

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PROGRAMA PSICOLOGIA CLÍNICA

A EXPERIENCIA VIVIDA POR MULHERES IDOSAS COMO SOFRIMENTO  
SOCIAL

**ROBERTA ELIAS MANNA**

São Paulo

2018

**ROBERTA ELIAS MANNA**

**A EXPERIENCIA VIVIDA POR MULHERES IDOSAS COMO SOFRIMENTO  
SOCIAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de  
Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutora em Psicologia  
Clínica

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Maria José Aiello-  
Vaisberg

SÃO PAULO

2018

## DEDICATÓRIA

Às mulheres que tive a oportunidade de conhecer durante os anos em que trabalhei na Unidade de Referência à Saúde do Idoso. Obrigada pela generosidade em compartilhar seus anseios, dúvidas e biografia.

Aos meus pais, *in memoriam*, Walter Manna e Lucy Elias Manna.

## ***Disaster Training***

*How to become a storm:*

*Love yourself so much  
that you laugh with pity in the face  
of anyone who tries to throw cruelty  
and negativity in your face.*

*How to start a wildfire:*

*Encourage other women  
with the hearts of lionesses  
like yours  
to do the same.*

Nikita Gill

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Tania Maria José Aiello Vaisberg pela confiança depositada em mim, dedicação ao meu percurso e oportunidade de crescimento. Percebo que pude amadurecer muito, pessoal e profissionalmente, ao longo desses anos graças a seu rigor teórico, metodológico e sensibilidade clínica.

À Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo, por ser o campo em que este estudo se deu. Agradeço também toda a equipe da URSI-Sé por nossos mais de doze anos de trabalho conjunto, trocas, aprendizado e amizade.

À Coordenadoria Regional de Saúde Centro, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo, pelo trabalho em equipe e apoio para a realização deste estudo. Agradeço à toda a equipe e especialmente à Dr.<sup>a</sup> Rosana Marques Ferro Cruz, Dr. Nivaldo Carneiro, Tania Gonçalves Vieira Caçador, Joaquim Volpi Furtado, Luciana de Angelo e Silvana Martino Souza. Meu muito obrigada também ao Dr. Clovis Silveira Junior pelo apoio para que minha aventura em Londres se iniciasse.

Ao Dr. Sergio Marcio Pacheco Paschoal e a toda sua equipe da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela amizade e ensinamentos preciosos.

À todas as colegas e amigas da *Ser e Fazer: Enquadres Clínicos Diferenciados*, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, por nossos dezessete anos de intenso aprendizado em uma clínica inovadora, desafiadora e inclusiva.

Às colegas e amigas da *Gerações: Pesquisas e Ações em Gerontologia*, pelas trocas, parceria e incentivo para a realização desta tese e de uma clínica política, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Delia Catullo Goldfarb.

À professora Dr.<sup>a</sup> Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo pela amizade e disponibilidade sinceras.

Ao Dr. Alfredo Naffah, por me acompanhar, mesmo que à distância, nesta jornada.

À professora Ivonise Fernandes Motta e Fabiana Follador e Ambrosio pelos importantes apontamentos na banca de qualificação desta tese.

Ao Professor Stephen Frosh e ao grupo de Estudos Psicossociais de Birkbeck por enriquecerem meu caminho. Thanks to Professor Stephen Frosh and to the Psychosocial Studies group at Birkbeck for enriching my path.

À Maria Beatriz Graciano Abrantes, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, por sua dedicação incansável

às minhas dúvidas. Sua disponibilidade certamente foi muito além de suas obrigações profissionais.

À Claudia Rocha e Camila Perillo, da Secretaria de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, pelas orientações e suportes durante todo o processo de elaboração desta tese.

À Secretaria de Pós Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, especialmente aos prestativos funcionários Ari Bismack Aliaga Betti, Gustavo Carneiro da Silva e Ronaldo Correa de Assis, pelas prontas respostas e ajuda sempre que necessário.

Ao Claus Corbett pela revisão das referências.

À querida Pamela Gonçalves Oliveira pela carinhosa ajuda com o design e estética da tese, meu muito obrigada.

Aos meus alunos e supervisionandos que, com suas perguntas e curiosidades, ajudaram-me a avançar nas formulações desta clínica que é tão psicanalítica quanto política.

Ao meu filho Bruno Elias Lucas de Oliveira, minha maior inspiração, a quem amo e admiro muito.

À toda minha família, pelo amor e suporte. Um agradecimento especial à minhas tias Lea Elias Sayeg e Elenita Rosa Alves Dantas, por todo o cuidado que sempre me dedicam. E à Genilda da Silva Guimarães, a querida Nilda, por tomar conta de minha casa com todo seu carinho.

À Emily Cronin, por fazer da minha casa em Londres um lar. I thank Emily Cronin for making my house in London a home.

À minha irmã inglesa Silbene Lott pela presença quase que diária em minha vida, cuja amizade sincera só cresce. Obrigada por me resgatar tantas vezes da imersão nesta tese para um café ou um bate papo e pela revisão do resumo em inglês.

À amiga Alessandra Moitas, pelo encontro inusitado em Londres após tantos anos e às amigas Silvia Lopes de Menezes, Fabíola Ruiz Bernard, Larissa Impérico, Vanessa e Fabiana, por me acompanharem nessa aventura.

À Francesca Parisio por sua amizade sincera e acolhida. A Francesca Parisio per la sua sincera e accogliente amicizia.

À amiga Irice Godoi, por sua preocupação e cuidado com o coletivo e por me incluir com tanta generosidade em seu grupo.

Aos psicólogos brasileiros em Londres pelas trocas e encontros.

## Resumo

Manna, R. E. (2018). A experiência vivida por mulheres idosas como sofrimento social. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, São Paulo, 2018. 163 p.

O presente trabalho tem como objetivo investigar a experiência vivida por mulheres idosas. Justifica-se na medida em que há fortes indícios de que o envelhecimento da população feminina seja subjetivamente vivenciado como condição na qual se articulam, interseccionalmente, opressões de gênero, idade e classe social. Organiza-se metodologicamente como pesquisa qualitativa empírica com o método psicanalítico e caracteriza-se como estudo psicossocial, procurando investigar os modos pelos quais processos emocionais e sociais implicam-se mutuamente. Centra-se no estudo de casos selecionados dentre aqueles atendidos durante doze anos de trabalho em instituição de saúde pública especializada na atenção à saúde de idosos. Considerado à luz do método psicanalítico, esse material possibilitou a produção interpretativa de quatro campos de sentido afetivo-emocional, denominados: “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, “*Sofrendo por Ser Mulher*”, “*Sofrendo pela Solidão*” e “*Sofrendo na Cidade Grande*”. O quadro geral permite a proposição de que, apresentando-se fortemente marcada por sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça, a experiência vivida pelas participantes deve ser compreendida não apenas como intimamente associada às mudanças corporais, características do processo de envelhecimento, mas também como sofrimento subjetivo socialmente determinado, demandando uma clínica compreensiva, que seja sensível ao padecimento e atenta às condições concretas de vida.

Palavras-chave: Idosos; Mulheres; Interseccionalidade; Sofrimentos Sociais; Experiência Vivida.

## Abstract

Manna, R. E. (2018). The lived experience of elderly women as social suffering. Thesis (PhD in Clinical Psychology) – Institute of Psychology, University of São Paulo, Postgraduate Program in Clinical Psychology, Sao Paulo, 2018. 163 p.

The present study aims to investigate the lived experience of elderly women. It is justified in that there is strong evidence that the aging of the female population is subjectively experienced as a condition in which gender, age and social class are intersectionally articulated. It is organized methodologically as an empirical qualitative research with the psychoanalytical method and is characterized as a psychosocial study, seeking to investigate the ways in which emotional and social processes demand to be understood as always implicated in each other. It focuses on the study of selected cases among those attended during twelve years of work in a public health institution specializing in the health care of the elderly. Considered in the light of the psychoanalytical method, this material permit the interpretative production of four affective-emotional meaning field named: "*Suffering the Decay of the Body*", "*Suffering for Being a Woman*", "*Suffering for Solitude*" and "*Suffering in the Big City*". The general framework allows the proposition that being strongly marked by feelings of helplessness, humiliation and injustice, the participants' emotional experience must be understood not only as closely associated with the body changes that characterize the aging process, but also as socially determined subjective suffering, demanding a comprehensive clinic that is sensitive to suffering and attentive to the concrete conditions of life.

Keywords: Elderly; Women; Intersectionality; Social Suffering; Lived Experience.



## Resumen

Manna, R. E. (2018). La experiencia vivida por mujeres idosas como sufrimiento social. Tesis (Doctorado en Psicología Clínica) – Instituto de Psicología de la Universidad de São Paulo, Programa de Postgrado en Psicología Clínica, San Pablo, 2018. 163 p.

El presente trabajo tiene como objetivo investigar la experiencia vivida por mujeres mayores. Se justifica en la medida en que hay fuertes indicios de que el envejecimiento de la población femenina sea subjetivamente vivido como condición en la que se articulan interseccionalmente opresiones de género, edad y clase social. Se organiza metodológicamente como una investigación cualitativa empírica con el método psicoanalítico y se caracteriza como un estudio psicosocial, buscando investigar los modos por los cuales procesos emocionales y sociales se implican mutuamente. Se centra en el estudio de casos seleccionados entre aquellos atendidos durante doce años de trabajo en una institución de salud pública especializada en la atención a la salud de ancianos. Considerado a la luz del método psicoanalítico, este material posibilitó la producción interpretativa de cuatro campos de sentido afectivo-emocional, llamados: "*Sufriendo la Decadencia del Cuerpo*", "*Sufriendo por Ser Mujer*", "*Sufriendo por la Soledad*" y "*Sufriendo en la Ciudad Grande*". El marco general permite la proposición de que, presentándose fuertemente marcada por sentimientos de desamparo, humillación e injusticia, la experiencia vivida de las participantes debe ser comprendida no sólo como íntimamente asociada a los cambios corporales, que caracterizan el proceso de envejecimiento, pero también como sufrimiento subjetivo socialmente determinado, demandando una clínica comprensiva, que sea sensible al padecimiento y atenta a las condiciones concretas de vida.

Palabras-clave: Adulto Mayor; Mujeres; interseccionalidad; Sufrimiento Social; Experiencia vivida.

# Sumário

<b>Resumo</b>	<b>i</b>
<b>Abstract</b>	<b>ii</b>
<b>Résumé</b>	<b>iii</b>
<b>Apresentação</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1</b> <b>Envelhecimento e Interseccionalidade</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 2</b> <b>O Estilo Clínico Ser e Fazer</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO 3</b> <b>Fundamentos e Estratégias Metodológicas</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO 4</b> <b>Narrativas Transferenciais</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO 5</b> <b>Interpretações e Reflexões Teórico-Clínicas</b>	<b>92</b>
<b>CAPÍTULO 6</b> <b>Envelhecimento Feminino e Sofrimento Social</b>	<b>121</b>
<b>Referências</b>	<b>128</b>
<b>Anexo</b>	<b>150</b>



## Apresentação

Elaboramos o presente trabalho tendo em vista investigar, psicanaliticamente, a experiência vivida por mulheres idosas. A partir de nossa inserção no Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, temos desenvolvido investigações clínicas que deram origem à criação e estudo da potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, cujo conjunto constitui o estilo clínico *Ser e Fazer*. As Oficinas Psicoterapêuticas de Criação correspondem à primeira proposta de enquadre diferenciado, a partir da qual outras possibilidades se descortinaram.

Configuradas como atendimento psicanalítico em grupo, as Oficinas *Ser e Fazer* permitem que benefícios derivados do conhecimento psicanalítico possam ser estendidos à camadas da população, usualmente deles excluídos. Foram originariamente concebidas em resposta ao fato da reforma psiquiátrica brasileira ter-se caracterizado pela valorização de dispositivos voltados, prioritariamente, à reabilitação psicossocial, com relativa subestima de práticas psicoterapêuticas. Isto se deu, provavelmente, em função de um juízo que considerava a psicanálise como tratamento destinado ao atendimento individualizado de pessoas bem situadas economicamente. Neste contexto, as Oficinas *Ser e Fazer* nasceram como espaços psicoterapêuticos inclusivos, no qual pessoas, apresentando problemáticas bastante diversas do ponto de vista psicopatológico, sejam elas diagnosticadas como psicóticas, *borderlines* ou neuróticas, poderiam ser atendidas conjuntamente (Aiello-Vaisberg, 2017, 2009, 2004; Ambrosio, 2005, 2013; Manna & Aiello-Vaisberg, 2010, 2005; Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2010; Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2009; Sato 2007, 2001).

Se as *Oficinas Ser e Fazer* cedo demonstraram sua potencialidade mutativa no âmbito dos serviços organizados a partir da reforma psiquiátrica, não tardaram a revelar-se igualmente eficazes ao atendimento a pacientes orgânicos. Neste contexto, defrontamo-nos com demandas de instituições de saúde comprometidas com o cuidado de pacientes com dificuldades específicas, como, por exemplo, soropositivos para HIV (Mencarelli, 2003, 2010) ou vítimas de enfermidades neurológicas (Vitali, 2004). Muitos pensaram, ao primeiro exame, que esse fato seria incoerente com a diretriz da inclusividade e da diversidade, mas hoje está claro que a relativa homogeneidade derivada do compartilhamento de uma mesma condição, tal como sofrer de uma certa patologia, não impede que convivam, no mesmo grupo, indivíduos bastante diferentes entre si do ponto de vista emocional, no que tange às angústias que vivenciam e às defesas que utilizam. Sendo assim, as Oficinas *Ser e Fazer* não sofreram nenhum ajuste teórico para serem implantadas em instituições voltadas ao tratamento de doenças específicas.

De nossa parte, uma inserção institucional em unidade de saúde pública de referência para atendimento de idosos motivou-nos a criar a Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados (Manna & Aiello-Vaisberg, 2015; 2011; 2009; 2006a, 2006b, 2006c; Manna, Micelli-Baptista & Aiello-Vaisberg, 2006; 2005, 2004; Manna, Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2006), que oferecemos a idosas e idosos inseridos como pacientes do serviço e a seus familiares. Foi neste cenário de oferta de sustentação emocional a diversos sofrimentos que os atendimentos que deram origem às narrativas apresentadas neste estudo ocorreram.

Nossa iniciativa alcançou uma duração de doze anos, permitindo-nos uma visão longitudinal do processo, bem como o acompanhamento do drama, no sentido politzeriano do termo, de muitas mulheres e de alguns homens. O fato de uma imensa maioria de mulheres aderirem à proposta de atendimento proporcionou-nos uma intensa experiência no âmbito do envelhecimento feminino, dando-nos vívida impressão de que nossa própria sensibilidade tenha se tornado, ao longo dos anos, mais precisa e atenta à delicadeza de um universo afetivo-emocional pleno de matizes e nuances.

Envelhecer em uma sociedade como a nossa, que valoriza características próprias da juventude, tais como o dinamismo, a rapidez, a presteza, a beleza e o corpo adolescente, é um grande desafio. Envelhecer sendo mulher gera multiplicativamente mais dificuldades a serem transpostas, porque vivemos em uma sociedade patriarcal que está estruturalmente organizada a partir do olhar de homens. Historicamente, foram, e ainda são, os homens aqueles que decidem as leis e costumes, como evidencia, por exemplo, a discussão recente sobre a legalização do aborto (Rezende, 2017; Medeiros, Santos, Xavier, Gonçalves, Mariz, & Sousa, 2016; Aldana, 2008) em um Congresso Nacional composto por uma imensa maioria de homens brancos e ricos, com poder para decidir sobre o corpo e vida de mulheres<sup>1</sup>.

A questão de gênero é realmente muito relevante quando abordamos a pauta do envelhecimento em nosso país. Segundo dados da Síntese de Indicadores Sociais e Análise das Condições de Vida da População Brasileira (IBGE, 2015), as mulheres correspondem à maior parte da população idosa brasileira (55,7%). Além disso, quando comparamos os rendimentos de mulheres e homens, podemos perceber que elas figuram mais frequentemente como mais pobres do que os homens, ao longo da vida.

