



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Thaís Barroso Duarte

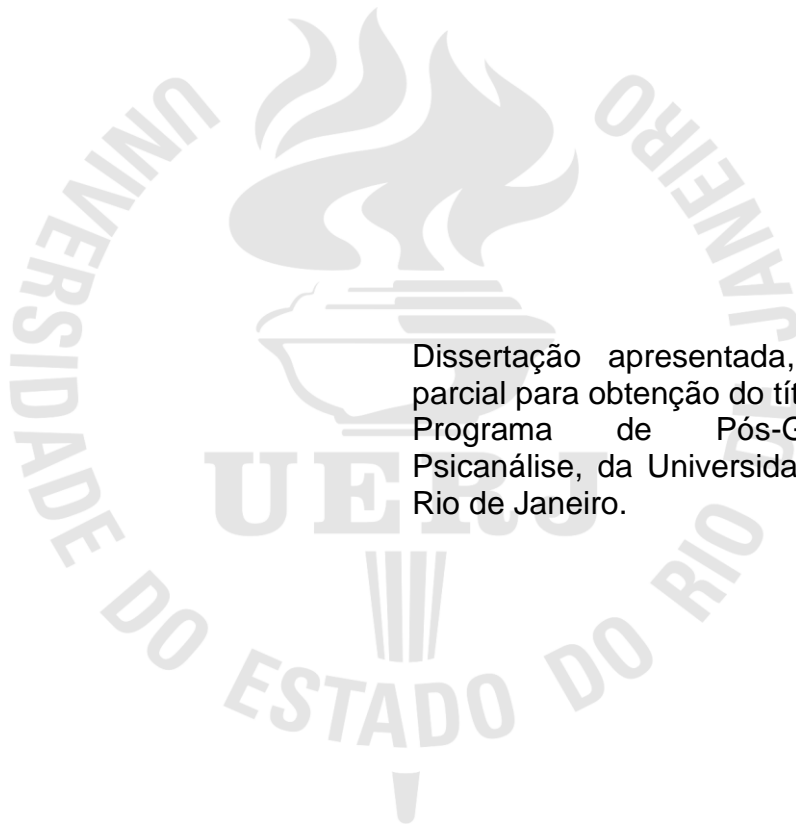
**Desafios e possibilidades da clínica com demência: escutando o
sujeito silenciado**

Rio de Janeiro

2024

Thaís Barroso Duarte

**Desafios e possibilidades da clínica com demência: escutando o sujeito
silenciado**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

D812	Duarte, Thaís Barroso
	Desafios e possibilidades da clínica com demência: escutando o sujeito silenciado / Thaís Barroso Duarte. – 2024. 89 f.
	Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba
	Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.
	1. Psicanálise - Teses. 2. Demência - Teses. 3. Envelhecimento cognitivo – Teses. 4. Doença de Alzheimer – Teses. I. Darriba, Vinicius Anciães. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. IV. Título.
ml	CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Thaís Barroso Duarte

**Desafios e possibilidades da clínica com demência: escutando o sujeito
silenciado**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 19 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a. Dr^a. Cristiane Marques Seixas

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof^a. Dr^a. Mariana S. Kehl

Universidade de São Paulo

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que estiveram comigo nesse processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Vinicius Darriba por, desde a entrevista no processo seletivo, aceitar me orientar neste trabalho e por ser sempre tão gentil e disponível.

Agradeço à Prof. Cristiane pela simpatia desde o início, por movimentar meu desejo em relação à psicanálise, por aceitar carinhosamente o convite para compor a banca e por toda contribuição com este trabalho.

Agradeço à Prof. Mariana Kehl por aceitar prontamente o convite para participar da banca, pelas contribuições ricas e generosas, pelo abraço virtual e presencial e pelo entusiasmo que com certeza me movimentou.

Agradeço à minha família, às minhas amigas e aos meus amigos por estarem sempre ao meu lado.

RESUMO

DUARTE, Thaís Barroso. **Desafios e possibilidades da clínica com demência: escutando o sujeito silenciado.** 2024. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Este trabalho teve como ponto de partida a experiência na Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso realizada no Núcleo de Atenção ao Idoso, serviço de Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (NAI/HUPE/UnATI-UERJ). Devido à rearticulação do serviço por conta da pandemia, fiquei responsável por acompanhar, remotamente, alguns pacientes do ambulatório de demências e, então, surgiu o interesse em escutar clinicamente pessoas com demência e queixa relativas à memória. A categoria demência engloba uma série de doenças neurodegenerativas de etiologia desconhecida, mas com múltiplos aspectos causais. As terapias enfocam os aspectos biológicos e neurológicos para seu tratamento puramente cognitivo por intermédio de intervenções medicamentosas e/ou estimulação cognitiva para reabilitação. Neste sentido, cabe uma pergunta em torno do sujeito na demência que apresenta como principais questões os esquecimentos e as repetições. Este trabalho propôs-se a recuperar a dimensão subjetiva desses fenômenos, bem como chamar atenção para a amplitude e complexidade da questão, que engloba também aspectos sociais, históricos e culturais. Partindo do estudo sobre a velhice e o lugar do idoso na sociedade atual, buscou-se apresentar como essa condição repercute psiquicamente para as pessoas que estão vivendo a senescência e a senilidade. Em pessoas diagnosticadas com demência, é possível que haja uma desestruturação narcísica e um encontro com algo insuportável psiquicamente. Consideramos que a complexidade da questão requer uma investigação clínica mais apurada, uma maior delicadeza na transmissão do diagnóstico e, principalmente, um modo diferente de tratar o paciente ao incluir o sujeito.

Palavras-chave: Demência; Psicanálise; Esquecimento; Velhice; Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

DUARTE, Thaís Barroso. **Challenges and possibilities of the dementia clinic: listening to the silenced subject.** 2024. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

This work originated from the experience in the Multidisciplinary Residence in Elderly Health at the Elderly Care Center, Geriatrics service at the Pedro Ernesto University Hospital. Due to the reorganization of the service because of the pandemic, I was responsible for monitoring, remotely, some patients from the dementia outpatient clinic and then, I became interested in clinically listening to people with dementia and memory complaints. The category of dementia encompasses a series of neurodegenerative diseases of unknown etiology but with multiple causal aspects. Therapies focus on biological and neurological aspects for purely cognitive treatment based on drug interventions and/or cognitive stimulation for rehabilitation. In this sense, a question arises regarding the subject of dementia, which presents forgetfulness and repetition as the main issues. This work proposed to insert the subjective dimension into these phenomena, as well as draw attention to the proportion and complexity of the issue, which also encompasses social, historical, and cultural aspects. Starting from the study of old age and the place of old people in today's society, we sought to present how this condition has a psychic impact on people who are experiencing old age. In people diagnosed with dementia, there is a narcissistic disruption, and they meet something psychically unbearable. We consider the complexity of the issue, a more accurate clinical investigation, a greater delicacy in transmitting the diagnosis and, mainly, a different way of treating the patient by including the subject.

Keywords: Dementia; Psychoanalysis; Forgetfulness; Old Age; Alzheimer's Disease.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 A QUESTÃO DA DEMÊNCIA	12
1.1 A construção da velhice e o lugar social da pessoa <i>idosa</i>	12
1.2 Demência na atualidade	21
1.3 A mais comum e mais temida: Doença de Alzheimer	23
1.4 Complexidade diagnóstica da DA	28
2 DIMENSÕES SUBJETIVAS DO ESQUECIMENTO	33
2.1 Narcisismo e desnarcisação	33
2.2 Esquecimentos e trabalho de luto	43
2.3 Função protetiva do esquecimento: para além do <i>déficit</i>	52
2.4 “Só dá pra curar a ferida se olhar para ela”	58
3 TRAUMA, REPETIÇÃO E O TRABALHO POSSÍVEL	63
3.1 Do esquecimento à repetição	63
3.2 “Eu vou caminhando... devagarinho, mas vou”	67
3.3 Nomear para construir sentido: primeiro passo para pensar o trabalho.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
ANEXO - Tabela de testes neuropsicológicos	88

INTRODUÇÃO

Esta dissertação configura-se como desdobramento do trabalho inicial produzido na conclusão do meu período de experiência na Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Núcleo de Atenção ao Idoso. Como residente, estive vinculada ao Serviço de Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, setor articulado à Universidade Aberta da Terceira Idade (NAI/HUPE/UnATI-UERJ), de onde originou-se meu interesse pelo tema da demência.

Em decorrência da pandemia de COVID-19, o serviço foi reformulado, uma vez que os atendimentos presenciais ambulatoriais no NAI ficaram inviáveis devido à imprescindibilidade das medidas de isolamento físico para conter a propagação do vírus. Nesse ínterim, fomos divididos/as em miniequipes com o intuito de realizar monitoramento telefônico dos pacientes. Por casualidade, fui designada para compor a ~~na~~ miniequipe de sexta-feira, cujos pacientes frequentavam o ambulatório no mesmo dia da semana e que se caracteriza pelo atendimento daqueles com diagnósticos de demência.

Dos mais de vinte pacientes para os quais eu teria que ligar periodicamente, todos os contatos eram feitos com intermédio dos cuidadores. Não questionei tal configuração a princípio ~~a princípio~~, mas depois de dois meses passei a ficar incomodada e pensando: “Como alguém pode dizer sobre outra pessoa?”. Além disso, as questões às quais os cuidadores respondiam/preocupavam-se eram referentes ao estado de saúde corporal dos seus curatelados. Tive vontade de ouvir do/a próprio/a paciente como ele/a estava. Queria, mais do que ouvir, escutar o que eles/as tinham a dizer, uma vez que o que o outro diz pode não corresponder a como se sentem efetivamente.

Passei, então, a solicitar, durante o monitoramento, que eu pudesse falar com o/a *idoso/a*¹. Com a maioria isso não foi possível, afinal: “Ele tem Alzheimer!” ou “Ela não vai falar nada!” ou ainda “Não dá para entender o que ele fala”. Somente em uma das tentativas identifiquei que a paciente quis falar e incentivei que fosse enunciado o que se quisesse e da forma como se conseguia. Ao término da ligação, perguntei à paciente se ela gostaria de continuar falando, ao que respondeu positivamente e, assim, iniciamos um atendimento semanal por telefone. Ao longo do tempo, porém,

¹ Coloco o termo em itálico para distinguir a categoria socialmente construída do sujeito dividido da experiência analítica que está vivenciando a etapa da velhice.

algumas pacientes foram encaminhadas² pela equipe para a Psicologia por conta de episódios de esquecimentos. Duas delas seguiram falando, ao que pude escutá-las durante todo o período de residência e ainda dar continuidade às sessões com o propósito de seguir com este trabalho. Uma apresentava esquecimentos que chamavam a atenção da equipe e a outra já com a suspeita diagnóstica.

Essa experiência me levou a refletir que ter *déficit* de memória não implica, necessariamente, não ter fala. E, a partir da escuta de pacientes com interrogações diagnósticas e queixas de esquecimento, algumas questões foram surgindo do meu lugar de pesquisadora. Questões essas que norteiam o presente estudo: os esquecimentos e as repetições dizem respeito somente a um *déficit* cognitivo, conforme descreve o saber biomédico? O que pode estar atrelado ao fenômeno do esquecimento e à dissolução do Eu³ até o apagamento do sujeito⁴? De que ordem podemos pensar as repetições presentes nessa clínica? O que é possível, nesses casos, a partir de um trabalho que se vale da transferência?

Para tanto, no primeiro capítulo será abordada brevemente a questão da demência e sua compreensão na atualidade, em especial, a Doença de Alzheimer (DA) tal como o saber biomédico descreve em manuais e tratados cujos ditos estão mais ou menos difundidos no senso comum. Além disso, será ressaltada a complexidade diagnóstica da DA, visto que são necessários diversos recursos investigativos para circunscrevê-la e sua etiologia ainda permanece ignorada, sendo considerada, portanto, de caráter multifatorial.

O segundo capítulo trata da dimensão subjetiva do fenômeno do esquecimento, que é a principal característica de alguns processos demenciais, sobretudo da DA. Opto por usar o termo “esquecimento” em detrimento de “*déficit* cognitivo” justamente por considerar esse fenômeno a partir de sua ordem subjetiva e não do ponto de vista

² Utilizo o gênero feminino porque somente um paciente com demência era homem e chegou até mim, pois havia solicitado a retomada do acompanhamento que fizera com outra residente antes da pandemia. Além disso, é interessante sublinhar que dados epidemiológicos revelam a maior prevalência de demências em mulheres, o que é intrigante e pode configurar uma pergunta de pesquisa em estudos futuros visto não ser um dos focos deste trabalho no momento.

³ Segundo Goldfarb (2005), “podemos entender o fenômeno demencial como produto da falta de um ‘trabalho de luto’, uma recusa à aceitação da perda que bloqueia o processo elaborativo. [...] Podemos pensar que uma reação possível a este estado de sofrimento excessivo seja a criação de um mecanismo de defesa como a regressão a formas mais primitivas de funcionamento onde, em cada nível de regressão se não se restauram o equilíbrio e a unidade perdidas, a angústia aparecerá exigindo um maior investimento na proteção provocando uma regressão cada vez mais profunda, podendo chegar até uma completa dissolução do Eu. [...] A demência é o lugar onde o sujeito psíquico historicamente constituído se perde” (p. 194).

⁴ Cabe lembrar que a velhice não pressupõe segregação nem apagamento subjetivo.

da cognição, que não compreende o sujeito dividido tal como a psicanálise o concebe. Assim, esse capítulo apresenta perspectivas que relacionam o luto não elaborado⁵ e o trauma como questões presentes em pacientes com queixas de esquecimento.

Seguindo com a noção de trauma, o terceiro capítulo aborda outro elemento bastante presente em pacientes diagnosticados/as ou em investigação diagnóstica de demência: a repetição. Visto ser a demência marcada como perda de memória, chama atenção como algumas situações são incansavelmente repetidas. Se há dificuldade de recordar o que se quer lembrar, há também dificuldade em esquecer o que não se quer lembrar. Dessa maneira, esse capítulo traz a repetição ligada à ideia de uma insistência do material inconsciente ultrapassar a barreira do recalque.

Desse modo, veremos que a aposta em uma dimensão subjetiva na demência permite suspender esta categoria para que se possa escutar a singularidade de cada caso. Ofertar um espaço de fala para alguém que está socialmente silenciado/a é conferir dignidade ao sujeito, possibilitando que fale de si, abrindo novos caminhos de tratamento no qual ele não esteja ausente ou passivo. A escuta clínica é uma experiência profunda e repleta de desafios, mas campo fértil onde se pode recolher elementos preciosos desses casos com efeitos peculiares na condição em que o sujeito se encontra. Tudo isso, porém, só caminha a partir de um trabalho sob transferência.

Diante disso, o presente estudo faz-se relevante por ampliar a discussão sobre a demência, trazendo a dimensão subjetiva para a cena, e por desbravar este campo de pesquisa para desdobramentos futuros. Tem por objetivo principal interrogar se há algum trabalho possível com pacientes ditos demenciados/as e por objetivos específicos suspender (questionar) o diagnóstico; dar a palavra a esses sujeitos; interrogar se alguns fenômenos de esquecimento e de repetição são de ordem subjetiva; propor outras formas de compreender a demência.

Para tanto, metodologicamente, fiz uso da revisão narrativa de literatura, conformando uma investigação teórico-clínica psicanalítica; trabalhando, assim, a partir do laço transferencial e da escuta analítica de acordo com a regra fundamental

⁵ A elaboração de perdas é “um processo sempre necessário para que se instaurar outros objetos no lugar do perdido, para que outros investimentos sejam possíveis e a libido continue a produzir vínculos... e vida. Entretanto, existem casos em que essa elaboração parece não ser possível. E aqui nos defrontamos com aquilo que, pela sua intensidade e modalidade de inscrição, não pode ser retomado na posteridade; aquilo que constitui um resto de impossível elaboração, marcando limites e sendo o grande desafio de qualquer psicoterapia” (GOLDFARB, 2014, p. 21).

da psicanálise estabelecida por Freud, a associação livre, e sua contrapartida do lado do analista: a atenção flutuante.

1 A QUESTÃO DA DEMÊNCIA

1.1 A construção da velhice e o lugar social da pessoa *idosa*

Em nenhuma outra etapa da vida se experimenta de forma tão intensa a condição de descartável (irrelevância social), que aparece nitidamente junto à ideia de inutilidade. Groisman (2010) nos ajuda a entender que a questão da velhice na atualidade é reflexo de uma construção social da sociedade moderna. O autor afirma que não há como dissociar modernização e velhice, pois as mudanças do processo de modernização influíram na forma como o envelhecimento é socialmente representado.

Tais modificações são: transformação da organização do trabalho (a velhice passa a ter o estigma de improdutividade), processo de urbanização (os velhos são retirados do seu pátrio-poder), educação em massa (os velhos saem da função de transmissores de saber e há o culto à juventude), afastamento das gerações (os velhos são relegados ao esquecimento e marginalização social) (GROISMAN, 2010, p.46).

Em nossa sociedade ocidental capitalista, o imperativo da produtividade comanda as relações permeadas pela lógica econômica de utilidade - inclusive as amorosas (BAUMAN, 2004). Uma das teorias sobre o envelhecimento é a teoria da modernização de Cowgill & Holmes (1972), cuja ideia central é a de que

o *status* social do idoso declina com a modernização da sociedade. Este declínio é presidido por quatro processos. Um é a adoção de novas tecnologias, que torna obsoletos os conhecimentos e as capacidades dos idosos em favor da valorização dos mais jovens e produz rebaixamento do seu *status*, da sua influência, do seu autoconceito e do seu envolvimento social.⁶ (NERI, 2013, p. 19).

Tratando-se do *status* no mercado de trabalho, o filme “Um Senhor Estagiário” (2015) ilustra bem a diferença de habilidade entre as gerações para lidar com a rapidez das novas tecnologias e com a rapidez com que estas se modificam. No primeiro dia de trabalho, Ben (Robert De Niro) assume seu lugar ao lado de dois rapazes mais jovens. Diante dele, há um notebook. O rapaz do lado retira da mochila

⁶ O segundo é o processo de urbanização, o terceiro é o investimento seletivo na educação e atualização tecnológica e profissional dos mais jovens e o quarto é a tensão por recursos por impossibilidade de investir igualmente em jovens e idosos.

objetos eletrônicos e, Ben, materiais como bloco de anotações, calculadora, relógio cujas funções estão contidas nos aplicativos do notebook. Isso chama a atenção de quem está em volta. Jules (Anne Hathaway), a dona da empresa, a quem Ben foi designado para ser estagiário, não considera que ele possa trabalhar para ela, não solicitando nada dele. Aos poucos, Ben vai conquistando a ela e aos outros por sua personalidade e o que tem de experiência para ajudá-los em diversos aspectos da vida.

Do ponto de vista das relações interpessoais, percebemos, com esse movimento, que a condição de obsolescência da pessoa *idosa* estabelece-se principalmente pela superposição dos jovens no domínio das técnicas. Nossa sociedade supervaloriza o efêmero, o novo, o agora, não conferindo muita importância à tradição oral e às memórias. Indivíduos que referenciam o passado são imediatamente rotulados saudosistas e há uma certa intolerância e impaciência em ouvir alguém que queira narrar histórias pessoais transatas. É como se o pretérito estivesse realmente acabado e não fosse (re)feito a cada vez que é (re)contado.

Mucida (2018) aponta a originalidade de Freud na maneira de conceber o tempo a partir da ideia do “só depois”, *a posteriori*. De acordo com essa concepção, cada vez que se retorna, no tempo presente, a um traço mnêmico marcado ao longo do tempo, pode-se retificá-lo, (re)transcrevê-lo. Isto é, rememorar não é uma mera reprodução do passado, mas a atualização deste. A psicanálise subverte a trama do tempo e quebra a ideia de linearidade ou circularidade do tempo ao nos mostrar que:

o presente não é consequência direta do passado; o presente é construção. O passado não contém em si mesmo o sentido do presente, pois é a partir do presente que se constrói um sentido para o passado. (GOLDFARB, 2014, p. 17)

No contexto da temporalidade tida somente como sinônimo de cronologia consciente, a pessoa *idosa* é alguém que além de não oferecer benefícios em termos produtivos é também quem fala do que não interessa. Mas tal é a surpresa de Jules, no filme supracitado, quando descobre que Ben trabalhou a vida inteira ali no prédio onde está situada sua empresa. Ben então conta, rapidamente, como era o espaço. Ben tem a riqueza que nenhum outro funcionário ali dispõe: história e memória do lugar.

Antes de prosseguir, cabe ressaltar que o termo “idoso” é ideologicamente marcado. É preciso compreender, brevemente, de maneira histórica, qual o sentido

que tal termo carrega. As categorias etárias têm origem no século XIX, quando “têm início a segmentação do curso da vida em estágios mais formais, as transições rígidas e uniformes de um estágio a outro e a separação espacial dos vários grupos etários.” (SILVA, 2008, pp. 156-157) A definição de características que marcam as etapas da vida favorece a formação de identificações entre pessoas que compartilham condutas, hábitos corporais, ideais de satisfação, crenças (SILVA, 2008).

Essa categorização está fundamentada no processo de cronologização da vida que se deu na modernidade, no qual “estágios [da vida] foram claramente definidos e separados e a fronteira entre eles passou a ser dada pela idade cronológica” (DEBERT, 1999, p. 73). Isto se dá a partir de mudanças econômicas, pois a economia de base doméstica dá lugar a uma economia de base no mercado de trabalho e com o Estado moderno, que passa a ser a instituição orientadora do curso da vida quando as questões de esfera familiar e privada se transformam em problemas de ordem pública (DEBERT, 1999).

Na pós-modernidade, porém, o que se encontra é uma descronologização da vida. pois a idade cronológica passa a ser irrelevante para eventos demográficos (variedade nas idades do casamento, nascimento dos filhos e diferenças de idade entre pais e filhos). Há uma reconfiguração das unidades domésticas (uma unidade doméstica independente pode ocorrer sem que isso signifique, necessariamente, a constituição de uma nova família), a relação entre idade e carreira é obliterada e a mídia eletrônica apaga o que antes era considerado comportamento adequado para determinada faixa etária (as crianças têm, cada vez mais, acesso ao que antes era considerado do âmbito da vida adulta) (DEBERT, 1999). Nesse momento há, então, a perda de uma marca etária específica.

Contudo, a categorização se dá de outra maneira: um estilo unitário. Aparece, assim, uma categoria de “idosos/as” que, embora aposentados/as, são consumidores ativos e há grande estímulo para permanecerem nesse estilo. Nesses casos, problemas próprios da idade avançada são escamoteados devido a um ideal de juvenilização (DEBERT, 2013, p. 29). Esta noção traz uma sensibilização social em relação à velhice e possibilita a politização de uma parcela da população que passa a ter e poder exigir direitos (SILVA, 2008). Mas, se, por um lado, a criação dessa categoria possibilita a construção da velhice como problema social, por outro não é suficiente para retirar da invisibilidade quem não está inserido/a na lógica da velhice como mercado de consumo.

O termo “terceira idade” surgiu na França, na década de 1970 e emergiu em um terreno social e econômico próprio. Groisman (2010 [1999]) ressalta o que chamou de três “tecnologias de diferenciação” (mecanismos que separam a velhice de outras fases da vida): o saber especializado geriátrico e gerontológico, a institucionalização das pensões e aposentadorias e os asilos de velhos. Caradec (2016) fala de transformações como o aumento da expectativa de vida depois de 60 anos, a queda da idade de saída do mercado de trabalho e sublinha o sistema de aposentadoria como fenômeno que permite a ascensão dessa categoria. Nesse momento, as pessoas velhas, consideradas economicamente fracas, transformam-se, gradativamente, em aposentadas com renda razoável. A remuneração e os direitos sociais possibilitaram aos aposentados desfrutarem da independência em relação ao mercado de trabalho e frente à família. A aposentadoria, portanto, antes associada à invalidez⁷ e considerada a antecâmara da morte, passa a ser um tempo vivido e investido de expectativas e projetos.

