pacientes a enfrentarem as limitações que sua enfermidade impõe e conseguir um melhor funcionamento autônomo, melhorando a qualidade de vida[20] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn19](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn19)). Igualmente necessária é a psico-educação familiar alertando e orientando para a atitude de compreensão, estímulo e apoio acolhedor. Atualmente existem várias pesquisas que indicam que a combinação medicamento e intervenções psicossociais quando utilizadas simultaneamente produzem melhores resultados que se utilizadas separadamente[21] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn20](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn20)).

### As idades do envelhecimento

A idade é um conceito que está intimamente ligado ao tempo cronológico, um fator externo ao ser humano que o permeia de forma inevitável e o torna um ser histórico. O entrelaçamento dos tempos cronológico, histórico e vital compõe a trama da existência de cada pessoa e toda sociedade tem sua divisão do que são as faixas etárias e um conjunto de expectativas em relação ao que é esperado para cada uma delas.

A idade cronológica se estende do nascimento até a idade atual e nem sempre tem relação direta com a condição global do organismo, de acordo com uma convenção internacional a velhice começa aos 65 anos e abrange várias décadas sendo decomposta em etapas que se diferenciam entre si no aspecto biopsicossocial; dos 65 aos 75 anos são chamados idosos jovens, dos 75 aos 85 anos idosos intermediários e acima dos 85 anos idosos velhos.

A idade biológica indica as transformações fisiológicas progressivas e irreversíveis e não acometem da mesma forma os idosos de um mesmo grupo social. O fator biológico apesar de ser o mais visível não determina a noção de envelhecimento, pois pode ter maior ou menor influência sobre a pessoa conforme a sua personalidade.

A idade psicológica assinala as alterações cognitivas, afetivas e da personalidade no decorrer do envelhecimento, o crescimento psicológico não sofre interrupção durante este processo, a capacidade de aprendizado, o rendimento intelectual, a criatividade, o acervo linguístico e a eficiência comunicativa seguem ativas.

A idade social aponta a adaptação do idoso aos modelos e normas da sociedade, incluindo a capacidade de colaborar nos grupos em que faz parte, na comunidade, ou nas atividades laborais. A idade social muda de acordo com as normas de cada grupo social.

A idade funcional mostra a capacidade de integração às atividades rotineiras nos espaços de trabalho, lazer ou afazeres domésticos do grupo social, os idosos podem ampliar a área de atuação sobretudo no espaço onde executam as funções cotidianas básicas ou mesmo exercendo atividades externas.

Assim, a compreensão do idoso não deve restringir-se somente ao âmbito cronológico[22] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn21](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn21)), ainda que este seja privilegiado quando se discute o envelhecimento, pois o homem não é redutível a uma única dimensão das quais participa, para termos uma visão menos parcial do processo é necessário que consideremos também os segmentos biológico, psicológico, social e funcional.

A forma com que cada idoso se coloca diante das diversas dimensões temporais irá imprimir uma diferente direção ao seu modo de envelhecer e, devido à doença ser um fator quase sempre presente nesta fase da vida a qualidade da idade funcional acaba ganhando relevância. Em termos práticos a utilidade da distinção das idades e dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento fica evidente quando em uma anamnese são pesquisados, comparados e integrados os detalhes e vivências referentes à cada um destes itens.

### Um pouco de psicanálise

Apesar do crescimento da população dos idosos, ainda são escassos os psicanalistas que discorreram sobre o tema, partiremos da referência freudiana da não recomendação da psicanálise aos adultos de idade avançada e em seguida citaremos os autores contemporâneos[23] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn22](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn22));

Entre os mais antigos Karl Abraham foi o primeiro psicanalista a discordar da tese de Freud e publicou em 1919 um artigo sobre a aplicabilidade do tratamento analítico em idosos[24] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn23](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn23)), Hanna Segal seguindo a abertura proporcionada por Abraham, relata em 1982 a análise de um paciente de setenta e três anos que teve uma melhora expressiva no seu quadro psicótico, a autora assumiu que a experiência com este paciente fez ela modificar sua perspectiva a respeito da análise de pacientes de idade avançada[25] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn24](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn24)).

Entre os latino americanos podemos mencionar os estudos de Leopoldo Salvarezza[26] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn25](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn25)), Edgardo Rolla[27] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn26](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn26)), Edgardo Korovskiy[28] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn27](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn27)), Eduardo Adduci[29] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn28](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn28)), Enrique Rozitchner[30] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn29](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn29)), e Abel Ferman Fernandez[31] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn30](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn30)), no continente europeu os trabalhos de Henri Bianchi[32] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn31](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn31)), e Danielle Quinodoz[33] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn32](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn32)), e entre os brasileiros temos as publicações de Delia Goldfarb[34] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn33](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn33)), e Joel Birman[35] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn34](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn34)).

As condições de crescente fragilidade e dependência do outro em que encontramos os pacientes idosos que acompanhamos nos direcionaram na busca de embasamento teórico para os autores que deram destaque aos estágios primitivos da vida, na transferência fomos remetidos a um lugar materno de sustentação, amparo e contenção das angústias, fato que nos levou a utilização das técnicas diretamente envolvidas na integração do eu, assim nos dirigimos ao encontro dos seguintes autores e conceitos para a leitura, pensamento e condução deste caso clínico; Khan e a encenação, Bolla e o objeto transformacional e Winnicott e os fenômenos de integração e personalização por meio das técnicas de suporte[36] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn35](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn35)), e manejo[37] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\\_edn36](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#_edn36)).

Baseado em suas experiências nas áreas da medicina (psiquiatria e pediatria), assistência social e psicanálise Winnicott formulou um modelo de desenvolvimento baseado no amadurecimento pessoal, nesta linha de pensamento a saúde mental é entendida como a adequação da maturidade à idade cronológica e as patologias se caracterizam pela estagnação do desenvolvimento, o objetivo do tratamento psicanalítico então seria fazer corresponder a maturidade e a idade. Este autor alerta, no entanto, que não podemos nos esquecer que os estágios iniciais do desenvolvimento em nenhum momento são deixados, de forma que podemos encontrar em um paciente de qualquer idade carências ambientais das mais primárias às mais tardias.

De acordo com Winnicott é inerente ao ser humano a tendência para o amadurecimento e para a integração, porém esta só é concretizada com a ajuda de um ambiente facilitador que seja capaz de oferecer os cuidados e atender às necessidades específicas que surgem com o passar do tempo, para este autor o ambiente em si não faz com que ninguém cresça, tampouco determina a sua direção, quando ele é suficientemente bom possibilita o desenrolar de um processo de maturação, assim na ontologia Winnicottiana sua existência é fundamental pois, para que um indivíduo se constitua como pessoa é necessária a presença dedicada do ambiente. Esta tendência do ser humano ao amadurecimento é responsável pelo impulso em direção à cura nos casos das patologias, bastando para isto que se proveja um meio ambiente adequado e ajustado às necessidades da fase do amadurecimento em que se encontra o indivíduo.

