

LUCIANA TIEMI KUROGI
MARIA VIRGINIA FILOMENA CREMASCO

QUE CLÍNICA É ESSA?
APONTAMENTOS TEÓRICO-CLÍNICOS PSICANALÍTICOS DO SUJEITO IDOSO NO
CONTEXTO HOSPITALAR

2020

1. INTRODUÇÃO

Os diversos campos do saber exigem que a psicanálise seja reinventada constantemente. Dessa forma, a demanda imposta pela cultura impõe ao analista a necessidade de recriar a psicanálise para o progresso dessa clínica.

Freud menciona em diversos momentos dos seus escritos a necessidade de extensão da psicanálise. Entretanto, não sistematizou o conceito do seu campo clínico nas diferentes áreas do saber. O autor (1919/2006f), ao debater o futuro da psicanálise, enfatizou que, independente da direção que essa clínica enfrentar, os princípios psicanalíticos deveriam ser mantidos.

A clínica psicanalítica para além dos consultórios particulares desafia o analista a manter os princípios específicos e éticos da abordagem em diferentes estabelecimentos do saber. Nesse contexto, essa extensão clínica para o hospital incita questionamentos do trabalho do analista diante dos desafios clínicos, teóricos e institucionais.

Além das dificuldades e preocupações enfrentadas pelo analista diante da difusão da psicanálise, a especificidade do objeto de estudo pode se tratar de outro desafio a esse profissional.

O velho foi pouco estudado por Freud, apesar de este ter desenvolvido teorias sobre os processos inconscientes presentes na vida cotidiana dos seres humanos, independentemente da idade cronológica.

Freud (1915/2006c) aponta que os processos inconscientes são atemporais, ou seja, trata-se de algo que não envelhece e não há tempo cronológico. Esta compreensão permite abrir campo de estudo da subjetividade dos velhos. Entretanto, o autor (1937/2006h) refere que existe uma dificuldade do processo de análise com pessoas idosas. Segundo o pai da psicanálise, há casos de entropia psíquica, que se trata de processos mentais, relacionamentos e distribuição de força, caracterizados pelo esgotamento da plasticidade, da capacidade de modificação e de desenvolvimento posterior. Inserem-se, nesses casos, os velhos.

Ressalta-se que o velho no período de Freud, começo do século XX, era uma pessoa com mais de 50 anos.

A concepção de velho se transformou ao longo do tempo em decorrência de fatores ambientais, culturais e sociais. Assim, dados estatísticos indicam o envelhecimento da população

global mediante o crescente índice da expectativa de vida e queda da fecundidade. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019), a expectativa de vida brasileira em 2018 foi de 76,3 anos, sendo que a expectativa de vida em idosos aumentou em 8,1 anos de 1940 a 2017. Esses fatores demonstram a crescente demanda de recursos de atenção à pessoa idosa, exigindo do psicanalista a avaliação e reformulação da sua prática.

A partir disso, os desafios encontrados pelo analista diante da extensão da psicanálise para o hospital e a clínica do sujeito idoso foram motivos que incitaram a elaboração deste projeto pesquisa.

Além disso, o interesse pelo tema se justifica pela minha atuação como psicóloga em um hospital¹ de referência à pessoa idosa. A minha prática clínica foi fator desencadeante de reflexões e indagações sobre as especificidades da clínica psicanalítica no campo da saúde pública com foco na pessoa idosa.

O conceito psicanalítico de velhice é pouco debatido na literatura científica, necessitando de aprofundamento e possível sistematização da concepção de envelhecimento e uma crescente demanda de recursos que permitam o trabalho com a pessoa idosa no hospital. Dessa forma, o problema de pesquisa proposto é: Quais as especificidades para se conceber e se sustentar, a partir da abordagem psicanalítica, uma clínica do sujeito idoso no contexto hospitalar? Tem-se como objetivo realizar uma articulação entre a teoria, a prática e a pesquisa para identificar algumas especificidades da clínica psicanalítica do idoso e analisar as condições para o trabalho analítico desse público específico.

Essa pesquisa visa contribuir para o avanço científico e formalização da prática psicanalítica.