Nesse contexto, a velhice,

antes entendida como decadência física e invalidez, momento de descanso e quietude no qual imperavam a solidão e o isolamento afetivo, passa a significar o momento do lazer, propício à realização pessoal que ficou incompleta na juventude, à criação de novos hábitos, *hobbies* e habilidades e ao cultivo de laços afetivos e amorosos alternativos à família (SILVA, 2008, p. 161).

A criação dessa nova identidade para a velhice tem um novo termo para se referir ao estilo vigente: “idoso”. Mas há que se fazer um adendo de que essa categoria e essa denominação estão relacionadas às classes médias, à noção de envelhecimento positivo e a certa dimensão da gerontologia⁸. Trata daquelas pessoas que aproveitam do tempo da aposentadoria para o lazer, frequentam os clubes, estão dispostas a consultar especialistas e, sobretudo, permanecem consumidoras. Há, então, um mercado para esse público que, embora aposentado, está economicamente ativo. Nesse sentido, “o termo ‘velho’ [...] é comumente utilizado para designar

⁷ A criação de caixa de aposentadorias surgiu na França, no final do século XIX, e foi inicialmente pensada para o tratamento a pessoas incapazes de trabalhar e garantir o próprio sustento. “[...] em um momento no qual a capacidade e a posição do indivíduo no trabalho delimitam muito identidade, ser aposentado é ser efetivamente inválido, incapaz e ocioso. Tem início então uma associação entre velhice e incapacidade que só recentemente vem sendo desfeita.” (SILVA, 2008, p.159 e 160)

⁸ Profissionais e instituições encarregados da formação de especialistas no envelhecimento. (DEBERT, 1999, p. 79)

peças velhas de classes populares, enquanto 'idoso', mais respeitoso, é utilizado para aqueles de camadas médias e superiores" (SILVA, 2008, p. 163). Debert (1999) confere a esse fenômeno a denominação de "reprivatização da velhice":

quando o rejuvenescimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. (p. 79)

Esses ideais colocam os problemas da velhice sob responsabilidade individual e desconsideram os fatores sociais e a pluralidade de experiências de envelhecimento. Para Castilho (2012) é evidente "o caráter moral que o envelhecimento dito bem-sucedido assume, ao acenar com a eterna juventude, orquestrada pela máxima 'só é velho quem quer'" (p. 50). Como se o indivíduo fosse o único e totalmente responsável por não se enquadrar a esse estilo de vida e o não cumprimento desta norma implícita fosse resultado de um desleixo individual. Não são levados em conta o contexto, a história, a singularidade de cada um. Nessa direção, Debert (1999) sublinha que

se a responsabilidade individual pela escolha é igualmente distribuída, os meios para agir de acordo com essa responsabilidade não o são. A reprivatização da velhice transforma o direito de escolha num dever de todos, em uma realidade inescapável a que estamos todos condenados. (p. 81)

Podemos, ainda, perceber que, nesse modelo, ocorre o inverso daquele do século XIX. Se antes a velhice era encarada somente por seus aspectos negativos, agora o que se tem é uma supervalorização dos seus aspectos positivos. Porém, o enfoque somente no lado positivo da velhice escamoteia suas contingências e pode ser uma evitação ao mal-estar que envelhecer carrega. Há uma certa negação⁹ da velhice, evidente na ideia de eterna juvenilização das pessoas que a vivenciam. Ela continua sendo encarada com um aspecto repugnante de doença¹⁰ que atinge

⁹ Há autores que consideram uma nova categoria etária entre a maturidade e a velhice (SILVA, 2008, p.162). Sendo assim, "terceira idade" refere-se a uma condição ativa e "velhice" a uma condição passiva. No meu entender, essa concepção é também uma forma de negação da velhice.

¹⁰ Recentemente, em junho de 2021, as redes sociais ficaram movimentadas quando diversos profissionais da área da saúde do idoso criticaram a intenção da OMS de classificar velhice como doença e de criação de um código no CID 11 para tal. Esse fato mostra o quanto a ideia de doença está intrinsecamente atrelada à velhice.

algumas pessoas e aparece intimamente atrelada à doença e à morte. Não é incomum ouvir frases do tipo “ficar velho é pior do que morrer”, como se a primeira condição fosse um castigo, um fardo. Silva (2008) nos lembra que, antes mesmo do advento da geriatria, havia um discurso sobre a senescência por parte da medicina moderna, entre os séculos XVIII e XIX, no qual a etapa da velhice é entendida como um estado fisiológico específico e o corpo envelhecido é o corpo em decomposição: “A morte passou a ser vista, então, como resultado de doenças específicas da velhice” (p. 158).

A associação entre velhice e doença ainda é motivo de debate entre pesquisadores que, de um lado, consideram, por exemplo, a aparição de declínios cognitivos como naturais do processo de degeneração senil e outros que apostam que tais fenômenos são indícios de patologias. É certo que há processos de perdas e ganhos nessa fase da vida. Então, o que é ser velho/a? Penso que há muitas maneiras de estabelecer essa condição. E tantas outras mais de interrogar o seu estabelecimento. Por isso mesmo é preciso considerar a pluralidade. Falar de velhice, portanto, necessita que se acrescente um s nessa palavra, pois não há apenas uma única maneira de estar nesse período da vida.

Precisamos considerar, no entanto, que o processo de envelhecimento está colocado para todos os seres humanos que, inevitavelmente e no melhor dos casos, passarão por ele - com exceção, é claro, daqueles que morrem antes.

Schneider & Irigaray (2008) trazem Pacheco (2005) para sublinhar que vivemos em uma sociedade de consumo na qual se valoriza o novo pois, senão, não há produção e acúmulo de capital. Sendo assim, o velho é ultrapassado, descartado, fora de moda. Um ponto interessante é a questão dos celulares:

Em poucos anos, eles se modificaram centenas de vezes. Desenhos modernos, bonitos e funcionais são criados para que as pessoas pareçam antenadas, jovens e bem-sucedidas. O medo da transformação que surge com a velhice assemelha-se um pouco ao fenômeno dos celulares. Tem-se medo de envelhecer como se tem receio de ser ridicularizado ao usar o aparelho antigo de dez anos, como os tijolões dos ‘tiozinhos’. O ser humano envelhecido é-nos apresentado, pela ideologia dominante, como o aparelho ultrapassado. Fala, mas ninguém quer!. (p. 587)

Guerreiro (2001) considera que já há um duplo desafio na nossa sociedade quando se trata de envelhecimento: além do enfrentamento das mudanças inerentes ao sofrimento, muitas vezes é necessário um resgate (ou a conquista) de uma condição de dignidade humana que ainda não foi alcançada. A autora defende que

[...] faz-se necessário refletir sobre a inserção do idoso na sociedade atual. Sabemos, por exemplo, que a capacidade de lembrar possui uma íntima relação com o relevo existencial e social do fato a ser resgatado. [...] A impotência de transmitir a experiência faz o idoso calar sua voz e apagar sua mente. Precisamos trabalhar para resgatar a dignidade do ser humano, criando condições para que o idoso encontre forças para lutar pelo seu espaço e suas necessidades, ao mesmo tempo em que a sociedade reflita sobre novos caminhos que contemplem, em primeiro plano, a riqueza da existência humana, nos quais o homem possa caminhar de cabeça erguida ao longo de todo o curso de sua vida. (pp. 108-109)

Recordo-me de uma paciente atendida no NAI que não chegou a ser encaminhada para a Psicologia, porém teve demanda para o serviço social e as colegas assistentes sociais, ao realizar visita domiciliar, observaram que, embora a paciente tivesse DA avançada, estava bem estruturada com a vizinhança que, sabendo da sua condição, aprendeu a conviver com ela, a paciente mantendo uma rotina o mais autônoma possível, circulando pelos espaços próximos à sua residência, realizando tarefas e conservando bom relacionamento com todos.

Acredito que esse processo passa, inevitavelmente, por uma profunda mudança de perspectiva sobre a pessoa *idosa* e a *velhice*. Será preciso reconhecer a pessoa *idosa* na sua condição humana apesar das mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas. Será preciso deixar de concebê-la como fardo e passar a respeitar não somente quem foi, mas quem continua sendo. Será preciso olhar para ela e não reduzi-la à idade cronológica, às possíveis enfermidades, às eventuais limitações. A concepção do que é "velho", no que diz respeito ao humano, precisará ser revista. Cortella (2015) chama atenção para algo muito interessante. Segundo o autor,

[..] é absurdo acreditar na ideia de que uma pessoa, quanto mais vive, mais velha fica; para que alguém quanto mais vivesse, mais velho ficasse, teria de ter nascido pronto e ir se gastando... Isso não ocorre com gente, mas com fogão, sapato, geladeira. Gente não nasce pronta e vai se gastando; gente nasce não-pronta e vai se fazendo. [...] Eu, no ano 2000,

sou a minha mais nova edição (revista e, às vezes, um pouco ampliada); o mais velho de mim (se é o tempo a medida) está no meu passado, não no presente. (p. 13)

Não se pode esquecer que, antes da idade, há um sujeito e isso nos ajuda a pensar na dignificação humana a que se refere Guerreiro (2001). É curioso como, na nossa sociedade, queremos viver mais e, ao mesmo tempo, negamos a velhice. Em seu livro *A Velhice*, Beauvoir (2018) discorre sobre os gregos e transporto para nossos dias atuais: “a imortalidade não é nada sem a juventude; ao contrário, eternizar a juventude seria para o homem a felicidade suprema” (p. 103). Hoje vivemos um culto ao que é jovem, seja em relação à aparência física, seja em relação ao comportamento. Assim, aqueles/as que têm lugar na sociedade são os/as economicamente produtivos/as, os/as aparentemente novos/as, fisicamente belos/as (porque beleza tem a ver com juventude), os/as que não deixam transparecer as marcas do tempo no corpo. Repudiamos a velhice sem assimilar que esta é uma etapa da vida como as outras, buscando a juventude eterna como se pudesse nos ocorrer aquilo que sucedeu com Dorian Gray.

O Retrato de Dorian Gray é um romance escrito por Oscar Wilde, (publicado?) em 1890. Conta a história de um rapaz de 25 anos, Dorian Gray, que tem um retrato do seu rosto feito por seu amigo pintor, Basil Hallward, que se refere a Dorian como alguém que define, inconscientemente, “as linhas de uma nova escola, uma escola que deverá conter toda a paixão do espírito romântico, toda a perfeição do espírito grego. A harmonia de corpo e alma...” (WILDE, 2019, p. 17) O rapaz, ~~com pouco mais de 20 anos,~~ possui uma beleza estonteante, comentada (mesmo invejada) por muitos. O quadro de Dorian é a obra mais perfeita de Basil, que se empenhou tanto e dedicou-se tanto que não pôde vendê-la ou expô-la. Ao deparar-se com o retrato, Dorian declara:

- Como é triste! Eu vou ficar velho, horrível, pavoroso. E este quadro permanecerá jovem, para sempre. Não envelhecerá um dia além desse dia específico de junho... Ah, se fosse o contrário! Se fosse eu a permanecer jovem para sempre, se fosse o quadro a envelhecer! Eu daria... eu daria tudo por isso! É isso mesmo, não há nada neste mundo que eu não daria em troca! Daria até mesmo minha alma! (WILDE, 2019, p. 32)

Como se o universo atendesse ao seu pedido, o quadro passa a envelhecer e Dorian mantém sua juventude com o passar dos anos. Ao decorrer dos capítulos

vamos acompanhando os efeitos desse fenômeno para o personagem que, a princípio, não se atenta para isso. O enredo finaliza numa genial narrativa de Oscar Wilde sobre Dorian e seu retrato. Nós, leitores/as, podemos sentir como é insuportável para o personagem estar naquela condição. Na ausência do quadro de Basil, hoje nós buscamos todos os meios possíveis e disponíveis para evitar que a imagem no espelho não se distancie tanto - ou, impotentes diante da inexorabilidade da lei do tempo, que esta imagem pelo menos não se distancie muito rápido daquilo que esperamos encontrar.

Nesse sentido, não há lugar para as pessoas *idosas* numa sociedade que não tolera os atributos negativos que são inerentes à velhice. Causa assombro também nos nossos dias quando algo do sujeito que está vivendo a velhice aparece. Tendemos a considerar “bons/boas” aqueles/as que, silenciados/as, não se expressam e aceitam tudo passivamente. Parece que, quando se envelhece, perde-se o direito de ser e, conseqüentemente, de falar - uma vez que falar é a forma de expressão mais comum. Assim, silenciar é uma alternativa de quem não é escutado/a. Mas pode ser também uma forma mais radical de dizer que surte efeito contrário pois, numa sociedade absolutamente barulhenta, ouvir o som do silêncio é interesse de poucos/as.

Goldfarb (2014) nos diz que:

O lugar do velho seria quase um não-lugar, pois, embora a partir dos investimentos das últimas décadas sejam reconhecidos como sujeitos, sendo incluídos no panorama social contemporâneo (até porque seria impossível não incluir o grupo etário que mais cresce), os velhos são empurrados para as bordas da estrutura social, são reconhecidamente obrigados a uma subjetividade ancorada na passividade, a uma pobreza de trocas simbólicas, e à renúncia ao papel de agentes sociais; são empurrados a uma perda de todo poder, mesmo sobre si mesmos. (p. 5)

E nos lembra que:

A subjetividade não é da ordem do originário [...] é, sim, da ordem da produção, sendo que cada cultura e cada época histórica oferecem diferentes condições e padrões de produtividade subjetiva. E, para que exista produtividade, investimentos são fundamentais. (p. 27)

Já em 1914, Freud nos diz sobre a importância do investimento libidinal do outro para a constituição psíquica. Seres de relação que somos, sem alguém que faça investimentos em nós, há efeitos em nossa subjetividade. Tais investimentos guardam relação com a exterioridade, mas não se reduzem a ela - podendo o sujeito retirar-se das relações também em processos de luto, como nos diz Freud em *Luto e melancolia* (2010[1917]). No texto *Introdução ao narcisismo* (2010[1914]), é colocada em cena a dimensão do outro na constituição subjetiva e o Eu como sendo também objeto de investimento narcísico. Este tema será melhor desenvolvido no capítulo seguinte.

Por ora, quero frisar o fato de que não há como considerar somente o lado individual, embora seja absolutamente importante não ignorar que a pessoa *idosa* responde subjetivamente a tudo isso. Precisamos admitir a influência que o contexto histórico, econômico e cultural exerce na produção subjetiva da pessoa *idosa*. Obviamente, precisamos considerar que a resposta a isso não se dá de forma passiva por parte do sujeito, mas podemos pensar que talvez, em outro cenário, algumas questões clínicas não apareceriam por não se constituírem como embaraços sociais.

Neste sentido, o diagnóstico de demência é, em geral, mais do que um rótulo, mas um fator fortemente silenciador de uma pessoa *idosa*. Todas essas considerações acima são ainda mais evidentes nas pessoas *idosas* diagnosticadas com demência. Em geral, não mais nos dirigimos a elas nem permitimos que elas se aproximem, como se o estatuto nosológico que elas carregam pudesse dar conta de defini-las. O que falam são restos a serem ignorados pois estão despidos de valor, uma vez que têm demência. E essa postura do entorno não ajuda a pessoa que se sabe esquecida, que se sente angustiada pela sua condição e não quer ser mais um “peso” (falas que aparecem frequentemente naquelas que já pude escutar até hoje).

Assim, podemos, com a psicanálise, interrogar sobre um sujeito presente nesse processo patológico e, dessa forma, se o paciente desejar falar, pode-se ofertar um tratamento pela fala - o que é relevante franquear a tais sujeitos. Considerando a complexidade do diagnóstico e não sendo a sua especificidade, aqui, o foco, mas a suspensão dele para escutar o que aparece do sujeito.

1.2 Demência na atualidade

Temos acompanhado o aumento dos casos de demência em pessoas que vivem na (ou a?) velhice. Segundo a OMS (2021), mais de 55 milhões de pessoas

(8,1% das mulheres e 5,4% dos homens com mais de 65 anos) estão vivendo com demência. Estima-se que esse número aumente para 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050. Existem aproximadamente 35,6 milhões de pessoas com Doença de Alzheimer (DA) no mundo, e este número tende a dobrar até o ano de 2030 e triplicar até 2050. No Brasil, a estimativa é de que existam cerca de 1,2 milhões de pessoas com DA e a maior parte das pessoas com a doença ainda não recebeu o diagnóstico médico e o tratamento necessário. A DA é a causa mais comum de demência, responsável por 70% de todos os casos no mundo¹¹.

Machado (2017) define demência como uma “síndrome caracterizada pelo comprometimento de múltiplas funções corticais superiores” (p. 621). Segundo Memblia *et al* (2012, p. 299), para o diagnóstico de demência, ao menos duas das seguintes áreas devem estar comprometidas: memória, funções executivas, funções visuoespaciais e visuoperceptoras, linguagem, personalidade ou comportamento.

Segundo a OPAS/OMS (2017), a demência é um termo “guarda-chuva” que inclui diversas doenças que são principalmente progressivas, afetando memória, outras habilidades cognitivas e comportamentos¹². A demência interfere significativamente na capacidade de uma pessoa manter as atividades cotidianas e é mais frequente em mulheres.

O DSM-V¹³ apresenta uma mudança de nomenclatura, classificando a DA e outros tipos de demência dentro de um quadro amplo denominado Transtorno Neurocognitivo (TNC). Os TNCs são divididos em leves e maiores. Os primeiros correspondem a processos iniciais que podem se complexificar, atingindo a condição dos segundos. Ainda conforme o DSM-V (2014, p. 591), a categoria TNC abrange o grupo de transtornos em que o *déficit* clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento. Os TNCs são, portanto, aqueles cuja cognição prejudicada não estava presente no nascimento ou no início da vida; representam um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente.

A partir disso, são determinados os subtipos: Doença de Alzheimer (DA); Degeneração Lobar Frontotemporal (DLFT); Doença com corpos de Lewy (DCL);

¹¹ Fonte: <<https://www.informasus.ufscar.br/doenca-de-alzheimer-saiba-mais-sobre-a-principal-cao-de-demencia-no-mundo/>>

¹² Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/7-12-2017-demencia-numero-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos>>

¹³ Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais.

Doença vascular; Lesão cerebral traumática; Uso de substância/medicamento; Infecção por HIV; Doença do Prion; Doença de Parkinson; Doença de Huntington; Outra condição médica; Múltiplas etiologias; Não especificado.

Percebemos, pelas descrições apresentadas, que, embora no senso comum se atribua o esquecimento como elemento essencial para o diagnóstico de demência, não é esta a única característica de um processo demencial. O que atualmente o define é o comprometimento de alguma função cognitiva que leve à impossibilidade de realizar atividades da vida diária. Um exemplo de demência que não tem como padrão a perda de memória é a Demência por Parkinson. Ocorre, porém, a presença de um *déficit* de memória em quase todas as formas de demência. Na DA, o fator da memória é marcante, de modo que o que interessa a esse estudo não é a memória como domínio cognitivo, mas o esquecimento enquanto fenômeno, que pode apresentar algo de subjetivo, conforme veremos mais à frente.

A avaliação de sintomas demenciais em pessoas *idosas* deve ser feita, em dois níveis: deficiência cognitiva no sentido autêntico do termo e fatores que não são cognitivos. Conforme Argimon & Pires-de-Camargo (2000), outro fator a ser considerado é quando as perdas sensoriais dificultam a comunicação. Para os autores, na avaliação cognitiva de *idosos/as*, estão presentes duas características deficitárias: a lentidão perceptiva e a motora. Essas e outras alterações em *idosos/as* precisam ser consideradas na aplicação de testes cognitivos para detecção de demências. Além disso, é indispensável ter em vista a história do indivíduo pois “os testes não retratam inteiramente o funcionamento no dia-a-dia” (p. 179). As tabelas com os principais testes utilizados estão contidas no anexo I. É importante observar que os testes apresentam quantificações e que, na clínica com *idosos/as*, é preciso uma escuta mais apurada devido às contingências da velhice.

1.3 A mais comum e mais temida: Doença de Alzheimer

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais frequente de demência. Segundo o IBGE, no Brasil, quase 2 milhões de pessoas *idosas* têm demência, sendo 40 a 60% do tipo Alzheimer¹⁴. Seu tratamento permanece inespecífico, tendo como medidas

¹⁴ <<https://www.laresidencerj.com.br/alzheimer>>

preventivas orientações de hábitos de vida mais saudáveis e alguns tratamentos que visam a retardar sua progressão.

De acordo com Machado (2017), a Doença de Alzheimer (DA) é uma “doença neurodegenerativa progressiva, heterogênea nos seus aspectos etiológico, clínico e neuropatológico” (p. 604). Essa condição acarreta declínio funcional progressivo e perda gradual de autonomia, o que pode gerar uma dependência total de outras pessoas por parte dos indivíduos por ela afetados. Na DA, esse processo demencial degenerativo se evidencia pela deterioração das funções cognitivas, pelo comprometimento para desempenhar atividades de vida diária e pela ocorrência de uma variedade de distúrbios de comportamento e de sintomas neuropsiquiátricos (MACHADO, 2017).

Segundo Machado (2017, p 609), “as evidências científicas sugerem uma etiologia multifatorial para a DA: fatores genéticos e ambientais, possivelmente agindo por meio de complexas interações, [que] modulariam o risco de desenvolvimento da doença”. Pensa-se em diversas causas, mas Goldfarb (2014) aponta que, até o momento, “só há muitas hipóteses e nenhum tratamento que vise à cura. A única novidade dos últimos anos consiste em novos medicamentos que, em alguns casos, podem retardar a progressão do processo” (p. 73).

A DA implica alterações cognitivas (memória, linguagem, desorientação espacial e temporal, habilidades práticas, agnosias, raciocínio abstrato e lógico), alterações da personalidade, emoção e comportamentos, e repercussões funcionais (MEMBILA *et al*, 2012). No processo da doença, há perdas progressivas de diversas ordens até que os pacientes, em estágio avançado, alcancem o mutismo e fiquem acamados, com incontinência urinária e fecal (MACHADO, 2017).

Clinicamente, o período inicial tem sintomas vagos e difusos, sendo o comprometimento da memória o mais proeminente e precoce. Alguns indivíduos também podem apresentar alterações de linguagem na fase inaugural da doença. Pode haver dificuldades no trabalho, sobretudo para lidar com situações complexas e aprendizado de fatos novos. Pode ocorrer desorientação progressiva em relação ao tempo e ao espaço. Em um número variável, há também aqueles que apresentam, no início, perda de concentração, desatenção, perda de iniciativa, retraimento social, abandono dos passatempos, mudanças de humor, depressão, apatia, alterações comportamentais (MACHADO, 2017).

O momento intermediário da doença é marcado por maior deterioração dos *déficits* de memória e aparecimento de sintomas focais (afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoespaciais). Os distúrbios de linguagem tendem a progredir. Com a progressão do declínio cognitivo, a capacidade de aprendizado fica bastante alterada, a memória remota é também comprometida e o julgamento fica alterado. Conforme Machado (2017), “todos esses déficits contribuem para a perda das habilidades para realizar tarefas da vida diária, ocasionando não apenas um declínio cognitivo, mas também funcional” (p. 618).