O desenvolvimento emocional proposto por Winnicott teria início imediatamente após o parto e iria até a velhice e seria composta pelas seguintes fases: dependência absoluta (aproximadamente até os quatro meses); dependência relativa em relação à mãe (que englobaria o desmame, a transicionalidade, o uso do objeto e a fase do eu sou – período que vai do sexto mês ao fim do primeiro ano); passagem para a independência relativa (etapa do capacidade de assumir responsabilidades e colaborar criativamente – até o segundo ano de vida); a fase da adolescência (desenvolvimento da sexualidade); a maturidade (capacidade de convivência coletiva e realização do trabalho) e o envelhecimento. No caso de haver fracasso do ambiente em algumas destas fases, ou seja, não for capaz de proporcionar a chance para a integração ou interferir de forma intrusiva haverá uma paralização ou interrupção no processo de amadurecimento, fazendo com que o indivíduo reaja de forma defensiva causando algum distúrbio psíquico.

Em sua teoria do desenvolvimento emocional Winnicott postula ainda que a vivência inicial do bebê é a de um estado de fragmentação que revela uma não integração e por isso a ameaça é de potencial desintegração, o processo de amadurecimento é resultado da convergência dos cuidados físicos dedicados ao bebê pelo ambiente suficientemente bom e das experiências instintivas que se destinam a uni-lo desde dentro, englobando os componentes psíquicos e somáticos em um ser único. Durante os primeiros meses de vida um ambiente suficientemente bom é aquele capaz de oferecer ao bebê as seguintes funções que favorecem o desenrolar do processo de amadurecimento: o suporte que proporciona a integração, o manejo que garante a personalização e a apresentação de objetos que assegura o início das relações objetais. O conjunto destas três funções é denominada por Winnicott de "preocupação materna primária" e é alcançada por meio da identificação com o bebê, e para este autor o primeiro ambiente, geralmente - mas nem sempre - a mãe, é de fundamental importância, pois alicerça a saúde mental do indivíduo.

Por meio da função do suporte o ambiente faz com que o bebê comece a aceitar como parte do eu o seu próprio corpo, percebendo que o eu habita o seu interior, e possibilitando o sentimento de ser, a noção dos limites do corpo vão constituir a membrana que separa o eu do não eu, o suporte é caracterizado pela maneira com que o ambiente sustenta o bebê, sendo simultaneamente uma experiência física e simbólica, um suporte que não for eficiente vai fazer surgir a sensação de

despedaçamento, de queda sem fim e de desconfiança na realidade externa.

A função do manejo inclui diversas tarefas como alimentar, limpar, banhar, e acariciar, cada um destes movimentos quando executados repetidas vezes vão propiciando a coesão psicossomática, no princípio o cuidado físico é a forma de amar, portanto o manejo refere-se aos suportes e cuidados concretos e reais que o bebê necessita. O habitar a si mesmo e o sentir-se unidade são atingidos no âmbito psicológico por meio do suporte e no âmbito somático através do manejo, habitar o corpo é uma tarefa essencial para a integração do ser humano, é vital para a construção da noção de si mesmo localizado no tempo e no espaço.

Na função da apresentação de objeto o ambiente começa a revelar-se substituível e possibilita ao bebê criar e encontrar outros e novos objetos mais adequados ao seu momento de amadurecimento, esta função é também denominada de realização, pois engloba o princípio das relações interpessoais e a inclusão do mundo da realidade compartilhada. A característica que surge como resultado do fracasso do ambiente na função da apresentação de objetos na etapa da dependência absoluta foi denominada por Winnicott de falso self, e por meio deste a criança estabelecerá uma série de relações não verdadeiras e as introjetará obtendo assim os recursos que lhe permitiriam adaptar-se à vida social. O falso self tem a importante função de abrigar o verdadeiro self, protegendo-o por meio da adaptação às exigências do ambiente.

De acordo com Winnicott a psicose surge devido a um fracasso do ambiente na etapa da dependência absoluta que faz com que o bebê levante defesas contra o aparecimento das angústias impensáveis, fazendo irromper as distorções da organização do eu que irão caracterizar as psicoses, sendo portanto um distúrbio decorrente de uma carência ambiental. Este autor afirma que podemos fazer o diagnóstico de psicose quando nos deparamos com as defesas mais primitivas[38]. (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn37) que não teriam se formado se as provisões ambientais nos estágios iniciais do desenvolvimento tivessem existido. A técnica para tratar os pacientes psicóticos deverá incluir as atitudes que não foram vivenciadas pelo bebê durante o amadurecimento, o que exigirá uma plasticidade de adaptação do acompanhante às necessidades psíquicas do paciente.

As falhas nos momentos iniciais do desenvolvimento causam vários transtornos posteriores entre os quais podemos citar; a utilização da inteligência na tentativa de neutralizar a vivência da não integração, casos em que surge uma racionalidade artificial; uma acentuação das capacidades intelectuais que fazem com que estes estejam cindidos dos afetos; a sensação de não estarem estabelecidos no próprio corpo. A sensação de não integração acaba trazendo à tona a ameaça de desintegração que torna o paciente paranóico por qualquer motivo, já num caso onde não tenham ocorrido estas falhas os perseguidores e as ameaças do mundo externo são anulados pela presença e atuação do ambiente que sustenta física e emocionalmente o bebê.

O que acontece com estes pacientes no envelhecimento é que esta construção denominada falso-self que se manteve no decorrer da vida e proporcionou uma adequação a vida social, torna-se insuficiente devido à falta de capacidade de integrar os aspectos corporais que sofrem uma drástica mudança nesta etapa da vida. A perda do vigor físico não consegue ser incorporado, o que remete o idoso à ameaça do retorno das angústias impensáveis, restando a ele como medida defensiva desvitalizar o corpo ou dissociá-lo da mente. A maneira com que eles descrevem a vivência do seu corpo revela o comprometimento na integração do self com a chegada da velhice.

A busca de diferentes profissionais de saúde para cuidar de seu corpo e lhes nomearem os males pode ser compreendida como a procura de uma mãe-cuidadora suficientemente boa na tentativa de proporcionar a integração e personalização que lhes faltou no processo de amadurecimento, afastando desta maneira a vivência arcaica do desamparo.

#### Joanna

A partir do recorte clínico em um caso de acompanhamento terapêutico pretendemos destacar a importância da atenção para o aspecto fisiológico dos pacientes idosos portadores de distúrbios psicóticos, descrevemos as idiosincrasias do caso e o surgimento da necessidade de intervir de forma objetiva e terapêutica ao mesmo tempo.

Hoje aos sessenta e oito anos Joanna é solteira, aposentada, órfã e caçula dos três filhos, o irmão mais velho com setenta e três anos e sua irmã com setenta anos vivem com suas famílias em uma cidade do interior e no litoral respectivamente.

Joanna teve uma infância e adolescência normais, estudava e saía com amigos que moravam no mesmo condomínio, aos dezanove anos ingressou em uma universidade para cursar Administração de Empresas, ainda no mesmo ano seu pai por meio de sua influência política conseguiu coloca-la em um trabalho, nesta época tinha vários amigos com quem saía ou viajava com certa frequência. Aos vinte e um anos após uma decepção amorosa, abandona o trabalho e em seguida o curso e começa a tomar soníferos, subtraídos de seu pai, com o intuito de dormir o dia inteiro, após ser encontrada desacordada devido à excessiva ingestão de medicamento é internada pela primeira vez, e depois de mais três internações devido à crises nervosas aos vinte e três anos é diagnosticada como portadora de transtorno esquizoafetivo.