¹ Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA) do município de Curitiba/PR.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender a clínica da velhice no contexto hospitalar dentro da abordagem teórica psicanalítica sob o viés da psicopatologia fundamental por intermédio de atendimentos clínicos de pessoas idosas em um hospital.

2.2 Específicos

- Delimitar os princípios e fundamentos teóricos da clínica psicanalítica, visando sistematizar o conceito velhice e a expansão dessa clínica para o hospital;
- Analisar, a partir de cinco casos clínicos procedentes do trabalho no ambulatório do Hospital do Idoso Zilda Arns, a possibilidade de construção de diagnóstico em psicanálise e de especificidades da clínica do sujeito velho;
- Sistematizar vivências comuns do processo de envelhecimento e de adoecimento por meio de dez entrevistas com velhos, de ambos os sexos, internados no Hospital do Idoso Zilda Arns;
- Correlacionar o discurso psicanalítico com as outras modalidades de discurso (médico clínico, geriatra, psiquiatra, assistência social etc.) no que refere aos diagnósticos e compreensão do idoso no hospital, por meio de análise documental dos prontuários dos casos.
- Publicar na forma de livro esta pesquisa, visando contribuir para o avanço científico e a divulgação para a comunidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Velhice

O uso frequente de eufemismos para nomear a velhice - terceira idade, maduro, idade avançada, melhor idade etc. - não passa de uma tentativa falida para atenuar o peso da palavra “velho” (Goldfarb, 1998). Por que ninguém quer ser velho? Segundo Vilhena, Novaes e Rosa (2014), ser velho representa decadência, incapacidade física e psicológica na sociedade ocidental capitalista.

Velho é o outro, conforme expressava Beauvoir (2018), ao abordar que não reconhecemos a velhice em nós mesmos, mas é o olhar do outro que aponta o nosso envelhecimento.

Freud (1919/2006g) ilustra a questão do não reconhecimento da velhice ao abordar sobre a temática do estranhamento em uma determinada vivência pessoal:

Posso contar uma aventura semelhante que ocorreu comigo. Estava eu sentado sozinho no meu compartimento do carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento do que o habitual, fez girar a porta do toailete anexo, e um senhor de idade, de roupão e boné de viagem entrou. Presumi que ao deixar o toailete, que estava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para o espanto meu, que o intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com a sua aparência. (p.265)

Não nos reconhecemos como velho, visto que a imagem da velhice é exterior e quando nos deparamos com a nossa imagem pode gerar um estranhamento.

Quando um velho se olha no espelho, o que ele vê é sua imagem ligada a uma deteriorização, imagem com o qual ele não se identifica, ocorrendo estranheza e não se

reconhecendo (Vilhena et al., 2014). Ocorre uma discordância entre a imagem inconsciente do corpo e a imagem que o espelho lhe devolve (Goldfarb, 1998).

Podemos identificar um velho, mas como podemos defini-lo? Goldfarb (1998) refere que existe uma dificuldade em conceituar a velhice, visto que não se trata somente de um estado, mas também de um processo de subjetivação, ou seja, não existe um “ser velho” e sim um “ser envelhecendo”.

A gerontologia pode ser um exemplo da tentativa de conceituação da velhice com um referencial biológico. Segundo Soares (2005), a gerontologia, originária de uma construção multidisciplinar nas décadas de 1930 e 1940 e ratificada em 1950, compreende a velhice e o envelhecimento como um processo de declínio biológico inato que ocorre de forma geral e progressiva, conforme a cronologia delimitada do tempo. A autora ressalta que, embora a gerontologia busque entender o indivíduo em sua integralidade, manifesta-se de forma descritiva e parcial em decorrência da medicalização da velhice.

Sob a perspectiva biológica, as patologias são entendidas como resultados de alterações morfológicas e funcionais identificadas no processo de envelhecimento. Por conseguinte, o desgaste biológico aproxima a velhice da doença, compreendendo que a prevenção da doença se trata da prevenção da velhice (Soares, 2005).