---

<sup>1</sup> <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44458907>

Compreendemos que esse tipo de informação indica os contextos concretos nos quais são vividas as experiências emocionais das idosas, porque criticamos, com Bleger (1963/1984), a ideia de que se pode produzir conhecimento nas ciências humanas a partir de mitos, segundo os quais o ser humano poderia ser abordado como fenômeno isolado, natural e abstrato. Concebemos as pessoas como inevitavelmente inseridas em campos relacionais, vale dizer, intersubjetivos, no âmbito dos quais vivem seus dramas (Politzer, 1928/1998), sem descurar que todas as interações humanas se dão em contextos macrosociais. Entendemos que tanto o psicólogo/ psicanalista que atua na saúde pública, como aquele que exerce uma prática privada, precisam estar atentos às condições concretas da vida de seus pacientes como forma de melhor compreender e interpretar<sup>2</sup> seus tormentos e experiências.

Por conseguinte, ao atuarmos em instituição pública de saúde do idoso atendemos pessoas que sofrem, não como mentes ou psiques desencarnadas, mas como pessoas que vivem as vicissitudes de sua corporalidade em condições concretas específicas. Assim, para fazer jus à perspectiva teórica que adotamos, voltamo-nos para a consideração de que a experiência das mulheres idosas, que são usuárias frequentes de equipamentos de saúde pública brasileira, não apenas porque alcançam maior longevidade do que os homens, mas também porque buscam tratamentos mais regularmente, ocorre sob condições de opressão social, que se coordenam numa interseccionalidade específica. De fato, articulam-se interseccionalmente as opressões de gênero e de classe com o etarismo que floresce numa sociedade em que a idade não acrescenta reconhecimento, respeito ou valorização.

Desta feita, a presente pesquisa foi se constituindo a partir do próximo contato com o sofrimento de muitas mulheres em processo de envelhecimento, pertencentes a camadas economicamente desfavorecidas da população. A oportunidade de integrar uma equipe de atenção à saúde de pessoas idosas possibilitou que nos aproximássemos de seus dramas e trajetória de vida. Nesta experiência gestou-se nosso interesse por pesquisar e compreender melhor o sofrimento destas mulheres, que inclui nossa preocupação com a transformação do viver humano de modo mais generoso com as necessidades das pessoas concretas e reais, sempre de forma sintonizada com a realidade em que vivem. Desejamos, em vista disso, contribuir para que o envelhecimento feminino, e de outras

---

<sup>2</sup> Interpretação não é compreendida por nós como enunciação de sentenças interpretativas, mas como movimento empático de compreensão do drama do outro.

minorias<sup>3</sup>, possa ser vislumbrado de forma menos crítica e com mais abertura para favorecer uma ampliação na diversidade das possibilidades do existir.

Apresentamos, a seguir, o modo como organizamos o presente volume, no intuito de tornar a leitura mais confortável e produtiva. Dedicamos o primeiro capítulo, “Envelhecimento e Interseccionalidade”, à focalização do conceito de interseccionalidade, levando em conta sua proposição inicial por Crenshaw (2002, 2004), bem como contribuições de outros autores. Defendemos que o uso desse conceito, proveniente da articulação de investigações sobre direitos humanos e estudos feministas, revela-se fecundo quando buscamos compreender a problemática do envelhecimento contemporâneo de mulheres. Além disso, parte do capítulo versa sobre produções que tematizam a relação envelhecimento e gênero, questão que vem sendo pensada no âmbito da epidemiologia e de outras ciências, tais como enfermagem, gerontologia, demografia, história, antropologia, medicina, sociologia, psicologia, serviço social, entre outras, que podem trazer importantes aportes e contribuir para uma mais ampla compreensão da realidade social.

Apresentamos, no segundo capítulo, intitulado “O Estilo Clínico *Ser e Fazer*”, a clínica que praticamos e seus fundamentos. Nesta seção, descrevemos o estilo clínico *Ser e Fazer*, perspectiva teórico-clínica que adotamos na oferta de cuidado a diferentes formas de sofrimento emocional. Trata-se de um trabalho que se fundamenta numa perspectiva psicopatológica específica (Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2010; Aros & Aiello-Vaisberg, 2009), que se associa a uma particular leitura da psicologia concreta que Bleger (1963/1984) divulgou na América Latina, a partir das críticas e proposições de Politzer (1928/1998), apoiada na qual faz sentido o enquadre diferenciado que denominamos Oficinas Psicoterapêuticas de Criação.

Na terceiro capítulo desta tese, “Fundamentos e Estratégias Metodológicas”, discutimos o caminho que assumimos para atingir os objetivos pretendidos. Este capítulo abrange quatro seções: 1) a crise do modelo de ciência dominante, 2) a apresentação da visão de ciência presente neste estudo, 3) os conceitos fundamentais de conduta, experiência vivida e campo de sentido afetivo-emocional, que o orientam, para, finalmente 4) descrever as estratégias concretas por meio das quais operacionalizamos o

---

<sup>3</sup> Entendemos por grupos minoritários não aqueles que se apresentam como numericamente inferiores, mas os que são sub representados em seus direitos.

uso do método psicanalítico. Esperamos desse modo poder defender com clareza a lógica subjacente à opção pelo uso do método psicanalítico em pesquisa qualitativa.

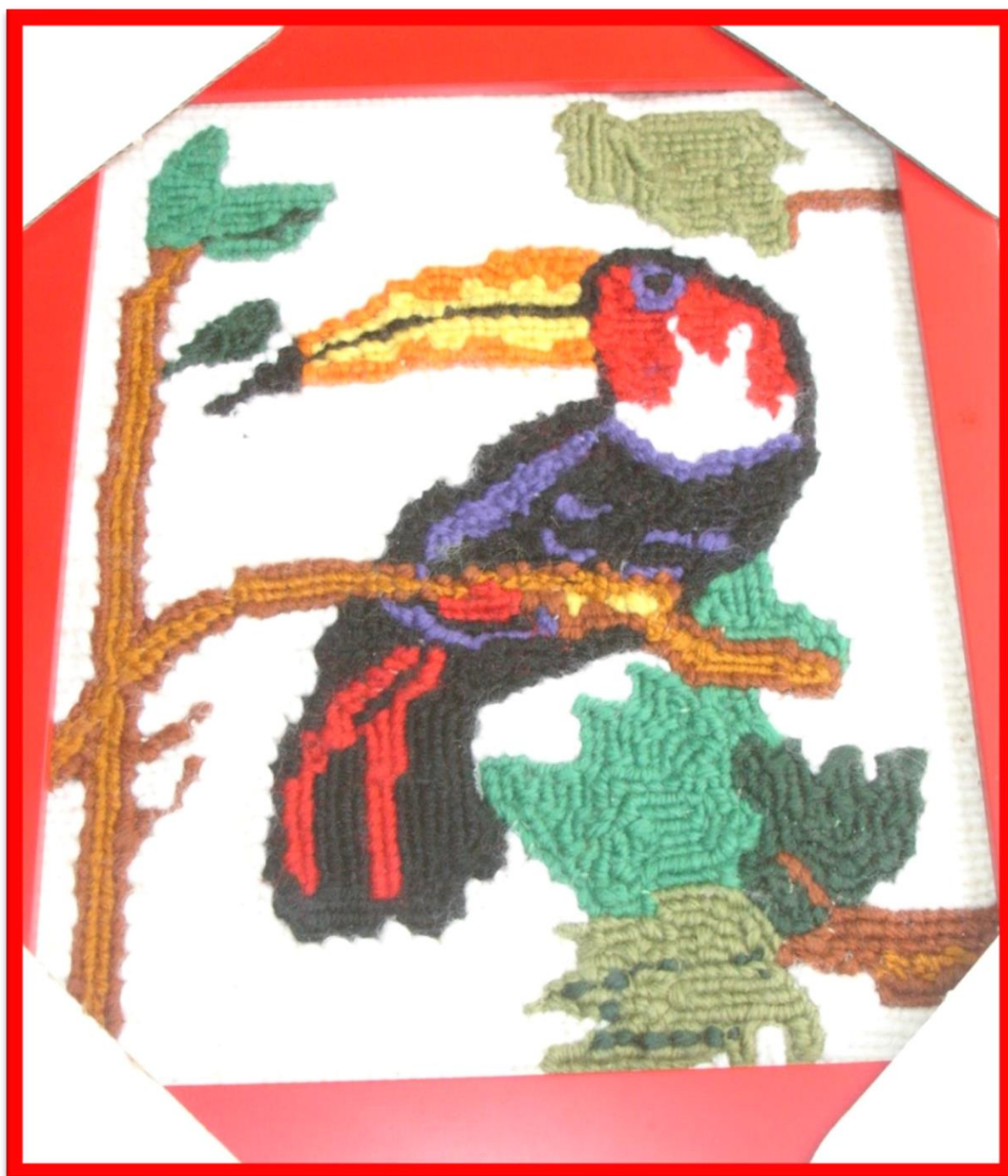
Disponibilizamos no quarto capítulo, “Narrativas Transferenciais”, nossos registros do material pesquisado, que correspondem a cinco narrativas transferenciais, forma específica de relato em que visamos articular tanto ocorrências clínicas como impactos contratransferenciais que podem gerar (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron, Beaune, 2009). Focalizamos, na primeira narrativa transferencial, a história da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, buscando assumir um tom que favoreça certa aproximação do cenário e da experiência vivida, com sua coloração e vigor. Contamos, nas quatro narrativas que se seguem, histórias de encontro terapêutico vividas com quatro mulheres, entre tantas que tivemos a oportunidade de conhecer durante os doze anos de trabalho em equipamento de saúde pública voltado ao atendimento de idosos. A seleção foi realizada a partir da combinação de dois critérios: 1) dos impactos contratransferenciais que se encontram na base da possibilidade de recordação mais clara do vivido durante as sessões de atendimento e 2) do fato de podermos considerá-las como representantes emblemáticas (Paula, 2000; Machado, 1995; Frederico, 1979) do coletivo de mulheres idosas, pobres e usuárias do sistema público de saúde. Ou seja, foram escolhidas porque suas histórias expressam com clareza aspectos dos dramas vividos por outras mulheres de sua geração, que também tivemos a oportunidade de acompanhar.

O capítulo cinco, “Interpretações e Reflexões Teórico-Clínicas”, é dividido em duas partes. A primeira tem a finalidade de enunciar, de modo minimalista, a interpretação de campos de sentido afetivo-emocional subjacentes às histórias narradas. Tais campos, que correspondem, na perspectiva da psicologia concreta blegeriana, a inconscientes intersubjetivos habitados por indivíduos e coletivos humanos, recebem nomes e definições. Na presente pesquisa, produzimos interpretativamente quatro campos de sentido afetivo emocional: “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, “*Sofrendo por Ser Mulher*”, “*Sofrendo pela Solidão*” e “*Sofrendo na Cidade Grande*”. Na segunda parte, tecemos reflexões clínico-teóricas acerca dos campos criados e encontrados, ou seja, sobre as interpretações que produzimos, no intuito de contribuir para que a jornada investigativa sobre envelhecimento da mulher possa seguir viva, sem pretender estabelecer conclusões definitivas.

Enfim, chegamos ao sexto e último capítulo, “Envelhecimento Feminino e Sofrimento Social”, no qual articulamos nossas interpretações e reflexões teórico-clínicas sob a perspectiva dos chamados sofrimentos sociais (Kleinman, Das & Lock, 1997;



Kleinman, 1995b). Temos aqui a intenção de iluminar o multifacetado fenômeno do envelhecimento feminino, trazendo subsídios para práticas psicoterapêuticas e preventivas, bem como para debates no âmbito dos movimentos sociais e da sociedade civil como um todo. Esperamos que este estudo se constitua como uma semente que frutifique e possa contribuir para que a vida de muitas mulheres seja mais valorizada e acolhida em toda sua riqueza e diversidade.



## Capítulo 1

### Envelhecimento e Interseccionalidade

Objetivamos, no presente trabalho, investigar a experiência vivida por mulheres idosas<sup>4</sup> usuárias de dispositivos de saúde pública brasileiro. Inserindo-se em um coletivo de pesquisa, o Grupo USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, cujas produções se fundamentam na psicologia concreta que Bleger (1963/1984) desenvolveu a partir das proposições de Politzer (1928/1998), nossa investigação pode ser caracterizada como um estudo psicossocial, na medida em que aceita o pressuposto de que processos emocionais e sociais implicam-se mutuamente. Segundo Frosh (2014), a abordagem psicossocial:

seeks to investigate the ways in which psychic and social processes demand to be understood as always implicated in each other, as mutually constitutive, coproduced, or abstracted levels of a single dialectical process. As such it can be understood as an interdisciplinary field in search of transdisciplinary objects of knowledge (Frosh, 2014: 161)<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, valoriza-se o reconhecimento de que a precariedade social é potencialmente geradora de sofrimento (Freitas, Dornelas & GIL, 2017; Meira, Reis, Gonçalves, Rodrigues & Philipp, 2017; Schapmire & Faul, 2017; Tardivo & Aiello-Vaisberg, 2015; Corbett, 2014; Merighi, Oliveira, Jesus, Souto & Thamada, 2013; Souza, Marcon, Bueno, Carreira, & Baldissera, 2015; Tardivo, 2008, 2004, 2002; Braz & Ciosak, 2009; Shemirani & O'Connor, 2006), requerendo resposta sensível e coerente por parte dos profissionais que se dedicam a oferecer cuidado à experiência emocional humana. A precarização das relações e a falta de suportes disponíveis a situações difíceis de vida, tais como adoecimento, pobreza, fome, guerra, perda de liberdade e outras formas de padecimento, explícitas e implícitas, produzidas na intersecção entre forças econômicas, políticas e institucionais, acarretam efeitos subjetivos. A compreensão da experiência vivida, eventualmente afetada, de modo profundo, pelo sofrimento, como fenômeno presente nas relações humanas, e não no interior de indivíduos isolados, é tema caro ao campo dos estudos psicossociais.

Têm sido fundamentais, em nosso trabalho, as proposições de Politzer (1928/1998) e Bleger (1963/1984), que lançam as exigências epistemológicas da

---

<sup>4</sup> Este enquadre não foi configurado como grupo exclusivo de mulheres, porém, ao longo de doze anos de experiência constatamos que os atendimentos foram realizados com uma imensa maioria de mulheres, sejam as que chegaram por demanda espontânea, ou as que foram encaminhadas por outros profissionais.

<sup>5</sup> Procura investigar os modos pelos quais processos psíquicos e sociais demandam por ser compreendidos sempre como implicados um no outro, como constitutivo, coproduzido, ou níveis abstraídos de um único processo dialético. Como tal, pode ser entendido como um campo interdisciplinar em busca de objetos transdisciplinares de conhecimento (tradução livre da autora).



psicologia concreta, na qual os contextos sociais são condições para a compreensão dos dramas humanos, cujo caráter é sempre intersubjetivo. Para estes autores, há uma estreita relação entre o indivíduo e a sociedade a que pertence, o que faz com que só consigamos compreender a história e a experiência individual se levarmos em conta a dimensão social da vida – e vice-versa.

Bleger (1963/1984), dando continuidade às ideias de Politzer (1928/1998), entende, portanto, que a psicologia estuda seres humanos concretos. Deve abandonar concepções segundo as quais esses poderiam ser considerados de modo isolado e abstraído das condições históricas reais nas quais a vida transcorre. Conforme suas palavras, a psicologia contemporânea deve “...considerar todos os fenômenos psicológicos como derivados de determinadas relações e interações concretas do ser humano, como ser social, com as situações reais de sua vida” (Bleger, 1963/1984:18). Adotando o estilo clínico *Ser e Fazer*, buscamos nos posicionar de forma coerente com a visão blegeriana, articulando-a ao pensamento de D.W. Winnicott (2000, 1990, 1983, 1971), o que nos permite subscrever uma visão do humano como ser ativo e criativo, capaz do gesto espontâneo, que é aquele que se alinha harmoniosamente à experiência de estar vivo.

Para Bleger (1963/1984), o ser humano pode ser caracterizado por sua condição de ser social, concreto e criativo, produto do momento histórico, ao mesmo tempo em que é capaz de transformar a cultura e o ambiente em que vive. Esse homem, sujeito efetivo de mudança, vive em ambiente primordialmente social e faz parte da natureza de forma muito particular. O conhecimento que podemos adquirir deste homem será sempre socialmente condicionado, não podendo se dar por pura reflexão:

“Porque o homem é o único dos seres vivos que pode pensar a si mesmo como objeto, utilizar o pensamento, conceber símbolos universais, criar uma linguagem, prever e planificar sua ação, utilizar instrumentos e técnicas que modificam a sua própria natureza. Ainda que formando parte da natureza, pode, em certa medida, ser independente dela. Tudo isso está em estreita relação com sua possibilidade – distinta a de todos os animais – de produzir seus meios de subsistência” (Bleger, 1963/1984:20).