Após outras e seguidas internações é encaminhada para tratamento em um hospital dia onde permanece por doze anos, egressa há cinco anos atualmente conta com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional da qual fazem parte; psiquiatra, psicólogo, e os acompanhantes terapêuticos, à parte tem consultas regulares com uma nutricionista, dentista, geriatra e fisioterapeuta, todos eles profissionais de seu convênio médico.

Em todos os grupos etários as psicoses constituem o conjunto de distúrbios psiquiátricos mais severos por desorganizarem a personalidade de forma extrema e prejudicarem o contato com a realidade, isto se agrava no caso dos idosos pelo surgimento de fatores de risco próprios da idade como; o isolamento social e a perda da imagem de si mesmo; os déficits sensoriais como a perda da acuidade visual e auditiva; fatores externos como mudança de residência, hospitalizações, situações de segregação e isolamento social; as modificações cognitivas que dificultam o raciocínio complexo e atenção que irão influir diretamente no cuidado de si. No acompanhamento terapêutico com os pacientes psicóticos, é fundamental a criação de um ambiente que provoque a menor quantidade de reações adversas, da qualidade dos vínculos estabelecidos e da atitude dos profissionais envolvidos vai depender o diagnóstico e o prognóstico destes casos. É necessário conhecermos as categorias diagnósticas psiquiátricas e mantermos com elas uma relação de flexibilidade e não submissão, evitando deste modo o risco de rotularmos o paciente e cairmos na rigidez que empobrece nosso pensamento e criatividade.

Joanna morou desde seu nascimento na mesma casa com os pais, ambos imigrantes portugueses, aos vinte e dois anos perdeu o pai e aos quarenta anos a mãe, desde a morte desta vive sozinha e durante a semana tem a companhia de sua empregada doméstica, tem poucos amigos e uma rede social pobre, nos finais de semana às vezes recebe a visita de seus irmãos e sobrinhos.

Logo após sua alta do hospital dia Joanna começou a ter acompanhantes terapêuticos, o projeto inicial era o de ajudá-la a circular e habitar o bairro próximo à região central de São Paulo onde mora, que se desdobrou em recomençar aos poucos a dirigir, a criar passeios e atividades fora do circuito das necessidades, casa-tratamento-compras. Com o passar do tempo percebeu-se que Joanna vinha sofrendo um leve prejuízo progressivo da memória e da atenção, começando a

perder a capacidade de organização e administração de suas finanças, o que fez com que necessitasse da ajuda de uma sobrinha para cuidar de suas contas. Atualmente preenche sua semana fazendo atividades manuais como tapeçaria, caixas de papelão para presentes e marchetaria, além das saídas com o carro para compra de materiais, idas ao banco, supermercado, consultas médicas e à sua terapia.

Acompanhando o cotidiano de Joanna, observávamos que ela não ia ao dentista há um bom tempo, sabendo desta necessidade a conscientizamos da importância de uma visita de rotina. Algum tempo depois ela marcou e foi a uma consulta, na saída o dentista diz ao acompanhante terapêutico que Joanna precisaria escovar mais vezes os dentes senão iria perdê-los. O recado foi tema de conversa com ela, que respondeu que escovava sempre depois das refeições. Em outra oportunidade ao sair do ortopedista um comentário de que seria bom ajudá-la a cuidar da saúde dos pés, porque sua diabetes... Com relação à alimentação, a empregada deixava comida pronta para ela aquecer e jantar, mas na maioria das vezes preferia ficar sem comer, casos em que se contentava com algumas latas de refrigerantes de cola, ou pedia uma "pizza para entregar".

Com as demonstrações de ausência de contato corporal como por exemplo; não sentir dor, fome, não perceber a perda de controle sobre seus esfíncteres, o abandono e indiferença em relação aos cuidados pessoais Joanna refletia sua desconexão e negação com respeito ao próprio corpo que começaram a nos intrigar, por várias vezes ela feriu-se e não percebeu quando e onde isto havia acontecido em uma progressiva demonstração de desabilitá-lo que a desabilitava cada vez mais de suas atividades diárias, em um nocivo círculo vicioso. Apesar das orientações de seus médicos, de seu dentista e da nutricionista, solitária em seu dia a dia, regredida em determinados aspectos e cindida em outros ela seguia perdendo a capacidade de cuidar-se. No acompanhamento terapêutico nos deparamos frequentemente com pacientes que requerem atenção e cuidado, principalmente onde existe uma base de desalento como naqueles que se encontram em situações mais graves e cronicadas. Capturados na organização que Winnicott denomina falso-self muitas vezes perderam o sentido de ser no mundo e a alegria de viver ou influir criativamente em suas vidas.

Neste contexto, ao pensarmos na condução do caso clínico nos ocorreu o conceito de encenação de Khan<sup>[39]</sup> ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#\\_edn38](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#_edn38)), que, ao comentar sobre os estados dissociados diz que neles não existiriam os conflitos, situações onde acontecem as atuações que visam somente à descarga e a satisfação decorrente, mas sim um antagonismo entre as partes dissociadas, e neste caso sobreviriam as encenações que são fenômenos que necessitam de uma testemunha que a perceba e as informe ao paciente, que nestes casos estaria impossibilitado de falar sobre a dimensão dissociada. Este autor observa ainda que a encenação é percebida quando se ouve o paciente em atitude de profunda consideração, porém com o olhar, não se deixando induzir pela sua fabulação ou pela intromissão de modelos teóricos. Ouvir com os olhos diz respeito a reconhecer o paciente por meio da experiência visual que temos dele, desta forma estamos nos acercando dos múltiplos aspectos de sua vida com o objetivo de oferecermos um meio ambiente de cuidados.

Conduzidos pelo trabalho da contratransferência tivemos acesso a um conceito que nos permitiu entender o sentido do descuido e compreender que Joanna encenava um sintoma aos olhos dos profissionais, situados na posição que Khan denomina "testemunha" percebemos a necessidade de cuidado e enquanto acompanhantes terapêuticos tínhamos condições de atuar a este nível, fomos então com a autorização da paciente, em busca das recomendações dos profissionais de sua confiança, no entanto apesar das orientações recebidas ela seguiu não tomando as medidas necessárias.

No caso dos pacientes psicóticos a recomendação da técnica Winnicottiana é de identificar-se com o paciente, sustentar suas necessidades e utilizar o manejo no sentido de promover o suporte físico e psicológico que permitem a personalização, a re-habilitação das funções perdidas, motivando o re-habitar o próprio corpo, em um movimento que Winnicott denomina "enraizamento" (da psique) no corpo. A esperança é a de que se o paciente encontrar alguém que lhe devolva a sensação calorosa de verdadeira aquiescência, o caminho da confiança no outro, no tempo, e em si mesmo se reinstalará.