Logo, como relacionar a velhice e seus desdobramentos subjetivos? Soares (2005) refere que, em contraposição da concepção da velhice na gerontologia, a psicanálise considera a velhice na relação com o tempo lógico e não o tempo cronológico, atentando para a realidade psíquica pulsional. De acordo com a autora, as dificuldades de delimitação do conceito de velhice na psicanálise também se impõem, visto que não há indícios de alteração metapsicológica dada pelo tempo em decorrência da atemporalidade do inconsciente.

Soares (2005) apresenta como hipótese que a psicanálise não consegue conceituar a velhice, mas acredita que a psicopatologia fundamental consegue. Esta é explanada por Berlinck (1998) como discurso do *pathos*, do sofrimento, das paixões e da passividade, ou seja, refere-se ao discurso do sofrimento psíquico. Deste modo, *pathos* expressa uma subjetividade que por meio do discurso é capaz de modificar a paixão e o assujeitamento, tornando-os em experiência para o sujeito.

A fundamentalidade psicopatológica na psicanálise pode expandir sua atividade em diversos campos, como os das doenças orgânicas, de imunidade, da dependência de droga, do envelhecimento, entre outros (Soares, 2005).

Segundo Soares (2005), a psicopatologia fundamental é constituinte do psiquismo humano, sendo natural da espécie. O humano é psicopatológico, envelhece e é mortal por ser imperfeito ontologicamente.

O discurso do sofrimento permite colocar o sujeito a uma leitura de processos psíquicos e dos mecanismos envolvidos, que se pode falar da velhice. A psicopatologia fundamental, apesar de se basear nos conceitos fundamentais psicanalíticos, possibilita a ampliação do campo para conectar com os processos secundários, viabilizando a ressignificação da velhice, tornando-a em experiência por meio do trabalho psíquico e da envelhescência, que permite encontrar no sujeito a velhice. Desse modo, leva-se em consideração os fatores biológicos, social, corporal, a história de vida do sujeito e seus mecanismos para reelaborar a vivência do envelhecimento em um ato de subjetivação por meio de trabalho psíquico (Soares, 2005).

A envelhescência se refere ao desencontro entre corpo que envelhece e o inconsciente atemporal (Berlinck, 2000). Cada sujeito possui um percurso singular, a velhice será vivida conforme foi constituída o exercício simbólico e a forma que foram realizados os atos de subjetivação durante a vida de cada um (Soares, 2005).

Entretanto, nem todos os velhos conseguem recriar a sua experiência, defender-se das surpresas do espelho e (re)situar-se no corpo, visto que este implica em finitude, dimensão temporal e representação social marginalizada.

O contexto social e cultural que o velho está inserido pode remetê-lo à inutilidade, à dor, à finitude e à morte. O velho se torna um sujeito sem projetos, sem futuro e sem sentido e é lançado a uma violenta marginalização do circuito desejante, que pode simbolizar a impotência (Goldfarb, 1998).

Goldfarb (1998) menciona que o sujeito velho que se apresenta na clínica relata sobre a temporalidade, expressa consciência de finitude, fala de morte, de um corpo imaginário e de ausência de reconhecimento no espelho. O autor menciona que as formas de ser no mundo são

governadas por escolhas e satisfações, as quais fazem o velho se incluir ou se excluir socialmente, conforme a singularidade da subjetividade do idoso.

O sujeito é resultado de um encontro entre interioridade e exterioridade, campo que não se trata apenas do fundante da subjetividade, mas também do encontro dos seus objetos de satisfação. Assim, a violência expressa por meio do discurso da juventude e da produtividade sugere um modelo desvalorizado do velho, em que este pode se identificar, invalidando sua condição de desejante e de seus direitos de cidadania (Goldfarb, 1998).

Segundo Goldfarb (1998), a ausência de reconhecimento social e simbólico para a velhice gera a desnarcisação do sujeito, ou seja, falta de investimento do ambiente direcionado a esse sujeito, e, mutuamente, este evita a representação da perda e acarreta empobrecimento da vida afetiva. O autor associa a resposta desse processo por meio do desenvolvimento da depressão ou da demência como defesa com base narcísica.