Ainda de acordo com Machado (2017), “não há medicamentos capazes de interromper, modificar ou impedir a DA” (p. 606). Sendo esta uma condição neurodegenerativa, o objetivo do tratamento é desacelerar a progressão dos sintomas. O tratamento farmacológico subdivide-se em sintomático e de estabilização. Os medicamentos sintomáticos são “aqueles capazes de propiciar efeitos benéficos nos aspectos cognitivo, comportamental e funcional” (p. 648). O tratamento de estabilização “visa modificar o curso da doença e propiciar melhora dos sintomas, em magnitude suficiente para abrandar ou para interromper a sua progressão e, dessa forma, retardar as incapacidades e morte” (p. 657). Segundo Memblia *et al* (2012, p. 304), a farmacologia na Doença de Alzheimer é utilizada como um controle paliativo dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais.

O tratamento não farmacológico abrange o paciente, a família e os cuidadores. Com o paciente, objetiva-se, principalmente, atrasar ao máximo a deterioração funcional. Algumas terapias são recomendadas, tais como: reabilitação e treino cognitivo, treino de AVD (Atividades de Vida Diária), terapia de orientação da realidade, técnicas de modificação do comportamento (MEMBLIA *et al*, 2012).

Vistos os principais aspectos biomédicos da DA, podemos observar que a precisão do diagnóstico não é totalmente garantida, havendo necessidade de conjugar diversos elementos e acompanhar a evolução da doença para sedimentar hipóteses. Atualmente, o que confere maior conforto investigativo para o diagnóstico diferencial de DA são os exames laboratoriais e de neuroimagem. A identificação definitiva de DA é feita por autópsia. Nesse contexto, o sujeito não aparece, não é convidado a falar, não é escutado. O que não significa, porém, que não haja um sujeito. Às vezes, algo para além do *déficit* aparece. Há momentos de lucidez, por exemplo, que surpreendem os profissionais, ou discrepâncias entre os resultados dos testes aplicados e o que se observa do paciente.

A despeito de toda essa descrição, o diagnóstico é bastante complexo e nem sempre é concluído, como é o caso da paciente V., que será apresentado mais adiante. Em julho de 2023, a UnATI (Universidade Aberta da Terceira Idade), em parceria com a Davos Alzheimer's Collaborate¹⁵, realizou um seminário sobre Atenção Primária e Doença de Alzheimer no qual foi trazida à cena a implementação de programas de identificação precoce da DA na atenção primária à saúde. Embora ainda numa perspectiva médica bastante protocolar de rastreio dos *déficits* e fatores de risco, foi interessante observar alguma abertura para se pensar o assunto não somente do ponto de vista neurológico, mas também social, pois discussões sobre a inserção social da pessoa *idosa* com fins de prevenção da DA foram realizadas.

É incontestável, cabe ressaltar, todo o processo orgânico e cerebral que se apresenta na doença. Contudo, também podemos incluir a dimensão do sujeito que, sabemos desde Freud, não está dissociada do corpo nem de seu contexto social e que responde ao mal-estar de sua época. Nesse sentido, cabe fazer algumas breves considerações sobre o lugar conferido à velhice na nossa sociedade, pois é importante perceber o indivíduo não somente do ponto de vista biológico, mas também como ser social.

É muito comum encontrarmos certa colagem da pessoa *idosa* ao discurso objetificador. Mesmo considerando que o sujeito não se ausenta nas condições em que está colocado como objeto, é imprescindível reconhecer que recursos e dispositivos sociais que localizem o/a *idoso/a* na cultura e nos espaços de circulação podem facilitar ou dificultar que o sujeito encontre recursos subjetivos para lidar com a velhice. Se a influência social não é totalmente determinante das respostas que o sujeito pode dar às questões da velhice que se apresentam, ela dificulta o processo de elaboração dos lutos que são enfrentados nesse período e suas possibilidades de reinvestimentos a partir deste trabalho psíquico. Estar inserida/o em uma cultura excludente e invisibilizadora pode vir a produzir efeitos muitas vezes até patológicos. Goldfarb (2014) argumenta que:

Entendemos estas patologias [da contemporaneidade] como verdadeiros 'analisadores' do modo de produção da subjetividade, não por estes quadros serem novos ou desconhecidos em outras épocas históricas, mas por serem

¹⁵ Uma parceria global de organizações afins que está mobilizando o mundo contra a doença de Alzheimer. Mais informações no site: <<https://www.davosalzheimerscollaborative.org/>>

novas as condições sociais que os determinam e os recursos ideológicos que os organizam; de preferência, sempre entre os campos da psiquiatria e da farmacologia. Podemos pensar em acrescentar as demências a esta categoria, pois também ela forma parte dessa malha produtiva contemporânea. (p. 32)

Temos acompanhado o aumento dos casos de demência em pessoas que vivem a velhice, sobretudo a DA. Diante dos dados trazidos no item 1.1, cabe interrogar a época e a sociedade. Pergunto, assim, se a demência não é uma via, em alguns casos, para se lidar com o mal-estar do não-lugar da pessoa *idosa* na sociedade.

Para Goldfarb (2014), sim. A autora propõe o acréscimo da forma demencial às três formas (depressiva, paranóide e mania) paradigmáticas de ordenação psíquica do/a *idoso/a* que não se referem a quadros clínicos, mas a estilos psíquicos que marcam as diferentes maneiras de enfrentamento do não-lugar social da inatividade forçada, da impossibilidade de uma temporalização do sujeito psíquico, do fracasso antecipado de qualquer projeto futuro e no confronto com a morte inevitável que sempre chega antes do inesperado:

[...] mais do que uma forma autônoma, [a forma demencial] seria um derivado da depressão. Uma forma de articulação pela qual foge-se da depressão, recusa-se o passado por meio do esquecimento de tudo o que for ligado à dor insuportável da perda. Nestes casos a depressão seria tão insuportável e o vazio tão infinito que não aceitariam nenhum recurso elaborativo. (p. 56)

Mais uma vez sublinho, então, que não desconsideremos o contexto histórico, social e cultural ao falar de velhice e, agora, também sobre demências quando estamos em um cenário no qual as pessoas *idosas*

são compelidas a não querer mais saber de um mundo do qual já não podem participar, no qual já não têm mais lugar. Uma antecipação da morte para conservar a vida à qual é impossível renunciar totalmente. Cabe aqui lembrar que a possibilidade de alguém cometer suicídio aumenta com a idade e que as pessoas afetadas por um estado demencial avançado não se suicidam. (GOLDFARB, 2014, p. 58)

A sociedade capitalista ocidental que cultua a juventude e não dá lugar ao velho pode contribuir para o aumento dos estados depressivos e demenciais?

De maneira alguma se pretende, com este trabalho, esgotar a questão da demência nem tampouco estabelecer uma causalidade linear. Ao contrário, reconhece-se a amplitude e complexidade da questão que necessita de uma discussão que contemple diferentes âmbitos. Um aspecto que considero importante, além do biológico/cognitivo, é o social. Assim como nenhum outro isoladamente dá conta, este não é suficiente para se pensar nas demências e na DA, mas cabe fazer algumas considerações a seguir.

1.4 Complexidade diagnóstica da DA

Bruno (2021, p. 8) salienta que não é simples a realização do diagnóstico demencial e a determinação dos fatores que estão na sua etiologia. Conforme a autora, o quadro demencial, inicialmente, pode muitas vezes estar referido a uma perda das lembranças das palavras, podendo se encaminhar para uma perda da própria imagem de si, o que demonstra a radicalidade deste diagnóstico.

Borri (2015) fez um estudo histórico sobre a doença e sublinha, com relação ao diagnóstico, que:

Trata-se, portanto, de uma doença até hoje de difícil classificação [...] Nos estudos [...] relativos ao período da primeira metade do século XX, as características descritivas do mal de Alzheimer eram substancialmente duas: a dos achados de laboratório (os estudos histológicos *post mortem*) e os sintomas mais importantes *intra vitam*, entre os quais o principal era o distúrbio linguístico. (p. 163)

A partir do DSM-IV-TR, o que resulta primordial é o transtorno de memória. O autor analisa criticamente todo o percurso metodológico para detecção e classificação nosológica da doença, ressaltando o entrelaçamento de dados clínicos e anatomopatológicos. A descoberta diferencial de Alois Alzheimer é a presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares que, conforme já foi dito, só são possíveis de caracterizar um diagnóstico definitivo por autópsia. Em vida, há dificuldade de conclusão do diagnóstico, que, muitas vezes, é feito por eliminação de outras possibilidades clínicas.

É importante destacar, ainda, que “as diferentes imagens sobre a velhice têm consigo o conceito de que, à medida que passa o tempo, invariavelmente aconteça um declínio cognitivo” (ARGIMON & CAMARGO, 2000, p. 177). A própria comunidade

científica não está em consenso se o *déficit* cognitivo é produto de um declínio normal ou de uma deterioração patológica irreversível. Isso porque é preciso considerar uma multiplicidade de fatores que podem estar envolvidos em episódios de esquecimentos. Essas são questões abertas desde o início do século XX com os estudos sobre as demências, conforme nos apresenta Borri (2015):

Qual era a relação entre o processo de ‘envelhecimento’ e as alterações do cérebro encontradas no período senil? Existiam sinais nas células do cérebro responsáveis pelo envelhecimento de todo o organismo? Era possível encontrar uma correlação entre as alterações típicas do envelhecimento e as específicas patologias senis e pré-senis? Qual era a natureza da relação entre os quadros clínicos e o substrato anatômico? (p. 156)

Borri (2015) cita diversos autores para fundamentar a amplitude da discussão. Entre eles, De Sanctis, que aponta que o quadro clínico de Alzheimer pode existir sem que no exame histológico seja encontrada a presença dos achados das placas e das aglutinações (p. 141). É curioso como, conforme aponta Memblia *et al* (2012), que alguns estudos com técnicas de neuroimagem e análise *post mortem* mostrem evidência de alterações histopatológicas graves típicas de DA em pessoas que nunca apresentaram (ou apresentaram em grau leve) a doença, contrastando com a presença de sintomas de DA em pessoas com uma deterioração cerebral muito menor. A explicação científica biológica é de que essas pessoas possuiriam maior nível cultural e educacional, o que as conferiria uma maior reserva cognitiva¹⁶.

A cinematografia retratou dois casos interessantes baseados em histórias reais. Os filmes “Para sempre Alice” (ANO) e “Iris” (ANO) mostram o processo de adoecimento de duas intelectuais acometidas pela DA. O primeiro tem como roteiro o drama vivido pela professora da Universidade de Harvard, Alice Howland, que é especialista em linguística. Alice está feliz e realizada com tudo que conquistou na sua carreira acadêmica e na vida pessoal e familiar quando descobre precocemente que é portadora de Alzheimer e tem de reorganizar toda a sua vida. O segundo é baseado na história real da escritora e filósofa irlandesa Iris Murdoch, que teve Alzheimer durante o envelhecimento. O filme é baseado em dois livros biográficos escritos por

¹⁶ “Reserva Cognitiva: a hipótese afirma que a riqueza de conexões neuronais desenvolvidas ao longo dos anos, particularmente por meio de estudo, permite, diante de transtorno cognitivos, acessar um complexo neuronal mais amplo que pode resistir melhor aos danos do Alzheimer” (Borri, 2015, p. 171)

seu marido, o também escritor e professor John Bayley. Professora em Oxford, em meados do século XX, impressionava todos à sua volta com seu espírito libertino (acho que você quis dizer libertário). Como filósofa e romancista, a célebre escritora irlandesa esteve sempre à frente de seu tempo.

Ambas deveriam possuir, é possível inferir, como resultado de suas atividades altamente intelectuais, bastante reserva cognitiva. Contudo, tiveram o diagnóstico de DA. O famoso estudo de David A. Snowdon (1997) realizado com freiras apresenta o caso de Irmã Maria, uma freira participante da pesquisa que morreu aos 101 anos. Comparada às outras irmãs, ela apresentava altos níveis de emaranhados neurofibrilares e placas senis, o que é esperado diante de lesões de DA que afetem a cognição. Irmã Maria, porém, estava cognitivamente intacta. Algumas possíveis explicações são o fato de ela não ter tido infarto cerebral nem outras doenças neuropatológicas. O estudo, porém, teve a sensibilidade de observar uma característica importante de Irmã Maria: uma vida de intensa atividade social com manutenção de sua posição no ambiente onde estava inserida e engajamento no trabalho que realizava mesmo após se aposentar.

Bruno (2021, p. 13) sublinha que, no senso comum, a suspeita de um quadro demencial associa-se mais comumente aos fenômenos de esquecimento, aquilo que o discurso médico vincula a um *déficit* cognitivo. Frequentemente, a fala do paciente com um diagnóstico de demência é desconsiderada ou por não se dar crédito a ela ou por apresentar repetições que o ouvinte não tem paciência de escutar.

Nos processos protocolares de investigação, não há uma escuta do sujeito tal como a psicanálise concebe. Ao dar a palavra a alguém rotulado/a como “demenciado/a” para dizer de seu sintoma (e a partir disso abrir outras questões), considero elevá-lo/a à sua condição de sujeito e dar peso à sua fala tão desmerecida no senso comum e no discurso biomédico - pois não é atípico que os/as profissionais, mesmo especialistas em geriatria e gerontologia - refiram-se somente aos/às cuidadores/as para obter informações sobre o/a paciente, uma vez que há suspeitas sobre o diagnóstico.

Dessa forma, apostamos na conjugação de saberes para lidar com os desafios que alguns fenômenos nos colocam devido à sua complexidade. Consideramos significativo incluir as dimensões cultural e subjetiva no quadro patológico da DA para que possamos avançar na compreensão dessa doença e pensar em outras modalidades de tratamento que não sejam apenas a farmacológica, mas que

abranjam esses dois outros aspectos que constituem o ser humano. Podemos observar, ao longo da história, que o progresso científico está atrelado às condições sociais e subjetivas de cada tempo. Goldfarb (2014) salienta que “a produção conceitual de qualquer área do conhecimento é regulada por valores sociais e condições históricas que definem sua evolução e operacionalidade” (p. 51) Podemos assistir a movimentos verdadeiramente revolucionários quando passamos a considerar o sujeito em situações nas quais, antes, ele era retirado de cena. Loucos, hansenianos, mulheres, negros, homossexuais, pessoas com deficiências etc. Será que agora, com o crescente movimento em relação ao envelhecimento, não é a hora de apostar que há algo do sujeito na demência?

Mucida (2009), corrobora com Messy (1999), que sinaliza uma relação entre estados depressivos e o Alzheimer:

[...] lutos mal elaborados diante das perdas, ódio à imagem apresentada pela velhice e que retorna sobre o corpo, isolamento, restrição de laços sociais e falta de investimento no mundo são fatores importantes na constituição do Alzheimer. (MUCIDA, 2009, p. 83)

A partir da sua prática, nos casos atendidos e escutados em supervisão, a psicanalista depreende que uma história marcada por dificuldades importantes com o luto associado à velhice encontra um casamento infeliz com inúmeras perdas geralmente inevitáveis. Daí supõe que o desencadeamento da doença seja uma resposta a um real insuportável que, sem um trabalho de luto, leva o sujeito à rendição da própria vida. Segundo ela,

O Alzheimer é uma resposta subjetiva diante de um tempo que não permite mais inscrições. [...] Sem as emendas às suturas - possibilitando que R.S.I mantenham-se juntos sem se confundirem -, no Alzheimer prevalece a perda gradativa da cadeia e, conseqüentemente, a mistura dos tempos e uma indistinção avassaladora entre RSI. Sem essas amarras o sujeito tende a se agarrar a um passado conhecido¹⁷, como medida protetora contra um real devastador. Sem os meios simbólicos e imaginários e, portanto, sem retenção do simbólico e imaginário, persiste um real do tempo que desliza. Restam apenas fragmentos de cada registro, sem relação entre si. (MUCIDA, 2009, p. 83)

¹⁷ Esse passado conhecido remete à repetição, tema que será abordado no capítulo 3.

Considerando tais noções, coloca-se a pergunta se há possibilidade de um trabalho sob transferência para pessoas com esquecimentos associados a algum tipo de demência. O próximo capítulo traz reflexões em torno das questões subjetivas envolvidas nos fenômenos dos esquecimentos a partir de dois casos atendidos por mim.

2 DIMENSÕES SUBJETIVAS DO ESQUECIMENTO

2.1 Narcisismo e desnarcisação

Conta-se que, certa vez, a antropóloga americana Margaret Mead foi interrogada sobre o que considerava ser o primeiro sinal de civilização em uma cultura. Mead disse que a primeira evidência de civilização foi um fêmur fraturado de 15.000 anos encontrado em um sítio arqueológico. Mead explicou que, no reino animal, se você quebrar a perna, você morre. Um fêmur quebrado que cicatrizou é evidência de que outra pessoa se dispôs a ficar com quem caiu, amarrar o ferimento, carregar a pessoa para um local seguro e cuidar dela durante a recuperação¹⁸.

Esta passagem deixa evidente a importância do outro na sobrevivência de um indivíduo na espécie humana. Outros campos do saber também falam sobre isso. Na sociologia, por exemplo, Bauman (2004), no livro no qual se dedica a falar sobre amor nos tempos atuais, pondera que, “para termos amor-próprio, precisamos ser amados. [...] O amor-próprio é construído a partir do amor que nos é oferecido por outros. [...] Outros devem nos amar primeiro para que comecemos a amar a nós mesmos” (p. 102).

Em 1914, Freud já nos mostra que nossa constituição subjetiva ocorre através da alteridade. No texto “Introdução ao narcisismo” ele nos diz que “uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem que ser desenvolvido” (FREUD, 2010[1914], p. 19). O bebê, nesse primeiro momento, obtém prazer com o seu corpo de maneira autoerótica. Este autoerotismo acontece pela fragmentação. Isto é, o bebê sente prazer com partes do seu corpo, mas ainda não há uma unificação deste. O processo que promove a unificação é o narcisismo.

A passagem do autoerotismo para o narcisismo se dá através do que Freud refere como uma “nova ação psíquica”. A nova ação psíquica é uma operação que precisa do outro e à qual o sujeito responde. Para este processo, Lacan (1998[1949]) cunhou a expressão “estádio do espelho”:

[...] *uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para

¹⁸ Disponível em <<https://www.forbes.com/sites/remyblumenfeld/2020/03/21/how-a-15000-year-old-human-bone-could-help-you-through-the--coronavirus/?sh=3d855d3637e9>>

esse feito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*. A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (p. 97)

Conforme descreve Olgivie (1988), essa relação imaginária é operada pela linguagem. Assim, esse processo identificatório se dá no campo do Outro (dimensão da alteridade inteiramente remetida à linguagem).

Na construção narcísica do sujeito, estrutura-se ainda o campo dos ideais, definidos como Eu ideal e ideal do Eu por Freud e que são aspectos fundamentais para se pensar algumas dimensões do envelhecimento. O sujeito, para não abrir mão da perfeição narcísica que o ronda quando criança, projeta diante de si um ideal referente ao que ele era na infância, mas deixou de ser (ideal do eu). Nas palavras de Freud:

[ao] Eu ideal dirige-se então o amor a si mesmo, que o Eu real desfrutou na infância. O narcisismo aparece deslocado para esse novo Eu ideal, que como o infantil se acha de posse de toda preciosa perfeição. Aqui, como sempre no âmbito da libido, o indivíduo se revelou incapaz de renunciar à satisfação que uma vez foi desfrutada. Ele não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância, e se não pôde mantê-la, perturbado por admoestações durante seu desenvolvimento e tendo seu juízo despertado, procura readquiri-la na forma nova do ideal do Eu. O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância, na qual ele era seu próprio ideal. (FREUD, 2010[1914], p. 40)

O Eu ideal é a instância que remete àquilo que gostaríamos de ter sido, que teria sido nosso lugar no desejo dos nossos pais, as expectativas da sociedade, o que o outro espera de nós. Corresponde a uma figura do narcisismo na qual a divisão entre o que sentimos ser o Eu e a imagem de nós mesmos teria desaparecido de tal maneira que nós completariamos e responderíamos ao que o outro espera de nós, tornando-nos, então, um objeto para o outro. O ideal do Eu é uma instância secundária formada

a partir do complexo de Édipo e que tem a ver com uma substituição simbólica do narcisismo primário. Esta instância nos diz como devemos ser como um ideal - tomando algo, alguém ou uma ideia como ideal - para poder autorizar o nosso próprio desejo. É uma espécie de substituto da cena inicial em que pais são seres supremos e que, em algum momento, reconhecemos que eles são também humanos e substituídos por outras instâncias que os representam. A partir dele, montamos nossas estruturas de admiração que serão fundamentais na nossa maneira de amar. Também constitui uma instância de formação da nossa moralidade junto com o Supereu. O ideal do Eu nunca é alcançado e a sua função é permanecer como farol, iluminando o caminho do nosso desejo.

A velhice é uma etapa na qual esse ideal do Eu pode fracassar devido ao somatório de perdas que o sujeito vai tendo ao longo da vida, como certas restrições e diminuição de possibilidades corporais, sensoriais e motoras. Segundo Messy (1999), podemos pensar o envelhecimento através da instância egóica, em seu movimento de identificação com os objetos. “Essas falhas vêm reativar a imagem entrevista, que não é mais a de um ego ideal, mas a de um *ego feiúra* revelado pela queda do ideal” (p. 34). Mucida (2018) aponta que, na velhice, a lembrança do que se foi é “uma via utilizada por muitos na busca de enlaçamento com algum traço do ideal do eu” (p. 103).

Ao observarmos o/a *idoso/a*, na nossa sociedade atual, podemos perceber que o que ocorre é o oposto do descrito acima. Se, ao nascer, uma criança torna-se o centro de toda a atenção dos que estão em volta, depositando nela uma série de expectativas, ao chegar na velhice o processo é outro. Ressalvando, evidentemente, alguns casos, vimos no capítulo anterior que, em geral, o/a *idoso/a* é desinvestido/a de diversas maneiras: seja porque “já viveu muito”, seja porque não faz mais as coisas como antes, seja porque “dá trabalho” etc. A ideia de inutilidade ainda está arraigada na concepção que temos sobre velhice. E podemos entender, aqui, inutilidade como dessubjetivação pois é muito frequente escutar, na clínica com *idosos/as*, a perda narcísica atrelada à utilidade em falas como essa que uma paciente de 90 anos proferiu: “Eu não sou mais eu mesma; me sinto inútil”. Goldfarb (2014) nomeou “desnarcisação” o desinvestimento da cultura que leva o/a *idoso/a* a se identificar com um espaço vazio.

Este processo fica ainda mais evidente quando o sujeito apresenta algum quadro clínico demencial. A condição de descartabilidade e inutilidade o relega a um

estado de objeto para intervenções de cuidado. A notícia de um diagnóstico pode, às vezes, provocar uma antecipação da sua posição subjetiva.

Um ponto importante a ser considerado é que Freud (2010[1914]), de maneira original, apresenta o Eu como objeto de investimento libidinal, como objeto fonte de obtenção de prazer. Porém, esta libido não fica retida nele, sendo necessário que ela seja investida em objetos externos ~~ao sujeito~~. Ao investir em objetos externos, a libido circula, indo para fora e retornando ao Eu. Através dessa circularização da libido, forma-se o narcisismo secundário. O próprio Freud pergunta:

[...] de onde vem mesmo a necessidade que tem a psique de ultrapassar as fronteiras do narcisismo e pôr a libido em objetos? A resposta derivada de nosso curso de pensamento seria, mais uma vez, que tal necessidade surge quando o investimento do Eu com libido superou uma determinada medida. Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar. (FREUD, 2010[1914], p. 29)

Ao buscar acesso ao estudo do narcisismo, Freud (2010[1914]) se utiliza de três vias: a doença orgânica, a hipocondria e a vida amorosa dos seres humanos. O que ele observa é que, em alguns estados, ocorre uma retirada de libido de objetos externos e esta fica concentrada em algo específico (órgão, sofrimento ou o próprio eu). Amar, portanto, na citação acima, refere-se a investir libidinalmente em objetos externos ao eu. Se, no desenvolvimento narcísico do sujeito, é necessária a circulação da libido (que vai até objetos externos e retorna ao Eu) para que a operação do narcisismo secundário se realize, então um represamento da libido pode nos indicar um estado de adoecimento.