Da perspectiva do processo terapêutico, parafraseando Bollas, podemos dizer que o paciente utilizar-se-ia do acompanhante terapêutico induzindo neste o seu mundo interno de uma maneira parecida com que uma criança pequena ao abordar seus pais, capacita-os por meio da empatia a providenciar a conduta adequada. Do ponto de vista da técnica, para este autor, nestes casos nossa função é a de dispor contratransferencialmente um espaço mental interno para que o paciente possa depositar seus elementos mais infantis<sup>[40]</sup> ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#\\_edn39](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#_edn39)). Nos casos onde houver maior regressão assumiríamos o papel que o autor denomina de "objeto transformacional", no sentido de que ele é familiar ao paciente mas é requisitado não como objeto mas como um processo que percebe, facilita, recorda, antecipa e gratifica as necessidades pessoais do paciente, transformando seu mundo interno e externo. Ao ocupar este lugar e fazer parte deste tipo de transferência, adentramos o mundo interno do paciente<sup>[41]</sup> ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#\\_edn40](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20202013.doc#_edn40)), a posição contratransferencial seria a condição psicológica determinada pela experiência de sermos objeto de uso na transferência.

A guisa de informação iremos relatar o que pudemos aprender nas conversas com os diferentes profissionais responsáveis pelos cuidados de Joanna e as modificações que isto determinou no enquadre do acompanhamento terapêutico.

A nutricionista advertiu que a alimentação é o principal item que garante um envelhecimento saudável e que nesta faixa etária alguns processos como: a perda do sabor e do olfato, a deterioração da função mastigadora e do engolir, a perda do apetite, a deterioração da absorção, a redução da motilidade intestinal, o sedentarismo e a insuficiente ingestão de líquidos, podem influir negativamente. Informou-nos ainda que a desnutrição é comum nesta etapa da vida, pois os idosos tendem a selecionar os alimentos muito mais pela facilidade de ingestão do que pelas necessidades nutricionais estabelecidas, motivo pelo qual a dieta deve ser controlada. Além disso a diminuição das secreções digestivas e das funções mecânicas do trato digestivo podem acarretar má absorção e desequilíbrios no estado nutricional, para Joanna a ingestão de água é fundamental, pois é necessária muita atenção ao estado de hidratação do corpo devido à sua idade. Refrigerantes de cola são muito prejudiciais para os idosos em geral, pois eles tendem a descalcificar o organismo, e no caso do sexo feminino agrava os problemas com a osteoporose.

Diante das informações obtidas, traçamos um plano para colocar em prática o cuidado com a alimentação, foi necessária a entrada de mais um acompanhante terapêutico no caso que de agora em diante passaria a estar com Joanna na hora de seu jantar garantindo que ela tivesse uma alimentação saudável e posterior higienização bucal adequada.

A médica geriatra enfatizou a higiene corporal e alertou para a aplicação de um creme hidratante após o banho, especialmente nos pés onde houvessem calos ou rachaduras e que as unhas dos pés não deveriam crescer demasiadamente. Por não estar cuidando destes aspectos o caminhar de Joanna estava sendo prejudicado e isso estava dando origem a vários outros problemas como; dores musculares, quedas - ela já tinha tido várias - e problemas de coluna.

Reforçou ainda a utilização de meias e que Joanna não caminhasse descalça para minimizar os riscos de cortes e esfriamento que poderia antecipar os problemas reumáticos e, um cuidado especial ao comprar sapatos, pois ela começava a apresentar sinais de diabetes. Observou ainda que se ela, ou qualquer idoso, apresentar os seguintes sinais poderíamos estar frente a uma doença e deveríamos procurar um médico; desejos de morte, esquecer palavras ou utilizá-las incorretamente para expressar algo, se desorientar a ponto de não saber onde está ou como chegou ali, esquecer o que são os objetos e como utilizá-los, guardar objetos em lugares incomuns, mudanças bruscas na expressão ou no caminhar, perda de alguma função ou do controle dos esfíncteres.

Com base nestas recomendações aliadas ao evidente nível de descuido, apontamos a necessidade de incluir em sua rotina uma visita regular ao podólogo e à ortopedista, sempre que possível com um acompanhante terapêutico devido aos problemas de memória.

Como consequência das quedas que Joanna vinha sofrendo a médica ortopedista destacou a necessidade do cuidado com os pés e recomendou que mesmo em caso de um tombo sem ferimentos graves, ela não tratasse de curar-se em casa, mas procurasse um médico por menor que fosse o acidente, pois isto poderia ser sinal da presença de alguma enfermidade ou da diminuição de algum dos sentidos, motivo pelo qual é importante relatar ao profissional em detalhes o que aconteceu antes e depois do incidente. Neste ponto se fez importante a presença do acompanhante terapêutico, pois Joanna não se lembrava dos pormenores que lhe havia contado alguns dias antes, a médica advertiu ainda que doença mais comum do metabolismo ósseo na velhice é a osteoporose, que é perigosa por ser lenta e progressiva e não apresentar sintomas, e que a melhor maneira de evitá-la é realizar exames para avaliar o enfraquecimento ósseo e manter algum tipo de atividade física.

Finalmente, seu dentista advertiu para a importância da higiene bucal adequada e ingestão de muito líquido, pois Joanna toma medicamentos psiquiátricos que causam o ressecamento da boca e isto pode trazer dano aos dentes à médio e longo prazo, a perda das peças dentais faz com que os idosos passem a evitar os alimentos sólidos ou a degluti-los muito mal mastigados, sobrecarregando o trato digestivo. Não deixou de dar o trivial recado de que é recomendada uma revisão anual para limpeza e detecção de possíveis infecções que os idosos podem não sentir. Para Joanna este item é fundamental, pois da saúde bucal depende o prazer de comer, a facilidade para escolher alimentos mais adequados, e portanto uma alimentação saudável e conseqüentemente melhora da saúde.

Como podemos observar são aspectos importantes que com a chegada do envelhecimento todo idoso deve e tem capacidade de cuidar sozinho, mas que no caso de Joanna não estavam sendo cuidados, os profissionais que a assistem não tinham como saber dos descuidos porque a recebem sempre em seu consultório, o acompanhante terapêutico por estar presente em seu cotidiano é quem estava em condições de perceber, procurar os profissionais adequados e elaborar a partir daí uma estratégia de atenção, que para os pacientes psiquiátricos idosos são fundamentais.

Tomando como base a afirmação de Winnicott de que a personalização é uma condição necessária para se advir sujeito, no caso de Joanna o acompanhante terapêutico que ocupa na transferência a função materna segue realizando no corpo-a-corpo seu trabalho de rerepresentação do corpo ao psiquismo da paciente, espera-se que a partir dos cuidados corporais oferecidos ela possa recriar-se em um processo de reconstituição da imagem corporal em que paradoxalmente para chegar-se ao próprio corpo necessita-se do outro com seu corpo.

Na esteira de Bollas, diríamos que quando o acompanhante terapêutico pode ser um objeto transformacional, com o tempo o paciente assimila inconscientemente a maneira pela qual foi cuidado, torna-o próprio, transfere a delicadeza e confiança que recebeu de fora e relaciona-as consigo mesmo.

### O management

Ao analisarmos este acompanhamento terapêutico, verificamos que fizemos durante a maior parte do tempo o que Winnicott denominou management e que consiste em ofertar ao paciente um ambiente apropriado que lhe faltou em seu processo de desenvolvimento, para este autor trata-se aqui da qualidade da atenção e do cuidado, sendo fundamental aos pacientes que foram vítimas das falhas ambientais nos primeiros estágios do desenvolvimento e que cristalizaram as situações de fracasso, e podendo ser utilizado conjuntamente com um trabalho interpretativo como de uma análise desde que de maneira adequada. Winnicott via o management como o aspecto profissional dos cuidados parentais normais e um suporte comunitário de pessoas e situações que oferecem ao paciente o desenvolvimento das tendências de amadurecimento[42] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#\\_edn41](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#_edn41)). Masud Khan ao se utilizar do termo management[43] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#\\_edn42](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#_edn42)), o fez em um sentido mais amplo que o de manejo[44] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#\\_edn43](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#_edn43)), por causa do papel desempenhado estar mais próximo ao do ego auxiliar no primeiro caso.