Ao colocarmos-nos disponíveis, contratransferencialmente, para o atendimento psicanalítico a mulheres idosas, deparamo-nos com situações concretas, nas quais, com frequência, articulam-se enfermidade corporal e vulnerabilidade social (Del Rosso, 2017; Gasparotto & Santos, 2012; Meira *et al*, 2017; Merighi *et al*, 2013; Rodrigues & Praça, 2010; Schapmire & Faul, 2017; Shemirani & O'Connor, 2006; Tribess, Virtuoso Junior

& Petroski, 2010). Quando em situação de fragilidade, a proximidade da morte invade o cotidiano dessas mulheres com sucessivas perdas, desde a do corpo valorizado da juventude, progressivamente mais limitado ou mesmo doente, até o afastamento de pessoas queridas. Este quadro pode gerar fortes angústias que, em alguns casos, permanecem vagas e difusas, enquanto em outros se expressam sob a forma de queixas definidas. Não raras vezes, o pedido de ajuda caracteriza-se pelo medo de perder a memória e a consciência de si, de sofrer em virtude de alguma doença grave ou de morte iminente. Também são frequentes manifestações confusionais ou depressivas (Tardivo, 2008), perda de vínculos, isolamento social ou recusa a realizar atividades cotidianas. Outras ocorrências, como quedas frequentes, aparecimento súbito ou agravamento de certas doenças, não sendo determinadas unicamente pelo estado emocional, podem também expressar mal-estar psicológico.

Trabalhando por aproximadamente quinze anos na clínica do envelhecimento<sup>6</sup>, temos acolhido várias comunicações que, sob formas bem diversas, expressam a intensidade e persistência do medo da morte, fonte de grave sofrimento para muitos idosos. Alguns pacientes falam claramente deste temor, outros o expressam através do corpo ou do silêncio e preocupação em se aproximar desta que é a única certeza que podemos ter na vida.

*Lembramos de uma idosa que interrompe o atendimento psicológico dizendo sentir-se bem, quer participar de grupo de cozinha experimental realizado pela nutricionista da equipe, que acontecia no horário do atendimento em saúde mental. Após alguns meses, viemos a encontra-la profundamente angustiada nos corredores da unidade de saúde depois de algumas idas ao Pronto Socorro da região. Nessa ocasião, conta sobre seus temores, em meio aos quais identificamos um pedido de exame feito pela geriatra após suspeita não confirmada de câncer. A possibilidade de estar acometida por uma grave doença provoca-lhe dores no coração, sensação de desmaio e morte iminente, mesmo ao saber que a suposição da médica não havia se confirmado.*

Cena tão contundente como a narrada acima evidencia o sofrimento presente em situações em que a ameaça assume proporções maiores do que a pessoa consegue suportar. Esta paciente vivia uma situação de perda também em sua atividade laboral, pela qual nutria intensa paixão. Era pintora de telas à óleo, ocupação cuja importância seu marido não reconhecia, mas que lhe provocava, por vezes, sentimentos de ciúme. Como

---

<sup>6</sup> Dedicamo-nos, durante doze anos, ao atendimento de pacientes na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados em serviço de atenção à saúde de idosos na saúde pública.

forma de evitar discórdia na família, a paciente tinha aberto mão de seu ofício na juventude, daquilo que mais gostava de fazer, matando dentro de si um pedaço muito importante, que entendia ser seu talento, vocação e fonte de realização. Podemos aqui pensar no lugar da mulher na sociedade, que inúmeras vezes é convocada a renunciar ao que lhe é significativo em nome do outro ou do que é visto como bem comum. Compreender a situação vivida por essa idosa apenas como fragilidade emocional, ou como decorrência de problemas no desenvolvimento infantil precoce, que se teriam atualizado diante da notícia da médica sobre um possível diagnóstico, é desconsiderar sua história e experiência vivida como mulher adulta e idosa.

Como sabemos, com vistas a explicar os sofrimentos emocionais, Freud (1916/1948) propôs um complexo esquema causal, conhecido como séries complementares, que articula a constituição do indivíduo com a experiência emocional infantil e os acontecimentos da vida adulta. Pensado inicialmente para explicar a etiologia da neurose, e ampliado posteriormente para a compreensão da causalidade dos demais quadros psicopatológicos, tem a virtude de evidenciar a característica multifacetada, aberta e relacional da conduta humana. Porém, foi erroneamente apropriado por alguns psicanalistas que, capturados pela riqueza da experiência infantil, ignoraram e/ou subestimaram a importância dos eventos da vida adulta, vale dizer da terceira série causal<sup>7</sup>.

Entendemos, com Bleger (1963/1984), que as séries complementares, ou causais, quando aplicadas dialeticamente, dialogam produtivamente com a psicologia concreta de Politzer (1928/1998), ao valorizar o contexto social e as relações humanas na produção de experiências emocionais. Nesta linha, o cuidado psicanalítico a mulheres idosas na saúde pública convoca o profissional à adoção de posicionamento compatível com condições existenciais que não subestimam os acontecimentos da vida adulta. Entendemos que as pessoas que experimentam esses sofrimentos poderão ser melhor cuidadas com a oferta de ambiente sustentador, capaz de acolher e oferecer lugar possível para as velhices, que certamente são plurais.

O trecho abaixo apresenta, nas palavras da psicanalista (Goldfarb, 1998), a multiplicidade da velhice, que só pode ser compreendida de forma contextualizada e dinâmica, pois está em constante (re)criação:

---

<sup>7</sup> O estudo da constituição não deve ser desvalorizado, mas certamente ultrapassa o campo da psicanálise.

... ao falar de velhice percebemos que aquilo que supúnhamos saber não é suficiente para defini-la, e, mais ainda, verificamos que esse saber precário é produto de uma visão parcial engendrada na prática de cada profissional e de preconceitos fortemente enraizados no cultural. Então, de que realmente falamos quando falamos de velhice? E quando falamos do velho? Do velho reivindicativo que briga com todo mundo e por tudo, ou do velho passivo que aceita seu destino sem reclamar? Do velho engajado, ativo e divertido, ou do outro, deprimido e solitário? Daquele que vive em família ou do que foi depositado em um asilo? Da velha elegante que passeia nos bairros nobres, ou da faxineira que ainda ajuda a criar os netos? Do velho que trabalha a nosso lado ou daquele que renunciou a lutar? Dos que renunciaram à sexualidade ou dos que reivindicam seu direito ao prazer? Dos que vemos na fila do banco ou no banco da praça? Da velha ‘bruxa’? Do velho ‘sábio’? Do doente? Dos poderosos ou dos marginalizados? (Goldfarb, 1998: 13).

Esta variedade de possibilidades para a expressão do existir humano na velhice é negligenciada e, às vezes, até negada pelos meios de comunicação. Kamkhagi (2008) desenvolve uma análise de cenas contemporâneas no envelhecimento ao destacar as concepções de velhice predominantes na superestrutura e transformações sociais, focando em algumas das representações da velhice no mundo atual. Da visão da velhice na televisão, especialmente na telenovela brasileira, cinema e nos anúncios de comerciais, que cultuam a beleza jovial, seja dos adolescentes ou dos velhos jovens.

A visão abstrata e descontextualizada da velhice, presentes na grande mídia, reflete no discurso e no imaginário das pessoas comuns (Assis, Riemenschneider & Aiello-Vaisberg, 2013; Goldani, 2010) que, com poucas exceções, homogeneiza e categoriza este momento da vida em dois grandes grupos, ignorando a diversidade de formas de envelhecer: 1) idosos jovens e saudáveis e 2) idosos decrepitos. A grande variabilidade, com sua riqueza de expressão, fica restrita a não mais que poucas possibilidades de existir, fazendo com que as pessoas concretas e reais tentem se identificar com as normas vigentes. Quando a pessoa não se vê como o velho doente, mas também não se percebe como um idoso jovem, capaz de correr a meia maratona, sente-se sem lugar ou tenta se encaixar no padrão ditado pelos meios de comunicação.

Nesta linha, Debert (2003) apresenta seu estudo sobre a visão de velhice exibida pela publicidade brasileira e denomina de “reprivatização do envelhecimento” à transformação do modo de envelhecimento em uma falha “dos indivíduos que foram incapazes de se envolver em atividades motivadoras, deixando de adotar formas de consumo e estilos de vida capazes de evitar a velhice e seus problemas” (p. 137). Neste caso o envelhecimento pode ser bem ou mal sucedido, segundo padrões externamente delimitados, e a pessoa passa a ser individualmente culpabilizada por isso.

No caso da mulher, há também uma imposição social e cultural para que ela seja bela, jovem e delicada, ao longo de toda sua vida. Tais imperativos são particularmente cruéis com as mulheres que envelhecem, que passam a ocupar lugar de desprestígio no meio social, caso não possam se ver como avós carinhosas e assexuadas. A ditadura da formosura jovial e da magreza afeta a auto estima de mulheres que não se enquadram no padrão de beleza valorizado, seja porque estão gordas, são baixas, altas, negras, tem cabelo curto ou rebelde, ou porque envelhecem. Entre tantos exemplos possíveis destacamos a história de uma paciente que nos tocou:

*Uma mulher idosa falava de seu horror ao se olhar no espelho, não se via naquela figura com rugas e tantas marcas que lhe causavam dor e desconforto. O incômodo era tanto que chegou a cobrir todos os espelhos de sua casa, para se poupar de imagem tão medonha, até reconhecer o absurdo da situação que vivia. Seu corpo era um fardo que não queria, mas teria que carregar.*

Neste cenário são destacadas as facetas das perdas no envelhecer, seja da beleza jovial, das capacidades físicas ou cognitivas, dos papéis sociais, dos amigos que se vão, dos filhos que crescem, do mundo que se conhecia, do ambiente em que se estava habituada a viver. As referências conhecidas das idosas vão desaparecendo e surgem novas tecnologias, novos costumes, novas modas, novas linguagens. A preocupação com relação a manutenção da saúde física e da memória vão se acentuando.

A abordagem psicanalítica de mulheres idosas, marcadas pela precariedade, vulnerabilidade e exclusão, certamente pode prosperar de forma surpreendente quando adotamos concepções que compreendam o sofrimento como experiência existencial que emerge em campos vinculares que se inserem em contextos sociais, históricos e culturais específicos, ou seja, quando abandonamos a visão de que as condutas humanas derivam, exclusivamente, de fenômenos intrapsíquicos (Bleger, 1963/1984).

A pesquisadora Kimberlé Crenshaw (2002; 2004), professora de Direito da Universidade da Califórnia e da Universidade de Columbia, bem como ativista dos direitos das mulheres negras, cunhou o termo interseccionalidade para destacar as consequências de coincidir, na vida de uma mesma pessoa, duas ou mais formas de discriminação e exclusão. Para tornar o conceito mais claro, fez uso da metáfora da intersecção do cruzamento de ruas, representando cada uma delas um eixo de discriminação, por exemplo gênero e raça. Uma pessoa que se situa no centro do cruzamento dessas ruas, ou seja, no seu meio de intersecção, poderá sofrer colisões de



ambos os lados. No entender da autora, o importante desafio, a ser superado mediante o uso deste conceito, consiste em ultrapassar a invisibilidade interseccional das desigualdades e abordar as diferenças existentes dentro da diferença. Ou seja, chegar à compreensão de que nem sempre lidamos com grupos distintos de pessoas e sim com grupos sobrepostos, na medida em que nos defrontamos com uma discriminação composta e suas consequências.

Crenshaw (2002, 2004) clama pela incorporação da questão de gênero à prática dos direitos humanos e favorece melhor identificação do que acontece quando diversas formas de discriminação se combinam e afetam as vidas de determinadas pessoas. Além disso, amplia o uso do termo interseccionalidade para diversas modalidades de discriminação: raça, etnia, classe social, gênero, deficiência, idade ou outros sistemas discriminatórios que constituem diferenciados eixos de poder. Segundo a autora:

A garantia de que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos baseados no gênero exige que se dê atenção às várias formas pelas quais o gênero intersecta-se com uma gama de outras identidades e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres (Crenshaw, 2002: 174).

Neste contexto o conceito de interseccionalidade derrubou, de modo definitivo, a ilusão de que seriam vários os grupos que sofrem opressão. Ao contrário, podemos reconhecer que as mesmas pessoas e grupos tendem a ser vítimas de diferentes tipos de arbitrariedades, em função de serem, por exemplo, mulheres, pobres, idosas e negras.

No presente estudo investigaremos um tipo específico de interseccionalidade, na qual se sobrepõe a condição de gênero, a condição etária e a condição socioeconômica, abordando a experiência vivida por mulheres idosas pertencentes a camadas desfavorecidas da população, usuárias do sistema público de saúde brasileiro. Acompanhando as preocupações de Crenshaw (2002, 2004), partimos da compreensão de que homens e mulheres podem experimentar o envelhecimento de forma profundamente relacionada ao seu gênero e à sua condição econômica e social. A partir desta constatação, vários estudos vieram a ser realizados. Apresentaremos aqui algumas destas investigações que favorecem uma compreensão e aprofundamento da temática desta pesquisa, disponíveis em bases nacionais e internacionais.

Iniciaremos examinando o estudo empreendido por Brown, Richardson, Hargrove & Thomas (2016), que investigaram, entre mulheres e homens brancos, negros e americanos de origem mexicana, como a intersecção entre raça/ etnia, gênero, status socioeconômico e idade influenciam as desigualdades na saúde. Os resultados apontaram que a desigualdade étnico-racial na auto avaliação da saúde sofre a influência de gênero, sendo maior entre mulheres do que entre homens. As desvantagens observadas em relação à saúde feminina tendeu a ser maior entre negras e americanas de origem mexicana do que entre mulheres brancas. As mulheres negras e mexicanas tiveram a pior auto avaliação de saúde, enquanto os homens brancos tiveram a melhor. Além disso, as consequências para a saúde das posições sociais tendem a variar com a idade, que se caracteriza como uma dimensão adicional de desigualdade que se cruza, simultaneamente, com outras dimensões. Os autores constataram a importância de avaliar as inequidades étnico-raciais, de gênero, socioeconômica e de idade de forma multiplicativa, ao invés de aditiva, sem desconsiderar que estas categorias são resultado de relações de dominação e subordinação decorrentes do racismo, do sexismo e de suas consequências para a desigualdade de classe e gênero.

Também Hinze, Lin & Andersson (2012) utilizaram uma abordagem interseccional para investigar desigualdades das condições de saúde, com vistas a compreender como a relação entre raça, gênero e status socioeconômico influenciam a saúde de pessoas idosas. Avaliaram as condições de saúde de três grupos de idosos: 1) mulheres negras sem o ensino médio, 2) homens brancos com ensino médio ou superior 3) todos os outros participantes da amostra. Constataram que pertencer ao que denominaram de “*low power group*”, ou seja, ser uma mulher negra, idosa e com baixo nível educacional, influencia severamente o percurso da saúde, incluindo relacionamentos sociais, tais como ser ou não casada e rede de amigos, fumar ou realizar atividades físicas, aumentando, significativamente, a possibilidade de apresentação de sintomatologia depressiva. Os autores igualmente destacam que o lugar social na produção das desigualdades na condição de saúde parece gerar efeitos multiplicadores e não meramente aditivos.

Nesta linha encontramos ainda o estudo realizado por Warner & Brown (2011), que empreenderam investigação interseccional, com vistas a compreender as diferenças entre raça/etnia e gênero no processo de envelhecimento em diferentes grupos de ambos os sexos. Mulheres hispânicas e negras apresentaram os mais altos níveis de incapacidade,

quando comparados com os apresentados por mulheres brancas ou homens brancos, negros ou hispânicos, coincidindo com os achados das investigações apresentadas acima. Em suas conclusões, os pesquisadores apontam que diferenças nas origens sociais na vida precoce, tais como *status* marital, hábitos de saúde e *status* sócio econômico, auxiliam na compreensão das desigualdades encontradas nos diferentes grupos de mulheres idosas entre si. A mesma explicação serve para compreender as diferenças entre os grupos de homens estudados. Entretanto, é interessante notar que enfatizam que uma compreensão aprofundada das discrepâncias encontradas entre homens e mulheres necessita de uma abordagem interseccional, capaz de lançar luz nas disparidades de saúde experimentadas nos diferentes coletivos e oferecer uma melhor comparação dos resultados obtidos entre os grupos pesquisados.