Dessa maneira, é necessário não só fazer a libido circular com investimentos no Eu e nos objetos externos como também ser objeto de investimento dos outros e do Outro. Muitos pesquisadores e teóricos do desenvolvimento humano constataram a importância ~~vital~~ do afeto para a nossa espécie. Na psicanálise, destacam-se Sándor Ferenczi e René Spitz. Jorge (2010) sublinha os achados destes dois psicanalistas relacionando-os com Freud e Lacan, apontando que “o amor e o desejo do Outro são responsáveis pelo desejo de viver e pelo florescimento, na criança, da pulsão de vida” (p. 161)

É sabido, com Freud, desde a publicação de “Além do princípio de prazer” (1920), que existe uma tendência de retorno ao estado anterior de ausência de tensões. A esta tendência de retorno ao inorgânico, Freud chamou “pulsão de morte”. Há, também, uma igual tendência para a conservação da vida, de preservação do ser, à qual Freud chamou “pulsão de vida”.

De acordo com Jorge (2010), Ferenczi situa a gênese das tendências inconscientes de autodestruição no âmbito da má recepção dos familiares feita ao sujeito em seu nascimento. Spitz, por sua vez, mostrou que o tratamento técnico, sem calor humano e sem contato físico é fatal para a vida do recém-nascido. Depreende-se, a partir disso, que o ser não se resume ao corpo biológico nem a sobrevivência corresponde somente ao atendimento de suas necessidades fisiológicas (embora também sejam vitais). Juntamente a isto, está a relação interdependente com o outro e, mais do que isso, o afeto presente nesta relação.

Nesse sentido, “é da pulsão de morte que, por ação do amor e do desejo do Outro, nasce a pulsão de vida. [...] Ela [a criança] está mergulhada na pulsão de morte, da qual, sob a incidência do amor e do desejo de vida proveniente do Outro, nascerão, pouco a pouco, pulsões de vida.” (JORGE, 2010, p. 161) É o amor que faz frente à pulsão de morte. O amor é chama da vida! Chama no uso do termo como substantivo (sinônimo de fogo, luz) e como verbo, significando invocar algo ou alguém pelo nome, mandar vir.

É ainda Jorge (2010) quem nos diz que: “A proximidade da criança do não-ser, muito maior do que a do adulto, favorece que ela deslize e retorne para ele muito facilmente” (p. 162). Ao pensarmos na velhice, a partir disso, notamos que há também uma proximidade com o não-ser - talvez até maior do que na criança, pois esta ainda tem, socialmente, um futuro projetado à sua frente. Já o/a *idoso/a* “não se sente, não se vê mais como objeto de desejo, impressão confirmada pela sociedade, que lhe sinaliza o quanto ele é agora improdutivo, inútil” (MESSY, 1999, p. 30). Muitas vezes, a tendência à inércia prevalece e as condições adjacentes são muitas: a condição social do/a *idoso/a*, limitações físicas, institucionais ou por parte dos familiares, insensibilidade. Vale lembrar que sempre há um sujeito que responde a tudo isso da maneira que pode; mesmo a passividade, do ponto de vista subjetivo, é uma forma de resposta. Porém, sem fatores que facilitem uma reação diferente, fica realmente muito difícil sustentar alguma direção contrária.

Isso aparece radicalmente, a meu ver, em *idosos/as* demenciados/as e institucionalizados/as em ILPIs (Instituição de Longa Permanência para Idosos). A pessoa *idosa* demenciada é alguém que vai sendo reduzida ao corpo biológico, sob o qual incidem práticas diretivas de tratamento por parte de um outro (especialista, familiar, cuidador). Goldfarb (2014) sublinha que o corpo de uma pessoa demenciada “não parece estar atravessado por nenhum registro simbólico” (p. 78). Chama a atenção também como a ILPI é, muitas vezes, um lugar onde essa condição da velhice inútil aparece claramente. Em geral, o que encontramos são corpos praticamente imóveis por longo tempo. No filme “Arrugas” (2011), há uma cena bastante interessante. O personagem Emilio, recém-admitido, é levado a fazer um *tour* pela instituição. O salão principal é apresentado a ele como o “coração” da instituição. Todas as pessoas, porém, estão sentadas em poltronas, sofás, cadeiras de rodas absolutamente inexpressivas ou sonolentas. Há um enfoque cenográfico demorado nesse momento.

Tal situação nos faz compreender a ILPI como um espaço que guarda resquícios da sua origem de função segregatória, assim como o lugar social do/a *idoso/a* demenciado/a também tem caráter excludente. Em decorrência disso, podemos observar certa despersonalização dessas pessoas e uma mortificação expressa em seus corpos inertes. E “morrer significa aqui esgotar dentro do interior da vida todas as suas capacidades de preservação no ser das quais ela é capaz, para poder, enfim, se entregar à tendência ao retorno ao não-ser” (JORGE, 2010, p. 165), pois:

Quando ao excesso da experiência com o próprio corpo físico soma-se um presente em que o velho não encontra mais lugar, onde o olhar do outro, longe de sustentá-lo, transforma-se em seu demolidor [...] a velhice pode assumir a dimensão de um verdadeiro desafio, supostamente o último. O presente, se vivido como uma privação de si mesmo, inviabiliza uma articulação com a imagem e a fantasia que o sujeito guardava de si e para si, o eu ideal e o ideal do eu, podendo ocorrer que as vias do desprazer lhe ganhem a preferência. (MAFFIOLETTI, 2005, p. 350)

A não delimitação clara entre interno e externo no narcisismo diz de uma alteridade que constitui o sujeito e que permanece, podendo assumir, em algumas

velhices, uma dimensão de sofrimento e angústia. Ao não investimento do Outro, somam-se as dificuldades no campo dos ideais.

As experiências de perda e separação acontecem ao longo da vida, deixando marcas/trilhas no aparelho psíquico. A partir dessas primeiras experiências, o afeto será sentido e remontará a elas ainda que não seja de maneira consciente pelo sujeito. Indo mais longe, Freud (1977 [1926]) nos aponta que a “situação, portanto, que ela [criança] considera como um ‘perigo’ e contra a qual deseja ser protegida é a de não satisfação” (p. 137). Esta experiência de satisfação está perdida desde sempre e para sempre, sendo a perda, portanto, estrutural. Contudo, tal perda gera uma falta que fará com que, ao buscar repetir a experiência mítica de satisfação, o sujeito deseje.

A primeira condição de perigo é o nascimento. O trauma do nascimento é o modelo para toda a angústia que segue o resto da vida. É ao nascer que o bebê enfrenta o perigo do desamparo e, desta condição de desamparo, aparece a angústia como afeto (FREUD, 1977 [1926]).

Não podemos esquecer que a constituição subjetiva não se dá sem alteridade: “O encontro com o Outro [...] proporciona uma imagem ideal de si mesma, um eu ideal [...] essa imagem é consistente, ela mantém, enlaça, dá um sentido a partir do qual o sujeito começa a se nomear como um ‘eu’” (MUCIDA, 2018, p. 106). Portanto, o outro está também presente nesse processo de angústia. A angústia tem a ver com a ameaça da imagem que se tem e sua relação com o ideal do Eu. Para tanto, o outro faz-se mister, pois só é possível formar um ideal a partir da relação com o outro.

Diante disso, o corpo não está ausente, pois é constituinte do sujeito. Importante frisar, contudo, que ao falarmos em corpo na psicanálise, não estamos nos referindo ao arcabouço orgânico, mas a um corpo erogeneizado, atravessado pela linguagem. Este corpo inicialmente fragmentado, ao tomar o outro como imagem, também vai se forjando imaginariamente. O narcisismo funda-se na introdução de uma imagem: “O ideal do eu marca o ponto pelo qual o sujeito se verá *como visto pelo Outro*, um ponto no qual ele poderá receber amor do outro” (MUCIDA, 2018, p. 107) Por isso, na velhice, a perda da imagem ideal “não se refere a uma simples mudança na imagem corporal trazida pelas rugas, pelos cabelos brancos, elasticidade da pele, mas [...] à constituição do sujeito, marcando-o de forma irrevogável” (MUCIDA, 2018, p. 109). Nesse sentido, há uma dissimetria na relação entre o ideal do Eu e o Eu ideal na estruturação subjetiva. A relação do sujeito com o outro intermediada pelo próprio

corpo é especular. É neste campo do espelho que se presentifica o sentimento infamiliar.

Isto é bem ilustrado no conto machadiano intitulado “O espelho - Esboço de uma nova teoria da alma humana” (ASSIS, 2004). Ao ser nomeado alferes, aos 25 anos, Jacobina passa a ser reconhecido por todos ao seu redor como “alferes” ou “senhor alferes”. Este título, presentificado pela farda que vestia, conferiu a ele um tratamento especial por parte das pessoas que o cercavam. A partir do chamamento e olhar do outro sobre si, sua identidade vai se forjando. É este reconhecimento que vem dos outros que dá um lugar especial a ele.

Quando vai passar uns dias na casa de uma tia e esta precisa ausentar-se, Jacobina fica sem as referências que fazem dele quem ele é, pois esses referenciais partem dos outros. A solidão que experimenta o coloca em uma condição de desamparo tamanha que ele passa a não conseguir enxergar-se no espelho (utensílio de maior valor na casa e que a tia pusera em seu quarto).

A repentina deserção de todos que o cercavam, aliada ao fato de encontrar-se em local escuso e isolado, produziram como efeito uma sensação de mortificação que culminou com a desestabilização da imagem do corpo próprio. A imagem no espelho tornou-se difusa, com contornos mal definidos. (CASTILHO, 2005, p. 52)

O outro, como espelho, tomou conta de sua vida. Na hora que isso desaparece, ele cai no nada, na angústia. Jacobina, então, tem a ideia de vestir sua farda para olhar-se. Consegue, então, enxergar-se. Ele volta a se ver como se via antes. Foi assim que Jacobina enfrentou a situação de isolamento em que se encontrava. A farda lhe proporcionou um contorno, pois é através dela que ele pode reconhecer-se. E ela nada mais é do que a presentificação da imagem que ele tem de si a partir da fala dos outros.

Sendo a angústia o afeto base dessa experiência e sendo ela estrutural da condição humana, podemos considerar que ela não se restringe a uma faixa etária exclusiva. Numa conversa informal sobre o acontecido, uma amiga de 24 anos relatou também já ter passado pela experiência de olhar-se no espelho e não se reconhecer. Também Guimarães Rosa, ao relatar sua experiência, diz ser moço quando do ocorrido:

Foi num lavatório de edifício público, por acaso. **Eu era moço, comigo contente, vaidoso.** Descuidado, avistei... Explico-

lhe: dois espelhos - um de parede, o outro de porta lateral, aberta em ângulo propício - faziam jogo. E o que enxerguei, por instante, foi uma figura, perfil humano, desagradável ao derradeiro grau, repulsivo senão hediondo. Deu-me náusea, aquele homem, causava-me ódio e susto, eriçamento, espavor. E era - logo descobri... era eu, mesmo! (ROSA, 2019, p. 71, *grifo nosso*)

Encontramos também em Freud (2020 [1919]) a experiência de não identificar seu reflexo durante uma viagem de trem:

eu estava sentado sozinho na cabine do vagão-dormitório, quando, sob o efeito de um brusco sobressalto um pouco mais violento que os outros, a porta que levava ao toailete contíguo se abriu e um senhor mais velho, de pijama, com o boné de viagem na cabeça, adentrou minha cabine. Suspeitando de que ele, ao sair do sanitário que se encontrava entre as duas cabines, havia se enganado de direção e, erroneamente, chegado até a minha, dei um pulo, para lhe esclarecer o acontecido, mas logo reconheci, perplexo, que o invasor era a minha própria imagem refletida no espelho da porta intermediária. Sei ainda que essa aparição me deixou, no fundo, descontente. (p. 103)

Na velhice, porém, as modificações corporais incidem com mais intensidade, ficando perceptíveis e por vezes incômodas, gerando questionamentos como apresenta Cecília Meireles (2012):

Retrato

Eu não tinha este rosto de hoje,
Assim calmo, assim triste, assim magro,
Nem estes olhos tão vazios,
Nem o lábio amargo.

Eu não tinha estas mãos sem força,
Tão paradas e frias e mortas;
Eu não tinha este coração
Que nem se mostra.

Eu não dei por esta mudança,
Tão simples, tão certa, tão fácil:
- Em que espelho ficou perdida
A minha face?

Podemos observar um não-reconhecimento de si no poema de Cecília que, a todo instante, diz de todos os elementos corporais e subjetivos que se apresentam, mas com os quais ela não se identifica. Ao falar da mudança de que ela não se deu

conta, pergunta-se onde ficou perdida sua face. Interessante também notar que a poeta faz uma relação com partes do corpo e estados psíquicos, como o rosto magro e triste, os olhos vazios, o lábio amargo, as mãos sem força, o coração que não se mostra. Não é só o processo de alteração física que está em jogo no não reconhecimento de si ao olhar-se.

O momento da angústia é o momento em que faltam as referências para o sujeito. Na medida em que o sujeito começa a falar sobre isso livremente, algo é possível de ser reescrito em sua história. A angústia de diferentes modificações, de mudanças da imagem e enfraquecimento de laços sociais na velhice impõe, segundo Mucida (2018), novas traduções, transcrições, atualizações. Porém, caso isso não aconteça, pode haver um retorno à fixidez e a formação de novos sintomas. No que diz respeito a essa fixidez, Castilho (2011) nos ajuda ao trazer a noção de entropia psíquica presente em Freud e Lacan. Nesse sentido, há um “caráter inexorável da perda como produção que põe em movimento um esforço de recuperação de gozo que é sempre falho” (p. 300).

Castilho (2005) questiona se a perda de laços importantes e concomitantes nessa etapa da vida não produziria algo semelhante ao sentimento de infamiliaridade em algumas pessoas velhas. A autora aponta uma relação entre perda de laços, sentimento de infamiliaridade e solidão na velhice e aposta na análise como travessia dessa angústia experimentada a partir de um trabalho pela palavra sob transferência. Segundo ela, a “queixa de sentir-se só articulada a uma pergunta em torno do desejo permite avançar em um singular trabalho de construção em análise, e, sem dúvida, é capaz de favorecer certa retomada de laços” (p. 54).

Goldfarb (2014), por outro lado, sublinha que há casos em que o trabalho de elaboração parece não ser possível e levanta uma questão importante:

[nos casos em que a elaboração não é possível] nos defrontamos com aquilo que, pela sua intensidade e modalidade de inscrição, não pode ser retomado na posterioridade; aquilo que constitui um resto de impossível elaboração, marcando limites e sendo o grande desafio de qualquer psicoterapia. O inominável, que não se representa simbolicamente e só pode ser atuado no corpo. Essa falta de elaboração pode ser então razão suficiente para levar um sujeito pelo caminho sem retorno do esquecimento mais radical e violento? (p. 21)

A radicalidade do quadro demencial nos convoca a pensar a respeito da dificuldade de elaboração que aparece nesses casos, como veremos adiante.

2.2 Esquecimentos e trabalho de luto

Conforme envelhecemos, passamos por inúmeras perdas e a morte de pessoas próximas é cada vez mais frequente. Esses lutos sucessivos e, por vezes, concomitantes, demandam elaboração psíquica. Freud (2010[1917]) nos diz que “via de regra, luto é a reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar, como pátria, liberdade, um ideal etc” (p. 172). Sem jamais patologizar esse estado, Freud também não recomenda tratamento médico, ainda que haja um afastamento da conduta normal da vida. O fundador da psicanálise considera até mesmo prejudicial perturbá-lo e aponta o tempo para sua superação. Alguns traços são observados no quadro de luto (profundo):

[...] a reação à perda de um ente amado comporta [...] doloroso abatimento, a perda de interesse pelo mundo externo - na medida em que não lembra o falecido -, a perda da capacidade de eleger um novo objeto de amor - o que significaria substituir o pranteado -, o afastamento de toda atividade que não se ligue à memória do falecido. Logo vemos que essa inibição e restrição do Eu exprime uma exclusiva dedicação ao luto, em que nada mais resta para outros intuítos e interesses. (FREUD, (2010[1917], p. 173)

Sendo o luto a reação à perda de um objeto e este podendo ser abstrato, pode acontecer de não haver se efetivado a morte biológica de alguém, mas uma morte no campo simbólico de alguém que deixou de ser como era. Isso é muito comum em cuidadores familiares, como veremos mais adiante no caso de L. que diz não reconhecer mais o marido, que já não é mais como antes.

Durante o processo natural de luto, retiramos libido do mundo externo. Quando somos atingidos/as pela perda de um objeto que nos é caro, pouca coisa ou quase nada nos interessa. Aos poucos, porém, com o passar do tempo, torna-se possível para nós retomar a vida e seus afazeres. Isso não significa, porém, que não sentiremos mais falta do que foi perdido, mas será possível um remanejamento da libido para que esta volte a circular. Freud (2010[1917]) assim nos esclarece:

O exame de realidade mostrou que o objeto amado não existe mais, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. [...] O normal é que vença o respeito à realidade. Mas a solicitação deste não pode ser atendida imediatamente. É cumprida aos poucos, com grande

aplicação de tempo e energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido se prolonga na psique. Cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. [...] após a consumação do trabalho de luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido. (FREUD, 2010[1917], p. 173/4)

A velhice é um momento no qual muitos rearranjos que o sujeito fez para enfrentar o Real desmoronam e, com eles, muitos dos ideais. Para muitos não é fácil reinventar a vida após certa idade, quando muitos dos laços sociais anteriores são desfeitos. Especialmente no discurso atual, envelhecer torna-se um sintoma diante do imperativo da produção, da beleza e do novo. Assim, nem sempre o desfecho do luto é suficiente para produzir novos arranjos e investimentos libidinais, e outros sintomas podem aparecer na tentativa de tratar o Real (MUCIDA, 2018).

Uma das respostas possíveis ao trabalho de luto inoperante que Mucida (2018, p. 155) sublinha é a depressão. Conforme a autora, a cultura, ao promover, muitas vezes, uma morte social para o idoso, provoca o encontro com outra morte, bem mais cruel que a morte real - da qual nada sabemos. Diante desse silenciamento, é importante dar a palavra à pessoa *idosa*. Segundo Goldfarb (2014, p. 73), hoje é consenso que uma depressão severa ou não tratada pode conduzir a uma demência que será irreversível a partir de certo ponto.

Cherix & Junior (2018) concordam com Clewell (2004) quando aponta que lutos não resolvidos na história de vida anterior somam-se a lutos atuais para o trabalho de elaboração e, se houve sequelas de situações traumáticas anteriores, podem eclodir quadros patológicos graves em pessoas que conseguiram se manter, ao longo da vida, relativamente funcionais, mas podem ficar aprisionadas na dor de sua “história narcísica”. Os autores também salientam que o processo de luto é um risco para a integridade narcísica do sujeito:

Ressuscitando o outro na lembrança, o enlutado tenta recuperar uma parte de si que foi projetada no outro, uma parte de si necessária para a construção da auto imagem do sujeito como um ser completo e autônomo. Perder um ente querido ameaça assim destruir a integridade psíquica imaginária, imaginária pois a imagem de si depende da relação com um objeto externo ao indivíduo. (p. 187)

Assim, ainda conforme Cherix & Junior (2018), podemos compreender como, diante de algumas perdas, os/as *idosos/as* podem se desorganizar psiquicamente de maneira temporária ou definitiva. A nossa reação, por exemplo, à morte de alguém tem a ver com o fato desse objeto amado investido psiquicamente ser portador de partes de nós, ou seja, importante para o sentido de identidade que temos. Nesse sentido, os autores esboçam a hipótese de que alguns sintomas que aparecem no envelhecimento podem ser entendidos como reflexos da nova organização psíquica, constelada para proteger o sujeito da dor:

Numa possível articulação dos conceitos freudianos com a clínica das demências, seria possível supor que, até o momento, um processo de luto foi possível, mas se atingiu um limite do quanto o aparelho psíquico pode dar conta do desligamento da libido dos objetos, encontrando-se assim repleto de energia desligada, voltada para o Eu no reservatório, sem conseguir ainda investir em novos objetos. Aqui podemos vislumbrar uma relação entre o termo médico de depressão que, na abordagem psicanalítica, tanto se pode referir ao processo de luto saudável quanto a um processo patológico, e os sintomas ligados ao surgimento das demências, principalmente a perda de memória. (p. 189)

Ainda que haja, no meio médico, ressalvas ao se associar depressão e demência, os estudos avaliados por Braz & Soares (2020) sugerem uma importante associação entre esses quadros. Segundo os autores, embora isso ainda não esteja completamente elucidado, a depressão vista como um fator de risco para o desenvolvimento de DA é a teoria mais aceita atualmente. Do ponto de vista psicanalítico, Cherix & Junior (2018) sustentam que:

É possível pensar que, nesse momento de depressão, isto é, de diminuição de investimento libidinal em relações de objeto, o aparelho psíquico esteja tentando ligar os afetos recentemente desligados a novas representações em busca de um sentido para o que foi perdido e uma possibilidade de reposicionamento subjetivo. Quando esse processo pode ocorrer, não há danos para o Eu, o qual pode voltar a funcionar depois de um período de confusão. Quando esse processo não pode continuar e chegar à resolução do luto, ou seja, ao investir a libido em novos objetos e completar o processo de religação da energia solta, o psiquismo optaria pelo caminho da regressão numa tentativa de encontrar um funcionamento

psíquico compatível com o excesso de energia e, dessa forma, apresentaria uma mudança no funcionamento do Eu, acarretando danos definitivos para todas as funções do Eu. (pp. 188-189)

Quinet (2002) afirma que na clínica “a depressão” não existe. O que se encontra são estados depressivos que sucedem em algum momento na vida de uma pessoa e que apresentam uma história subjetiva precisa. Segundo ele,

A tristeza, como sentimento humano, demasiadamente humano, é a expressão da dor própria à existência e se refere a uma posição do sujeito que faz parte da estrutura psíquica. Se essa posição não deixa de ser estrutural, a ela o sujeito não deve ceder, posto ser uma posição relativa ao gozo que se opõe ao desejo. (p. 90)

Quinet (2002) sublinha ainda que todas as perdas têm um significado, a castração. Por essa razão são dolorosas e se faz necessário o trabalho de luto do objeto perdido para que se possa sair da dor. Conforme o autor, a dor tem duas vertentes: 1) dor correspondente à emergência de um gozo inadequado para o sujeito; 2) dor ligada à castração, à qual o sujeito é remetido a cada perda. “Encontramos aqui o fundamento freudiano do que desencadeia o luto, a depressão e a melancolia: a perda daquilo que escamoteava a castração” (p. 92).

Como isso aparece na clínica em um ambulatório de geriatria? O caso a seguir pode ilustrar bem. A paciente L. é encaminhada para a Psicologia, pois a equipe estava bastante preocupada com seus esquecimentos e, também, com a perceptível preterição de si em relação aos cuidados do marido: “As coisas dele ela não esquece, mas esquece as dela” (fala de uma assistente social que acompanha o caso). Tendo sido feito o encaminhamento ainda no período da pandemia no ano de 2020, realizo contato telefônico para perguntar sobre sua vontade de falar e, assim, oferecer o acompanhamento, a princípio, remoto. L. falta a todos os atendimentos marcados nesse período e nessa modalidade, pois esquecia.