Freud (1914/2006a) relaciona a doença orgânica com o narcisismo ao explicar que a pessoa aflita por dor e mal-estar orgânico deixa de se importar pelas coisas do mundo externo, uma vez que não se referem ao seu sofrimento. Nesse contexto, o autor pontua que a libido é retirada dos objetos de amor, assim: “enquanto sofre, deixa de amar” (p.89), voltando a libido para o próprio ego e, à medida que se recupera, retorna a libido ao mundo externo.

Ferenczi (1919/2011), após dialogar com Freud sobre a distribuição da libido relacionada ao processo de envelhecimento, menciona que o velho tende a retirar a libido dos seus objetos de amor e retornar para o próprio ego. O autor associa os velhos com as crianças em decorrência do narcisismo, referindo que aqueles que atravessam a idade crítica podem apresentar diminuição do interesse familiar e social e da capacidade sublimatória, salientando que nem todos neuróticos de ambos os sexos expressam os sinais psíquicos da velhice.

Gabbay (como citado em Vilhena et al., 2014) aborda, que nos casos de envelhecimento, o desinvestimento libidinal é frequente e pode ser explicado pela dinâmica do narcisismo. Conforme o autor, a libido fica escassa no envelhecimento e o velho precisa de um mínimo de investimento narcísico para sobreviver, retirando parte ou toda a libido do mundo externo, nos casos mais graves, e passa a se importar progressivamente por suas memórias, fantasias e as próprias dores, de forma frequente.

Ao observar a organização libidinal da velhice, Vilhena et al. (2014) a associa aos ciclos de desenvolvimento de forma transitória e se sucedem. Os autores expõem a percepção de que na fase infantil e na adolescência têm possibilidades de acenar ao futuro imediato e automático, contudo, no caso do envelhecimento, é difícil evitar o questionamento da finitude da existência.

Freud (1915/2006d) considera que ninguém acredita que vai morrer porque, inconscientemente, cada sujeito crê em sua imortalidade. O ser humano evita pensar até mesmo sobre a morte de outra pessoa, com exceção dos profissionais que têm de lidar com ela. Diante do fim da vida, o indivíduo se sente abalado e tende a considerar esse fenômeno como algo imprevisível e terrível. Desse modo, a crença na imortalidade pelo inconsciente pode consistir em uma defesa do próprio psiquismo humano, assim como o medo de morrer age como uma forma de proteção diante da percepção de perigos do mundo externo.

O narcisismo na velhice pode se tratar de uma forma de defesa diante da proximidade da finitude, já que não estamos preparados para lidar com a morte. Além disso, conforme o avançar da idade, os velhos podem vivenciar diversas perdas, como perda de entes queridos, perda da saúde, perda do Eu ideal, perda de algumas funcionalidades etc.

O luto é definido por Freud (1917/2006e) como reação à perda do objeto amado, geralmente a morte de um ente querido, mas também se refere a uma perda simbólica, como o rompimento de laços afetivos ou a fragmentação de representações significativas que ocupam o lugar de objeto, como a mudança de país, o fim de relacionamentos amorosos e a diminuição do status social.

O período da velhice remete a diversas perdas de objetos significativos e de posições de reconhecimento simbólico, confronto entre Eu ideal e a realidade corporal, abrindo brechas às fantasias inconscientes da castração e aniquilamentos voltados ao Eu fortemente desvalorizado (Goldfarb, 1998).

No que se refere à funcionalidade e não mais à estética, na velhice avançada, o corpo apresenta de forma assustadora desgastes, que podem ocasionar perda de autonomia e independência. Goldfarb (1998) relata que ocorre a perda do corpo como instrumento de satisfação nos casos de perda de funcionalidade, mas o desejo mantém-se forte. O autor enfatiza que, na velhice avançada, a grande preocupação é em torno da decadência orgânica, a falta de força e a perda da memória.

A preocupação centrada em um órgão doente pode ser uma forma de se afastar da angústia do corpo decadente como um todo, apesar da doença representar uma ferida narcísica aos ideais de onipotência e perfeição, colocando o sujeito em outro lugar de representação: “velho doente”. Poderá constituir um benefício secundário, receber atenção, cuidado e ser tocado (Goldfarb, 1998).