Em outro estudo, Saarnio, Arman & Ekstrand (2012) também investigaram desigualdades de condições de saúde e relações de poder na experiência de sofrimento em pacientes com câncer durante o tratamento. Os autores preocuparam-se com as influências que não são facilmente percebidas, aquelas que não são olhadas e são tidas como naturais ou pouco importantes, porém exercem múltipla relação de poder na experiência de sofrimento destes pacientes, tais como, gênero, etnia, idade e oportunidade educacional. Vieram, assim, a entender que a experiência de sofrimento depende de condições que não derivam direta e unicamente do câncer, de modo que os mais vulneráveis, tais como ser mulher com câncer, com baixa escolaridade, pertencente a uma minoria étnica, influencia como a pessoa vai vivenciar o sofrimento, aumentando seu padecimento. Esta afirmação pode ser melhor compreendida na medida em que consideramos que os participantes compartilham uma situação comum, o fato de apresentarem câncer, apesar de viverem em ambientes e situações de vida diferentes. A interpretação do material baseou-se na perspectiva do sofrimento e da interseccionalidade, concluindo que a situação de vulnerabilidade social de pessoas com câncer aumenta concretamente seu sofrimento.

Cabe igualmente lembrar o estudo recente de Schapmire & Faul (2017), que focalizaram a ocorrência de sintomas depressivos em idosos com câncer. Encontraram significativa interação entre a presença da doença, gênero e suporte social, destacando que uma mulher com histórico de câncer e baixo suporte social tem maiores probabilidades de vivenciar depressão. Sendra-Gutiérrez, Asensio-Moreno & Vargas-Aragón (2017) também investigaram, numa perspectiva de gênero, fatores associados

com depressão em pessoas idosas. Detectaram desigualdades e afirmaram que a saúde de homens e mulheres não é diferente apenas pelas questões biológicas que a influenciam, mas também em função das relações entre papéis de gênero, ocupacionais e familiares.

Em estudo de revisão integrativa da literatura, Tavares, Jesus, Cordeiro, Machado, Braga & Merighi (2017) discutiram o conhecimento produzido sobre a saúde das mulheres idosas de baixa renda, através de vinte e quatro textos selecionados sobre o tema. Constataram que o Brasil foi o maior produtor de artigo sobre o assunto (45,8%), seguido pela Coreia do Sul (20,8%), Estados Unidos (12,5%), Canadá (8,3%), México (4,2%), África do Sul (4,2%) e Portugal (4,2%). Os enfermeiros (45,8%) foram os profissionais que mais publicaram sobre a matéria. O conjunto dos estudos apresentados lançam luz sobre os determinantes sociais de saúde de mulheres idosas de baixa renda, ao destacarem o papel significativo do gênero e da renda nas condições de saúde de idosos brasileiros, representados por uma significativa maioria de mulheres, com maior propensão de pobreza quando comparadas aos homens.

Em outro estudo, realizado igualmente no Brasil, sobre prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas, Duarte, Fernandes, Rodrigues & Nóbrega (2013) constataram correlação estatisticamente significativa entre a idade, renda, fragilidade e maior associação desta com baixo nível de escolaridade, por afetar o estilo de vida e aumentar a exposição a riscos para a saúde. Participaram desta pesquisa 166 mulheres idosas com 60 anos ou mais, que responderam a entrevista realizada em seu domicílio. As autoras destacaram a importância de se considerar a multidimensionalidade na análise do fenômeno, compreendido como evento determinado tanto por aspectos biológicos como psicossociais. Esclarecem que a maior prevalência de fragilidade em mulheres idosas é influenciada por condições de vida marcada por restrição social, pouca independência econômica e desempenho de atividades domésticas, além de problemas ligados ao gênero experimentados ao longo da vida.

Em pesquisa interseccional sobre a qualidade de vida de mulheres idosas do sul da Ásia, residentes no Canadá, Alvi & Zaidi (2017) evidenciaram a experiência de aculturação experimentada por estas imigrantes. Ouvir suas histórias de vida, de imigração e de marginalização permitiu a percepção de que se encontravam diante de anciãs silenciadas e invisíveis, que sofriam em virtude das perdas vividas e das exigências enfrentadas, bem como por serem mulheres e idosas.

Também Shemirani & O'Connor (2006) investigaram a experiência de imigrantes iranianas idosas refugiadas no Canadá. A análise das entrevistas realizadas com cinco mulheres revelou que a história de cada uma delas apresenta diferenças e idiossincrasias, mas que o conjunto dos depoimentos destaca o entrelaçamento crítico entre a experiência de envelhecimento e imigração. Os autores apontam que nenhum dos relatos pode ser compreendido de forma isolada do outro e que a experiência de imigração e a identidade cultural dessas mulheres marcaram, interseccionalmente, seu processo de envelhecimento.

Já Carmona-Torres, Carvalhal-Silva, Viera-Mendes, Recio-Andrade, Goergen & Rodríguez-Borrego (2017) investigaram suspeita de abuso vivido por 212 idosos no ambiente familiar em Portugal. Participaram do estudo homens e mulheres com mais de 65 anos, sem comprometimento cognitivo. Os pesquisadores identificaram situações de maus-tratos em 24,5% dos idosos estudados, sendo o abuso psicológico o mais comum, seguido por negligência, abuso econômico e físico. A maioria dos agressores pertencia ao núcleo familiar do idoso. Estes autores evidenciaram que o gênero e a idade influenciam a probabilidade de uma pessoa idosa sofrer maus-tratos, sendo que as vítimas mais frequentes são as de sexo feminino. O perfil apresentado pela pessoa idosa vítima de maus tratos é o de uma mulher casada com aproximadamente 74 anos de idade, ensino fundamental incompleto, sem atividade profissional e uma média de 2,35 filhos.

Por fim, apresentamos o estudo realizado por Oudshoorn, Neven & Stienstra (2016), que investigaram, com abordagem comparativa interseccional, como idade, gênero e diversidade são representados pelas práticas de *design* de tecnologias de informação e comunicação. Os pesquisadores descrevem os modos como profissionais do *design* tentam lidar com a diversidade de expressão em suas produções criadas para mulheres jovens e idosas. Concluem que há uma prevalência da visão hegemônica de gênero e idade, que negligencia a diversidade neste contexto, reforçando uma visão poderosa, mas discreta, de mulheres jovens e velhas como um outro passivo, incapaz de contribuir com seu gesto e personalidade.

Como percebemos, as pesquisas que apresentamos revelam-se convergentes, na medida em que mostram que a mulher ocupa, no mundo contemporâneo, lugares mais desfavorecidos do que os homens, especialmente quando idosa, de baixa renda e pertencente a minorias étnicas. Por ser mulher, por estar envelhecendo, por não dispor de

recursos suficientes para arcar com as necessidades da vida, fica mais propensa, que outros grupos de pessoas, a sofrer múltiplas colisões, como afirma Crenshaw (2002, 2004).

É interessante notar como estas características, tidas muitas vezes como invisíveis ou naturais, algumas com pouca margem para mudança, como o fato de se tratar de mulheres, idosas e com baixo poder aquisitivo, influenciam o percurso de vida, os relacionamentos sociais, a rede de amigos, a realização de atividades físicas e o *status* conjugal, interferindo nas condições de saúde física e emocional. Não podemos ignorar que estas categorias não são naturais e sim construídas, ao longo dos anos, como resultado de relações de subordinação e dominação, profundamente marcadas pelo racismo e pelo sexismo. A relação de poder gera resultados multiplicativos, não sendo razoável apenas somá-los quando buscamos compreender os prejuízos e verdadeira devastação na vida de pessoas vulneráveis e/ou fragilizadas. A fragilidade e vulnerabilidade social surgem como importantes fatores restritivos da vida social, prejudicando ainda mais essas mulheres.

O panorama encontrado, quando examinamos esse conjunto de pesquisas, em grande parte positivistas e adeptas de metodologias investigativas convencionais, apresenta-se convincente quando pontua, com muita clareza, que etarismo e gênero, comumente combinados com outras condições, como pobreza, migração e etnia/raça, confluem piorando as condições de saúde e tornando a experiência vivida carregada de sofrimento. Evidentemente, consideramos que a possibilidade de contarmos com uma visão panorâmica, clara e convergente, sobre uma questão, deve ser altamente valorizada, na medida em que ajuda a definir um problema social e humano que deve ser coletiva e politicamente combatido. A valorização do conhecimento já produzido indica, por outro lado, que podem ser bem vindos estudos qualitativos, tal qual o presente, que permitam detalhamento dos modos pelos quais formas de discriminação opressiva gera efeitos subjetivos, produzindo conhecimentos capazes de se revelarem significativos tanto na clínica, psicoterapêutica ou psicoprofilática, como se usados como subsídios em debates que envolvem movimentos sociais e a sociedade civil.

Consideramos como fundamental, para nossa pesquisa, tomarmos contato com o que tem sido abordado, em nosso meio, sobre a interseccionalidade, que caracteriza a condição de mulher idosa. Por este motivo, resolvemos rastrear dois importantes periódicos nacionais, que publicam pesquisas interdisciplinares sobre gênero e

desigualdades realizadas em nosso país, ambos indexados pela Scielo: os Cadernos Pagu e a Revista Estudos Feministas. Para isso, examinamos todos os números dessas duas revistas que se encontram disponíveis *on line*. Esse trabalho resultou na obtenção de um total de dezessete textos voltados para o estudo do envelhecimento feminino, que comentaremos a seguir. Desses, quinze foram publicados nos Cadernos Pagu e dois pela Revista Estudos Feministas.

Iniciaremos falando do número treze de Cadernos Pagu, publicado em 1999<sup>8</sup>, inteiramente dedicado ao tema do envelhecimento. A apresentação desse volume, assinada pela antropóloga Guita Debert (1999), alerta para a pouca atenção dada pela teoria e prática feministas para temas relacionados com a velhice, deixados sempre à margem das preocupações com as questões de gênero. Por outro lado, afirma que a gerontologia tampouco dedicou a devida atenção às questões do feminismo: “Os trabalhos de cunho sociológico raramente vão além da constatação de que o número das mulheres velhas é maior que o dos homens e que esta diferença cresce em todo o mundo” (Debert, 1999: 7). Fica evidente a ausência de interlocução entre o campo dos estudos feministas e o campo da gerontologia, como se fossem mundos completamente diferentes e alheios um ao outro.

Apesar de não utilizar o termo interseccionalidade, cunhado por Crenshaw (2002) três anos depois da publicação da revista brasileira, Debert (1999) alerta “que as mulheres na velhice experimentariam uma situação de dupla vulnerabilidade, com o peso somado de dois tipos de discriminação – como mulher e como idosa” (p. 8). Podemos encontrar, portanto, nesse texto, a ideia de confluência de opressões, porém estas incidiriam adicionando sofrimento, ao invés de multiplicando experiências de humilhação, exclusão e injustiça, como apontam os atuais estudos sobre o campo. Cabe destacar que, ao longo dos dez textos, divididos entre as seções Artigos e Dossiê,<sup>9</sup> publicados no Cadernos Pagu, dedicados ao tema do envelhecimento, não encontramos nenhuma discussão que incluísse o ponto de vista do sofrimento da mulher idosa.

Na seção Artigos deparamos com quatro interessantes textos, a começar pelo de Vergara (1999), que discute a noção de excepcionalidade, ou seja, de casos considerados como heroicos e isolados na história das mulheres, através do estudo de passagens da vida

---

<sup>8</sup> O ano de 1999 foi declarado Ano Internacional do Idoso pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>

<sup>9</sup> <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/issue/view/288/showToc>

de Flora Tristan, uma mulher parisiense, nascida em 1803, vítima de violência doméstica, separada do marido, mãe, viajante, socialista, escritora e militante política. Outro texto vai apresentar a trajetória de Carolina Muzilli, costureira da indústria doméstica e militante do movimento operário Argentino (Ferrerias, 1999). Delgado (1999) apresenta pesquisa realizada com as doceiras da cidade de Goiás, suas lembranças e saberes femininos, transmitidos pela tradição oral das mais velhas para as mais novas, que entrelaçam memória individual e coletiva. Já Mott (1999) relata a história da enfermagem na cidade de São Paulo, nos anos de 1890 à 1920.

Na seção Dossiê encontramos seis artigos. No primeiro deles podemos ler sobre as novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida (Hareven, 1999), que discute a velhice como fenômeno social, cultural e biológico, uma nova etapa na vida humana, que pode ser reconhecida a partir de mudanças históricas experimentadas na família, que promoveram a segregação por idade. O texto seguinte, de autoria de Barros & Goldman (1999), apresenta estudo exploratório realizado em salas de bate-papo virtual para pessoas com mais de cinquenta anos, frequentada também por indivíduos mais jovens, o que gerou um espaço de intercâmbio e sociabilidade inter e intra geracional. Esta relação ora se expressava de forma amistosa, ora revelava preconceitos que marcam o envelhecimento, gerando insultos e ofensas às expressões de sexualidade e interatividade dos mais velhos, que poderiam estar interessados em experiências amorosas, sexuais ou apenas em trocas amistosas. Apesar de discutir a sexualidade no envelhecimento, não o faz do ponto de vista do gênero.

Encontramos, também na seção Dossiê, artigo sobre conflito de gerações e competição no mundo do trabalho (Grün, 1999); pesquisa sobre a satisfação de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha (Doll, 1999); outro sobre os asilos para velhos, que apresenta o caso da clínica Santa Genoveva e uma interessante discussão da história de institucionalização da velhice (Groisman, 1999).

Finalmente, temos acesso, também pertencente à mesma seção Dossiê desta publicação, a texto sobre as dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento (Motta, 1999a). Este material se difere dos demais por trazer já uma discussão de termos como gênero, geração e etnia como dimensões inscritas no corpo e na cultura, importantes na explicação das diferentes trajetórias de vida percorridas por homens e mulheres, sempre inseridas em contexto social. O debate proposto esbarra em



questões caras aos estudos feministas, porém, não lhes faz face de modo satisfatório. A autora chega a afirmar que existem dois gêneros, homem e mulher:

(...) cada um deles apresenta variações internas à sua condição – diferenças de idade, de classe, de cor, etc. – o que se pode concluir que há diversidade de experiências de gênero e esta depende da valorização social de cada um desses aspectos e/ou da vivência que se tem deles. Há, então, hierarquias internas a cada dimensão (Motta, 1999: 197).

A concepção de gênero apresentada, apesar de inserida na discussão da ideologia de naturalização do social, ignora a diversidade de possibilidades de expressão humana, que não pode ser encerrada apenas na visão dualista homem-mulher. Gênero, diferentemente da noção de sexo, não é inato ou preexistente, não se naturaliza em masculino e feminino, não é um fato biológico, é uma construção constante e permanente, inserida na cultura e no social, historicamente delimitada e produzida, a partir de diferentes elementos, assentada em relações de poder. Pode incluir a noção de sexo, mas não é determinado por este e nem define a sexualidade humana, envolvendo a identidade de gênero da pessoa, relações sociais e relações de poder (Santos, 2018; Souza & Cintra, 2018; Cruz, Espíndula & Trindade, 2017; Rodrigues, Machado, Santos, Santos & Diniz, 2016; Bandeira, 2014; Freitas & Chaves, 2013; Corbett, 2009; Guedes, 1995).

Os textos da seção Artigos, apresentados acima, não tratam de temas específicos da área do envelhecimento, evidenciando uma dificuldade de abordagem dessa questão. O mesmo se repete com os trabalhos publicados na seção Dossiê. Os que tratam do envelhecimento humano não chegam a produzir discussão sintonizada com as questões caras ao campo do feminismo. É como se ao discutir envelhecimento os autores esquecessem das questões de gênero e ao lançar luz sobre o feminino ignorassem a grande parcela de mulheres constituída pelas idosas. Repetem assim, as críticas apontadas pela organizadora da revista (Debert, 1999) em sua apresentação do material.