Depois de um tempo, com a retomada gradual dos atendimentos presenciais, em um dia que ela está aguardando atendimento com outra especialidade, apresento-me presencialmente, ao que ela afirma querer o acompanhamento psicológico e pergunta se pode ser já naquele instante. Ao término da sessão, ela diz: “*Foi muito bom falar com você hoje, pois eu ia explodir*”. E segue, então, em acompanhamento. Apropria-se surpreendentemente do seu espaço de fala e escuta, trabalhando suas

questões com “pouco tempo” de atendimento. Em dado momento, diz que antes não conseguia falar sobre algumas coisas e hoje já consegue falar comigo.

Apresenta, na sua fala, uma preocupação com seus esquecimentos para o que, inicialmente, não encontra contorno. Dentre outras coisas, vem falando sobre como está sendo doloroso ver o marido na condição em que está. Segundo ela, ele fica dias sem tomar banho, não interage mais, não é mais o mesmo. Não há prejuízo nas atividades cotidianas e autonomia. Diz sentir-se muito sozinha embora esteja acompanhada, e que já não sabe mais o que é para o marido. Neste momento, diz: *“Eu me perdi.”*

A questão do luto tem a ver, como sinalizamos acima, com a perda do lugar que se ocupa para alguém, conforme aponta Lacan (2006[1962-1963]): “Só nos enlutamos por alguém de quem possamos dizer a nós mesmos: *Eu era sua falta*” (p.156). Podemos ver, com L., os efeitos que a perda desse lugar tem. Ela frequentemente se pergunta: *“O que eu sou para ele?”* e fica nesse abismo no qual se perde também.

Segue falando sobre a solidão, o quanto a situação do marido a afeta e percebe estar “esquecida” porque sua mente está “desorganizada”. Vale aqui chamar atenção para o fato de serem aplicados testes de memória em L. na sua chegada ao ambulatório, os quais não apontam *déficit*. L. inicia, então, os atendimentos comigo e, alguns meses depois da primeira aplicação de testes, a equipe entende que precisa aplicá-los novamente pois ela ainda apresenta questões de esquecimento. Os resultados não se alteram nesse intervalo de tempo, entre a primeira e a segunda aplicação. L. relaciona, na fala sob transferência, seus esquecimentos ao momento delicado, de total desamparo, que está vivendo.

Em uma sessão importante, chega falando sobre algo que, naquele momento, percebe acontecer. Numa situação de perigo na comunidade onde mora, ficou extremamente preocupada com o marido em meio ao tiroteio, quatro dias antes da sessão comigo. No dia da sessão, havia se esquecido da consulta marcada com outra especialidade, mas foi para o atendimento comigo pois, segundo ela, precisava me dizer isso: *“Quando acontece alguma coisa assim, eu fico paralisada, só consigo pensar nas coisas do Sr. Mauro [nome fictício]. Esqueci o aniversário do meu neto, a consulta com a enfermagem”*. L. faz uma ligação entre vivenciar uma situação que a deixa muito abalada e os esquecimentos posteriores à situação. Fala que, quando acontece algo que a deixa nervosa, fica aérea por alguns dias, lembrando do que

aconteceu. Não consegue lembrar das outras coisas pois só consegue pensar nas coisas do marido. Diz ter medo de que o marido morra e, depois de algum tempo de trabalho, associa isso à morte do filho, eletrocutado aos quatro anos de idade, que L. presenciou e assistiu. Destaca esse fato como tendo sido “o pior trauma” de sua vida.

Messy (1999) nos diz que:

Quando a pessoa desaparece ou morre, a relação do ego com o objeto é marcada pelo luto, sendo vivenciada pelo sujeito como perda. A libido investida no objeto se retira. A dor é uma decorrência da volta da imagem investida, e, aspecto capital, essa imagem fica desprovida do suporte da realidade do outro. Digo do outro, mas bem que poderia dizer do objeto. Não se trata do outro na sua inteireza, mas da perda desta parte do outro que constituía um aspecto do meu ego. É precisamente por isso que, quando há ruptura de um vínculo, cria-se no ego um vácuo, uma depressão vivida dolorosamente pelo sujeito. O ego é constituído de imagens de objetos investidos e cada perda de objeto ameaça-o diretamente de ressecamento ou de esfoliamento imaginário. Ao perder seus objetos perde também seus suportes. (p. 21)

L. conta que, após a morte do filho, ficou “paralisada” por um tempo: *“As pessoas falavam comigo, mas eu não respondia. Nesse intervalo, também acabei com o meu casamento. As pessoas diziam que eu tinha ficado maluca, mas eu não fiquei”*. Continua dizendo que, por longos anos, não conseguia falar sobre o episódio: *“Foi muito doloroso. Hoje eu consigo falar.”* E associa seus sintomas a este episódio. Na mesma sessão, L. também fala sobre sua infância e suas relações nessa etapa da vida, sobretudo com os pais, e diz: *“Eu acho que quero apagar a minha infância; quero esquecer”*. Segue falando até se interrogar se as “coisas da infância” influenciam na sua vida hoje.

L. tem uma forte transferência comigo, pois ela, muitas vezes, deixa claro que, embora eu sempre sublinhe que ela está trabalhando, que essas coisas só caminham por ela estar falando comigo. Bastante transferida, ela marca a minha chegada como uma certa salvação ao dizer repetidas vezes, metaforicamente, que sou um “anjo” em sua vida, pois ela teria “explodido” caso não falasse comigo naquele dia em que iniciou o tratamento.

Interessante notar a dificuldade que ela teve em chegar à sessão através da via remota a despeito das minhas muitas tentativas. Assim como ela só consegue falar

“hoje” sobre a morte do filho, ela não conseguia falar antes das suas questões que não configuravam uma demanda sua, mas da equipe angustiada com o manejo em relação a ela e ao marido. Quando me apresentei presencialmente, algo permitiu que ela finalmente chegasse ao dispositivo clínico. Talvez algo em torno de um limite e de um certo transbordamento, como ela mesma marca ao dizer que se não falasse iria “explodir”. L., então, se dispõe a falar. E fala de coisas muito duras, que requerem coragem para serem tocadas, mas que ela fala depois de um certo tempo de vida. Ela mesma marca isso, pois diz que se fosse em outro momento não estaria falando.

Propondo-se a trabalhar, L. vai dos esquecimentos ao luto, transitando nas linhas do medo de perder e chegando ao que diz ter sido seu “pior trauma”. A cena do filho morrendo diante de si retirou-lhe as palavras por alguns anos. A situação atual do marido a desorganiza a ponto de esquecer de si e das “coisas dela”. Assim como se esqueceu, inicialmente, de todas as marcações comigo. E mesmo atualmente, quando algo a desestabiliza, falta à sessão. Hoje, porém, avisa com antecedência e me comunica que não consegue falar, naquele momento, e retoma as circunstâncias nas sessões que seguem aos episódios ocorridos.

Freud (1996 [1916-1917]) esclarece-nos que, pela transferência, fazemos o/a paciente transformar a repetição em lembrança. Ao costurar os vazios do sem sentido dos seus esquecimentos com as palavras, L. dá contorno à angústia de estar perdida em si mesma. Seus atos repetidos de esquecer suas coisas, entre elas as consultas, ao serem transformados em lembranças aparentemente desconectadas deles, aplainam os elementos que deixam sua “cabeça desorganizada”. Ou seja, quando se utiliza das palavras e pode, com elas, trabalhar sob transferência, um dos efeitos perceptíveis é a remissão dos esquecimentos que apareciam em seus atos. Identifica, agora, aquilo que a faz esquecer e vem encontrando maneiras de lidar com isso. Não esquece com a frequência de antes, podendo dizer até mesmo quando não consegue dizer.

Ao longo dos atendimentos, tem podido, aos poucos, reinvestir em si mesma. Traz uma certa separação entre ela e o marido ao contar que comprou louças com cores diferentes para cada um. Fala do desejo de continuar os estudos, matriculando-se em uma faculdade com ensino à distância. Passa a vir mais arrumada e, ao término de uma sessão, diz: *“Quero estar vestida de mim mesma”*. L. segue cuidando do marido, ora mais afetada pela condição deste, ora buscando olhar mais para si. Ela se pergunta e quer uma resposta sobre o diagnóstico do marido, mas tem podido, no

espaço que é seu, com uma fala dirigida a alguém, dar um contorno a essa angústia e encaminhar algo do trabalho de luto, pois parece haver um remanejamento libidinal.

Ao longo desse tempo de trabalho que tem feito, as queixas de esquecimento desapareceram. L. reconhece os momentos que a deixam desnorteada e endereça isso para mim, sob transferência, deliberando sobre ir ou não ao *setting* analítico para falar disso. Diz estar mais organizada e que percebeu que ficava muito “em cima” do marido, mas agora o tem “deixado”. Por ocasião de mudanças de horários meus, precisei remanejá-la para o período da manhã - turno no qual ela geralmente dedica-se a realizar tarefas para o marido. Embora dissesse ser uma dificuldade, consentiu e passou a se organizar para estar no consultório no horário combinado (às 11h). Depois de algumas semanas, relata: *“Esse novo horário contigo me ajudou. Achei que não fosse conseguir, mas eu consegui e está sendo bom”*. Diz que antes dedicava a manhã para as coisas do marido e, ao mudar o horário da sua sessão, tem feito coisas para si também. O que a desespera é ele morrer. Sobre isso, diz: *“Eu sei porque... por causa do meu filho. Isso já tem 34 anos, mas não saiu de mim.”*

Na sessão seguinte, chega bastante atrasada e diz que foi para me dizer que está bem. Embora não seja sem dor, encara o processo de separar-se do marido. Fala: *“Eu larguei ele, mas não o abandonei. Eu quero cuidar dele”*. E continua: *“Estou conseguindo dividir o que são as coisas do Mauro e as minhas. Estou me sentindo bem assim. A melhor coisa que fiz foi separar as minhas coisas das dele”*. L. atribui isso ao trabalho analítico. Mas sublinha: *“Eu larguei ele, mas não o abandonei. Eu quero cuidar dele”*. Não se trata, evidentemente, de sustentar que haja um abandono e sim, como ela mesma pode alcançar, poder investir em si mesma. Essa posição de prevalência do outro em detrimento de si está atrelada à sua história de vida. Como ela mesma salienta: *“A vida inteira eu fiz o que não queria; vestia roupa que não queria (porque não tinha dinheiro mesmo). Hoje eu quero fazer o que eu quero”*.

Com relação a se atrapalhar com os compromissos e a sua anterior “desorganização”, também faz associação a questões da infância, especificamente a uma fala da mãe na qual destaca o significante “lerda”, do qual Mauro também faz uso para referir-se a ela. Ao longo do trabalho, tem podido ressignificar isso. Diz que antes achava que tinha que fazer tudo ao mesmo tempo, mas hoje faz uma coisa de cada vez e descansa. Sublinha: *“Eu aprendi a reconhecer meus limites”*. Quando eu coloco algo em torno de não se violentar, ela comenta: *“Foi bom você falar em violentar porque eu estava me matando aos poucos”*. E, a despeito de tudo isso, marca: *“Só*

não consigo manter a calma quando o Mauro está perto. Ele me sufoca”, o que nos mostra a complexidade de um trabalho como esse.

Podemos observar um movimento libidinal na paciente do caso apresentado. Não se trata, aqui, de abandonar totalmente o ser amado - até porque ela o ama - nem deixar de viver para cuidar somente dele. Se uma parte do seu Eu tem sofrido abalos, o trabalho pela fala tem possibilitado que ela construa novos suportes. Algo próximo ao que Szymborska (2016) versou:

Em perigo, a holotúria se divide em duas:
com uma metade se entrega à voracidade do mundo,
com a outra foge.

Desintegra-se violentamente em ruína e salvação,
em multa e prêmio, no que foi e no que será.

No meio do corpo da holotúria se abre um abismo
com duas margens subitamente estranhas.

Em uma margem a morte, na outra a vida.
Aqui o desespero, lá o alento.

Se existe uma balança, os pratos não oscilam.
Se existe justiça, é esta.

Morrer só o necessário, sem exceder a medida.
Regenerar quanto for preciso da parte que restou.

Também nós, é verdade, sabemos nos dividir.
Mas somente em corpo e sussurro interrompido.
Em corpo e poesia.

De um lado a garganta, do outro o riso,
leve, logo sufocado.

Aqui o coração pesado, lá *non omnis moriar*,
três palavrinhas apenas como três penas em voo.

O abismo não nos divide.
O abismo nos circunda.

Nesse cenário em que se encontra, um significante muito presente na fala de L. é “sozinha” e ela separa dizendo sentir-se “só zinha”. Segundo Castilho (2005), a “queixa de sentir-se só articulada a uma pergunta em torno do desejo permite avançar em um singular trabalho de construção em análise, e, sem dúvida, é capaz de favorecer certa retomada de laços” (p. 54). É o que L. tem feito. Aos poucos, está cuidando mais de si, ela mesma diz. Fala que sua preocupação era que o marido tivesse algum diagnóstico de demência, mas, numa conversa com a médica que o acompanha, essa possibilidade foi descartada, o que deixou L. mais aliviada.

É assim que L. caminha, produzindo mudanças visíveis, como quando chegou ao consultório mais arrumada. Quando comentei sobre seus cabelos, respondeu: *“Estou mudando a minha história”*. Diz que descobriu em tratamento comigo quem é. Hoje se sente livre: *“Antes eu era dominada pelo meu pai, pela minha mãe. Hoje me sinto livre. Eu queria liberdade”*. Conta que discutiu com Mauro, depois saiu e passou mal. Fala então que descobriu que quando suas coisas estão desorganizadas ela se desorganiza. Diz que antes se sentia “empregada” de Mauro, mas que agora está cuidando de si, fazendo o que quer, vestindo o que quer.

O caso L. ilustra como a dimensão subjetiva está em jogo nos casos em que uma pessoa *idosa* apresenta esquecimentos, os quais temos o hábito de, imediatamente, tomar como da ordem patológica. A escuta analítica, ainda no início dos episódios, permitiu que a paciente, pondo-se a trabalho, deslizesse dos esquecimentos para outras questões - sobretudo o luto, corroborando para o que os autores referidos, que se orientam por uma abordagem psicanalítica, sustentam.

Pergunto, então: e quando não acontece este trabalho? E quando a paciente começa a ser escutada já no estágio inicial de um processo demencial? Há alguma elaboração possível? Há outras questões, além do luto não elaborado, relacionadas ao esquecimento mais radical? A escuta tem algum efeito para este sujeito? Veremos a seguir.

2.3 Função protetiva do esquecimento: para além do *déficit*

Freud (1996 [1915]) inicia o texto “Observações sobre o amor transferencial” com a seguinte sinalização:

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão

reservadas quando vier a interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do reprimido. Quando chega a ocasião, contudo, logo aprende a encarar estas dificuldades como insignificantes e, ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência. (p. 177)

Ao dispor-se a escutar pacientes com demência, surgem algumas inquietações sobre a técnica. Haveria algum modo específico de escutar, de fazer pontuações? Alguma espécie de “psicanálise aplicada à clínica com demência”? É fácil escorregar pelas vias dos saberes estabelecidos sobre algum objeto quando a insegurança diante do novo aparece. Dunker & Thebas (2021) sublinham que escutar é uma arte que envolve risco e que é meio oposta à arte de entender.

Arriscar-se nessa clínica é uma experiência dura e desafiadora, pois é um encontro constante com limites diversos. Na ânsia por resultados, por vezes, interroga-se sobre a “eficácia” do trabalho. Mas, que “eficácia” seria essa? Resultados quantitativos colocados em tabelas? Certamente não se trata disso. Será que “só” escutar adianta? Escutar já é bastante coisa, especialmente de alguém que não tem mais voz ativa em seu meio. Ao mesmo tempo, o desejo irrepreensível de permitir que falem esses sujeitos impulsiona a seguir.

Gradativamente, essas inquietações vão arrefecendo com o andamento dos atendimentos, do tempo e da própria análise do/a analista. É preciso suspender a rotulagem da estereotipia da demência para escutar o sujeito, uma vez que nele está a aposta do/a analista. Escutar alguém que esquece facilmente algumas coisas e, por outro lado, repete infundavelmente outras, ao invés de enfadonho, pode despertar ainda mais o interesse. O que está operando aí?

A dificuldade em encontrar referências teóricas, em vez de impedimentos, são terreno fértil. Jorge (2022) sublinha que “o inacabamento teórico está presente na formação do analista, sendo que a prática analítica é o âmbito onde esse inacabamento se revela fecundo e a arte do analista colabora com sua ciência” (p. 39). Há, porém, alguns autores também se arriscando na temática, dos quais podemos nos servir.

Cherix & Junior (2018) referem-se a Goldfarb (2004) para relacionar a depressão com a DA através de algumas hipóteses: a) lutos não elaborados tensionam o aparelho psíquico de tal forma que o esquecimento e a regressão aparecem como caminho para diminuir a dor de encarar a realidade; b)

pseudodemência, isto é, quadros clínicos de depressão grave que apresentam prejuízo cognitivo como na DA; c) depressão como uma fase da DA, como um momento de transição, como uma crise que antecede as alterações da DA; d) depressão como sintoma da DA, como uma reação frente ao diagnóstico.

Em geral, o que mais se considera é uma via que vai do luto aos estados depressivos e, posteriormente, à DA. Nesse ponto, algumas perguntas são interessantes: esse caminho é linear e progressivo? Ele pode ser interrompido? Há clareza na transição de um para o outro? Há outros caminhos além desse?

Diante das perdas ligadas ao envelhecimento, dois caminhos se abrem ao sujeito. O primeiro é enfrentar um trabalho de luto. O segundo caminho é a negação, a recusa da realidade, o desinvestimento do aparelho perceptivo-consciente. Na segunda situação, o tempo presente pode parecer absurdo e o sujeito pode refugiar-se em um passado idealizado, no qual sua identidade se protege das perdas que o ameaçam no agora. O trabalho psíquico implica renúncias narcísicas ligadas a desejos infantis de onipotência. Quando o sujeito não faz o trabalho de luto, sucedem a regressão, a recusa e o retorno narcísico (CHERIX & JUNIOR, 2018).

Nessa direção, a perda de memória pode ser entendida como um mecanismo de defesa que impede uma plena separação do objeto imposta pelo processo de luto. Ao realizar um movimento regressivo, o sujeito afasta-se das dores que o contato com a realidade causa e se refugia num mundo próprio, onde a dor encontra outros sentidos (CHERIX & JUNIOR, 2018). Assim, o esquecimento pode ocorrer quando há um desprazer ligado a determinada representação, que precisa então ser recalçada. O sujeito pode apresentar uma resistência a lembrar-se de algo. Então, mesmo num esquecimento, algo do sujeito parece insistir (PALMEIRA, 2008). Nesse sentido, é relevante o conteúdo daquilo que se esquece e daquilo que substitui.

Freud (1996[1925]) deixa claro que tendemos a introjetar o que julgamos ser bom e expelir o que julgamos ser mau e que o Eu se utiliza da fórmula negativa para reconhecer conteúdos inconscientes. Essa é a forma que o Eu encontra de buscar alguma independência com relação aos efeitos do recalque e às imposições do princípio de prazer. Assim, o que causa desprazer é expulso sem muitos conflitos através da negativa.

Algo dessa ordem aparece ao escutar V., uma paciente de 67 anos com queixa de esquecimentos e demência em investigação (Doença de Alzheimer ou Demência Vasculare) que foi encaminhada para atendimento psicológico. Em seu primeiro

atendimento por chamada de vídeo¹⁹, V. traz uma história de vida sobre a qual ela mesma diz ter feito suposição dos fatos, pois não perguntava quando não entendia algo que acontecia, esperando e observando novas ocorrências para então fazer associações. Diz que, desde pequena, pensa muito. E que é bastante observadora. Então, embora não contassem para ela o que acontecia, observava. Nessa hora, V. para, respira fundo e diz que ficou “cansada” por estar “falando muito”. Depois coloca a mão no peito dizendo que é muito difícil falar dessas coisas. Primogênita de onze filhos, foi dada à madrinha ainda criança pelos pais que, nesse período, não estavam juntos. Cresceu sem o contato com a família e diz não ter querido saber deles. Não compreendia por que os pais criaram dez e não criaram a primeira (que é ela). Sentia-se não merecedora de ser amada já que nem seus pais a quiseram. A história muda de tom quando conhece o atual marido. Então V. fala com alegria de tudo o que viveu depois que se casou, formou-se, trabalhou, teve filhos. Nessa etapa da vida, consegue dar conta de suas tarefas e compromissos, lidera diversas atividades, está à frente de muitas situações.

Relembra momentos que passaram, atividades às quais esteve à frente e relata que, desde um episódio em que se perdeu na rua, não anda mais sozinha. Também parou de cozinhar para evitar que algo aconteça. Cabe sublinhar, aqui, que uma das razões para que V. se antecipasse dessa maneira se deve ao impacto do possível diagnóstico e por ter sido profissional da área de saúde. Em muitos momentos, diz: *“Eu sei exatamente o que vai acontecer”* com relação à progressão de seus sintomas. Faço, assim, pontuações em torno dos aspectos individuais do processo, para que ela possa relativizar e não antecipar uma condição que ainda não se estabeleceu.

V. relata em sessão o quanto se ressentiu de não ter mais essa independência. Em algumas sessões fala sobre a angústia de estar esquecendo das coisas e do incômodo de estar “dando trabalho” para a filha e o marido. Não planejou sua velhice assim. Imaginava viajar e aproveitar. Chora porque está esquecendo muito. Como exemplo, cita lavar roupa e diz: *“Eu vou fazer outra coisa, aí, quando eu volto, não lembro se já fiz tal coisa ou não”*. Lamenta a dependência e a perda de liberdade.

¹⁹ Cada conselho profissional produziu regulamentações sobre o atendimento on-line durante a pandemia do COVID-19. Aos profissionais da psicologia, foi franqueada a possibilidade de realizar o atendimento por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação conforme a Resolução Nº 4, de 26 de março de 2020.

Essa é a posição que tomou frente à angústia: se antecipa para evitar essa angústia. Ela sofre as consequências de se privar de coisas que considera protetivas.

Numa sessão, narra que teve uma queda no banheiro. Peço que fale mais sobre o ocorrido. V. então diz que estava tomando banho com chinelo, pois alguém havia recomendado tomar banho de chinelo para evitar quedas e, de repente, caiu. Pergunto o que aconteceu especificamente e ela diz: *“Não lembro como foi, pois quando acontece alguma coisa comigo, fecho os olhos. Acho que é defesa, né?”* Depois de um tempo, em outra sessão, fala sobre não estar muito em contato com a família e que este é seu jeito, pois não tem o costume de ligar/procurar as pessoas. Começa, então, a falar de um primo e de uma tia que não visita porque o primo é calado e a tia tem Alzheimer. V. diz que não quer ir lá porque sabe que vai chorar. Quando a madrinha estava viva, convidava V. para ir à sua casa quando esse primo e essa tia lá estavam. Continua: *“Depois a minha vida mudou e eu não tive mais contato. Agora ela está assim e eu não quero ir lá.”* Pergunto se ela não vai agora que a tia está assim ou se mesmo antes da tia ficar assim não ia. Ela responde: *“Eu não lembro. Eu acho que não”*. Segue falando, tentando lembrar se esteve ou não lá e, depois de um tempo, diz: *“Depois que a dinda morreu, eu cheguei a ir lá sim. Agora estou me lembrando; eu fui lá. Eu fui lá e vi”*. Nesse momento começa a ficar ofegante e a chorar. Continua: *“Ela estava na cama. Eu me senti mal, quis ir embora. Por isso eu não lembro: eu não gostei do que vi.”*

Freud (1996[1898]) escreve que, nos casos de esquecimento, um desprazer contínuo é liberado até o instante em que o problema encontra uma resolução. Ele encontra explicação para o fenômeno do esquecimento no mecanismo do recalque. Pontua que a terapia psicanalítica visa a corrigir os recalques e deslocamentos, eliminando os sintomas pela reinstalação do verdadeiro objeto psíquico. Palmeira (2008) sublinha que:

o tratamento psicanalítico implica precisamente numa lembrança, sob transferência. No entanto, uma vez que os fatos trazidos à análise repercutem no presente, este material (relativo a um registro passado) se torna atual. O trabalho analítico irá possibilitar um certo esvaziamento do sofrimento trazido por algumas lembranças. Até para que possa ‘esquecer’, de alguma maneira, o sujeito terá que se lembrar. (p. 40)

Para a psicanálise, o esquecimento pode ser considerado como uma eficácia do funcionamento psíquico intermediado pelo recalque. Algo, porém, pode retornar, causando sintoma e mal-estar. Cherix & Junior (2018) pontuam que no mecanismo de defesa da clivagem²⁰, o sujeito ignora não só o seu desejo, mas também o fato de que uma parte de seu Eu se sacrificou para reparar uma perda que não pôde suportar.