Goldfard (1988) ressalta que nas consultas psicológicas de idosos há uma frequente queixa somática, visto que falar sobre o corpo que sofre seria a única forma de se falar de si mesmo – eu doente. O autor refere que ocorre uma hipercatexização do corpo que pode mascarar o reconhecimento da falta, de um luto que não pode ser elaborado, visto que o corpo não é mais objeto de desejo do outro e não possui mais o reconhecimento do outro.

Podemos considerar a existência do envelhecimento mais patologizado, que se refere aos casos de adoecimento, em que os órgãos se tornam investidos libidinalmente, já que não encontram outros objetos de satisfação. Em contraposição, nos casos de envelhescência, existem velhos que conseguem se adaptar à realidade, sem serem excluídos socialmente, podendo recriar a experiência de viver a velhice.

3.2 O Psicanalista no Hospital

No ambiente hospitalar, assiste-se um verdadeiro desfile de órgãos deteriorados, corpo em decadência, membros desobedientes e faltantes, dependência da funcionalidade e mortes. Nesse contexto, o que faz um psicanalista em um hospital geral? Moura (2011) afirma a psicanálise é do campo da causa e não do ideal, precisando construir sua possibilidade. A autora ressalta que é a partir dessa construção que a prática permite considerar para além do discurso produzido pela consciência, campo amparado pela verdade de um sujeito que se encontra em uma instituição hospitalar.

O analista é solicitado no hospital quando a ciência médica não dá conta do sofrimento do paciente com as possibilidades terapêuticas médicas, mesmo que se constituam a partir do corpo biológico (Guérin, 1982, como citado em Carvalho & Colto, 2011).

Para Moura (2011), a clínica em hospital geral impõe mudanças, as pessoas expõem o sofrimento de outra forma, exigindo do analista a reafirmação do seu papel de analista e de rigor

ético preciso, por se tratar de um lugar atípico (não o consultório particular). A autora pontua que no hospital a relação entre paciente e analista não se refere ao analisante falando para o analista, mas se trata de pessoas falando para um analista, fazendo com que a escuta ocorra a partir do ponto em que se posiciona o sujeito.

Não existe supremacia do discurso analítico no hospital, sendo predominante o fazer científico. O importante é que o analista inserido no hospital saiba construir um conhecimento de saber acerca do sofrimento humano e que a partir da escuta intervenha nas situações específicas colocadas ali. É demandado ao analista no hospital não somente o saber que se restringe às solicitações formais de atendimentos aos pacientes, mas também demandas em diversas outras circunstâncias. Ele pode propor possibilidades que não se inserem em protocolos médicos, buscando considerar a transferência que se constituíram ali (Carvalho & Colto, 2011).

Como acontece a transferência no contexto hospitalar, já que o psicanalista está fora do cenário clássico do consultório particular? De acordo com Carvalho e Colto (2011), a transferência no hospital não estará necessariamente direcionada ao analista, podendo estar direcionada à instituição ou à coordenação ou até mesmo ao serviço de psicologia.

Para Freud (1914/2006b) a transferência trata-se de uma criação de um espaço subjetivo para a projeção na figura do analista em seu campo simbólico, pontuando que:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos acessível à nossa intervenção. (p.170)

A transferência permite ao paciente, por meio de fala, a construção de novos recursos artificiais para lidar com a doença e elaborá-la com base na experiência de repetição transferencial.

Conforme Ravello e Farias (2012), a transferência pode ser utilizada como técnica pelo analista nos casos de atendimentos a sujeitos que sofrem de doença orgânica, possibilitando a reelaboração dessa nova condição de vida e uma possível construção simbólica da vivência atual. Para os autores, em um hospital, a transferência é objeto de escuta e acolhida para o psicanalista.