Rodman[45] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#\\_edn44](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#_edn44)) relata que em 1988 Milner lhe contou que o conceito de management de Winnicott se originou no tratamento de uma paciente suicida chamada Barbara Corke. Certa ocasião durante suas férias Winnicott pediu a sua secretária Joyce Coles que ela levasse a paciente e sua bicicleta para uma fazenda em Dorset e voltasse. Enquanto esteve tratando de Corke ele a visitou em sua casa nas ocasiões em que ela não pode ir ao consultório, nestas Coles também era convidada a ir junto para fazer chá e compras para a paciente. Esta postura clínica seguiu na carreira de Winnicott que sempre buscou maneiras de aplicar a teoria psicanalítica nas situações em que se defrontava com pacientes difíceis, como por exemplo no caso de Margaret Little em que preocupado com as dimensões tanto físicas como psíquicas do entorno simbólico que criara em seu consultório, terminava algumas sessões oferecendo chá com bolachas. Quando ele aludiu ao management em seus escritos, constantemente se referiu às intervenções que ocorriam fora de seu consultório e sempre esteve fundamentado nas teorias do desenvolvimento e de como o contorno social poderia contribuir para o desenvolvimento da personalidade.

Fazem parte da técnica do management identificar as partes preservadas e os recursos de que o paciente dispõe com o objetivo de catalisar seu potencial, acompanhar o ambiente social e familiar, com orientações de ações como a de uma internação e contato com outros profissionais quando isso se fizer necessário. Em relação a prática do management os médicos, familiares e outros profissionais envolvidos tem como objetivo prover um meio ambiente de cuidados para que os fatores internos dos indivíduos perturbados e o meio que os circunda possam reconfigurar-se durante o período de tempo do tratamento.

Na palestra "Os doentes mentais na prática clínica"[46] ([file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#\\_edn45](file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%20%202013.doc#_edn45)), proferida na Associação de Assistentes Sociais em Londres, Winnicott ofereceu uma lista de funções essenciais aos profissionais envolvidos no management dos pacientes psicóticos:

- Se dedicar ao caso,
- Aprender a saber como é se sentir como o seu paciente,
- Tornar-se digno de confiança dentro da responsabilidade do campo profissional,
- Comportar-se profissionalmente,
- Implicar-se com os problemas de seu paciente,
- Aceitar ser um objeto subjetivo na vida do paciente e manter-se com os pés no chão,
- Aceitar o amor, sem cair em atuações como resposta a esse amor,



- Aceitar o ódio e o enfrentar com firmeza mais que com vingança,
- Tolerar o irracional no paciente, sua desconfiança, suas suspeitas, sua maldade reconhecendo todo o desprazer como sinal de sofrimento,
- Não temer ser invadido por sentimentos de culpa quando o paciente ficar louco, se desintegrar, correr pela rua de pijama, tentar suicidar-se e talvez com êxito; se for ameaçado de assassinato, chamar a polícia para ajuda-lo e ao seu paciente,
- Em todas estas emergências reconhecer os chamados esperançosos do paciente, ou o pranto desesperado pela perda da esperança de um socorro.
- Em todos estes casos, ser em sua área profissional uma pessoa profundamente envolvida por sentimentos, saber que não se é responsável pela doença de seu paciente, conhecer os limites da capacidade que se tem para enfrentar e alterar a situação de crise. Se puder sustentar a situação, é possível que a crise se resolva por si só, e então terá sido por sua causa que o resultado foi atingido.

No management a contratransferência é um elemento essencial, igualmente relevantes são o respeito pelas defesas e a observação atenta da transformação das necessidades e capacidades do paciente a medida em que ele vai interagindo com seu entorno, as intervenções dentro do management vão diminuindo a medida que as capacidades do paciente vão sendo desenvolvidas em parte pela identificação com as funções do manejo que são exercidas pelos acompanhantes.

Trata-se, no management, de uma intervenção que combina a sensibilidade clínica com as ações necessárias dentro do entorno. Segundo Winnicott nestes casos a palavra chave não é o tratamento ou a cura, mas a sobrevivência, neste enquadre só ao sobrevivermos podemos seguir sendo usados de uma maneira natural pelo paciente que está num processo de transformação e amadurecimento, e que pode receber pela primeira vez na vida gestos de natureza amorosa.

#### Palavras finais

*"A psicose se encontra estreitamente relacionada com a saúde, na qual estão congeladas inumeráveis situações de fracasso ambiental que entretanto são alcançadas e descongeladas pelos diversos fenômenos curativos da vida corrente, a saber, amizades, cuidados durante a enfermidade física, a poesia, etc." [47] (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn46). (D Winnicott)*

*"(...) a teoria psicanalítica precisa ser desenvolvida ou modificada, se é que o analista quer ter esperanças de tornar-se capaz de lidar com fenômenos esquizoides no tratamento dos pacientes (...)" [48] (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn47). (D Winnicott)*

Algumas pesquisas e estudos sobre o envelhecimento bem sucedido indicam a possibilidade de antecipar e evitar muitas das limitações decorrentes deste processo e de impulsionar a boa qualidade de vida por meio da abordagem dos fatores objetivos e subjetivos [49] (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn48), aos quais podemos acrescentar a integração social, o suporte familiar e a manutenção da autonomia.

Baseados na concepção de que a velhice é uma das etapas do envelhecimento, compreendemos o idoso como um sujeito que, integrado ao mundo e, tendo percorrido seu caminho e tecido sua história particular está exposto à interpretação que a sociedade faz do "ser um velho" e que dificulta as vias de acesso para a sua identificação com os ideais modernos, somado a isto temos a perda do vigor físico, da autonomia e dos papéis familiares que atingem diretamente seu narcisismo, fazendo com que ele mergulhe em um profundo processo de luto.

Este é do ponto de vista psicológico um dos panoramas do envelhecimento, que é agravado quando se lhe acrescenta um distúrbio mental, nestes casos é fundamental que se pense, no sentido empregado por Bollas, num processo com quem o paciente possa compartilhar estas vivências e que podem prevenir e protegê-lo da progressão dos prejuízos e preconceitos decorrentes da idade e da doença. Neste contexto estamos diante da necessidade da inclusão do acompanhante terapêutico que, por oferecer um suporte emocional baseado no acolhimento e na escuta atenta, propicia ao idoso o desenvolvimento de um espaço de fala e escuta onde o mesmo possa se reconhecer e tenha o registro de nele ser reconhecido, além dos cuidados supra citados.