O caso de V. nos faz pensar sobre o esquecimento e as defesas psíquicas, pois ela deixa isso explícito em sua fala. Apesar das minhas dúvidas iniciais sobre se a condução do tratamento em pacientes com demência deveria ser diferente das demais, este caso indica que não. Isso fica evidente no apontamento clínico interessante que V. faz e que será desenvolvido no próximo subitem. A precaução de minha parte em não insistir em certos pontos por considerar que pudessem ser próprios da demência aos poucos foi dissolvendo, pois aparecia algo ali que não se tratava de um deslizamento involuntário/passivo - como sugere o saber biomédico - do conteúdo trazido por V., mas inconsciente. Fazê-la retomar e nos determos em alguns momentos teve efeito.

Antes de prosseguir, cabe fazer algumas considerações, pois este trabalho ocorre senão pela transferência. Apesar da dureza do seu quadro, geralmente, V. está bem-humorada e ri de algumas situações. Quando fala de algo mais angustiante, logo sai do tema. Observo que, nessas situações de mais angústia, ela repete mais vezes o mesmo conteúdo e se perde no que está dizendo com mais facilidade. Algumas vezes, ela consegue dizer algo em torno disso, como: *“Quando estou assim aí mesmo é que esqueço”*.

Em uma sessão, porém, V. está visivelmente triste e inicia sua fala chorando, pois está esquecendo muito. Ainda bastante angustiada, narra novamente episódios de sua vida. Enquanto escuto, em dado momento me distraio e ela se perde no que estava dizendo, voltando-se então para mim e perguntando: *“O que eu estava dizendo mesmo?”*. Eu respondo com sinceridade dizendo não me lembrar. V. solta uma gargalhada, aponta para mim e diz *“Viu? Não sou só eu que esqueço!”*. Ela segue falando menos angustiada. Na sessão seguinte, embora abra alguns parênteses durante a narrativa sobre sua vida, encadeia sua fala sem perder-se.

Lacan (2008[1964]) pontua que a presença do analista é uma manifestação do inconsciente, sendo este “a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível

²⁰ Referência à noção de sujeito dividido entre consciente e inconsciente com a qual a psicanálise trabalha.

em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (p. 126) e deve ser incluída no conceito de inconsciente. Ainda conforme Lacan, é no campo freudiano (campo este que, por sua natureza, se perde) que “a presença do psicanalista é irreduzível, como testemunha dessa perda” (p. 127).

O riso provocado em V. ao constatar que esquecer não acontece só com ela permite suspender a ideia patológica do esquecimento a que ela se fixa e proporciona uma outra maneira de falar sobre algo tão difícil. Algo se perde quando este sujeito rateia e, assim, ele pode vir à tona, pois as bases do sujeito se revelam “bem mais servas quanto à certeza que ele rateia” (LACAN, 2008(1964), p. 126).

Durante dois anos V. seguiu em acompanhamento e parecia que as interrogações que eu fazia sobre uma implicação subjetiva em relação ao sintoma de esquecimento eram insuportáveis, uma vez que ela logo fechava-se para tal. No entanto, continuava demonstrando bastante interesse em falar.

Será que o que opera aí é algo do recalque ou poderíamos interrogar se V. não consegue simbolizar aquilo que, para ela, é da ordem de um insuportável? Trata-se do retorno do recalado ou de algo que escapa à simbolização? Trataremos disso mais à frente. Contudo, um diagnóstico de câncer no útero faz advir um desejo de “lidar com a ferida” de uma vida ao entrar em cuidados paliativos, como veremos.

2.4 “Só dá pra curar a ferida se olhar para ela”

Uma grande preocupação sempre apontada por V. é um sangramento uterino que a deixa enfraquecida, inibida de sair de casa e tensa com relação ao diagnóstico. Este tema aparece em algumas sessões em que ela pôde falar sobre questões esfinterianas desde a infância e também sobre a questão da maternidade. V. é diagnosticada com câncer de útero alguns meses depois. Realiza tratamentos por um tempo, mas, devido à demora do diagnóstico, entra em cuidados paliativos. Durante esse processo, segue em acompanhamento comigo.

Em um dos poucos atendimentos presenciais (pois a paciente morava muito longe e não tinha condições financeiras nem de saúde para ir semanalmente ao ambulatório), V. fala que está sendo difícil e “*o mais difícil é lutar contra a mente*”. Sabe que está esquecendo e tenta levar isso o mais “*de boa possível*”. Continua: “*Eu sei que tenho déficit. Não sei o que tenho. Alguém disse que é esse famoso aí de agora... Alzheimer*”. Quando pergunto o que ela acha que pode estar acontecendo,

diz: *“Ai, estou ficando com calor agora. Vou tirar o casaco. Olha só, estou toda arrepiada”*. E não volta mais ao assunto.

Não escuto, porém, essa aparente desconexão de sua fala como uma desorganização proveniente do possível diagnóstico. Antes, tomo-a como a insuportabilidade de saber-se com “Alzheimer”. Iniciar uma frase completamente desarticulada do assunto que estava dizendo ressoa como mais uma maneira de defender-se daquilo que não gosta, como ela mesma já havia apontado em situações anteriores relatadas no subitem supracitado. Dessa maneira, não insisto em retornar ao assunto, respeitando seu limite.

Embora cada vez mais debilitada fisicamente, faz questão de prosseguir. Em muitos momentos diz do cansaço que tem sentido. Às vezes está mais desorientada e/ou abatida, mas fala que quer falar mesmo assim. Dois meses depois da sessão relatada acima, V. fala sobre o período em que trabalhava como auxiliar de enfermagem. Diz que trabalhou durante muitos anos fazendo curativo nas pernas das pessoas. Embora já tivesse falado sobre essa experiência em muitas outras sessões, trouxe elementos novos. Sobre os pacientes, diz: *“Alguns deles não queriam nem olhar”*. Nesse momento, para durante alguns segundos e continua: *“Interessante... se eles não olham, eles não vêem e, se não vêem, eles não têm”*. Prossegue dizendo que, no início, era mais carinhosa, mas percebeu que precisava ser firme com eles.

Conta emocionada sobre um paciente que a surpreendeu, pois, ao retirar a atadura, a ferida estava fechada. Ele então diz a ela que *“ficou bom só de raiva”* e ela diz para ele que *“não tem problema, o importante é você ficar bom”*. Eu sublinho que há algo de insuportável para alguns pacientes por ser tão duro. V. fala que para ela também era difícil, mas gostava por se sentir útil e que a ferida no corpo era a menor; a ferida maior era no coração deles. Diante disso, pontua: *“e no seu também, né?”* Ela concorda e diz: *“Sou a filha mais velha de onze filhos...”* e retoma a narrativa sobre sua história.

Depois, sublinha que a madrinha, o padrinho e o irmão morreram de câncer e silencia. Olha para a mesa e diz *“Nossa, mas isso aqui está uma bagunça!”*. Diferentemente da outra vez em que não coloquei peso, nesse momento, após o que ela mesma havia anunciado em sessão, retomo o assunto dizendo que tem coisas que são difíceis de falar e ela concorda, repetindo o que havia dito. Pergunto se ela acha que vai acontecer isso com ela também e ela fala: *“Acho que sim, mas não tenho*

medo de morrer não”. Encerro a sessão dizendo que para fechar a ferida é preciso olhar. Ela balança a cabeça afirmativamente e diz: *“Vamos fechar essa ferida!”*

Observamos, com esses recortes que, no caso de V., a proximidade da morte precipitou o falar, uma vez que, à altura dessa sessão, o câncer já havia avançado bastante. Ela já se encontrava em cuidados paliativos (mas não sabia, pois a família optou por não contar), havia passado pelo processo difícil de raspar os cabelos (ela chega a falar disso em algumas sessões) e dizia com frequência sobre o cansaço físico do seu corpo cada dia mais debilitado.

Castro-Arantes & Lo Bianco (2013) salientam que:

para haver constituição corporal é preciso uma operação, então, algo que atinja radicalmente a anatomia (como um tumor) terá necessariamente efeitos na posição subjetiva do ser falante [...] uma vez que isso atualiza a posição do sujeito frente à castração. [...] há um efeito de real no corpo, quando o sujeito é surpreendido pelo câncer. Esse real carrega a angústia de castração, a transitoriedade da vida, sua finitude e, paradoxalmente, o desejo. (p. 2520)

Desejo não tem a ver com o Eu e, embora o corpo esteja morrendo, não dá para matar o sujeito, assim como demência não é sinônimo de esvaziamento. O/a paciente tem questões e o trabalho psicanalítico é propiciador de nomeação e elaboração daquilo que muitas vezes não tem nome. Enquanto analistas, insistimos na dobra de um vazio produzido por um dano cerebral. Ao abrirmos um espaço, um outro corpo comparece, como fica evidente no caso V. Isso depende da presença do/a analista que convoque o sujeito a falar de si, sustentando uma escuta que não anula os elementos da subjetividade a partir de um diagnóstico demencial. Assim como um/a analista pode consentir com esse desejo decidido de lidar com a ferida de uma vida em cuidados paliativos, como no caso V. Quando a paciente nomeia isso que até então estava sem nome, quando chama de “ferida”, então ela o encarna. Agora ela está inserida na história que narrava estando fora de circuito, fazendo suposições sem demarcar um lugar.

Mesmo se tratando de um caso com paciente em estado “demencial”, o que Castro-Arantes & Lo Bianco (2013, p. 252) sublinham é consubstanciado:

Encontrar alguém a quem endereçar a sua palavra pode ter como efeito tomar o real (do câncer, do corpo, da morte) com os recursos dados pelo simbólico (da palavra, do significante,

da construção histórica do sujeito), o que o terá feito elaborar minimamente algo do horror que o atinge.

Sobre as duas patologias, V. chega a dizer que, entre o câncer e os esquecimentos, é *“pior estar com a cabeça ruim”*. Infelizmente, após essa sessão relatada acima, só foi possível realizar outras duas. V. precisa fazer exames e é internada devido a um inchaço na perna e sangue nas fezes. Durante um mês de internação, a filha me mantém informada por mensagem. Diz que a mãe não tem falado e, às vezes, tem episódios de agitação, ansiedade e outras vezes fica bastante calada. Após vinte e dois dias de internação, a filha deixou em aberto a possibilidade de eu entrar em contato. Diz que a mãe está falando bem pouco, mas fala/reclama quando está com dor e as pernas permanecem inchadas. Os médicos tentam reabilitar. Eu ligo por voz e V. não responde. O marido, que a acompanha, pede para tentar chamada por vídeo. Assim faço e V. não responde verbalmente, mas acena em resposta às minhas falas, que são com objetivo de me fazer presente. O marido agradece e então me despeço. Dez dias depois a filha me dá a notícia do óbito.

Nas atualizações da filha, fica bastante evidente um declínio progressivo de V. Até o falecimento, desorienta mais, emudece e fica irresponsiva. Podemos pensar em muitos fatores nesse processo, entre eles a situação de avanço do câncer com consonante aumento da fragilidade orgânica e a própria condição de internação com muitos procedimentos.

O diagnóstico demencial de V. não foi concluído até o seu falecimento. Quando o diagnóstico de câncer chegou e a filha me noticiou a terminalidade, interroguei sobre como proceder, se seguiria (e como). A filha de V. perguntou-me, então, se eu continuaria o tratamento com sua mãe. Recordei-me da história de viajante que Freud narra em *“Sobre o início do tratamento”* (1913) para dizer que o analista está ao lado do/a paciente. Respondi a essa filha que enquanto V. quisesse falar, eu estaria aqui para escutá-la. A primeira sessão em que apareceu com a cabeça raspada foi difícil, mas, com o decorrer do tempo e com a minha própria análise, isso que também foi complexo para minha própria elaboração pôde ir ganhando contorno.

Chamava minha atenção o conteúdo das sessões com V. continuarem sendo repetidos, embora os acontecimentos atuais aparecessem em alguns momentos. Ela trazia algo sobre estar doente, a ausência do cabelo, a perda de autonomia, mas sem muita implicação. Muitas vezes falava, por exemplo, do câncer, mas não sabia ao certo o que estava acontecendo. Quando eu perguntava sobre ela ter podido se

informar com o médico ou sobre o processo de investigação da doença ela dizia “*Ah! Não sei não*” - o que me parece ser algo mais da ordem de uma defesa (como ela mesma já havia pontuado em outros momentos do que somente um mal funcionamento do aparelho neurocognitivo).

A filha, bastante sensível durante todo o processo, solicitou uma conversa comigo uma semana antes do período da última internação de V., pois estava preocupada em saber o que mais poderia fazer pela mãe. Em determinado momento, sublinha que acha importante que a mãe continue falando comigo e diz: “*Depois que ela fala com você, ela se localiza*”. Segundo a filha, em alguns momentos a mãe vinha apresentando mais desorientação e, após as sessões comigo, se “localizava”, o que ela descreve como poder situar-se no espaço e no tempo. Foi então, a partir dessa fala da filha, que pude ter notícias dos efeitos e da função que a escuta estava tendo para V., ainda que ela repetisse a mesma coisa em todas as sessões e, às vezes, mais de uma vez na própria sessão.

Esse fenômeno das repetições especialmente na demência é o ponto a ser tratado no capítulo seguinte.

3 TRAUMA, REPETIÇÃO E O TRABALHO POSSÍVEL

3.1 Do esquecimento à repetição

Bruno (2021, p. 14) salienta que “a fala do paciente que recebe um diagnóstico de demência pode se tornar apenas um signo de sua patologia, destituindo qualquer sentido daquilo que o sujeito enuncia”. Observamos isso tanto no ambiente profissional quanto no meio social. Em geral, esse diagnóstico invisibiliza, inutiliza e descredibiliza ainda mais o sujeito que o recebe, ficando estampado esse rótulo que ofusca qualquer outra característica. O que a pessoa com demência diz não é, comumente, considerado relevante ou algo que mereça atenção. Além disso (ou até mesmo por conta disso), não há um cuidado com o que se diz perto da pessoa e, às vezes, sobre ela própria. Afinal, “Ele/a vai esquecer mesmo!”. E, nesse “combo”, encontramos também uma certa inabilidade - expressa em impaciência - das pessoas no entorno para lidar com as repetições frequentes das pessoas diagnosticadas com demência.

Cabe ressaltar que não estou, aqui, deslegitimando todo sofrimento que este estado causa nos familiares, acrescentando-se às inúmeras dificuldades enfrentadas no cuidado de alguém assim. Infelizmente, a ausência estatal e de políticas públicas no nosso país torna essa vivência psiquicamente dolorida ainda mais penosa. Embora este seja um assunto que merece ser desenvolvido de modo mais profundo em outro momento, é importante pontuar que atualmente os serviços têm se voltado a perceber as relações familiares como objeto de intervenção clínica no cuidado das demências. Conforme nos mostra o estudo de Engel (2023), a classificação de um caso de DA como “fácil” ou “difícil” depende de um mapeamento familiar e da análise do conjunto de dilemas que se relacionam uns com os outros. A autora sustenta que “diagnosticar o estado de espírito, o tempo cotidiano, os recursos da casa e as relações familiares parece ressoar e organizar um cuidado que se pretende ‘biopsicossocial’” (p. 17).

Nesse sentido, precisamos caminhar mais neste campo, visando um tratamento que abranja o entorno da pessoa diagnosticada com algum tipo de demência, pois as famílias, diante do quadro, encontram-se desamparadas. De fato, ouvir a mesma coisa por algumas vezes ainda é suportável, mas quando isso se intensifica, é mais espinhoso. É interessante poder encontrar alguns recursos que auxiliem. O palhaço Cláudio Thebas, no livro “O Palhaço e o Psicanalista” (2021),

conta como conseguiu arranjar “um jeito de não sofrer com a repetição” do pai que começou a repetir a mesma frase toda vez que ouvia o badalar de um relógio específico em sua casa: “Ó!... Esse relógio quem me deu foi a minha mãe!” (p. 187).

Inicialmente, Cláudio ficava irritado e, quando diante de outras pessoas com o pai, até sentia-se constrangido, justificando para os outros que o pai não estava muito bem. Como um bom palhaço, ofício extremamente sério e sensível, pensou em uma maneira de lidar com a situação através do lúdico, relatando que se propôs uma “brincadeira”, um “desafio” consigo mesmo. Assim ele nos narra:

Essa realidade doída começou a mudar no dia em que, buscando um jeito de não sofrer com a repetição, me propus um desafio, como uma brincadeira comigo mesmo: cada vez que meu pai falasse aquela frase, eu teria que fazer uma nova pergunta sobre o relógio. Essa ideia, aparentemente simples, mudou tudo. Ela me fez perceber como eu estava sendo estúpido. Meu pai nunca repetiu aquela frase. Ele sempre a falava pela primeira vez. Eu que não tinha maturidade e sabedoria para fazer o mesmo e também escutar pela primeira vez. Ter deslocado aquela situação do campo do problema para o campo do jogo possibilitou que eu acessasse uma escuta lúdica que me fez escutar que havia outra realidade oculta dentro daquela aparente, que no que eu considerava um ‘problema’ existia um convite. Uma grande oportunidade de conexão com o meu pai. [...] passei a ser companheiro do meu pai naquele estado. A partir desse dia e até o final da vida dele passamos a ter incríveis novas conversas sobre o velho relógio. (DUNKER & THEBAS, 2021, p. 188)

Este foi um recurso pessoal que Cláudio forjou para lidar com sua problemática. Portanto, não configura uma orientação ou uma norma. Interessante, contudo, como ele, não sendo psicanalista, conseguiu perceber algo novo na repetição. E, mais ainda, que o novo aparece diante de uma escuta a cada vez; que, embora repetindo, seu pai sempre falava “pela primeira vez” a partir do momento em que ele se dispôs a “escutar pela primeira vez” cada repetição. Algo como o poeta e compositor Gonzaguinha escreveu na música *Mergulho*: “É a primeira vez, é de novo, outra vez/Sem ser novamente”. A isso, Garcia-Roza (1999) chama repetição diferencial, conceito ao qual faremos algumas considerações no próximo subitem. Por ora, cabe pontuar a noção de repetição em Freud e Lacan.

A psicanálise confere outro estatuto à linguagem, tanto naquilo que pode ser dito, como também ao que se coloca como lapso ou esquecimento. No capítulo anterior, foram feitas algumas considerações sobre o fenômeno dos esquecimentos na demência sem a pretensão de esgotar nem fechar a questão, mas sim ampliar a discussão. Em “O mecanismo psíquico dos esquecimentos” (1898), Freud afirma que, para além dos diversos fatores que podem influenciar na recordação de algo, existe um fator psíquico de evitação de desprazer que restringe a capacidade de acesso a certos conteúdos da memória. Ele observa que esse mecanismo é bastante comum e que não se pode menosprezar o papel desempenhado pelo recalque em situações corriqueiras de fracasso de uma recordação ou perda de memória.

A repetição na clínica pode estar ligada à resistência, como aponta Freud no texto de 1914 ao afirmar que o esquecimento de ideias e experiências geralmente se trata de um bloqueio a elas. Em alguns casos, o analisando não se recorda do que foi anteriormente esquecido e recalcado, mas repete como ato sem tomar conhecimento da repetição (FREUD, 1969[1914]). Mucida (2018) indica que a repetição está ligada à ideia de uma insistência do material inconsciente em ultrapassar a barreira do recalque, sendo uma forma de satisfação pulsional parcial.

Em “Além do princípio de prazer” (1969[1920]), Freud traz a questão da repetição de forma mais complexa, com a introdução do conceito de pulsão de morte, acrescentando um outro aspecto da repetição ao sinalizar que na compulsão à repetição relembram-se experiências anteriores que não trazem prazer ou satisfação. Nesse texto a repetição se associa ao trauma e não apenas ao recalque. Algo do inconsciente escapa ao campo do recalque.

Podemos pensar que este mecanismo também pode estar, em certa medida, presente no que tange aos esquecimentos presentes nas demências, uma vez que estamos considerando o sujeito dividido nesses casos também. Podemos considerar, assim, que esse funcionamento pode estar atuando também no que seria possível lembrar e do que seria possível esquecer de sua história desse sujeito diagnosticado. Neste viés e conforme o que vimos no capítulo 2, aquilo que seria esquecido não seria da ordem do acaso, nem se reduziria apenas ao fatalismo da doença orgânica, mas, em alguma instância, uma escolha, o aparecimento da dimensão de um sujeito que estaria envolvida no esquecimento.

Em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos” (1893), a questão colocada por Freud é de que modo um evento ocorrido há anos poderia continuar

exercendo poder sobre o sujeito e como tais lembranças não foram submetidas ao processo de esquecimento. Ele observa que não há, nos pacientes histéricos sobre os quais se debruçava, nada além de impressões que não perderam seu afeto e cuja lembrança permanece vívida e afirma, então, que tais pacientes sofrem de traumas psíquicos incompletamente ab-reagidos.

Ainda no referido texto, Freud caracteriza o trauma psíquico como uma experiência que produz sofrimento e que tal valor traumático se dá a partir da forma singular como tal experiência foi enfrentada. Sintoma e trauma estariam diretamente relacionados, havendo a presença do sofrimento como fator em comum. Aqui, Freud já apontava a questão de que um fato não é traumático por si só.

Lacan (2008[1964]) situa o trauma na ordem do real:

Com efeito, o trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer. [...] no seio dos processos primários, vemos conservada a insistência do trauma a se fazer lembrar a nós. O trauma reaparece ali, com efeito, e muitas vezes com o rosto desvelado. [...] Concluamos que o sistema de realidade, por mais que se desenvolva, deixa prisioneira das redes do princípio do prazer uma parte essencial do que é, no entanto, e muito bem, da ordem do real.
(p. 60)

Na demência, cuja característica mais prevalente são os esquecimentos, é interessante pensar, do lugar da psicanálise, sobre as lembranças que não são esquecidas e que, por conta disso, são repetidas em análise como lembranças traumáticas. Tais lembranças se impõem ao sujeito e são causa de sofrimento e angústia. Parafraseando a máxima do apóstolo cristão Paulo de Tarso, poderíamos dizer que, o que se dá, nesses casos, é algo como “O que quero lembrar, esqueço; o que eu quero esquecer, me lembro” - e repito.

No caso de V., ela repete as mesmas histórias durante todo o período de atendimento até seu falecimento. Em uma sessão específica, repete várias vezes a mesma história, fazendo retificações e depois retornando à versão primeira. Visivelmente tenta amarrar sua história com “ *fatos* ” e “ *suposições* ” sobre o que pode ter acontecido. Ela mesma afirma não ter perguntado à mãe sobre o porquê foi dada à madrinha por “ *medo de magoar* ”. Também diz não querer saber, mas ficam muitas lacunas que ela tenta preencher fazendo leituras próprias a partir de “ *observações* ”.