É importante que o analista possa identificar os significantes nas relações estabelecidas entre paciente-equipe-família, verificando a possibilidade a quem a transferência se dirige. Dessa forma, a transferência aponta para a existência do saber do outro, que considere a subjetividade, a singularidade e o sofrimento, diferente do saber médico, cabendo ao analista o dever de sustentar e manejar a transferência junto com a comunidade hospitalar (Carvalho & Colto, 2011).

A presença do psicanalista no hospital pode auxiliar o sujeito na construção de novo espaço simbólico perante a condição patológica, por meio da escuta. Além disso, pode atribuir a importância ao psíquico no hospital que lida com doenças orgânicas.

4. PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as especificidades para se conceber e se sustentar, a partir da abordagem psicanalítica, uma clínica do sujeito idoso no contexto hospitalar?

5. MÉTODO

O método psicanalítico é específico e constitui um tema delicado e alvo de várias críticas, tecidas até mesmo pelos próprios psicanalistas. Apesar disso, seu campo teórico é bastante amplo e apresenta uma diversidade de metodologias que envolvem a realização de pesquisas, muitas das quais são efetivadas em parceria com universidades.

Figueiredo e Minerbo (2006) apresentam a diferença entre pesquisa em psicanálise e método psicanalítico. Para tanto, relembram que a psicanálise proposta por Freud consiste na investigação de conteúdos inconscientes, aos quais se tem acesso por meio da técnica psicanalítica, que envolve um processo terapêutico que abarca um amplo corpo de conhecimentos e prevê constantes reformulações de seus objetos de estudo.

O objetivo da psicanálise é a articulação entre prática clínica, teoria e pesquisa. A partir disso, Figueiredo e Minerbo (2006) explicam que na pesquisa em psicanálise a psicanálise é o objeto da pesquisa e consiste em formas de produção de conhecimento nas diferentes teorias dessa área, assim como nos estudos históricos ou nas reflexões epistemológicas e na compreensão dos

conceitos sobre fenômenos sociais e subjetivos. Por conseguinte, não há necessidade de o pesquisador ser um psicanalista que atua na pesquisa em psicanálise, ao passo que o método psicanalítico exige a atuação de um psicanalista e a abordagem dos temas pode ser ampla. Os processos socioculturais ou os fenômenos psíquicos apresentados fora do contexto clínico são exemplos de tipos de pesquisa com método psicanalítico.

5.1 Revisão Bibliográfica

A metodologia desta pesquisa consistirá em uma pesquisa qualitativa de método psicanalítico que se realizará, em um primeiro momento, mediante uma revisão não-sistematizada de literatura dos conceitos psicanalíticos de velhice e da clínica psicanalítica em hospital geral.

5.2 Coleta de Dados

Após a realização do estudo bibliográfico não-sistematizado, serão coletados os dados da pesquisa.

De acordo com Iribarry (2003), os dados de uma pesquisa psicanalítica podem ser coletados por meio de entrevistas gravadas, fragmentos de sessões clínicas, histórias clínicas, biografias, autobiografias e obras de arte. Seguindo tal orientação, os dados analisados neste trabalho serão obtidos por meio de atendimentos clínicos, entrevistas e análise documental.

Assim, posterior à aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados será realizada pelo convite e interesse de participação voluntária de cinco pessoas do sexo feminino e masculino, de 60 anos de idade ou mais, para realizar o acompanhamento psicológico clínico no Ambulatório de Psicologia do Hospital do Idoso Zilda Arns do município de Curitiba/PR. Além disso, a coleta de dados também se constituirá por meio do convite e interesse de participação voluntária de dez pessoas de ambos os sexos, de 60 anos de idade ou mais, internados nas Unidades de Internação do mesmo hospital.

As informações de outras modalidades de tratamento, como médico clínico, geriatra, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional etc., que acompanharão os participantes da pesquisa serão colhidas do prontuário eletrônico, sistema disponibilizado no serviço do hospital.

5.2.1 Procedimento da coleta de dados

Antes da realização dos atendimentos clínicos e da coleta dos depoimentos, será explicado a cada participante sobre os objetivos da pesquisa, o compromisso de sigilo e ao tratamento ético, e, em seguida, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser lido e assinado.