Outrora denominado "amigo qualificado", o acompanhamento terapêutico é uma prática reconhecida como sendo importante no tratamento dos distúrbios psicóticos de todas as faixas etárias, cuja relação com o paciente tem caráter profissional mas contém a ternura, no sentido descrito por Freud, na qualidade de seu vínculo. Nestes casos o acompanhante terapêutico tem uma ampla atribuição, pois além do trabalho com os vínculos e com a subjetividade, deve estar atento ao autocuidado e aos comportamentos sociais adequando-os quando se fizer necessário, num trabalho de psico-educação que algumas vezes também se estende aos familiares. Muitas vezes o acompanhante terapêutico ainda trata de tecer e conectar as redes formais de tratamento e também as informais, em um projeto de inclusão psicossocial que produz em muitos casos a diminuição do número de internações, melhor manejo do estresse e adaptação a uma atividade laboral, familiar ou social.

De modo geral com os idosos portadores de distúrbios psicóticos as intervenções se concentram mais na proteção contra as crises, na reabilitação dos aspectos funcionais ajudando-os a enfrentar os conflitos, crises e lutos inerentes à idade, na realização dos projetos pessoais que dão sentido próprio à vida, na proteção contra a discriminação social, do que nas mudanças da personalidade. Segundo Winnicott no caso destes pacientes a tática seria favorecer a assunção do sentido de unidade e o reconhecimento de sua dependência, sendo que o componente mais importante é a sobrevivência do acompanhante terapêutico e o manejo a técnica que se distingue [50] (file:///C:/Users/YH/Dropbox/Material%20Site/Meus%20textos/Texto%20Atravessar%202%202013.doc#\_edn49), por sobrevivência compreendemos a conservação da capacidade de refletir, discriminar, pensar e conter nossa ira, sem rechaçar ou retaliar ao paciente nos momentos do tratamento onde "não existimos" ou, somos o "cesto de lixo".

Não nos esquivando da árdua questão do corpo que não pôde ser habitado no caso do paciente psicótico devido à falha inicial do ambiente, podemos dizer que em havendo tempo e espaço, se o paciente for capaz de um gesto simbólico que lhe possibilite nomear, articular, integrar e significar as experiências sensoriais e o próprio corpo, haverá a esperança de se desenvolver o senso de continuidade e de existência. O acompanhante, transferencialmente colocado no papel materno, poderá favorecer este processo se conseguir transitar pelo estágio da preocupação materna primária, mais especificamente por meio de um suporte suficientemente bom, que permita que o paciente desenvolva a capacidade de integrar as experiências e adquirir o senso de ser. Outra questão é a de como poder integrar no processo de envelhecimento um corpo que não foi habitado, porém estes são temas a serem desenvolvidos em uma outra oportunidade pois ultrapassa o escopo deste trabalho.

Devido às psicopatologias e às situações inusitadas que defrontamos em nosso métier, temos o dever ético de sermos flexíveis e adequarmos as estratégias às necessidades dos pacientes, muitas vezes fazendo surgir na prática ações sem precedentes. Ao nos desprendermos das amarras do conservadorismo teórico evitamos o perigo de enxergar somente o que os instrumentos teórico-conceituais nos permitem e, de reduzir ou enquadrar o paciente à teoria.

O que quisemos evidenciar com este relato é que à diferença dos outros tipos de acompanhamento terapêutico onde não nos deparamos com transformações no plano fisiológico, o acompanhamento terapêutico gerontológico de pacientes com distúrbios psicóticos necessita de uma atenção específica em relação à saúde como um todo - uma vez que na maior parte das vezes estes pacientes não recebem os cuidados necessários e são incapazes do autocuidado - e de uma equipe multiprofissional dadas as particularidades que caracterizam o envelhecimento.

#### NOTAS:

[1] Publicado em Atravessar Revista de Acompanhamento Terapêutico no 2, primeiro semestre de 2013.

[2] Psicólogo clínico, psicanalista e acompanhante terapêutico.

[3] BOSI, E., Memória e sociedade - lembranças de velhos. 2ª ed. São Paulo: Cia das Letras, 1994, p.77.

[4] KHAN, MASSUD R. Prefácio. In: Textos Seleccionados da Pediatria à Psicanálise - Winnicott, D, 2ª ed., Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1993, p.7.

[5] MORAGAS, R. Gerontologia Social, 3ª ed, São Paulo, Ed. Paulinas, 2010.

[6] SALVAREZZA, L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. 2ª ed, Buenos Aires: Paidós, 2002, 336p.

[7] Eticamente falando, para o trabalhador da saúde, o status do idoso como pessoa não pode mudar, pois o ser humano é o fim em si mesmo, não devendo nunca ser um meio a serviço de nada, a razão pela qual um idoso deve ser cuidado e respeitado é porque seu valor não é dado pelo que pode conseguir ou produzir, senão pelo que ele é. In Ciencia y Conciencia, Manual de Bioética General de Aquilino Polaino-Lorente, RIALP, Madrid, 2000, pp. 41-2.

[8] UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C., COIMBRA JR., C.E.A. (Org.) Antropologia, saúde e envelhecimento. 1ª ed, Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002, p.25-35.

[9] DELGADO, M., La construction social de la vejez, Jano Medicina y Humanidades, v. 64 (1.474), p. 12-17, abr. 2003.

[10] LEVY, B. R., SLADE, M. D. y KASL, S. V., Longitudinal Benefit of Positive Self-Perceptions of Aging on Functional Health, Journal Gerontol, B. Psychol. Sci. Soc. Sci., 57(5), p. 409-17, sep. 2002.

[11] BIRMAN, J., O futuro de todos nós. in Estilo e Modernidade em Psicanálise, São Paulo, Ed. 34, 1997, p. 201.

[12] VERHULST, J., y SCHNEIDMAN B., Schizophrenia and sexual functioning, Hosp Comm Psych, 32 (4): 259-262, 1981.

[13] FAJARDO, R. S.; WAYHS, R.; RODRIGUES, A.P.; OLIVEIRA, S.; SILVA, E.M.M.; ZAVANELLI, A.C. Apostila Sábio e Saudável: uma nova visão da 3ª idade. Araçatuba: FAPESP, 2003, 91p.

[14] MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E.; BRUNETTI, B.R. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico. Atual. Geriatr. v. 3, n. 17, p. 6-10, jun. 1998.

[15] VAILLANT, G. E. Adaptation to life. Boston: Little, Brown, 1977.

[16] Na esteira de Bettelheim, preferimos utilizar neste texto os termos "eu", "supereu" e "isso" ao invés dos termos latinos "Ego", "Superego" e "Id" para traduzir as palavras alemãs "Ich", "Es" e "Über-Ich".

[17] LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., Dicionario de Psicoanálisis, Editorial Labor, Madrid, 1988.

[18] HAMSON, S. M. H.; BOYD, S. T. Family health care nursing - theory, practice, and research. Filadelfia: F. A. Davis Company, 1996.

[19] SCHAUB, A. Terapia cognitivo-conductual orientada al afrontamiento en la esquizofrenia: un nuevo tratamiento para uso clínico y científico. In C. PERRI s y P. D. MC GORRY (Eds.), Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. p. 129-149. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2004.

[20] PENN, D. L., & MUESER, K. T. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. American Journal of psychiatry, New York, 153 (5), 607-615, 1996.

[21] HOGARTY, G. E. & ULRICH, R. F. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. Journal of psychiatric research, New York, 32, 243-250, 1998.