Embora diga em muitos momentos que essa história “já passou”, V. fala que não ter sido criada pelos pais foi “o maior transtorno” da sua vida. Esse modelo aparece em outras falas de pacientes também diagnosticadas com demência. Na prática clínica com pessoas com demência, pode-se observar a repetição de uma história que poderia chamar de nuclear, pois qualquer conteúdo que as pacientes trazem converge sempre para o mesmo ponto de interrogação acerca de algo. Um ponto lacunar, vazio, sem resposta.

Lacan (2008[1964]), no capítulo “Tiquê e autômaton”, examina o conceito de repetição e faz uma distinção entre tiquê, o qual define como sendo o encontro do real, e autômaton, o retorno, a volta, a insistência dos signos que comandam o princípio do prazer. Segundo o psicanalista, o real é o que orienta a práxis da análise, é o que escapa ao encontro, é o que vige sempre por trás do autômaton. Assim, continua Lacan (2008[1964]):

não há como confundir a repetição nem com o retorno dos signos, nem com a reprodução, ou a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida. [...] A função da tiquê, do real como encontro - o encontro que podendo faltar, enquanto que essencialmente é encontro faltoso - se apresenta [...] de uma forma que, só por si, já é suficiente para despertar nossa atenção - a do traumatismo. (pp. 59-60)

Freud em “Recordar, repetir e elaborar” (1969[1914]) já apontava que um tempo é necessário para que o paciente possa elaborar e superar as resistências ao tratamento (expressas pela repetição), sendo um percurso que não pode ser evitado ou acelerado pelo analista. E que, na prática, essa elaboração pode revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito em análise e uma prova de paciência para o analista. A clínica com pessoas diagnosticadas com demência assume uma certa radicalidade nesse sentido e deixa a noção de tiquê muito patente, o que leva a interrogar qual o trabalho possível para alguém da posição de analista desse sujeito.

3.2 “Eu vou caminhando... devagarinho, mas vou”

V. ainda às voltas com o nome da analista - pois a presença desta, mesmo virtual, era algo novo e ela sempre perguntava o nome até enfim memorizar -, na finalização de uma das primeiras sessões diz: “Olha, *Thaís*, é bom conversar com você. *Eu vou caminhando... devagarinho, mas vou*”. O atendimento era novo para ela

e para a analista também, pois V. foi uma das primeiras pacientes e a que ficou por mais tempo. Eventualmente pode haver alguma ansiedade com relação ao tratamento. Quando isso aparece, a recomendação freudiana em “Sobre o início do tratamento” (1969[1913]) de caminhar ao lado do paciente é uma espécie de lanterna.

Esta é uma clínica marcada por uma repetição constante na qual se questiona frequentemente sobre os efeitos da escuta, pois parece haver uma fixidez do ponto traumático e o conteúdo das sessões são os mesmos, com alguns poucos novos acréscimos. Durante o tempo de acompanhamento de V., sua filha solicitou conversar com a analista duas vezes e, numa delas, comenta que os pais de V. não a deram para a madrinha, mas sim que esta a roubou deles. Não é assim que a história aparece na fala de V., mas também não se trata, da posição da analista, de averiguar a veracidade dos fatos.

Na Carta 69 endereçada à Fliess, Freud (1986[1897]) atribui às fantasias um papel fundamental em sua teoria, na qual um acontecimento, factual ou não, ao ser lembrado, pode adquirir um valor traumático. V. mesma admite, em muitos momentos, que parte das situações de sua história não constituem o que tenha acontecido de fato. Também não é esta a via da investigação que interessa à escuta, mas como V. vai tentando dar conta disso que lhe é tão duro e configura seu trauma. Mucida (2018) aponta que, quanto ao seu conteúdo, as fantasias seriam determinadas pelo inconsciente, pelo sexual e pelo recaiado. A realidade psíquica estaria atrelada à fantasia que surge como uma resposta ao que não pode ser nomeado.

Freud (1996[1910]) afirma que as pacientes histéricas sofrem de reminiscências e que os sintomas são resíduos e símbolos mnêmicos de certas vivências traumáticas. Em “Análise terminável e interminável” (1996[1937]), Freud indica a puberdade e a senescência como os períodos da vida nos quais ocorrem um reforço pulsional. Segundo ele, o acréscimo pulsional pode gerar novos traumas que configuram uma exigência de trabalho psíquico.

Mucida (2018) defende que o encontro com o real traumático pode se dar em qualquer momento da vida no qual não seja possível para o sujeito assimilar a realidade em que se encontra e que isso remete ao conceito de desamparo psíquico. Tal conceito

se relaciona à imaturidade inicial do ego, ao perigo da perda do objeto (perda do amor), à falta de autossuficiência dos

primeiros anos da infância, ao temor de ser castrado e ao temor ao superego. (p. 208)

A autora salienta que tudo isso é, por excelência, traumático e alia-se à angústia (intimamente relacionada ao recalque originário, ao trauma). É a angústia que sinaliza a incidência do trauma e introduz uma tentativa de fuga que visa à proteção do sujeito diante do perigo das impressões marcadas por ele. A autora destaca, ainda, que toda cadeia de conceitos relacionada à ideia de trauma aponta sempre para o encontro do sujeito com algo diante do qual ele não dispõe de recursos simbólicos para tratar, faltando-lhe representações verbais.

Com relação à velhice, Mucida (2018) aponta que:

é um período propício à emergência dos traumas, e a passagem do tempo pode ou não favorecer a elaboração do que não se modifica. Muitos idosos se recolhem narcisicamente em um mundo de lembranças e de imagens de um passado idealizado, abdicando-se do presente. Isso tem como efeito a diminuição das possibilidades sublimatórias. Não sendo possível evitar a insistência das inscrições pulsionais, o idoso tem diferentes respostas sintomáticas como tentativas de tratar o insuportável. (p. 211)

O encontro com o real que ocorre de várias formas na velhice pode torná-la o momento em que o sujeito vive de maneira mais intensa o desamparo, o que demanda um tratamento permanente pela via do simbólico (MUCIDA, 2018). Nesse sentido, pensando o trauma como uma experiência que não tem representações verbais, algumas repetições de falas e situações na clínica com demência suscitam a questão de saber sobre de que ordem seriam, considerando a radicalidade com que as questões relativas à memória se colocam e sopesando as repetições características de elaboração na clínica.

No que concerne às repetições, há um limite na possibilidade de simbolização e de tentativa de dar sentido no trabalho de análise. Colocado tal limite, contudo, é importante ressaltar que, em análise, aquilo que se repete da experiência traumática, pode assumir novos contornos a cada vez, indicando o trabalho do sujeito de elaboração. A cada repetição, pode advir algo diferente - mesmo na clínica de pessoas com demência. Aos poucos, embora ainda muito fixada no mesmo roteiro, V. trouxe elementos novos tanto com relação a sua história com os pais e padrinhos como

outras cenas. Também associou sintomas atuais com sintomas vividos em outras fases da vida. Além de virem à tona questões importantes relativas à sexualidade.

Garcia-Roza faz uma distinção entre o que denomina “repetição do mesmo” e “repetição diferencial”. Segundo ele, “enquanto a primeira se aproxima de reprodução (na medida em que é estereotipada), a segunda é produtora de novidade e, portanto, fonte de transformações” (p. 24). Ao retomar Aristóteles e Lacan, o autor sublinha que *automaton* significa o que se move por si mesmo e *tyche* designa uma causa oculta para a razão humana, o que não significa possuir um caráter puramente fortuito. Nesse sentido, *tyche* é o encontro com o real, como já foi discutido no subitem anterior. O real situa-se como impossível, como o que falta ao encontro marcado, e é nesse vazio que o significante toma lugar. Assim, o real não é o que retorna. O que retorna são os signos. O autor nos diz, então, que o real “está além da repetição, não porque seja contrário a ela, mas porque a funda” (p. 52).

Nos quadros de pacientes com demência, a intensidade angustiante da repetição muitas vezes pode nos levar a interpretar a repetição como mais do “mesmo”. É preciso despir-se de qualquer expectativa de uma “novidade” mais ostensiva e evidente da repetição e estar avisado/a de que, ainda que possa parecer ser o “mesmo”, o fato de algo estar sendo repetido sob transferência já nos indica que não o é. Conforme apontam Camilo & Scapin (2015):

É considerada como diferencial aquela repetição que se apresenta na transferência durante a análise, porque nesse âmbito, ela é mediada pela palavra. Assim, a repetição dá lugar ao simbólico e uma nova significação do conteúdo anteriormente inconsciente. (p. 63)

Os efeitos da escuta, além de percebidos nas próprias sessões, são noticiados por falas como esta que V. disse após um ano e meio em acompanhamento: “*Está sendo bom falar contigo. Consigo abrir um pouquinho*”. Outra situação também chama a atenção. Por conta do quadro da mãe, a filha pedia que a analista sempre a comunicasse sobre mudanças de horário e marcações. Embora V. pudesse esquecer em muitos momentos, a analista sempre falava primeiramente com ela, convocando-a a participar e interrogando sobre seu querer. Certa vez, a filha avisou à analista que na semana seguinte a mãe teria consulta médica no dia de atendimento comigo. Ao encerrar a sessão naquele dia, a analista combinou novo dia e horário com V. Ao mandar mensagem para a filha, esta havia dito que a mãe a havia comunicado.

A clínica psicanalítica considera que as repetições que aparecem nesse trabalho do sujeito não podem ser vistas apenas como obstáculo. Cabe ressaltar que não se trata de chegar a uma origem de um acontecimento traumático para produzir a *ab-reação* deste, como o objetivo nos primórdios da psicanálise. Castilho *et al* (2019) sublinham que o trabalho do analista diante da compulsão à repetição se dá no sentido de sustentar o trabalho do sujeito em simbolizar o que é da ordem do trauma, do real. Para isto, tanto a lembrança como o esquecimento têm papel importante e necessitam do trabalho do sujeito, a cada vez, para que possa dar seu significado. Garcia-Roza (1999) sinaliza que se a repetição é, por um lado, forma de resistência, por outro é o mais poderoso dos instrumentos terapêuticos:

O que se repete, faz-se num ato que só toma sentido em relação ao analista, o que implicaria, pelo menos, que fizéssemos uma distinção entre 'repetição do mesmo' e 'repetição diferencial'. Se transferência é repetição, ela é uma repetição diferencial, e somente sob este aspecto a repetição toma um sentido positivo e pode constituir-se como um instrumento no sentido da cura. (p. 23)

Importante ressaltar que só é possível fazer algumas indicações sobre o estatuto das repetições, quando elas podem ser trazidas através da fala e dirigidas a alguém, sob transferência. Poder falar de uma lembrança ou construir algo em torno de uma repetição marca alguma diferença dos casos em que só é possível reproduzi-la através do ato, tratando-se assim de um trabalho psíquico de representação das vivências traumáticas. De acordo com Camilo & Scapin (2015),

Cabe à psicanálise, portanto, compreender as questões que levam esses pacientes a repetir experiências que lhes causam angústia e, por meio do manejo da transferência, ressignificar os conteúdos traumáticos ainda não simbolizados, buscando, assim o alívio para o sintoma desses indivíduos em sofrimento. (p. 63)

Para a psicanálise, o paciente deve ser recebido sem nenhum *a priori* que possa influenciar a escuta do analista, produzindo uma suspensão do saber prévio sobre o caso, atravessado por saberes de outros campos. Tratando-se de pacientes com demência, é difícil desvincular-se dos signos referentes a esse diagnóstico que circulam no senso comum e no âmbito majoritariamente biomédico de um ambulatório de saúde. Contudo, também é interessante poder lançar, nesses espaços, alguma pergunta que possa provocar reflexões acerca do tema. E isso a partir de uma escuta

que enfatiza o sujeito na sua singularidade e não a pessoa “velha demenciada” que constitui uma categoria.

Ao constatarmos que um paciente pode fazer algum movimento de elaboração a partir das repetições realizadas – como temos notícias a partir dos efeitos percebidos *a posteriori* – já estamos apostando que algo possa “avançar” nessa clínica.

A filha de V., após sua morte, em conversa com a analista, comentou que a mãe não apresentava os sintomas característicos de alguém com demência, como as alterações comportamentais. “*Ela só esquecia.*”, foi o que a filha disse. Interrogamos, deste modo, se a não progressão (ou não surgimento) de tais sintomas também pode ter sido efeito de V. ter podido tomar a palavra e falar sob transferência.

E quando as palavras começam a faltar? É possível fazer algo? O próximo subitem traz um caso em que a paciente foi diagnosticada com DA e encontra-se em fase mais avançada.

3.3 Nomear para construir sentido: primeiro passo para pensar o trabalho

Lispector (2020), no seu texto “Um sopro de vida”, diz: “Eu me tornei intolerável para mim mesma. Vivo numa dualidade dilacerante. Eu tenho uma aparente liberdade mas estou presa dentro de mim. [...] Enquanto eu tiver corpo ele me submeterá às suas exigências” (p. 61). As perdas corporais também requerem trabalho de luto. Além da fragilização do Eu frente ao luto, há um acréscimo de energia pulsional advinda do corpo que exige elaboração psíquica. Tendo a DA alterações fisiológicas, histológicas e morfológicas concretas, estamos diante de limites de atuação bem demarcados, sendo impossível ignorar tal condição na escuta de pacientes diagnosticados/as. Vamos observar, contudo, que, ainda que haja todas as dificuldades características da doença e nos casos tratados, em particular, as especificidades de um atendimento telefônico em meio à pandemia, algo do sujeito aparece.

Em uma das ligações que realizei durante o monitoramento, acompanhei A., paciente com DA avançada. Quando eu ligava, pessoas da casa (cuidadora, filha, netos etc.) atendiam. A filha de A., quando solicitei pela primeira vez falar com sua mãe, não titubeou em passar o telefone. Apresento-me e pergunto sobre ela. A. então responde “*Ela fala por mim*”, referindo-se à filha. Eu insisto para que ela diga por ela mesma. Depois de tentar formular frases, e percebendo que não está conseguindo, diz: “*Não estou sabendo falar.*” A cuidadora relata que A. compreende o que é falado

para ela, mas que já não consegue mais se expressar em palavras. Eu pergunto se posso continuar ligando e ela responde afirmativamente. Sinalizo, então, que na semana seguinte, no mesmo dia e horário, ligarei.

Na sessão seguinte e nas outras, A. se interessa por falar em alguns momentos. Todo o atendimento é feito de forma remota, pelo telefone residencial de A. A cada vez que ligo, apresento-me novamente. Algumas palavras A. pronuncia de forma embolada. Na maioria das vezes não completa a frase que iniciou. As que consegue completar são mais curtas. Sempre pontua a angústia que é estar assim, sem saber fazer, sem saber as coisas. Em algumas sessões, sua fala parece mais fluida, embora fragmentada, e o tempo de pausa entre uma palavra e outra diminui.

Nos primeiros atendimentos, A. fala que *“eles têm o controle sobre minha saúde e acho que eles estão certos”*. Depois diz *“Não converso com quase ninguém”* e as suas falas giram em torno disso. Segue dizendo: *“Agora a gente tem que conversar com as pessoas. Mas eu não sei também se consigo fazer isso. Eu acho que consigo conversar, mas não sei se é algo que interessa à pessoa”*.

Todas as vezes que A. diz não saber falar, não saber “mais nada”, eu sublinho que eu estou escutando-a, então ela prossegue. Em uma sessão, dizendo sobre não estar bem e de como está difícil para ela, me interroga dizendo *“O que você quer que eu faça? Preciso que me indique o que fazer. Eu quero que você me alcance.”* e completa dizendo *“Acho importante atender ao que você fala. Acho que vai servir para mim”*. Estas sentenças deixam claro a demanda de A. por alguém que esteja com ela na construção de um sentido para a dureza do que está vivendo.

Ao longo dos atendimentos, aparece algo de sua história, mas muito solto. Diz ter uma irmã que trabalhou em uma escola e que gostava de ler. A. demonstra conhecimento do que acontece ao seu redor: como, por exemplo, quando a cuidadora positivou para COVID (informação da filha para mim antes de eu falar com a paciente) e A. foi orientada pela família a não se aproximar. Diz sobre isso *“Eu não posso chegar perto dela”*. Outra vez foi um rapaz até sua casa fazer algo que ela não soube muito dizer o que era, mas opinou, comigo, dizendo que não gostou. Reclama, sempre, de algo que “o menino” ou “os meninos” de lá fazem.

A. faz um movimento interessante: fala comigo enquanto caminha pela casa. Nesse caminhar, vai narrando o que está vendo, lê algumas coisas, fixa em algumas palavras - às vezes por muitos minutos, repetindo-as, relendo-as. Como, certa vez, pegou um copo e leu a palavra “eco” a qual ficou relendo por quase 20 minutos. Em

um atendimento, pegou algo e disse ser “*sacramento*”. Alguém da casa reforça a palavra “*sacramento*” e então ela diz, com tom de voz mais intenso: “*Eu peguei e alguém veio aqui e tirou de mim*”. Na sessão seguinte, estava lendo algo sobre manteiga “*visconti*” e disse-me “*agora estou tomando café*”. A. permanece naquele ambiente onde toma café, lendo algumas coisas. Em dado momento, diz que vai fazer algo e parece largar o telefone. Quando retorna, diz: “*a moça está me tirando*”, se referindo à cuidadora que, ao fundo, diz “*tirei você lá de fora para você falar com ela aqui dentro*”.

Em muitos momentos, A. fala do que observa ao seu redor e me leva junto, como se me convidasse a visitar o desconhecido onde ela se encontra. Eu aceito o convite e embarco nessa aventura. Percebo, pela sonoridade que escapa do ambiente e entra pelos canais telefônicos, que ela se movimenta pelo ambiente. Para isso, não se despede de mim para ir sozinha, mas acompanhada de uma presença que se faz pela voz e com quem ela compartilha o mundo através da fala.

Não consigo entender a relação das palavras que ela usa, mas A. segue falando e formulando frases com as palavras que tem disponíveis no seu vocabulário. Talvez entender não seja o principal, mas escutar o fato dela encadear as palavras aparentemente desconexas para se comunicar. Apesar disso, há um esforço da parte dela em falar. Ela sabe que não está conseguindo expressar o que gostaria de dizer e verbaliza isso quando fala “*não estou sabendo dizer*”. Não se trata somente de *saber* dizer algo, mas de *poder* dizer algo e ter uma escuta.

Camilo & Scapin (2015) salientam que “o analista busca rastrear e tornar acessível à consciência o que é repetido em ato pelo analisando, com o intuito de conferir um destino diferente do recalque à libido fixada nessas cenas primitivas” (p. 63). Embora A. também apresente repetições tanto na fala quanto em seus atos, há um impasse maior em manejar a repetição no sentido de conduzi-la ao âmbito da recordação como os autores apontam ser a ferramenta para barrar a repetição. No trabalho com A., é necessário um passo ainda mais atrás e auxiliá-la, primeiro, a encontrar os signos antes que ela possa trazer seus significantes.

Meu trabalho é acompanhar, dar contorno ao processo que ela tenta, de alguma forma, resgatar, nomear, dar palavras; traduzir o mundo que chega para ela de forma caótica. Minha posição é de acolhimento e contorno; estar com ela no trabalho de nomear o que recebe e chega de uma forma desconexa. Antes do sentido, a construção da frase que, ao nomear, permite que o sentido seja dado. Em uma

sessão, diz uma palavra e eu, não entendendo o que disse, pergunto “*Dinheiro?*”. Ela ri e responde “*Dinheiro? Não! Primeiro.*” Segundo Messy (1999),

O sujeito ficando demente não tem mais memória das palavras, a representação pré-consciente das palavras [...] O que não quer forçosamente dizer que não se lembre mais das coisas, mas que não tem mais as palavras para dizê-las! Assim também o que com a perda da representação das palavras, não pode mais memorizar o que lhe chega do mundo externo, e toda percepção dá a impressão de ser tratada como uma representação de coisa. (p. 85)

Podemos observar que, na demência, é da dissolução do Eu que se trata, e a questão da angústia é indissociável do tema das ameaças ao Eu. Notamos que “opera-se um verdadeiro desaparecimento de si mesmo no lugar do duplo da imagem especular, da imagem de si como o outro, e nesse universo dos outros todos desaparecem” (GOLDFARB, 2014, p. 279). A inquietante infamiliaridade não pode ser apropriada pelo Eu, havendo um nunca se sentir “em casa”. Entre o infamiliar e o familiar, surge o sujeito incerto, perdido, despojado de suas referências, estrangeiro de si mesmo. Barros & Queiroz (2009) sublinha que “as imagens de si e do outro não mais encontram a imagem da memória, a vida desliza, em descompasso” (p. 86).

Messy (1999) pondera que o sentido da demência senil talvez seja o “apagar-se, não da pessoa ou de sua imagem, mas do ego, do qual não restaria mais do que um esquema, um ego à flor da pele” (p. 21). Podemos pensar nessa direção em relação à DA? Para Barros & Queiroz (2009), a DA

faz emergir um estranho, exposto a algo diante do qual se vê desamparado, sem recursos para integrar sua experiência. O sujeito é remetido às filigranas do tempo e de sua história, ao que está nos bastidores de sua vida. A memória se perde, as palavras tornam-se fugidias, a comunicação se embota. O processo da doença vai desenhar uma topografia errante. À medida que o estranho avança, vai revelando, de forma regressiva, o caminho feito pelas inscrições na constituição do sujeito psíquico. O eu, uma organização que se constituiu outrora em meio aos caos, à dispersão, por efeito das ligações, aos poucos, vai cedendo espaço a tal processo

regressivo, revelando a céu aberto as estruturas primitivas de sua formação. (pp. 84-85)

Goldfarb (2005) comenta que há duas maneiras de pensarmos a questão das demências: 1) o fato de um quadro neurológico afetar a memória e, com isso, a pessoa perder capacidades cognitivas; 2) o psiquismo humano, com sua potencialidade, abandonar a condição de sujeito psíquico por um excesso de sofrimento que lhe resulta insuportável.

Infelizmente não pude continuar atendendo A., pois, 10 meses depois do primeiro atendimento, ela positivou para COVID, ficou internada, teve complicações clínicas e faleceu. Sequer pudemos nos conhecer presencialmente. Apesar do pouco tempo de atendimento e diante de tantas implicações, A. deixa elementos valiosos. Ao anuir em falar, ao escutá-la podemos observar que, não obstante o avanço da doença, quando a pessoa está ainda mais silenciada em suas relações, algo do sujeito persiste e fala, busca dizer embora os recursos linguageiros estejam cada vez mais escassos.