Os demais textos sobre envelhecimento encontrados nos Cadernos Pagu (Passamani, 2017; Debert, 2016; Groes-Green, 2016; Gonçalves & Pinto, 2011; Peixoto & Luz, 2007), não abordam os cruzamentos entre as questões do feminino e envelhecimento. Entendemos que aqui há um problema psicossocial verdadeiramente importante, que merece a atenção dos pesquisadores e dos profissionais de saúde, dos movimentos sociais e da sociedade como um todo.

O exame da Revista Estudos Feministas levou-nos a encontrar dois artigos voltados para a discussão sobre envelhecimento do ponto de vista do sofrimento da mulher idosa. O primeiro deles trata da visibilidade da velhice feminina na série televisiva *Grace and Frankie* (Barbosa, 2017), que dá protagonismo a duas mulheres velhas, que vivem a separação de seus maridos por volta dos setenta nos e buscam reconstruir suas vidas e afetos. O texto discute o seriado do ponto de vista do lugar da velhice feminina, da sexualidade, amor, família e intimidade. Apresenta novas possibilidades afetivas para a velhice, porém, finaliza destacando que o protagonismo da série é exclusivo de mulheres como Gracie e Frankie, ricas, brancas, educadas, bem sucedidas, heterossexuais, que tem iPhone, carro, casa na praia, computador e uma boa pensão. Ou seja, aborda condições muito diversas daquelas da grande massa de mulheres velhas de nosso país.

O outro artigo, assinado por Silva & Moura (2008), discute masturbação, anomalias e práticas de confissão de subjetividades femininas veiculadas pela mídia. Apresenta a declaração da sexualidade feita em rede nacional, em uma telenovela brasileira, por uma pessoa comum, proveniente de camadas menos favorecidas da sociedade. Uma mulher pobre, velha e negra, que revela um segredo, torna pública sua intimidade sexual e seus momentos de autoerotismo, considerados fora dos modelos esperados. O artigo discute os motivos que levam a esta senhora ser vista como desviante sexual, anormal e estigmatizada, concluindo que isto se deve a ela estar fora dos padrões habituais de sexualidade. Há uma criteriosa seleção, na qual o *status*, idade, cor e gênero definem o controle e poder a que uma pessoa estará submetida.

Em nossa pesquisa, além da busca nas revistas mencionadas, encontramos também o livro “Corpo, envelhecimento e felicidade”, organizado por Goldenberg (2011), no qual vemos anunciadas questões do cruzamento entre envelhecimento e gênero, com destaque para a “naturalização da feminilidade nas discussões sobre envelhecimento” (Goldenberg, 2011: 462) e uma preocupação com o lugar da mulher frente às exigências com o corpo e o “dever de jovialidade”, ou seja, de se manter sempre jovem, mesmo que idosa (Sibilia, 2011; Debert, 2011; Goldenberg, 2011):

“Vendo o corpo como uma prisão, as tecnologias de beleza contribuem para a reprodução das desigualdades de gênero porque, travestidas da necessidade constante de atenuamento dos sinais de envelhecimento, incidiriam mais fortemente sobre as mulheres” (Goldenberg, 2011: 471).

Essa preocupação recebe crítica (Castro, 2012) por não apresentar o contraponto de que o público masculino também faz uso destes recursos. Do nosso ponto de vista, não podemos deixar de acrescentar que, apesar dos homens também sofrerem pressão para permanecerem joviais, esta é sim mais incisiva para com as mulheres, que recebem bem menos permissão da sociedade para, por exemplo, manterem seus cabelos brancos, enquanto que estes podem ser considerados atraentes nos homens.

A ideia de que as mulheres estariam submetidas a pressões para uso desmedido de procedimentos que visam manter a beleza e jovialidade (Campos, 2015; Pereira & Penalva, 2014), ou retardar a velhice, sofre também a crítica de que estas técnicas não são apenas fonte de opressão, mas podem também ser consideradas como libertadoras. Nada é essencialmente natural no humano e essa característica permite abertura suficiente para transformações e recriações, para além da determinação biológica (Castro, 2012). Pessoas que nasceram com corpos com os quais não se identificam podem, à custa de intenso sofrimento, modificar características inatas para se aproximarem mais do gênero com o qual podem se sentir mais confortáveis. Entendemos assim que a aplicação ou não de conhecimentos estéticos, dermatológicos e/ou cirúrgicos pode ser tanto libertadora como fonte de opressão, a depender do uso que se faz desses recursos e da possibilidade de escolha presente na decisão de lançar mão ou não dessas tecnologias.

Por fim, entendemos que o estudo das produções, apresentadas no presente capítulo, corrobora a visão de que a interseccionalidade é um conceito fecundo no estudo do envelhecimento e, mais especificamente, do envelhecimento feminino. Seu uso, no campo das ciências humanas, pode auxiliar na discussão empreendida pelas diversas ciências, inclusive pela psicologia. A psicologia estuda a conduta humana numa perspectiva dramática, e pode produzir conhecimento significativo mediante a focalização da experiência de pessoas que se encontram em situação objetiva de interseccionalidade. Cada ciência abordará a interseccionalidade e o fenômeno humano a partir de sua perspectiva. Aqui, entendemos que, na clínica psicológica, da maneira que a praticamos, este conceito é traduzido em termos de conduta (Bleger, 1963/1984), como um trabalho sobre a experiência vivida, sobre o drama de pessoas concretas e reais. Em vista disso, cabe finalizar lembrando o objetivo desta pesquisa. Iremos, no corrente estudo, partir do conceito de interseccionalidade entre gênero, idade e classe social, para compreender a experiência vivida por mulheres idosas usuárias do sistema público de saúde brasileiro.



## Capítulo 2

### O Estilo Clínico *Ser e Fazer*

A *Ser e Fazer: Enquadres Clínicos Diferenciados*<sup>10</sup> foi criada em 1997 no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.<sup>11</sup> Nasce, no cenário da reforma psiquiátrica brasileira, a partir de nosso ingresso em diferentes instituições (Marcoccia, 2017; Tardivo & Aiello-Vaisberg, 2015; Assis, Riemenschneider, Silva & Aiello-Vaisberg, 2015; Corbett, 2014; Riemenschneider & Aiello-Vaisberg, 2014; Manna, 2013; Simões, Riemenschneider & Aiello-Vaisberg, 2012; Tachibana, 2011; Manna & Aiello-Vaisberg, 2011, 2009; Gil & Tardivo, 2011a, 2011b; Gil, 2010, Mencarelli, 2010, 2003; Altman, Yamamoto, Schwarz & Tardivo, 2008; Aiello-Vaisberg, Gallo-Belluzzo & Corbett, 2007; Sato, 2007, 2001; Vitali, 2004; Camps, 2003; Granato, 2000; Aiello-Vaisberg, 1999; Machado, 1995).

Essa inserção vem nos propiciando contato com diversas situações geradoras de sofrimento emocional em indivíduos que habitam contextos de exclusão e precariedade, o que originou nossa preocupação com a oferta de cuidado psicanalítico a populações dele excluídas. Podemos destacar, entre outros coletivos, os denominados loucos, pessoas em situação de rua, moradores de favelas, trabalhadores de baixa renda, mulheres vítimas de violência, adolescentes grávidas, indígenas, imigrantes, idosos e demais indivíduos marginalizados e vulneráveis.

Estas pessoas não apresentam, comumente, uma queixa expressa em forma de narrativa elaborada, motivo pelo qual durante muito tempo não foram vistas como passíveis de receberem cuidados emocionais pela psicologia/ psicanálise tradicionais<sup>12</sup>. Entretanto, a proposta nascente no seio da *Ser e Fazer*, derivada de longo tempo de contato com pacientes psiquiátricos carentes, não fazia exigências, no sentido de apresentação de uma demanda clara de atendimento ou de percepção crítica das dificuldades, por parte de quem nos procurava.

Esta concepção de trabalho, que deu origem ao estilo clínico *Ser e Fazer*, foi se configurando apoiada em um encadeamento bastante preciso e rigoroso entre as exigências epistemológicas da psicologia concreta (Polizer, 1928/1998; Bleger, 1963/1984), da psicologia institucional (Bleger, 1984; Aiello-Vaisberg, 2014) e do

---

<sup>10</sup> Batizada originalmente de *Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação*.

<sup>11</sup> O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social foi criado em 1992, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela professora Tania Maria José Aiello Vaisberg. É coordenado, desde 2003, pela professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (Souza, Colacique & Tardivo, 2012).

<sup>12</sup> A oferta de cuidado em saúde mental às populações mencionadas referia-se, na maioria das vezes, a consultas ambulatoriais, psiquiátricas e psicológicas, prescrição de medicações e intervenções com vista a inclusão e reinserção social. Grupos para pessoas com queixas definidas ou sintomatologicamente identificadas também passaram a ser ofertados, tais como grupo de mulheres em menopausa, grupo de mães, grupo de diabéticos, hipertensos, psicóticos e depressivos, entre outros.

pensamento clínico winnicottiano<sup>13</sup> (Winnicott, 2000, 1983, 1971, 1962/1983, 1964/1994, 1971/1984). Foi assim configurando-se como articulação criteriosamente fundamentada de dois pensamentos considerados, hoje, como essenciais para a constituição do paradigma psicanalítico relacional (Greenberg & Mitchell, 1983), como bem reconhece Sáinz-Bermejo (2017). Entretanto, é imprescindível pontuar que a conjunção proposta entre as teorias blegerianas e winnicottianas, que corresponde ao fundamento do estilo clínico *Ser e Fazer*, modifica substancialmente o que encontramos comumente como produção na matriz relacional da psicanálise. Isto se dá na medida em que se pauta pela inclusão obrigatória da abordagem dos contextos macrossociais (Sas, 2004), no âmbito dos quais transcorre a vida cotidiana, numa visível adesão à tradição psicanalítica latino-americana (Dagfal, 2009).

Bleger (1963/1984), responsável pela apresentação de Politzer (1928/1998) à América Latina, compreende a pessoa em sua concretude e contexto de vida e não por teorizações abstratas ou biologizantes. Comprometido com a transformação social, vê uma ligação muito clara entre o sofrimento e a vida concreta da população. A proximidade com seu pensamento nos conduziu à leitura de Winnicott (2000, 1990, 1983, 1971), que rompe com a tradição metapsicológica, mesmo sem empreender um trabalho crítico, ao reconhecer a importância fundamental do ambiente nos processos de amadurecimento emocional. Quando ampliamos a noção winnicottiana de ambiente, vendo-o para além do âmbito propriamente familiar, em articulação com contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos, chegamos à nossa perspectiva, conhecida como estilo clínico *Ser e Fazer* que, como tal, convergirá em relação a propostas que adotam fundamentos semelhantes.

Os ensinamentos de Bleger (1963/1984, 1984) tanto nos mantêm atentas à importância da concretude da vida humana, como nos alertam para o valor da clínica psicológica em instituições. Converte, logo, com a obra winnicottiana, no que se refere à possibilidade de ampliação da atuação do psicanalista e abre possibilidade frutífera de inspiração para a empreitada de ser um psicanalista na saúde pública. Winnicott (1962/1983), em seu texto sobre os objetivos do tratamento psicanalítico, afirma que não há apenas um modo possível de se praticar psicanálise. O enquadre padrão,

---

<sup>13</sup> Cabe destacar que a *Ser e Fazer* se firma em nosso meio, entre várias alternativas fecundas da abordagem da obra winnicottiana, entre as quais podemos citar Ferreira (2009, 2007), Loparic (2014, 2007, 2002), Motta (2008, 1999b, 1997, 1996), Naffah Neto (2015, 2010, 2008), Outeiral (2008, 2001) e Safra (2009, 2006a, 2006b).

tradicionalmente forjado por Freud para atendimento de pacientes diagnosticados como neuróticos e baseado na enunciação de sentenças interpretativas, seria apenas uma, dentre outras possibilidades. Para o inventivo psicanalista (Winnicott, 2000, 1983, 1971, 1971/1984, 1965/1994, 1964/1994), a psicanálise pode também se dar a partir do manejo de um psicanalista que faz outra coisa mais apropriada para a ocasião (Winnicott, 1962/1983: 155).

Cabe, portanto, ao psicanalista adaptar-se às necessidades de pessoas com diferentes sofrimentos e demandas. O contrário, ou seja, exigir que o indivíduo se enquadre e se adapte ao ambiente, de forma a abrir mão de seu jeito de ser, seria invasão que provocaria distanciamento de si e, portanto, adoecimento. Nesta perspectiva, Winnicott (1962/1983) afirma: “Quando me defronto com o tipo errado de caso, me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, ou tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial” (p. 154). Afínados a esta perspectiva, entendemos que não existe caso que não possa beneficiar-se do cuidado psicanalítico, pois não pretendemos enquadrar pessoas a procedimentos ou modos padronizados de fazer a clínica.

Esta preciosa teorização winnicottiana tem o valor de abrir caminho para modos diferenciados de ser psicanalista em contextos da vida concreta, que fundamenta a proposição de novas alternativas de enquadres, psicanaliticamente orientados, na clínica social (Aiello-Vaisberg, 2014; Tardivo, 2014). Recoloca o papel do psicanalista para além de um decifrador de sentidos recalcados, mas como um sustentador do potencial criativo humano (Aiello-Vaisberg, 2003b; Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2009). Abre, portanto, a possibilidade para que, num país carente como o nosso, diversas e frutíferas iniciativas de trabalhos psicanalíticos institucionais possam ser realizadas (Shiki, Ganeo, Sei & Maireno, 2018; Sei, 2017a, 2017b; Gatti, Witter, Gil & Vitorino, 2015; Salles & Tardivo, 2012; Tardivo, 2011, 2010, 2005; Gabriel Filho, Souza, Guimaraes, Menezes, Cruz & Tardivo, 2010; Sei, 2009; Souza & Motta, 2008; Imoniana, Schwarz, Tardivo, 2008; Tardivo, Gil & Aiello-Vaisberg, 2003).

O estilo clínico *Ser e Fazer* surge, portanto, entre outras propostas, a partir de uma preocupação em oferecer cuidado emocional, psicanaliticamente fundamentado, inclusivo e harmonizado ao ambiente corrente em que pessoas reais e concretas vivem. Abrange, em seu conjunto, variados enquadres psicanalíticos, entre os quais podemos destacar as oficinas psicoterapêuticas, consultas terapêuticas, consultorias terapêuticas, entrevistas individuais ou coletivas, acompanhamento terapêutico e atendimentos de casal

e família. Todos estes enquadres são definidos, fundamentalmente, pela adoção do *holding*, que se baseia em compreensão interpretativa como intervenção privilegiada (Aiello-Vaisberg, 2003b).

Entre os vários *settings Ser e Fazer*, iremos aqui destacar as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, que consistem no primeiro enquadre diferenciado proposto e estudado pelo Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade e, no qual, os atendimentos narrados nesta investigação ocorreram. Desenvolvidas com vistas à implantação em contextos institucionais diversos, as Oficinas Psicoterapêuticas de Criação *Ser e Fazer* tem-se revelado fecundas no atendimento a diferentes populações, como, por exemplo, usuários do sistema público de saúde mental (Sato, 2007), pacientes soropositivos para HIV (Mencarelli, 2003, 2010), pacientes portadores de doenças neurológicas (Vitali, 2004) e gestantes (Granato & Aiello-Vaisberg, 2006). Entre essas, e outras possibilidades, inscreve-se o atendimento de idosas usuárias de equipamentos de saúde pública (Manna, 2013; Manna & Aiello-Vaisberg, 2015; 2011; 2009; 2006a, 2006b, 2006c; Manna, Micelli-Baptista & Aiello-Vaisberg, 2006; 2005, 2004; Manna, Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2006).

As características básicas que fundamentam as oficinas *Ser e Fazer* são: a) o *holding* como intervenção privilegiada, b) a apresentação de materialidades mediadoras e c) a preferência pelo atendimento em grupo. Entendemos que intervenções clínicas, capazes de oferecer sustentação a experiências de aflição, pesar e tristeza, devem partir sempre da busca de compreensão sobre o ambiente em que a vida transcorre e da consideração das relações e interações concretas da pessoa que sofre.