Os atendimentos ambulatoriais ocorrerão uma vez por semana, realizando-se agendamento prévio. Após cada sessão, as informações do atendimento serão anotadas, em consonância com a escuta e as impressões da psicanalista. Os relatos das sessões serão registrados, buscando respeitar a literalidade e a sintaxe dos discursos. Ressalta-se que no prontuário eletrônico dos pacientes serão registradas somente as informações relevantes para compartilhar com a equipe multiprofissional, conforme orientação do artigo 6º do Código de Ética Profissional dos Psicólogos (2005).

Já as entrevistas ocorrerão no próprio leito do paciente que serão gravadas e transcritas conforme a autorização dos participantes.

Em relação à coleta de informações do tratamento do sujeito idoso por outros profissionais da saúde, os dados serão coletados pelo acesso da pesquisadora aos prontuários eletrônicos dos pacientes, antes, durante e após os atendimentos clínicos.

5.3 Análise de Dados

5.3.1 Análise dos Atendimentos Clínicos

Após a coleta, os dados serão analisados através de construção de caso, o qual se trata de um método de pesquisa psicanalítica usado pelo psicanalista no processo de tratamento. De acordo

com Silva (2013), é possibilitada pela conjunção entre a experiência de vida do paciente e o trabalho metodológico, que tem como objetivo abarcar a singularidade do atendido.

Deste modo, esta pesquisa propõe desenvolver a construção dos casos a partir da transfiguração dos relatos dos pacientes, com vistas na compreensão de suas histórias. Visa-se elaborar uma possível explicação do funcionamento e da organização do aparelho psíquico de cada um dos atendidos, ou seja, formular hipóteses de compreensão acerca da constituição do psiquismo dos pacientes para relacioná-los, posteriormente, com o possível diagnóstico em psicanálise.

5.3.2 Análise das Entrevistas

A análise das entrevistas se procederá a partir do método psicanalítico e com base em Caon e Fédida (como citado em Iribarry, 2003) e em Figueiredo e Minerbo (2006).

O primeiro passo para a análise de uma pesquisa com método psicanalítico realizada por meio de entrevista consiste na leitura das informações já coletadas e transcritas. Não se trata de uma tarefa simples, pois esses dados são registrados conforme a escuta do investigador (Caon, 1994; Fédida, 1992, como citado em Iribarry, 2003). A leitura dirigida pela escuta como procedimento de análise de dados pelo psicanalista diz respeito a uma aproximação com o trabalho da clínica. Acessamos o registro de uma escuta flutuante, para posteriormente identificarmos falhas ou embaraços no discurso apresentado, constituindo, então, a análise psicanalítica (Caon, 1996, como citado em Iribarry, 2003). Em seguida, serão realizados recortes no texto, para destacar temas, expressões e/ou palavras, desconstruindo-o. Passaremos, então, à sua reconstrução, conferindo-lhe um novo sentido sob o olhar do pesquisador (Figueiredo & Minerbo, 2006).

A interpretação diz respeito a um olhar de “psicanalista” para o fenômeno investigado (Figueiredo & Minerbo, 2006). A partir disso, na pesquisa psicanalítica, há uma relação entre o mundo subjetivo do intérprete e o mundo objetivo da realidade investigada (Iribarry, 2003). Consideram-se as impressões transferenciais do pesquisador em relação ao texto com o propósito de alcançar o ensaio metapsicológico, que aborda uma construção provisória de resultados da investigação em forma de texto (Iribarry, 2003). Cabe enfatizar que a história do pesquisador psicanalista se altera pelo caminho, podendo ocorrer desvios de seus “objetos”, de acordo com os

fenômenos transferenciais e contratransferenciais que caracterizam a singularidade da pesquisa de método psicanalítico, que possibilita a reinterpretação do pathos (sofrimento), ou seja, não toma o sofrimento como um objeto a ser observado, mas sim o direciona para o outro por meio da transferência (Labaki, 2012). Em outras palavras, a pesquisa com método psicanalítico transforma os objetos, os pesquisadores e os instrumentos de investigação (Figueiredo & Minerbo, 2006).