[22] DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. Est. Interdiscipl. Envelhec, UFRGS, Porto Alegre, v.2, p. 35-47, 1999.

[23] Para uma abordagem mais detalhada remetemos o leitor interessado à tese de doutorado "As faces do envelhecimento sob um olhar psicanalítico" de Selma Carandina Lopes, defendida em 2007 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em especial das páginas 8 a 13.

[24] ABRAHAM, K. La aplicabilidad del tratamiento psicoanalítico a los pacientes de edad avanzada. Buenos Aires: Hormé, 1959.

[25] SEGAL, H. Medo da morte: notas a respeito da análise de um homem idoso. In H. Segal, A obra de Hanna Segal: uma abordagem kleiniana à prática clínica. Rio de Janeiro: Imago, 1982, p. 239.

[26] SALVAREZZA, L. El fantasma de la vejez. Tekné, Buenos Aires, 1995.

- [27] ROLLA, E. Senescencia, Editorial Galerna, Buenos Aires, 1992.
- [28] KOROVSKY, E. e KARP, D., "Psicogerontología: Psicossomática Psicoanalítica de la vejez" Ed. Roca Viva, Montevideo, 1998.
- [29] ADDUCCI, E. Adultos mayores, su psicoanálisis hoy. Ed. Letra Viva, Buenos Aires, 2004.
- [30] ROZITCHNER, E., La vejez no pensada, clínica y teoría psicoanalítica, Psicolibro Ediciones, Buenos Aires, 2012.
- [31] FERNANDEZ, A.F., Subjetividade, relato y vejez, in Revista Uruguaya de Psicoanálisis, n.103, p. 111-124.
- [32] BIANCHI, H., O eu e o tempo: Psicanálise do tempo e do envelhecimento, 1ª ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, 1993.
- [33] QUINODOZ, D. Growing old. A journey of self-discovery. London: Routledge, 2009.
- [34] GOLDFARB, D., Corpo, tempo e envelhecimento, 1ª ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.
- [35] BIRMAN, J., O futuro de todos nós, in VERAS, R., (org.), Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro, 1ª ed., Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1995.
- [36] Todas as vezes que o termo suporte for utilizado, estar-se-á referindo ao conceito Winnicottiano de holding, que trata da contenção dos impulsos do paciente, de suas angústias persecutórias, medos fragmentadores ou idéias de morte.
- [37] Todas as vezes que o termo manejo for utilizado, estar-se-á referindo ao conceito Winnicottiano de handling, que nada mais é que a libidinização do corpo do paciente por meio do contato físico com vistas à integração entre psique e soma e sua personalização.
- [38] Para Winnicott os mecanismos de defesa mais primitivos são aqueles organizados em razão de problemas relativos à continuidade do ser e que visam proteger o self.
- [39] KHAN, M., Ouvir com os olhos: notas clínicas sobre o corpo como sujeito e objeto, in Psicanálise, teoria, técnica e casos clínicos, 1ª ed., Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1984, p.285-304.
- [40] BOLLAS, C. La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado. 1ª ed, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, pp. 305, 1991.
- [41] BOLLAS, C. El objeto transformacional. In La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado. 1ª ed, Buenos Aires, Editorial Amorrortu, pp. 27-46, 1991.
- [42] WINNICOTT, D., "Variedades de psicoterapia", in WINNICOTT, D., Privação e delinquência, 1ª ed. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1984. p. 242.
- [43] KHAN, M., Hidden Selves: Between theory and practice in psychoanalysis, 1st ed., London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1983, p. 59-87.
- [44] Na esteira deste autor preferimos utilizar manejo para nos referirmos ao handling, que é especificamente a maneira como a mãe maneja de um momento a outro o cuidado com o bebê de tal forma que este começa a conhecer seu próprio corpo, se necessário envolvendo a mãe e a criança em uma parceria psicossomática como se formassem uma unidade.
- [45] RODMAN, F. R., Winnicott: his life and work, 1st ed., Cambridge, MA: Perseus Publishing, 2003. p. 397-398.
- [46] WINNICOTT, D. W., Os doentes mentais na prática clínica. In O Ambiente e os processos de maturação. 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990, p.196-217.
- [47] WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Da pediatria à psicanálise. 2ª ed, Rio de Janeiro: F. Alves, 2000, p. 374-392.
- [48] WINNICOTT, D. W. Explorações psicanalíticas, 1ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, p.198.
- [49] ROWE, J. R., & KAHN, R. L. Successful aging. 1st ed., New York: Pantheon Books, 1998.
- [50] WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Da pediatria à psicanálise. 2ª ed, Rio de Janeiro: F. Alves, 2000, p. 374-392.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

[VEJA ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA AMAZON.COM](https://www.amazon.com.br/gp/search/ref=as_li_qf_sp_sr_tl?ie=UTF8&camp=1789&creative=9325&index=aps&keywords=acompanhamento%20terap%3%aaautico&linkcode=ur2&tag=20)

[\(HTTPS://WWW.AMAZON.COM.BR/GP/SEARCH/REF=AS\\_LI\\_QF\\_SP\\_SR\\_TL?IE=UTF8&CAMP=1789&CREATIVE=9325&INDEX=APS&KEYWORDS=ACOMPANHAMENTO%20TERAP%C3%AAUTICO&LINKCODE=UR2&TAG=20\)](https://www.amazon.com.br/gp/search/ref=as_li_qf_sp_sr_tl?ie=UTF8&camp=1789&creative=9325&index=aps&keywords=acompanhamento%20terap%3%aaautico&linkcode=ur2&tag=20)

[VER WINNICOTT NA AMAZON.COM \(HTTPS://WWW.AMAZON.COM.BR/GP/SEARCH/REF=AS\\_LI\\_QF\\_SP\\_SR\\_TL?IE=UTF8&CAMP=1789&CREATIVE=9325&INDEX=APS&KEYWORDS=WINNICOTT&LINKCODE=UR2&TAG=PSICHAILYAGI-20\)](https://www.amazon.com.br/gp/search/ref=as_li_qf_sp_sr_tl?ie=UTF8&camp=1789&creative=9325&index=aps&keywords=winicott&linkcode=ur2&tag=psichailyagi-20)

ABRAM, J. A linguagem de Winnicott: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott, 1ª ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

BIRMAN, J., Estilo e Modernidade em Psicanálise, 1ª ed, São Paulo, Ed. 34, 1997.

BOLLAS, C. A sombra do objeto. Psicanálise do sabido não pensado, 1ª ed, Rio de Janeiro, Imago, 1992.

BOSI, E., Memória e sociedade: Lembranças de Velhos. 2ª ed., São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CAVALCANTE, M. T.; VENÂNCIO, A. T. A. Saúde Mental: campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

CORTE, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, I.G. (org.) Velhice, Envelhecimento: Complex (idade). São Paulo: Vetor. (Gerontologia, v. 1-2), 2008.

DAVIS, M., & WALLBRGEID, D. (1982). Limite e espaço: Uma introdução à obra de D. W. Winnicott. 1ª ed, Rio de Janeiro: Imago, 1982.

FEIXA, C. Antropología de las edades, Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales.

Disponível em <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/C%20Feixa.pdf>. Acesso em 05 maio 2013.

GAVITO, A. G. S., Manual de prevencion y auto cuidado para las personas adultas mayores, 1ª ed, Gobierno del Distrito Federal, Mexico, 2010.