### ***Holding como Intervenção Privilegiada***

O estilo clínico *Ser e Fazer*, ao adotar a psicologia concreta de Politzer (1928/1998) e Bleger (1963/1984), assume a ética revolucionária do método psicanalítico, que entende que não há limites para a compreensibilidade das condutas humanas (Aiello-Vaisberg, 1999). Este é um ponto importante, que deve ser destacado, pois, quando falamos da importância do método psicanalítico para a clínica, estamos preocupadas com a possibilidade de inclusão de toda e qualquer alteridade, por mais louca e estranha que pareça à primeira vista. Esta foi a grande e revolucionária invenção de Freud (1922/1996, 1900/1948), utilizada por Politzer (1928/1998) para defender a criação de uma psicologia concreta, que entende que toda manifestação humana é sempre dramática, dotada de múltiplos sentidos, criados vivencialmente pelo encontro inter-humano. Seja um sonho, um chiste ou um ato de loucura, há sempre sentidos humanamente produzidos:

Dizer que toda manifestação humana está dotada de sentido significa dizer que faz parte, inevitavelmente, do acontecer humano. Portanto, a base do método psicanalítico é uma ética que consiste, sucintamente falando, na inclusão da alteridade. Trata-se, pois, de assumir o reconhecimento de todas as condutas dos seres humanos, cruéis, monstruosas, bestiais, sublimes, generosas, bizarras, ou o que mais se quiser acrescentar – são manifestações humanas e devem ser compreendidas como possibilidades do acontecer humano. Deste modo, quando o método é respeitado em sua radicalidade, compromete o profissional no sentido do lúcido repúdio a todo tipo de exclusão, concreta ou simbólica, de indivíduos e grupos. (Aiello-Vaisberg, 2003b, p. 90-91).

Entendemos que a radicalidade do método psicanalítico está em sua capacidade de restituição da dramática a toda e qualquer ação, gesto ou manifestação humana, mesmo àquela que não ocorre por uma simbolização ou representação imagéticas. O estilo clínico *Ser e Fazer* assume, portanto, que as dimensões pré-representacionais do viver humano são da ordem do sentir e não fruto de um saber. Podem relacionar-se a fases do desenvolvimento muito precoces, nas quais o que está em jogo é algo que não pôde ser vivido ou sabido, porque não havia alguém constituído como unidade psicossomática. Nestes casos, ocorre em momento anterior à possibilidade de simbolização, que não é inata e não existe por si só de modo objetivado, mas é uma conquista do amadurecimento emocional. De outra forma, o viver comprometido pela falta de sentido pode, eventualmente, expressar-se pela simbolização, que, aparentemente preservada, ocorre de modo dissociado da experiência, como defesa contra o sofrimento (Aiello-Vaisberg, 2003b).

A consideração da importância das dimensões pré-representacionais na constituição do ser humano faz com que privilegiemos intervenções clínicas que busquem acessar o existir e não o plano representacional da vida. Aquilo que não pode ser simbolizado ou lembrado não pode também ser narrado, seja porque aconteceu em fases do amadurecimento emocional em que não havia alguém constituído como unidade, seja em função de defesas que protegem a pessoa frente a difíceis condições de vida. Nesta perspectiva, a intervenção será favorecer a ocorrência de uma experiência, que possa ser vivida e integrada ao ser total da pessoa.

Para isso, são necessárias certas condições, que se dão pelo desvelo e atenção dispensados pelo ambiente ao indivíduo desde o nascimento. A dedicação de cuidadores capazes de sintonizar-se, profundamente, com as necessidades do bebê permite que ele experimente uma continuidade de ser, a integração em uma unidade e o sentimento de realidade. Todo acontecimento que interrompe a incipiente continuidade do ser do bebê é vivenciado como invasão ou como agonia impensável (Winnicott, 1956/2000).

Compreendemos que a tarefa de integrar as experiências no *self* ocorre ao longo de toda a vida e não apenas na primeira infância. Portanto, o ambiente suficientemente bom, que se dá pelo encontro inter-humano de distintas personalidades, é fundamental em qualquer idade e não apenas quando o cuidado de uma figura materna se faz indispensável. Nesta perspectiva, a função do terapeuta será prover a sustentação necessária para que se estabeleça um espaço de confiança no vínculo humano significativo. Este deve buscar manter-se presente, disponível e sensível ao impacto afetivo-emocional que cada paciente e cada grupo desperta, acolher seus gestos e necessidades emocionais de forma ativa e delicada.

Cabe, pois, cultivar um posicionamento existencial empático e compreensivo, uma devoção capaz de levar em conta os dramas pessoais vividos na concretude do corpo, na coexistência vincular, nos contextos macrosociais e no tempo. É importante destacar que nenhuma forma de cuidado pode se realizar sem compreensão, por parte do psicanalista, da experiência vivida que se constela no campo relacional que denominamos transferência (Orange, 1995) – o que não significa que o compreendido deva ser enunciado como interpretação.

A intervenção, portanto, se dá pela apreensão transferencial dos campos de sentido afetivo-emocional, que sucessivamente se constituem e se atualizam no encontro clínico. É esta apreensão, interpretativamente produzida, que vai permitir a sustentação do encontro, sem a necessidade de enunciação de sentenças interpretativas, mas

permanecendo necessária uma compreensão aprofundada do vivido. Segundo Aiello-Vaisberg (2003b):

Creio, contrariamente ao que consideram alguns autores, (...) que não é a capacidade de simbolizar, a possibilidade de colocar algo sob o controle onipotente do ego ou a articulação simbólica de aspectos do *self* aquilo que produz o efeito mutativo. (...) Se abandonarmos essa visão cindida do humano, perceberemos que o efeito mutativo se produz, antes, pelo encontro interhumano, que se fará naturalmente acompanhar pela articulação simbólica. Não sendo o homem justaposição de corpo e alma, mas indivíduo, não há por que pensar que algo deve primeiramente se produzir em sua mente para, a seguir, expressar-se em outras áreas de seu viver. Se o homem é indivíduo, seu acontecer é sempre e inevitavelmente unitário, ainda que se expresse nas diferentes áreas fenomênicas do simbólico, do corporal e da atuação no mundo externo (Bleger, 1977) (Aiello-Vaisberg, 2003b: 13).

Nesta perspectiva, não é um saber sobre si capaz de, por si só, colocar em marcha transformações de *self*, no sentido de uma maior integração pessoal (Aiello-Vaisberg, 2003b). É a maior aproximação da pessoa de si mesma, favorecida pela sustentação das necessidades em ambiente suficientemente bom, que não invade, nem interrompe a continuidade da vida. A sustentação é uma forma complexa e delicada de intervenção, possível apenas pela constância da presença que permite compreensão aprofundada de condutas humanas que emergem de campos relacionais.

Winnicott (1952/2000, 1963/1983) chamou essa função do terapeuta, que deriva do cuidado que o ambiente suficientemente bom dispensa ao recém-nascido, de *holding*. Como atividade do terapeuta, o *holding* se caracteriza pela presença humana devotada, implicada e sensível às necessidades do outro, bem como pela oferta de cuidado à sua singularidade. Visa oferecer provisão ambiental suficientemente boa e facilitar o alívio de sofrimento e a possibilidade de estar presente à própria experiência, de modo que a vida possa ser sentida como algo que vale a pena. O *holding*, ou sustentação, favorece uma retomada de integração pessoal, por meio da qual se supera a exclusão de si mesmo, que é o pré-requisito sem o qual o indivíduo não alcança o (re)estabelecimento de vínculos socialmente significativos.

O encontro genuíno, a disponibilidade devotada do psicanalista que conhece, por apropriação pessoal, o trajeto existencial a ser percorrido por todo ser humano rumo à apropriação de si, é o fundamento da mutação essencial e genuína. Transformam-se as condições relativas à possibilidade de se "sentir real" no encontro devotado que permite ao paciente presentificar-se sem ser invadido,

fazer o gesto espontâneo sem ser interrompido e submetido. Vale a pena repetir: a articulação simbólica acompanha naturalmente esse processo, porque a conduta humana é unitária em essência, ainda que plural em termos de áreas de expressão (Bleger, 1977). Não é, contudo, a articulação simbólica a causa da mudança, sendo realmente possível que algo seja simbolizado de modo absolutamente dissociado do ser e do sentir-se (Aiello-Vaisberg, 2003b, p. 108).

O trabalho psicoterapêutico com estilo clínico *Ser e Fazer* se dá pela presença devotada da terapeuta, que busca atender as necessidades existenciais do paciente, seja ele uma pessoa psicótica que, em idade cronologicamente posterior, trilha o mesmo caminho percorrido por um bebê em constituição de si mesmo, seja um adulto que sofre as agruras da vida (Aiello-Vaisberg, 2003b). É através do encontro sustentado, pelo oferecimento de *holding* em ambiente humano suficientemente bom, articulado com o potencial criador do paciente, que permite que ele se sinta vivo e real, presente na própria vida. O objetivo psicoterapêutico, portanto, não é a conscientização e representação simbólica, nem a remissão sintomática, mas, precisamente, a modificação de posicionamento existencial e a experiência de integração.

Sustentar um encontro é um fenômeno complexo, porque não se sustenta da mesma forma o encontro com um bebê ou com um adolescente em vias de escolher sua carreira, não se sustenta, igualmente, pessoas que nunca puderam expressar-se em termos de gestualidade espontânea, por terem crescido em ambientes que lhes impuseram marcada submissão, do mesmo modo que não se sustenta, igualmente, quem pode viver uma experiência ilusória ou quem é tocado pela vida em termos de se ver confrontado com experiências extremas de violência, de perda, de doença e de morte. Sustentar não se confunde com uma espécie de "dar apoio", ignorando a complexidade da natureza humana ou idealizando de modo sentimentalíide o sofredor, negando aspectos sombrios do ser. Então, sustentar exige não apenas uma condição de amadurecimento pessoal suficientemente boa, a ser conquistada na vida comum, mas sobretudo numa análise pessoal, enquanto experiência humana significativa, ainda que certamente uma sólida formação teórica e crítica também seja indispensável (Aiello-Vaisberg, 2003b, p. 111).

Este parágrafo evidencia que a sustentação como intervenção clínica não é uma técnica, um bem fazer que independe de quem faz. Depende sempre de quem está ali, do contexto e de profundo preparo pessoal e estudo do psicoterapeuta. Abrange a sensibilidade clínica e disponibilidade para atender as necessidades de quem está sob seus cuidados. De se fazer presença devotada e disponível para estar com o paciente enquanto singularidade concretamente situada no tempo e no espaço. Envolve sua capacidade de aguardar, de não apressar o momento, que favorece o encontro genuíno, porque não o invade ou submete, mas acolhe o gesto verdadeiro e singular.

## Materialidades Mediadoras

Nas oficinas *Ser e Fazer*, as materialidades são utilizadas de forma inspirada no jogo do rabisco winnicottiano (1964/1994). Por esse motivo, para definir o uso de uma determinada materialidade, precisaremos falar sobre as consultas terapêuticas (Winnicott, 1971/1984, 1965/1994). Trata-se de mostrar um modo interessante, pelo qual, a introdução de uma atividade, que envolve o uso de elementos materiais, como, por exemplo, papel e lápis, pode ser útil na facilitação do trabalho clínico, favorecendo a expressão emocional.

As consultas terapêuticas foram realizadas por Winnicott (1971/1984, 1965/1994) em dois hospitais londrinos para crianças, o Queen's Hospital for Children e o Paddington Green's Children Hospital, onde trabalhou por quarenta anos, e, segundo seus cálculos, atendeu e observou cerca de sessenta mil pacientes (Lemgruber, 2005; Mello Filho & Silva, 1995). Seus atendimentos institucionais baseavam-se na ideia de beneficiar uma criança em pleno desenvolvimento, que apresentava algum sintoma ou sofrimento e, para a qual, a sessão psicanalítica padrão não estaria indicada. Seus pacientes, nestas instituições, eram crianças que habitavam lares suficientemente estáveis, passavam por um momento no desenvolvimento em que o sintoma não se teria cristalizado, e, portanto, estavam mais abertas à mudança.

Neste contexto, o psicanalista abriu-se para a demanda que se apresentava, acolhendo-a de forma flexível e sensível. Disponibilizou conhecimento psicanalítico a serviço de beneficiar pessoas e criou um enquadre psicanalítico, diferenciado do tradicional modo de praticar psicanálise em sua época, que passou a chamar de consulta terapêutica. Nessas consultas, Winnicott apresentava uma materialidade mediadora, que funcionava como brincadeira facilitadora da comunicação emocional. Era o 'jogo que ele gostava de jogar' e que funcionava como um modo de apresentar a si mesmo aos pacientes. Ele (Winnicott, 1964/1994) apreciava muito o rabisco como expressão brincante, por isso podia colocar-se facilmente de forma descontraída, espontânea e presente, sem abandonar seu lugar de sustentador das necessidades emocionais de quem cuidava, porque, como dizia, "o piquenique é do paciente" (Winnicott, 1965/1994, p. 247).

Convidava seus pacientes para uma brincadeira, com o objetivo de facilitar o encontro inter-humano e a comunicação emocional, no qual cada participante compunha um desenho através dos rabiscos de ambos. O paciente fazia um traço, que era transformado pelo terapeuta em desenho, para posteriormente iniciar com seu risco, que

seria completado pelo paciente. A finalidade desta brincadeira-rabisco era favorecer a comunicação emocional, através da presença atenta e sensível do psicanalista.

A apresentação de uma materialidade mediadora seguia, desde sempre, sua visão sobre o que denominou apresentação de objeto, que constitui, ao lado do manejo e do *holding*, uma das mais importantes tarefas de cuidado (Winnicott, 1993/1945). Para Winnicott (1993/1945), a nutriz suficientemente boa apresentaria o seio no momento em que o bebê estaria excitadamente pronto para criá-lo. Ao referir-se à apresentação da materialidade mediadora em atendimento psicanalítico, Aiello-Vaisberg (2007) afirma: “Usamos o termo apresentação, aqui, na acepção precisa que assume pós-winnicottianamente para conotar o encontro criador da pessoa com o mundo humano, no sentido de reconhecer que se processa como criação/encontro do ‘not me’” (p. 13-14).

Já tivemos oportunidade de apontar que toda materialidade, apresentada nas oficinas *Ser e Fazer*, corresponde a um tipo de rabisco winnicottiano, na medida em que esse pode servir de inspiração para a criação de outras atividades brincantes, nas quais a materialidade do mundo pode ser delicadamente apresentada como rabisco facilitador de comunicação emocional significativa (Manna & Aiello-Vaisberg, 2013; Vitalli & Aiello-Vaisberg, 2003). Este posicionamento conseqüente inspirou, paradigmaticamente, a criação dos enquadres psicanalíticos diferenciados com estilo clínico *Ser e Fazer* na clínica social (Aiello-Vaisberg, 2006). Entre eles destaca-se a Oficina Psicoterapêutica de Criação, enquadre diferenciado, no qual os atendimentos em foco neste estudo se deram.

Ao usar como fundamento os princípios desse jogo, temos criado outras brincadeiras-rabisco, cuja principal característica se fundamenta na profunda relação de afinidade da terapeuta com a materialidade-rabisco apresentada na oficina. Essa característica da materialidade escolhida, de ser o “rabisco pessoal” da terapeuta e seu modo de se apresentar aos pacientes, favorece sua presença atenta, viva e singular na composição de campo lúdico, capaz de sustentar o encontro. “É o jogo que [o psicanalista] gosta de jogar” (Winnicott, 1964/1994, p. 232).

Deste modo, a partir da singularidade, história pessoal e interesse de cada terapeuta, criamos na “*Ser e Fazer: Enquadres Clínicos Diferenciados*”, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, oficinas de “Arte de Papel” (Ambrosio, 2005), “Arranjos Florais” (Sato, 2007, 2001; Vitali, 2004), “Teatro Espontâneo” (Camps, 2009, 2003), “Velas Ornamentais” (Mencarelli, 2010, 2003), “Tapeçaria e Outros Bordados” (Manna & Aiello-Vaisberg, 2010, 2009, 2006a, 2006b, 2006c), “Cartas, Fotos e

Lembranças” (Gil, 2005, 2010; Gil & Tardivo, 2011a, 2011b), “*Biscuit*”, “Pulseirinhas e Outras Bijuterias” (Manna, Micelli-Baptista, & Aiello-Vaisberg, 2006, 2005, 2004) e “Conversas e Esculturas” (Furquim, Tachibana, Aiello-Vaisberg, 2013), entre outras (Botelho & Aiello-Vaisberg, 2011; Aiello-Vaisberg, 2009, 2010, 2011; Granato, 2000).