5.3.2 Análise Documental

Em seguida, será realizada uma análise documental dos prontuários dos casos atendidos no acompanhamento psicológico.

De acordo com Oliveira (2007, como citado em Souza et al., 2011), os documentos são registros escritos que fornecem informações com vistas à compreensão dos fatos e relações, bem como ofertar o conhecimento histórico e social das ações e restaurar os fatos e seus antecedentes. Por conseguinte, a análise documental se procede mediante a identificação, verificação e apreciação dos documentos com uma finalidade específica, que pode ser utilizada como fonte de complementação de dados (Moreira, 2005, como citado em Souza et al., 2011). Seguindo tais orientações, a análise dos prontuários tem como objetivo coletar informações relevantes dos casos de outras modalidades de tratamento, como a clínica médica, geriatria, psiquiatria, assistência social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, etc., para possibilitar a discussão e articulação entre o discurso psicanalítico e outras modalidades de discurso da clínica do sujeito idoso.

Por fim, com intuito de atingir o objetivo principal desta pesquisa, pretende-se articular a teoria, a prática e a pesquisa para a construção do fundamento teórico da clínica do sujeito velho no contexto hospitalar, dentro da abordagem teórica psicanalítica, buscando identificar algumas especificidades e análise das condições e possibilidades para o trabalho analítico do sujeito idoso.

6. REFERÊNCIAS

- Berlinck, M. T. (1998). O que é Psicopatologia Fundamental. *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 46-59. doi:10.1590/1415-47141998001004
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Beauvoir, S. (2018). *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Carvalho, S. B., & Colto, L. F. S. Moura, M. D. (2011). A presença do Psicanalista no Hospital Geral: sua escuta e suas intervenções. In: Batista, G.; Moura, M. D.; & Carvalho, S. B. (Org.), *Psicanálise e Hospital 5: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica* (pp. 111-132). Rio de Janeiro, RJ: Wak Editora.
- Ferenczi, S. (2011). Para compreender as psiconeuroses do envelhecimento. In: *Obras Completas de Sandor Ferenczi* (V.3, pp. 155-161). São Paulo, SP: editora WMF Martins Fontes (trabalho original publicado em 1919).
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39 (70), 257-278. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&tlng=pt.
- Freud, S. (2006a). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006b). Recordar, Repetir e Elaborar. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 161-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2006c). O Inconsciente. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 165-224). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006d). Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2006e). Luto e Melancolia. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2006f). Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 171-284). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2006g). O Estranho. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 235-273). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2006h). Análise Terminável e Interminável. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 231-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).

- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo. [Versão digital em Adobe Reader]. Recuperado de: <http://www.redpsicogerontologia.net/xxfiles/Livro%20em%20PDF.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2019). Em 2017, expectativa de vida era de 76 anos. Recuperado de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138. doi: 10.1590/S1516-14982003000100007
- Labaki, M. E. P. (2012). *Morte*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Moura, M. D. (2011). O Psicanalista à altura do seu tempo? Respostas da Psicanálise ao Chamado Médico. In: Batista, G.; Moura, M. D.; & Carvalho, S. B. (Org.), *Psicanálise e Hospital 5: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica* (pp. 99-110). Rio de Janeiro, RJ: Wak Editora.
- Ravanello, T., & Farias, F. M. (2012). O Contexto Hospitalar e a Escuta Psicanalítica. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 2(2). Recuperado de: <file:///C:/Users/tiemi/Downloads/990-4872-1-PB.pdf>
- Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 010/05*. (2005). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Silva, D. Q. (2013). A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudo de Psicanálise*, (39), 37-46. Recuperado de <http://www.cbp.org.br/n39a04.pdf>
- Soares, F. M. P. (2005). O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 86-95. doi: 10.1590/1415-47142005001009
- Souza, J., Kantorski, L. P., & Luis, M. A. (2011). Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental. *Baiana de Enfermagem*, 25 (2), 221-228. Recuperado de <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>
- Vilhena, J., Novaes, J. V., & Rosa, C. M. (2014). A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento. *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 17(2), 251-264. doi: 10.1590/1984-0381v17n2a08