GUTIERREZ E. V, y RÍOS, P. S., "Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico". In Revista Última Década Nº 25, 2006. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v14n25/art02.pdf>. Acesso em 05 maio 2013.

HOUAISS A., Dicionário Houaiss de língua portuguesa. 1ª ed, Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse dos resultados do censo 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/> Acesso em 05 maio 2013.

KANTER, J., Community-based management of psychotic clients: The contributions of D. W. and Clare Winnicott, In Clinical Social Work Journal, Vol.18 (1), spring 1990, pp.23-41.

KHAN, M., Psicanálise, teoria, técnica e casos clínicos, 1ª ed., Rio de Janeiro, Editora Francisco Alves, 1984.

LAPLANCHE, J., e PONTALIS, J.B., 1ª ed, Dicionario de Psicoanálisis, Editorial Labor, Madrid, 1988.

MERCADANTE, E. F. A Construção da Identidade e da Subjetividade do Idoso. Tese de doutorado em Ciências Sociais, 1997, 203 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

MORAGAS, R., Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. 1ª ed, Barcelona: Herder, 1991.

NEMIROVSKY, C. D., El psicoanalista tratando a un paciente grave, Buenos Aires, Rev. Psicoanálisis - Vol. XXXI - Nº 1 - 2009 - pp. 129-152.

NERI, A. L. Palavras-chave em gerontologia. 2ª ed, Campinas, SP: Editora Alínea, 2008.

NERI, A. L e SOMMERHALDER, C. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. 1ª ed, Campinas, Alínea, 2002.

NERI, A. L. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: A. L. NERI & M. S. YASSUDA (orgs.); M. CACHIONNI (col.). Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos, 1ª ed, Campinas, SP: Papyrus, 2004, pp. 13-27.

OMS (Organização Mundial de Saúde), Envelhecimento ativo: uma política de saúde, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ONU, Plan Internacional de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento Naciones Unidas, Nueva York, 2002.

Disponível em <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>. Acesso em 05 maio 2013.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. Tradução de Daniel Bueno. 8ªed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

PEIXOTO JUNIOR, C. A. Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser. Revista Mal Estar Subj. Fortaleza, v. 8, n. 4, dez, 2008.

Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000400005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 05 maio 2013.

PHILLIPS, A. Winnicott. 1ª ed. São Paulo: Idéias e Letras, 2006.

PONTALIS, J-B., Entre o sonho e a dor, 1ª ed, São Paulo, Idéias & Letras, 2005.

SAFRA, G. A face estética do self. 3ª ed, São Paulo: Ideias e Letras, 2005.

SALVAREZZA, L. Psicogeriatría. 2ª ed, Teoría y Clínica. Buenos Aires, Paidós, 2002.

SÁNCHEZ, S.C.D. Gerontología social. 1ª reimpression, Editorial Espacio. Buenos. Aires. 2005.

SAN ROMAN T. Cultura y vejez: hacia los límites del sistema. 1ª ed, Barcelona: Fundación la Caixa de Pensions, 1992.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível. 1 ed, Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

SINGER, D., El trabajo psíquico en el paso del tempo, Revista de Psicoanálisis y Grupos, Mexico, AMPAG, vol. 13, n.3, enero-junio 2005.

WHITAKER, D.C.A. O idoso na contemporaneidade: a necessidade de se educar a sociedade para as exigências deste novo ator social titular de direitos, In Cad. Cedes, Campinas, vol. 30, n. 81, p. 179-188, mai.-ago, 2010.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In Da pediatria à psicanálise, 2ª ed, Rio de Janeiro: F. Alves, 2000, pp. 269-286.

WINNICOTT, D. W. A mente e sua relação com o psique-soma. In Da pediatria à psicanálise 2ª ed, Rio de Janeiro: F Alves, 2000, pp.409-426.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In Da pediatria à psicanálise, 2ª ed, Rio de Janeiro: F. Alves, 2000, pp. 491-498,

WINNICOTT, D. W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In O ambiente e os processos de maturação, 1ª ed, Porto Alegre, ArtMed, 1982, pp. 55-61.

WINNICOTT, D. W. Natureza humana. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. Sobre as bases para o self no corpo. In Explorações psicanalíticas, 2ª ed, Porto Alegre, ArtMed, 2004, pp. 203-218.

WINNICOTT, D. W. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In Da pediatria à psicanálise. 2ª ed, Rio de Janeiro: F. Alves, 2000.

WINNICOTT, D. W., O Ambiente e os processos de maturação. 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D., Privação e delinquência, 1ª ed. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1984.

Tweetar

Like 0

## CONTEÚDO NOVO

[Os perigos de ser assintomático \(/materias/seminarios/1406-os-perigos-de-ser-assintomatico\)](#)

[A crescente solastalgia \(/materias/esclarecendo/1405-a-crescente-solastalgia\)](#)

[Radar covid-19, favelas \(Fiocruz\) \(/gratis/1404-radar-covid-19-favelas-fiocruz\)](#)

[Ressentimento: o auto envenenamento psicológico \(/materias/ponto-vista/1403-ressentimento-o-auto-envenenamento-psicologico\)](#)

[Respirar bem é muito importante \(/materias/esclarecendo/1402-respirar-bem-e-muito-importante\)](#)

[Decolonização - documentário francês \(/materias/documentarios/1401-decolonizacao-documentario-frances\)](#)

[Como produzimos as pandemias \(/materias/seminarios/1400-como-produzimos-as-pandemias\)](#)

## CONTEÚDO MAIS VISTO

[Atendimento psicológico gratuito ou com preços acessíveis na capital de São Paulo. \(/esclarecendo/enderecos-uteis/449-atendimentos-psicologicos-gratuitos-ou-com-preco-simbolico-na-capital-de-sao-paulo\)](#)

[Endereços dos CAPS na capital de São Paulo \(/esclarecendo/enderecos-uteis/84-enderecos-dos-caps-na-capital-de-sao-paulo\)](#)

[Locais para internação psiquiátrica na capital de São Paulo \(/esclarecendo/enderecos-uteis/83-enderecos-para-internacao-psiquiatrica-na-capital-de-sao-paulo\)](#)

[Prontos Socorros Psiquiátricos Públicos na Cidade de São Paulo \(/esclarecendo/enderecos-uteis/341-prontos-socorros-psiquiatricos-publicos-na-cidade-de-sao-paulo\)](#)

[Os sete benefícios de uma boa respiração. \(/materias/esclarecendo/123-os-sete-beneficios-de-uma-bo-respiracao\)](#)

[O que é lateralidade cruzada? \(/materias/esclarecendo/467-o-que-e-lateralidade-cruzada\)](#)

[Surge na Noruega o primeiro hospital psiquiátrico livre de medicamentos \(/materias/ponto-vista/890-noruega-tem-o-primeiro-hospital-psiquiatrico-sem-medicamentos\)](#)

Lembrar-me

ENTRAR

[Esqueceu sua senha? \(/component/users/?view=reset\)](#)

[Esqueceu seu usuário? \(/component/users/?view=remind\)](#)

Site Desenvolvido e Otimizado por:



Powered by [Warp Theme Framework \(http://www.yootheme.com\)](http://www.yootheme.com)