Cada oficina constitui-se como uma espécie de mundo intermediário e protegido que se concretiza como mundo papeleiro, floral, dramático, parafinado, têxtil, fotográfico, e assim por diante, sustentado pela presença da terapeuta (Aiello-Vaisberg, 2004). Este enquadre apresenta, como importante especificidade, a possibilidade de constelar mundos dotados de densidade material que favorecem a coexistência, a convivência e a expressão subjetiva das participantes.

Nesta perspectiva, o fazer clínico refere-se, fundamentalmente, a uma postura do psicanalista frente às necessidades das pessoas atendidas e não à utilização de uma técnica específica. Winnicott (1971/1984, 1965/1994, 1964/1994) temia que sua brincadeira, que pode ser qualificada como um procedimento fundado em princípios teórico-clínicos sobre o viver e sobre o brincar, fosse pensada como técnica ou teste psicológico. Ele sabia que o primordial era a constituição de um ambiente humano que favorecesse a expressão do sofrimento em questão.

Na presente pesquisa investigaremos a experiência vivida por mulheres idosas atendidas na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados (Manna & Aiello-Vaisberg, 2011, 2010, 2009, 2006a, 2006b, 2006c, 2005; Manna, Micelli-Baptista & Aiello-Vaisberg, 2006, 2005, 2004; Manna, Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2006), uma das oficinas *Ser e Fazer*, que criamos e realizamos durante doze anos de trabalho em serviço especializado no atendimento de idosos na saúde pública de São Paulo e que será apresentada no capítulo quatro, intitulado Narrativas Transferenciais.

## **Preferência pelo Atendimento em Grupo**

A proposição de enquadres preferencialmente grupais se dá como fundamento que norteia a clínica *Ser e Fazer*, pois a vida humana é sempre coexistência. Assim, mesmo quando, em situações especiais, lançamos mão de dispositivo de atendimento individual, mantemos presente que o drama de cada um é sempre constituído pela existência de muitos. Afinal, tornamo-nos seres singulares, nós mesmos, por habitarmos um mundo humano e coletivamente produzido.

Desta forma, o indivíduo é visto como alguém que habita o mundo humano, que o constitui e é constituído por ele. Para atender as necessidades dos pacientes, a clínica é compreendida como acontecer e encontro inter-humano e deve estar maximamente próxima à dramática da vida. A indicação de atendimento individual, nesta perspectiva, constitui-se como exceção, que pode se fazer necessária apenas em casos e circunstâncias especiais. Além disso, há que considerar o potencial inclusivo do enquadre grupal, seja um grupo familiar, um casal, ou o atendimento de um idoso incluindo familiares e outras relações.

Winnicott (1962/1983) dizia, de forma singela, ao apresentar os objetivos do tratamento psicanalítico: “Objetivo ser eu mesmo e me portar bem” (p.152). Esta frase coloca em evidência um paradoxo da vida vivida. Ser si mesmo e comportar-se bem apresentam-se, aparentemente, como modos opostos de estar no mundo. Porém, quando presentes lado a lado, permitem que a vida siga em contexto, com um equilíbrio dinâmico, no qual não se deixa de ser quem se é, nem tampouco se desconsidera a existência e relação com outras pessoas e com as condições da vida concreta.

A possibilidade de habitar um mundo humano compartilhado é uma conquista do amadurecimento emocional do indivíduo e depende, em grande medida, da capacidade do ambiente de sustentar a vida e as necessidades das pessoas. O papel ativo do ambiente na constituição da subjetividade do indivíduo é fundamental, a nosso ver, não apenas nos primeiros anos, mas em qualquer idade. Quando suficientemente bom, possibilita que a vida seja vivida como real, a partir de um sentimento de realidade, do qual não é necessário distanciar-se, defender-se ou submeter-se. Permite também que a pessoa se sinta ela mesma e presente na própria vida. O cuidado ofertado pelo ambiente favorece a realização do potencial humano e da gestualidade espontânea, pessoal e singular.

Finalizamos esse capítulo frisando que a manutenção de uma Oficina *Ser e Fazer* de Tapeçaria e Outros Bordados, por um período de 12 anos, em um equipamento de saúde pública voltado à assistência de idosos, proporcionou ampla possibilidade de entrar



em contato profundo com a dramática de vida de várias mulheres idosas, permitindo uma visão muito próxima de sua experiência vivida. Esse é o solo de que partimos para elaborar o material da presente pesquisa, que será apresentado no capítulo quatro, logo depois que explicitarmos, no próximo capítulo, nossos fundamentos e estratégias metodológicas.



### **Capítulo 3**

## **Fundamentos e Estratégias Metodológicas**

A tarefa metodológica do pesquisador qualitativo envolve a explicitação dos pressupostos teóricos que orientam a investigação em curso. Iniciaremos esta empreitada apresentando e discutindo 1) a crise do modelo de ciência dominante, 2) a perspectiva metodológica adotada neste estudo e 3) os conceitos fundamentais de conduta, experiência vivida e campo de sentido afetivo-emocional, que o norteiam, para, enfim, 4) descrevermos as estratégias concretas que utilizamos para a realização desta pesquisa, que se deu com os procedimentos investigativos a) de configuração do acontecer clínico; b) de registro do material clínico; c) de interpretação do material clínico e d) as interlocuções reflexivas.

### 1- A Crise Do Modelo De Ciência Dominante

O posicionamento epistemológico de um pesquisador e sua opção teórico-metodológica, produtora de conhecimento, pode se dar a partir de diferentes abordagens, conceitos, modelos, valores e práticas, que são compartilhados por uma determinada comunidade científica. Quando adotamos certo paradigma de fazer ciência, rejeitamos outro e, ao delimitarmos um fenômeno sobre o qual nos interessa empreender um estudo, partimos de nossa leitura da realidade. Portanto, todo paradigma científico inclui as crenças do pesquisador e o modelo de referência sob o qual filtra as percepções e conteúdos para interpretação do mundo, como bem reconheceu Pichón-Rivière (1997, 1988) quando forjou o conceito de esquema conceitual referencial operativo – ECRO.

Desta forma, entendemos o modelo dominante de ciência como uma forma de abordar fenômenos e de produzir conhecimento política e ideologicamente determinado. Situado entre as ciências modernas e fortemente vinculado às concepções das ciências naturais, o modo hegemônico de fazer ciência acredita em um modelo único, universal e global de racionalidade científica. Através de seu poder, nega outras possibilidades de pensamento e cientificidade, que não se adequam ou se enquadram em seus princípios epistemológicos e regras metodológicas. Seu posicionamento totalitário permite apenas uma forma de se chegar ao conhecimento tido como verdadeiro, sendo que qualquer outro percurso é considerado falso e vulgar.

Esta concepção dominante admite certa variabilidade interna, mas enrijece suas fronteiras aos conhecimentos que compreende como não-científicos e, portanto, como irracionais ou artísticos, polarizando entre ciência e senso comum, natureza e pessoa humana. Em oposição ao conhecimento científico positivista das ciências naturais estão tanto o senso comum e a cultura do povo, como os chamados estudos humanísticos, nos

quais se incluem, entre outras, as investigações históricas, jurídicas, literárias, filosóficas, teológicas e psicanalíticas (Santos, 1988).

A cientificidade de um estudo, nesta perspectiva, é dada pelo rigor nas medições, pela quantificação como possibilidade de tradução do objeto avaliado e pela neutralidade alcançada pelo pesquisador. O plano de trabalho precisa ser estabelecido a partir da definição de hipóteses claras, garantindo assim uma margem de segurança em relação às interferências do local de realização da investigação. O esforço está no controle das variáveis do ambiente, na esperança de que o estudo sofra com o mínimo de intervenção possível dos desvios interpretativos do pesquisador. Para que este controle seja efetivo, o espaço asséptico do laboratório surgiu como locus privilegiado, portanto, fora do contexto concreto em que determinado fenômeno acontece na vida dramática das pessoas.

O cenário concreto em que a existência humana se dá não é compreendido como espaço importante de investigação. Pelo contrário, a complexidade da vida seria um complicador e atrapalharia a aquisição do conhecimento, que deve ser hiper especializado e disciplinado. Nas palavras de Santos (1988) o rigor científico aumenta:

(...) na proporção direta da arbitrariedade com que espartilha o real. Sendo um conhecimento disciplinar, tende a ser um conhecimento disciplinado, isto é, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor. É hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado... (p. 64).

Esta parcialização do saber promove recortes cada vez mais circunscritos e acaba por remover o contexto, na tentativa ingênua de evitar interferências daquilo que não se submete a seu controle. Nesta linha, os dados devem ser precisos e objetivamente verificáveis, pois o binômio certo e errado está em jogo, determinando a validade e evitando distorções na análise dos resultados.

Opera-se, assim, uma separação entre sujeito e objeto, que devem ser mecanicamente estudados, a partir da objetivação, funcionalidade e capacidade do experimento de dominar o real, mesmo que artificialmente. Conhecer significa, nesta proposta de ciência, dividir, classificar e aferir, para, na operação seguinte, buscar as relações sistemáticas entre o que se separou. Aspira-se a replicabilidade e a formulação de leis verdadeiras e universais, a partir de regularidades e repetições, que permitiriam que se previsse o comportamento futuro do objeto em questão. A ciência deveria partir de uma redução da complexidade e o que não poderia ser quantificável passaria a ser cientificamente irrelevante e não passível de ser estudado pela ciência moderna. As

qualidades do objeto e das relações seriam desqualificadas, a complexidade do mundo e do homem não poderia ser compreendida.

Este modelo de racionalidade nasceu a partir do século XVI, mas apenas no século XIX se estendeu às ciências sociais emergentes (Santos, 1988). Para saberem-se científicas, enquadram-se ao gosto das ciências naturais e tentam aplicar, de forma ortopédica, os princípios epistemológicos e metodológicos do modo de produzir conhecimento hegemônico ao estudo das humanidades. Como queria Durkheim (1978), concebem-se os fatos sociais como coisas e os estuda como fenômenos naturais, a partir de suas dimensões externas, observáveis e mensuráveis. Mesmo reconhecendo diferenças entre natureza e sociedade, que atuariam contra os fenômenos sociais, acredita ser possível e desejável estudá-los como se fosse a natureza. Estas diferenças dificultariam o cumprimento das exigências metodológicas positivistas, tornariam estes estudos menos rigorosos que os empreendidos em objetos naturais, mas não os inviabilizariam.

As dificuldades em transpor o modelo hegemônico de produzir conhecimento das ciências da natureza para as ciências das humanidades evidenciam sua crise. Santos (1988) aponta os principais obstáculos argumentados para a não utilização do modelo positivista na pesquisa social: 1- a não possibilidade de abstrair do real a prova adequada, de forma controlada, 2- a impossibilidade das ciências sociais estabelecerem leis universais, pois os fenômenos sociais são historicamente condicionados e culturalmente determinados, 3- a impossibilidade das ciências sociais produzirem previsões confiáveis, pois os seres humanos modificam o seu comportamento a partir do conhecimento que se adquire sobre ele, 4- a natureza subjetiva dos fenômenos sociais, que não são passíveis de serem apreendidos pela objetividade, 5- a não objetividade das ciências sociais e a indispensável presença dos valores e crenças do cientista social. 6- Porém, a principal argumentação centra-se no atraso das ciências sociais em relação às ciências naturais, que, com tempo e dinheiro, poderia ser resolvida e eliminada.

Contrapondo-se a esta vertente positivista das ciências das humanidades surge uma modalidade de pesquisa qualitativa que reivindica um estatuto metodológico próprio aos fenômenos da sociedade. Tiveram sua origem a partir da preocupação com a análise de problemáticas de cunho social, a partir da segunda metade do século XIX, na sociologia e antropologia, para só posteriormente ganhar reconhecimento em outras áreas, como a psicologia (Godoy, 1995).

Segundo Turato (2005), várias abordagens metodológicas qualitativas podem ser hoje utilizadas na pesquisa psicológica: etnografia, fenomenologia, pesquisa-ação,

análise de conteúdo, análise de discurso, abordagem narrativa, abordagem sócio-histórica, metodologia psicanalítica, entre outras. Todas pretendem explicar e apontar para um sentido da realidade, do fenômeno ou do processo estudado. Para Pinto (2004), “a pesquisa qualitativa é sempre uma pesquisa-ação, pois conforme a ação vai sendo construída é também investigada e interpretada, modificando o próprio processo” (p.75).

Porém, algumas metodologias qualitativas, apesar de consideradas antagônicas às ciências naturais, permaneciam submetidas às normas positivistas. Ainda acreditavam na possibilidade de produzir uma representação clara e imediata do que é investigado, a partir da busca pela verdade e pelo cultivo de certo distanciamento do pesquisador. Além disso, ao destacarem as especificidades do ser humano, continuavam promovendo polarização com a natureza.

Segundo Santos (1988), esta aparente oposição não chega a fazer uma transição para um novo modo de produzir conhecimento, já que não basta a explicitação de operação inversa para a efetiva transposição do modelo hegemônico de ciência. Ao mesmo tempo em que recusa o determinante biológico no comportamento humano, utiliza-se de explicações mecanicistas, abstratas e biologizantes para destacar o caráter único e a especificidade do ser humano. Esta contradição evidencia a crise do paradigma positivista nas ciências humanas e contém alguns dos componentes da transição para uma nova epistemologia científica.

Esta crise é resultado de variadas condições, tanto sociais como teóricas, que explicitam a fragilidade dos pilares em que se fundamentam. Não iremos aqui abordar todos estes aspectos, porém vale a pena observar o trecho transcrito abaixo por seu caráter emblemático no campo das ciências físicas. O pensamento de Einstein sobre a relatividade da simultaneidade destaca o primeiro rombo no paradigma da ciência moderna, aproximando as ciências naturais das humanidades e não o inverso (Santos, 1988).

(...) como é que o observador estabelece a ordem temporal de acontecimentos no espaço? Certamente por medições da velocidade da luz (...). No entanto, ao medir a velocidade numa direção única (de A a B), Einstein defronta-se com um círculo vicioso: a fim de determinar a simultaneidade dos acontecimentos distantes é necessário conhecer a velocidade; mas para medir a velocidade é necessário conhecer a simultaneidade dos acontecimentos. Com um golpe de gênio, Einstein rompe com este círculo, demonstrando que a simultaneidade de acontecimentos distantes não pode ser verificada, pode tão-só ser definida. (...) Esta teoria veio revolucionar as nossas concepções de espaço e de tempo. Não havendo simultaneidade universal, o tempo e o espaço absolutos

de Newton deixam de existir. Dois acontecimentos simultâneos num sistema de referência não são simultâneos noutro sistema de referência. As leis da física e da geometria assentam em medições locais. (...) não é possível observar ou medir um objeto sem interferir nele, sem o alterar, e a tal ponto que o objeto que sai de um processo de medição não é o mesmo que lá entrou. A idéia de que não conhecemos do real senão o que nele introduzimos, ou seja, que não conhecemos do real senão a nossa intervenção nele (...). Por outro lado, a hipótese do determinismo mecanicista é inviabilizada uma vez que a totalidade do real não se reduz à soma das partes em que a dividimos para observar e medir. Por último, a distinção sujeito/ objeto é muito mais complexa do que à primeira vista pode parecer. A distinção perde os seus contornos dicotômicos e assume a forma de um continuum (p. 54-55).

Estas descobertas geniais de Einstein, nas palavras de Boaventura de Souza Santos (1988), permitem a abertura para um novo paradigma em ciências, no qual os conceitos de historicidade e de processo, antes exclusivos dos fenômenos humanos e sociais, agora são introduzidos no reino da matéria. A dicotomia entre ciências da natureza e ciências humanas passa a parecer irrelevante, frente à teoria da relatividade dos fenômenos.

A ineficácia e insuficiência do modelo hegemônico ganham relevo ao pretendermos estudar fenômenos reais e concretos, contextualizados em seus aspectos políticos, culturais, sociais, corporais e emocionais. Os limites da ciência moderna são qualitativos e não se resolvem com instrumentos mais tecnológicos e precisos. Abordar os fenômenos a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada e buscar produzir benefícios na vida cotidiana de pessoas e coletivos envolve certo posicionamento frente à determinada realidade.