Não foi possível escutar, como no caso V., a dimensão traumática nodal a qual o sujeito buscará dar contorno através do trabalho de simbolização. A angústia de saber-se esquecida (tanto na forma ativa quanto na forma passiva do termo) coloca como necessidade primeira reencontrar o sentido das frases com a concatenação e ordenação das palavras que ela precisa usar para se fazer entender pelo outro, para comunicar algo de si ao outro. Perder as palavras para se expressar não significa que ela não queria e não tenha o que dizer sobre si. E mais essencial ainda é ter alguém que possa escutá-la. Em uma das vezes em que liguei, disse, como sempre dizia, que ligava para saber como ela estava, ao que A. logo retorquiu com um ar de espanto: *“Saber como estou? Faz tanto tempo que alguém não me pergunta isso”*. Nestes casos, Messy (1999) nos diz que:

O drama consiste precisamente, em que, talvez, os doentes compreendam tudo, mais ainda, vivam na carne sua situação, ao menos no começo, mas não podem dizer nada dela. Não lhe sendo concedida a compreensão recíproca, uns se fecham no mutismo, outros regridem totalmente. (p. 86)

A morte de A. não permitiu dar continuidade ao atendimento e, conseqüentemente, produzir mais amarrações teóricas, no entanto considero importante poder tê-la escutado até o fim. Elevá-la ao estatuto de sujeito pode ser considerado o primeiro passo para prosseguir na investigação desses diagnósticos

tão cheios de furos que a ciência tampona com medicamentos e a partir dos quais podemos inventar novas maneiras de olhar, lidar e atuar com pessoas diagnosticadas com demência. Todo nosso esforço neste trabalho consiste em impulsionar o campo de pesquisa e tratamento na e a partir da prática analítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecimento psíquico, ao longo da história, tem sido objeto de interesse e investigação por teóricos e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Desde o advento da medicina até os dias de hoje, deparamo-nos com diferentes maneiras de interrogar e tratar tais acometimentos conforme os momentos e descobertas históricas. A medicina atual enfoca os aspectos biológicos e neurológicos das enfermidades para seu tratamento, conferindo às doenças de caráter psíquico um aspecto puramente cognitivo, tratável a partir de intervenções medicamentosas em relação ao substrato neuronal e/ou servindo-se de estimulação cognitiva para reabilitação.

Diante destes quadros clínicos, não raras vezes há algo que escapa ao saber científico, ficando enigmático ao médico. Isso que não é abarcado pela restrição do paciente ao corpo biológico em muitos casos diz respeito ao sujeito tal como a psicanálise o concebe. Freud, partindo justamente dos pontos onde a medicina não tinha mais recursos para tratar (nos casos, à época, de histeria), avança seus estudos a partir da escuta de suas pacientes e inaugura a psicanálise ao trazer a dimensão inconsciente e sua forte influência nos fenômenos observados.

O sujeito dividido entre consciente e inconsciente da psicanálise é, na maioria das vezes, ignorado pelo olhar médico. Com os casos de pacientes diagnosticados com demências não é diferente. Estes pacientes são tratados a partir de uma perspectiva estritamente neurológica que aposta principalmente na via medicamentosa e coloca os sintomas característicos desta doença, sobretudo os esquecimentos e as repetições, na ordem da cognição.

Porém, às vezes, algo para além disso aparece. Há momentos de lucidez, por exemplo, que surpreendem os profissionais, ou discrepâncias entre os resultados dos testes aplicados e o que se observa do paciente. Diante destes hiatos, podemos, com a psicanálise, interrogar sobre um sujeito ali presente. É incontestável, cabe ressaltar, todo o processo orgânico e cerebral que se apresenta na doença. Mas também podemos incluir a dimensão psíquica que, sabemos desde Freud, não está dissociada do corpo.

Neste sentido, cabe uma pergunta em torno do sujeito também nas demências, por estas serem tão instigantes e acompanhadas de lacunas importantes. Os estudos sobre estas doenças começam a avançar em diversos campos do saber e,

especialmente, o médico. A psicanálise, pela sua especificidade, também tem a contribuir ao proporcionar uma escuta diferente de qualquer outra área. A escuta analítica possibilita a emergência desse sujeito negligenciado, mas não ausente nos casos de pacientes diagnosticados/as com demência.

Importa considerar toda esta complexidade para a avaliação clínica da equipe de saúde diante de pacientes que chegam com queixas de memória. Estas considerações podem contribuir para a forma como a equipe de saúde conduz esses casos, atentando para os múltiplos aspectos envolvidos, não descartando que a evolução do quadro clínico da demência pode estar associada a um sofrimento psíquico que pode ter direção pela via da fala.

Assim, um olhar amplo contribui para uma melhor investigação clínica e, esta, para uma melhor condução do caso. É importante também, vale ressaltar, delicadeza na transmissão do diagnóstico de demência para o paciente e família, pois uma vez consideradas os mais diversos aspectos do quadro, pode haver uma cronificação da condição do paciente, que pode passar a ser considerado em seu querer e não passível de exercer alguma autonomia possível.

A inclusão de um sujeito, nesses casos, influencia diretamente o modo de tratamento oferecido. O paciente não é mero objeto de intervenção, mas alguém que, embora não esteja gozando de plena lucidez, não pode ser reduzido ao seu corpo biológico. Incluir o sujeito nos leva a considerar sua condição no meio onde está, a relação com os outros ao seu redor. Leva-nos a estarmos mais atentos ao seu discurso, sem descartá-lo totalmente, pois algo insiste em vir à tona em alguns momentos. Faz-nos perceber quais as ações que podem agravar ainda mais o quadro clínico, mas também aquelas que podem dar maior conforto psíquico a quem está em um sofrimento atroz.

Este trabalho mostrou o quanto ainda há que se avançar sobre o estudo e a investigação da demência; o quanto que temos a percorrer nesse caminho pouco desbravado dos labirintos que a demência nos apresenta. Estamos ainda incipientes, mas podemos lançar luz, com a psicanálise, em alguns pontos obscuros que nos apontam amplo campo de trabalho e pesquisa a serem realizados.

Os casos trazidos nos ajudaram a pensar a questão da memória e da repetição em três momentos e três sujeitos diferentes que, do ponto de vista biomédico, só poderiam ter uma via possível: progressão de um estágio demencial. O primeiro caso, da paciente L., mostrou que o que estava começando a preocupar a equipe por ser

um *déficit*, era uma desorganização (significante da própria paciente) que, falando, L. pôde se reorganizar, costurar elementos da sua história com os sintomas atuais e, aos poucos, voltar a estar “vestida de si mesma”.

O caso V. apresenta um sujeito tido, pela equipe, como demenciado, embora houvesse uma interrogação sobre sua tipologia. A distinção sintomática não nos interessou neste estudo, e sim a possibilidade de que V. pudesse falar pois havia demonstrado esse interesse. A paciente encontrava-se em um momento mais avançado da doença e, ao tomar a palavra sob transferência, pôde falar de coisas que ela não dizia a ninguém (como salientou no primeiro atendimento). Os esquecimentos e as repetições que apresentava foram tomados de outra ordem e, ao longo do trabalho, ela mesma pôde escolher “olhar para a ferida” que constituía seu trauma.

No terceiro caso, A. encontra-se com mais dificuldade de qualquer questionamento ou elaboração. Ainda assim, pudemos observar o quanto aquele sujeito tinha para falar de si e da angústia que vivia e a desestruturação em que se encontrava. Ao contrário do silêncio da pessoa demenciada, algo que se espera comumente, A. falava bastante mesmo percebendo que já não fazia mais sentido e não estava sendo compreendida.

Com A. não tivemos notícias dos efeitos da escuta. Ela apontava, porém, desejar falar e ser entendida. Além de solicitar à analista que dissesse o que ela deveria fazer. Com V., os efeitos da escuta aparecem nas falas da filha quando diz que sua mãe se “orientava” depois dos atendimentos com a analista. Além disso, o fato de seu quadro não avançar com outros sintomas também nos deixa interrogações: terá sido efeito da escuta? Será possível que V. tenha sido diagnosticada com demência quando, na verdade, seu quadro não era inicialmente de demência, mas sintoma psíquico que ao se agravar se desdobra para o quadro demencial?

Vimos, ao longo deste trabalho, alguns autores que relacionam a demência ao luto não elaborado e aos estados depressivos, além de considerarem o fator social como elemento importante de produção de isolamento, o que dificulta ainda mais a lida com esses pacientes. Vimos como é importante um olhar amplo e que, abrir um espaço de escuta analítica para esses sujeitos também expande a maneira como podemos interpretar os fenômenos de esquecimento e repetição muito presentes nos quadros demenciais. Vimos como esses pacientes trazem conteúdos interessantes que, de antemão, não se espera que alguém possa apresentar nesses estados.

Esse estudo deu ênfase mais especificamente aos fenômenos do esquecimento e da repetição. Porém, as pacientes trouxeram mais material, ao longo dos atendimentos, que provocam inquietações a respeito do que mais pode estar relacionado à gênese de um quadro demencial. Tanto L. quanto V. trouxeram questões referentes à sexualidade e ao gênero feminino que despertaram o interesse para pensar uma possível relação desses dois eixos com os sintomas apresentados no processo demencial. Cabe ressaltar que a prevalência de demências é maior em mulheres do que em homens, como pode ser encontrado em Machado (2017).

Sexualidade feminina, menopausa e impotência sexual masculina na velhice são ainda temas tabus na nossa sociedade, embora, finalmente, tenha começado a haver alguma movimentação em torno disso por parte de artistas 50+ nas mídias. Estes foram assuntos sempre tomados do ponto de vista ginecológico, que, por sua vez, atribui e reduz toda questão ao nível hormonal. Laznik (2003) faz um apanhado da questão de forma a englobar outros aspectos, sobretudo do ponto de vista da psicanálise e faz a seguinte provocação: “Resta saber se essa libido, pouco utilizada [pela mulher menopausada] no campo do Outro do outro sexo, não arrisca se converter num plano psicossomático” (p. 267).

Seguindo a autora, lançamos uma pergunta em torno dessas questões tão complexas que são a menopausa, a sexualidade e a feminilidade como elementos também implicados na demência, esta se expressando, talvez, como uma psicossomatização. Essa interrogação é apenas mais uma possível via, que foi recolhida a partir da clínica, para se pensar e ampliar a reflexão e teorização sobre a demência, pois chamou a atenção aparecer nas falas das pacientes escutadas e estudadas.

Dessa maneira, o terreno movediço das demências começa a apresentar solo fértil para compreendermos mais largamente este fenômeno cada vez mais frequente em pessoas “idosas” em um momento histórico de aumento da expectativa de vida a nível mundial.

REFERÊNCIAS

ARRUGAS. Direção: Ignacio Ferreras. Produção: Dani Martínez, Tono Folguera, Enrique Aguirrezabala, María Arochena, Oriol Ivern, Toni Marín, Manuel Cristóbal e Ángel de la Cruz. Espanha. Distribuidora: AZFilms. 2011.

ARGIMON, I. I. L. & PIRES-DE-CAMARGO, C. H. Avaliação de sintomas demenciais em idosos: questões essenciais. In: CUNHA, J. A. [et al] org. **Psicodiagnóstico- V**. Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 177-182.

ASSIS, M. de. **Contos**: uma antologia- Volume I. São Paulo: Companhia das Letras, 2004, 2ª ed., pp. 401 - 410.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BARROS, N. & QUEIROZ, E. Do corpo à subjetividade: um olhar psicanalítico sobre a doença de Alzheimer. João Pessoa: EPSI Espaço Psicanalítico. **Rev. Kairós**, v. 5, n. 12, pp. 80 – 87, 2009.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BORRI, M. **História do mal de Alzheimer**. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

BRAZ, I. D. & SOARES, M. F. A. Relação entre a doença de Alzheimer e a depressão: uma revisão bibliográfica. **Cadernos UniFoa**, v. 15, n. 44, pp. 171-180, 2020.

BRUNO, C. C. **A clínica psicanalítica com idosos ditos demenciados: desafios e possibilidades**. Trabalho de Conclusão de Residência - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Programa de Pós-Graduação - Especialização em Psicologia Clínica-Institucional na modalidade Residência Hospitalar, 2021.

CAMILO, T. C. & SCAPIN, A. L. A compulsão à repetição segundo a teoria psicanalítica. **UNINGÁ Review**, v.24 n.3, Paraná, Out/Dez, pp. 59-64, 2015.

CASTILHO, G. M.; CASTRO, A. B. R. de; IATAURO, C. B.; CARVALHO, L. A.; GOMES, R. F. de S.; FIDELIS, R. de O. A práxis dos residentes no ambulatório NAI: psicanálise e velhice. In: VORSATZ, I. & ALBERTI, S. (Org.). **Residência em**

Psicologia Clínica-Institucional – práxis e formação. Curitiba: Ed. Juruá, 2019, pp. 51-73.

CASTILHO, G. Perda de Laços, Solidão e Sentimento de Estranheza: Questões na Clínica com Idosos. In. Hanna, M. S. G. F. & SOUZA, N. S. (orgs) **O objeto da angústia.** Rio de Janeiro, RJ, 7Letras, 2005, pp.44-55.

CASTILHO, G. Velhice e luto: "Quem não arrisca não petisca". **Escola Letra Freudiana**, v. 43, 2011, pp. 297 - 310.

CASTILHO, G. Psicanálise e velhice: o "idoso" é obsoleto? **Trivium: estudos interdisciplinares** [online], v. 4, n.1, 2012, pp. 48-58.

CASTRO-ARANTES, J. M. & LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude - a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição ontológica. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 18, 2013, pp. 2515-2522.

CHERIX, K. & JUNIOR, N. E. C. Luto e melancolia nas demências: a psicanálise na clínica do envelhecimento. **Trivium: Estudos Interdisciplinares**, Ano X, v. 2, 2ª ed., 2018, pp. 182 - 195.

CORTELLA, M. S. **Não nascemos prontos! Provocações filosóficas.** 19 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

Definição demência (OPAS/OMS). Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/noticias/7-12-2017-demencia-numero-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos>>

DEBERT, G. G. Velhice e o curso da vida pós-moderna. **Revista USP**, São Paulo, n.42, Jun/Ago, 1999, pp. 70-83.

DEBERT, G. G. **Feminismo e Velhice.** Sinais Sociais. Rio de Janeiro, Sesc, Departamento Nacional, 2013, v.8 n. 22, Mai-Ago, pp. 15-37.

DUNKER, C. & THEBAS, C. **O palhaço e o psicanalista:** como escutar os outros pode transformar vidas. São Paulo: Planeta, 2021.

ENGEL, C. **"A gente medica de acordo com a família":** a geriatria cuidando das demências. *Mana*, Rio de Janeiro, v.1, n.29, Jan, 2023, pp. 1-30.

FREUD, S. (1893). **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

FREUD, S. (1897). Rascunho M. In: MASSON, Jeffrey Moussaieff (Org.). **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

FREUD, S. (1898). O mecanismo psíquico do esquecimento. In: FREUD, S. **Primeiras Publicações Psicanalíticas**. ESB, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1910) Sobre psicanálise 'selvagem'. In: FREUD, S. **"Gradiva" de Jensen e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII.

FREUD, S. (1914) Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII. FREUD, S. (1914) Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. (1915) Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

FREUD, S. (1916-1917) Conferência XXVII: Transferência. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III)**. ESB, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1919) **O infamiliar e outros escritos**; seguido de HOFFMANN, E. T. A. O homem de areia. 1 ed.; 2. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. (1925). A Negativa. In: **O Ego e o Ido, e outros trabalhos**. ESB, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1926) Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S. **Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos**. ESB, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de psicanálise e outros trabalhos**. ESB, v. XXXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, L. A. **Acaso e repetição em psicanálise**: uma introdução à teoria das pulsões. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

GOLDFARB, D. C. “É MELHOR ESQUECER”: Reflexões sobre a memória e o fenômeno demencial. In: CORTE, B., MERCADANTE, E. & ARCURI, I. G. (orgs.) **Complexidade**: velhice e envelhecimento. São Paulo: Vetor, 2005.

GOLDFARB, D. C. **Demências**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2014. (Coleção clínica psicanalítica)

GUERREIRO, T. Oficina da memória: uma proposta de otimização cognitiva para idosos. In: GUERREIRO, T. & CALDAS, C. P. **Memória e demência**: (re) conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001, pp. 9 - 127.

GROISMAN, D. Velhice e história: perspectivas teóricas. In: Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, n. 10, pp. 43-56, 1999.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol. 2**: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

IRIS. Direção: Richard Eyre. Reino Unido. Distribuidora: BBC Films/Intermedia Films, 2001.

LACAN, J. O estádio como formador da função do eu: tal como nos é revelada na experiência analítica [1949]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. **Seminário, livro 10**: a angústia [1962-1963]. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

LACAN, J. **Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAZNIK, M. C. **O complexo de Jocasta**: feminilidade e sexualidade pelo prisma da menopausa. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

LISPECTOR, C. **Um sopro de vida**. Rio de Janeiro: Rocco, 2020.

MACHADO, J C. B. Doença de Alzheimer. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Freitas, E. V. & Py, L. (editoras), 4. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, pp. 604 - 661.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: **DSM-5**/[American Psychiatric Association], 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>> Acesso em: 28/01/2023.

MEMBILA, N. M.; RUIZ-CABELLO, J. M. & MONTORO, A. M. Demência do tipo Alzheimer. In: ARNEDO; BEMBIBRE; TRIVINO (Coord.) **Neuropsicologia: Através de casos clínicos**. 2012, pp. 265 - 310.

MEIRELES, C. **Viagem**. São Paulo: Global, 2012.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. São Paulo: ALEPH, 1999.

MUCIDA, A. Sob a persistência do real: memória e tempo. O tempo na psicanálise II. São Paulo: **Stylus Revista de Psicanálise**, n. 18, abril/2009, pp. 73-88.

MUCIDA, Â. **O sujeito não envelhece**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

NERI, L. A. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: COSENZA, R. FUENTES, D. & DINIZ-MALLOY, L. F. (orgs.) **Neuropsicologia do desenvolvimento: uma abordagem multidimensional**. Porto Alegre: Artmed, 2013, pp. 17 - 42.

PALMEIRA, C. G. Reflexões sobre a questão do esquecimento na velhice. **Práxis e Formação**, UERJ, ano 1, 2008, pp. 37 - 45.

PARA SEMPRE ALICE. Direção: Richard Glatzer e Wash Westmoreland. EUA. Distribuidora: Paris Films, 2015.

OLGIVIE, B. “O estádio do espelho”. In.: OLGIVIE, B. **Lacan: a formação do conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988, pp. 101 - 124.

QUINET, A. (Org.). **Extravios do desejo – depressão e melancolia**, Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002.

ROSA, J. G. **Primeiras estórias**. 1. ed. São Paulo: Global, 2019, pp. 69 - 76.

SCHNEIDER, R. H. & IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 4, n. 25, Out - Dez, 2008, pp. 555 - 593.

SILVA, I. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos. Rio de Janeiro, v.15, n. 1, Jan - Mar, 2008, pp. 155 - 168.

SNOWDON, D. A. **Aging and Alzheimer's Disease**: Lessons From the Nun Study. *The Gerontologist* – The Gerontological Society of America – Oxford Academic, v. 2, n. 37, 1997, pp. 150 - 156.

SZYMBORSKA, W. Autotomia. In: SZYMBORSKA, W. **Um amor feliz**. São Paulo: Companhia das Letras, 1ª ed., 2016, pp. 142 - 145.

UM SENHOR ESTAGIÁRIO. Direção: Nancy Meyers. EUA. Distribuidora: Warner Films. 2015.

WILDE, O. **O retrato de Dorian Gray**. Porto Alegre: L&PM, 2019. (Coleção L&PM POCKET)

World Health Organization (2021). **Global status report on the public health response to dementia**. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf>>

Acesso em 26/03/2023.

ANEXO I

QUADRO 16.1 Baterias cujos testes são agrupados por domínios cognitivos ou funções

Teste	Autores/ano	Objetivo	Adaptação	Local de utilização
Mini-Exame do Estado Mental – MEEM	Folstein, Folstein & McHugh, 1975	Avalia orientação, memória imediata, recente, cálculo, linguagem, habilidade construtiva.	Bertolucci, Brucki, Campaci <i>et alii</i> , 1994	
<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i> – CERAD	Morris, Heyman, Mohs <i>et alii</i> , 1989	Permite comparações sobre prevalência e causas relacionadas com a Doença de Alzheimer. É feita uma quantificação que classifica o sujeito como demenciado ou não-demenciado.	*	Protocolos de Pesquisa no Serviço de Neurologia da Escola Paulista de Medicina
Exame do Estado Mental	Strub & Black, 1985	Revisão de funções de memória, atenção, linguagem, habilidades construtivas e julgamento.	Camargo e colegas, 1987 (não-publicado)	Serviço de Psicologia e Neuropsicologia do Hospital das Clínicas de São Paulo
<i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination</i> – CAMDEX	Roth, Tym, Mount <i>et alii</i> , 1986	Fornece dados sobre o início e progresso dos déficits cognitivos. Avalia atenção, memória, linguagem, praxia, abstração, percepção e cálculo.	*	
<i>The Middlessey Elderly Assessment of Mental State</i> – MEAMS	Wilson, Cockburn & Baddeley, 1989	Serve para <i>screening</i> do estado mental, para idosos. Inclui questões de orientação, nomeação, evocação, compreensão, aritmética, habilidade visoconstrutiva, percepção visual, fluência verbal, perseveração motora.	Bezerra, Bolognani & Gouveia, 1998 (não-publicado)	Serviço de Reabilitação do CNP-AFIP-FUNESP
Entrevista Estruturada para Diagnóstico da Demência – ENEDAM	Zandig, Mittelhammer, Hiller <i>et alii</i> , 1991	Avalia atenção, memória imediata e tardia, habilidade construtiva, cálculo e pensamento abstrato.	*	Protocolos de Pesquisa do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

*Não há dados publicados sobre a adaptação para o Brasil.

QUADRO 16.2 Testes específicos de memória

Testes	Autores/ano	Função
Teste de Evocação de Buschke	Buschke & Fuld, 1974	Avaliação da memória com análise simultânea de armazenamento, retenção e recuperação de memória remota
<i>Fuld Object Memory Evaluation</i> – FOME	Fuld, 1980	Nomeação tátil e nomeação visual de objetos (fluência verbal, evocação, rememoração dos objetos)
Teste Comportamental de Memória de Rivermead	Wilson, Cockburn & Baddeley, 1985	Investiga registro e evocação de material verbal e visual, memória espacial, orientação temporal
Escala Wechsler de Memória III – WMS-III	Wechsler, 1987	Memória operativa, imediata e tardia, verbal e não-verbal, visual, espacial e de eventos

QUADRO 16.3 Médias, desvios padrão e pontos de corte de alguns instrumentos usados num grupo sadio de longevos (N = 20)

Instrumentos	Escolaridade					
	0-2 anos (n=9)			+ de 2anos (n=11)		
	M	DP	Ponto de corte	M	DP	Ponto de corte
Teste de Evocação de Buschke	89,5	11,0	79	92,6	4,5	88
Lista de Palavras	2,7	1,7	1	3,4	2,7	1
Dígitos	4,8	2,4	2	7,0	1,6	5
Fluência Verbal	11,1	3,9	7	10,6	3,1	7

QUADRO 16.2 Testes específicos de memória

Testes	Autores/ano	Função
Teste de Evocação de Buschke	Buschke & Fuld, 1974	Avaliação da memória com análise simultânea de armazenamento, retenção e recuperação de memória remota
<i>Fuld Object Memory Evaluation</i> – FOME	Fuld, 1980	Nomeação tátil e nomeação visual de objetos (fluência verbal, evocação, rememoração dos objetos)
Teste Comportamental de Memória de Rivermead	Wilson, Cockburn & Baddeley, 1985	Investiga registro e evocação de material verbal e visual, memória espacial, orientação temporal
Escala Wechsler de Memória III – WMS-III	Wechsler, 1987	Memória operativa, imediata e tardia, verbal e não-verbal, visual, espacial e de eventos

QUADRO 16.3 Médias, desvios padrão e pontos de corte de alguns instrumentos usados num grupo sadio de longevos (N = 20)

Instrumentos	Escolaridade					
	0-2 anos (n=9)			+ de 2anos (n=11)		
	M	DP	Ponto de corte	M	DP	Ponto de corte
Teste de Evocação de Buschke	89,5	11,0	79	92,6	4,5	88
Lista de Palavras	2,7	1,7	1	3,4	2,7	1
Dígitos	4,8	2,4	2	7,0	1,6	5
Fluência Verbal	11,1	3,9	7	10,6	3,1	7