Nesta linha, a produção de conhecimento é concebida como processo dialético, no qual, o pesquisador é elemento integrante ao campo que investiga. As fronteiras entre os objetos são cada vez mais tênues e menos definidas, “a tal ponto que os objetos em si são menos reais que as relações entre eles” (Santos, 1988, p. 59). Aqui temos uma centelha que ilumina e abre caminho para a produção de um conhecimento intersubjetivo, em termos de uma nova psicologia científica, que seria construída em primeira pessoa e que colocaria a psicanálise como conhecimento rigoroso e não esotérico.

## 2- Perspectiva Metodológica Adotada neste Estudo

O presente trabalho configurou-se como estudo empírico qualitativo com o método psicanalítico, compreendido como criação/encontro de múltiplos sentidos afetivo-emocionais. A complexidade do contexto concreto em que se dá a existência humana não é vista, aqui, como fator de complicação no processo de aquisição de conhecimento, a ser dominado ou eliminado. Ao contrário, apresenta-se como frutífero espaço de investigação, que permite produzir benefícios na vida cotidiana de pessoas e coletivos.

Bleger (1963/1984) aponta que ao atuarmos em contextos de saúde pública, e nas instituições em geral, adotando o referencial da psicologia concreta, não estamos numa “situação artificial de poucas variáveis para poder trabalhar”. Devemos, portanto, acolher o princípio que considera que ação e indagação são indissociáveis e se enriquecem mutuamente. Em suas palavras: “A ação deve ser precedida de uma investigação; mas a investigação mesmo é já uma atuação sobre o objeto que se indaga” (Bleger, 1963/1984, p. 24). Para este autor, a própria investigação já é uma atuação e o psicanalista é parte integrante do fenômeno que aborda, afinal, estuda manifestações humanas, eminentemente dramáticas (Bleger, 1963/1984; Politzer, 1928/1998), às quais pertence, ainda que apenas por compartilhar de mesma parcela de mundo humano.

Dito isso, a produção de conhecimento é aqui concebida como processo dialético, no qual o pesquisador se insere como elemento integrante do campo que investiga. Opera-se, portanto, segundo o paradigma sujeito-sujeito e não de acordo com o sujeito-objeto (Gil, 2005). Nesta perspectiva, produzir conhecimento científico sobre o acontecer humano, a partir do método psicanalítico, significa olhar para a personalidade em situação e estudar a vida humana de forma contextualizada, com vistas a produzir interpretativamente sentidos possíveis para as condutas. Cabe destacar que a psicanálise, cuja vocação é eminentemente compreensiva (Orange, 1995), caracteriza-se por sua possibilidade de abertura, construção e participação (Lino da Silva, 1993).

A compreensão da dramática vivida não ocorre de forma imediata, mas se dá pelo método psicanalítico em ação, que coloca em marcha construções em constante devir, porque profundamente vinculadas à vida vivida. Caracteriza-se por sua abertura e pela compreensão de que toda manifestação humana é sempre acontecimento passível de ser compreendido. É pela produção interpretativa de múltiplos sentidos, abertos e concretos, que não são internos, únicos ou ocultos, nem verdades sobre o outro, mas uma tradução,



que se presentifica no contexto em que ocorre, através de encontros singulares. Neste processo, a participação do paciente é ativa e fundamental.

Nesta investigação, a psicanálise comparece, portanto, como método investigativo e não como doutrina ou corpo teórico estabelecido e fixo. O uso do método psicanalítico em pesquisa clínica pede que o psicanalista/pesquisador adote posicionamento fenomenológico, abrindo-se para as comunicações emocionais sem se apegar a conceitos prévios.

Destacamos aqui que as descobertas da psicanálise, apresentadas por Freud (1900/1948) em sua obra magistral sobre a interpretação dos sonhos, oferecem contribuição preciosa a respeito das motivações humanas e amplia a percepção que temos do homem. Estas surgiram como avanço ético na compreensão das condutas humanas, não discriminando-as, de forma maniqueísta, em loucas ou sãs, boas ou más, corretas ou erradas. Quaisquer que sejam, mesmo que bizarras, estranhas, amorosas, agressivas, apaixonadas, são todas manifestações humanas, expressão da ampla diversidade de possibilidades da dramática do viver (Politzer, 1928/1998). Como podemos perceber, os pressupostos psicanalíticos contrapõem-se à visão da psiquiatria clássica, segundo a qual algumas condutas seriam incompreensíveis e apenas biologicamente causadas (Aiello-Vaisberg, 1999; Bercherie, 1980; Jaspers, 1913/1972). A adoção do método psicanalítico nesta investigação se faz, em vista disso, de forma consequente, buscando respeitar todas as formas de alteridade.

Adotamos as indicações metodológicas de Herrmann (1979/1991, 2004), que defendeu ativamente, no contexto latino-americano, que a psicanálise consiste, originariamente, num método de investigação da vida psíquica, do qual derivam teorias e procedimentos clínicos. Seguiu, desse modo, ensinamentos do próprio Freud (1922/1996), que já havia destacado a primazia do fundamento metodológico da psicanálise sobre as teorizações e procedimentos de atendimento clínico.

Herrmann (1991, 2001/2004, 2004) defende uma visão da psicanálise enquanto processo de produção de conhecimento, sempre renovado sobre o humano (Aiello-Vaisberg, 2003a). Para ele, a psicanálise acontece quando há um psicanalista em ação, que operacionaliza o método, o que pode ser feito em diferentes enquadres. A abertura participativa, característica deste modo de abordar o fenômeno humano, vem sendo produtivamente utilizada para sustentar propostas investigativas dentro e fora do enquadre de atendimento clínico. Ao invés de medir e classificar o fenômeno estudado, faz-se uso de outros procedimentos conhecidos como associação livre e atenção flutuante.

É através de um interjogo, inerentemente provisório de busca de um consenso, que estes dois movimentos se articulam.

O paciente ou participante da pesquisa é convidado a dizer tudo o que lhe vier à cabeça, a associar livremente sem orientação ou controle por seleção voluntária do pensamento (Laplanche & Pontalis, 1992). A liberdade presente nesta regra constitutiva do método investigativo freudiano não denota o pressuposto de uma indeterminação, mas sim a intenção de colocar em evidência outra ordem, que operaria em registro inconsciente. De forma metodologicamente complementar, a atenção flutuante consiste no cultivo de um modo particular de se fazer presença no encontro com os participantes de um estudo ou atendimento clínico, a partir de uma atitude fenomenológica de abertura à comunicação emocional do outro.

Entretanto, cabe lembrar que, mais recentemente, se tem reconhecido que o caráter de abertura e construção do método psicanalítico não se restringe à associação livre de ideias, que faz pensar num registro discursivo apenas, mas abrange a configuração de um espaço interpessoal favorável à comunicação emocional, seja ela qual for (Aiello-Vaisberg, 1999). Assim, entendemos, com Herrmann (1979/1991), que o método pode ser colocado em marcha tanto no contexto de um atendimento, padrão ou modificado, como de pesquisa. Em ambos os casos, trata-se sempre de utilizá-lo na medida em que se revela sensível aos múltiplos sentidos da dramática humana.

Respeitando a radicalidade do método psicanalítico que, em última análise, aponta para a ideia de que toda conduta humana é dotada de sentido emocional humano (Aiello-Vaisberg, 1999; Bercherie, 1980; Bleger, 1963/1984) e buscando uma compreensão do fenômeno estudado a partir de uma visão psicossocial favorecedora de um olhar crítico e da desconstrução do convencional, tal qual postulam Frosh & Baraitser (2008), cabe aqui apresentar os conceitos de conduta, experiência vivida e campo de sentido afetivo-emocional, fundamentais para a presente investigação.

### 3- Conceitos Fundamentais: Conduta, Experiência e Campo de Sentido Afetivo-Emocional

O conceito psicanalítico de conduta humana foi concebido por Bleger (1963/1984) ao articular as proposições de Lagache (1949/2013) ao pensamento de Politzer (1928/1998). Está intimamente ligado à elaboração psicanalítica do significado politzeriano de dramática (Riemenschneider, Simoes, Chinalia & Aiello-Vaisberg, 2012), segundo o qual a vida vivida não pode ser abstraída. Constitui-se em possibilidade de fundamentar uma psicologia como ciência em primeira pessoa, que compreende a psicanálise como psicologia da conduta.

Configurado para defender uma ideia epistemológica, segundo a qual as diversas ciências humanas não abordam diferentes objetos, mas o mesmo e único objeto de estudo, a conduta humana, que, em função de sua complexidade, pode ser focalizada a partir de diferentes perspectivas. A antropologia, a sociologia, a economia, a história, a política, a filosofia ética e a psicologia, todas focalizam um mesmo e único objeto de estudo, a conduta humana, porém a partir de um ângulo particular (Bleger, 1963/1984).

A conduta é fenômeno unitário, termo utilizado para abordar toda manifestação humana, que se dá segundo diferentes modalidades expressivas, em suas múltiplas dimensões, designadas por Bleger (1963/1984) de áreas ou âmbitos: emocional, corporal ou de atuação sobre o mundo. Incluem desde fenômenos simbólicos, usualmente designados como pensamentos, sentimentos, fantasias ou crenças, até atos, gestos e práticas, concebidos como formas de atuação no mundo externo. Na base de toda conduta humana encontramos dimensões afetivas inconscientes, que não são modificáveis pelo aumento de informações objetivas. Desta forma, o ser humano, entendido como ser concreto e real, e não como a dualidade mente/corpo que imperou por tanto tempo entre os filósofos e pensadores, é afetado pelas situações concretas do ambiente em que vive. Nas palavras do autor:

A conduta sempre implica manifestações coexistentes nas três áreas; é uma manifestação unitária do ser total e não pode, portanto, aparecer nenhum fenômeno em nenhuma das três áreas sem que implique necessariamente as outras duas; portanto, as três áreas são sempre coexistentes (Bleger, 1963/1984, p.28).

Neste contexto, a perspectiva da psicologia consiste em olhar para a conduta enquanto experiência vivida<sup>14</sup>, como conduta dramática. A experiência seria aqui

---

<sup>14</sup> Consideramos importante salientar que encontramos em Fanon (1952/2008) a proposição de um conceito de experiência vivida que guarda forte afinidade com a psicologia concreta, na medida em que,

compreendida em sentido que invoca o modo humano de existência, no qual se integram dimensões pré-representacionais e reflexivas, bem como o perceber, o sentir o pensar e o agir, constituindo-se como modo de habitar campos relacionais, que denominamos campos de sentido afetivo-emocional ou inconsciente relativo à conduta. Estes, por seu turno, acontecem sempre em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos (Bleger, 1958; 1963/1984).

As experiências afetivo-emocionais de indivíduos ou coletivos (Belluzzo, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2013; Tachibana, Montezi, Barcelos, Sirota & Aiello-Vaisberg, 2015; Visintin & Aiello-Vaisberg, 2017) correspondem a uma dimensão dos atos e manifestações humanas, a dimensão dramática, compreensiva em seu pressuposto de que toda e qualquer conduta tem múltiplos sentidos humanamente e interpretativamente produzidos. Quando encaramos a conduta como experiência vivida, dramática, pessoal, emocional, enfim, como experiência humana, estamos vendo-a como emergente de um campo de sentido ou do inconsciente relativo à conduta. O campo corresponde, portanto, à concepção concreta de inconsciente intersubjetivo, não intrapsíquico. Seu caráter pré-reflexivo pode ser compreendido num registro pré-representacional e não como inconsciente recalcado (Aiello-Vaisberg, 2003a, 2003b, 2005; Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Para Bleger (1963/1984), a conduta, objeto de estudo da psicologia e de todas as ciências humanas, é emergente do campo inter-humano, portanto campo vincular, em que se insere. Toda conduta apresenta múltiplos sentidos, produzidos intersubjetivamente e deve ser abordada a partir do que a própria pessoa pode atribuir a suas ações. O campo de sentido afetivo-emocional, ou inconsciente relativo, é o fundamento sustentador das condutas humanas. Constela-se no encontro terapêutico porque corresponde a substratos sobre os quais a vida social e as interações humanas se dão no cotidiano.

O viver humano tem como qualidade especial constelar-se sob forma de campos relacionais, ou seja, afetivo-emocionais, que correspondem ao inconsciente relativo à conduta de seres humanos concretos (Aiello-Vaisberg e Machado, 2008). Estes campos assentam-se como fundo existencial a partir do qual novas condutas podem emergir.

---

como Bleger (1963/1984), articula perspectivas fenomenológicas e psicanalíticas. De nossa parte, optamos por utilizar a expressão experiência vivida porque consideramos que guarda proximidade maior ao concreto do que a expressão experiência emocional, que pode dar a impressão de que seria possível separar razão, emoção e outras funções ditas psíquicas.

Para que o leitor compreenda melhor, vale a pena darmos um exemplo. Eu posso pensar que as mulheres, sejam elas negras, brancas, gordas, magras, velhas ou jovens, casadas ou solteiras, todas merecem o mesmo respeito e direito, mas viver em um mundo organizado a partir da crença de que a mulher branca, magra e jovem teria um valor superior às demais. A crença que configura um campo não está consciente o tempo todo e leva a certas condutas, que podem ser preconceituosas e excludentes. Pode conduzir à supressão de uma pessoa, extremamente preparada para uma determinada função, apenas por se tratar de uma mulher negra, considerada gorda e/ou velha.

Podemos, deste modo, definir campos de sentido afetivo-emocional como lugares existenciais, mundos habitados ou ambientes psicológicos humanamente produzidos pelas interações entre pessoas e coletivos (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2006). São regiões de sentido regidas por um conjunto de regras lógico-afetivas, sentimentos e pensamentos, crenças, valores e ideias, que sustentam as condutas emergentes. Figuram como regiões intersubjetivas que estão na base das interações cotidianas entre indivíduos e coletivos e podem expressar-se no espaço terapêutico (Aiello-Vaisberg, 1999, 2007; Aiello-Vaisberg & Machado, 2008). Segundo Ambrosio e Aiello-Vaisberg (2014):

Se fizéssemos um comparativo, poderíamos dizer que os campos seriam como lugares que já visitamos - por exemplo um parque, um museu, uma praia, uma prisão, um convento, um hospital, cada qual com suas características peculiares. Imaginemos que estamos sentados em um banco em cada um desses lugares: mirando a praia, podemos experimentar tranquilidade, terror, incômodo, só para mencionar algumas possibilidades, dado que os sentidos são sempre pessoais. Já acomodados em um banco em um hospital, podemos ser transportados para emoções ligadas à espera de nascimentos, ao enfrentamento de momentos difíceis ligados à doença ou morte, à logística ligada a tarefas. Na verdade, as pessoas, nesta perspectiva, estão sempre habitando mundos de sentidos afetivo-emocionais, que tanto se conformam ao acontecer presente como atualizam memórias de experiências passadas e aspirações voltadas ao futuro (p. 127).

Os campos são, portanto, o substrato afetivo-emocional sustentador das condutas, compreendidos como mundos intermediários, como regiões povoadas, habitadas de modo mais ou menos permanente, em determinados momentos. Ganham lugar com a produção interpretativa de sentidos inter-humanos, construídos pelo movimento transferencial. Porém, cabe destacar que o campo de sentido afetivo-emocional não é uma entidade com vida própria, mas é posto em marcha com a criação/ encontro (Winnicott, 1971) de múltiplos sentidos humanos. Ao mesmo tempo não é um delírio do psicanalista, é criado interpretativamente no encontro, ao mesmo tempo em que faz parte da realidade social.

As condutas humanas, que operam tanto de forma consciente, como não consciente, só podem ser modificadas quando indivíduos e grupos deixam de habitar certo campo e transitam para novos campos. Esta transição não se dá por maior autoconhecimento ou por processo cognitivo consciente, mas sim quando a pessoa total sente-se sustentada em ambiente suficientemente bom. Fica evidente que este é um conceito vincular, intersubjetivo e coexistencial, que ganha corpo no encontro inter-humano em campo transferencial.

Surgem, portanto, na assunção de uma psicologia concreta, no contexto da América Latina, do próximo diálogo com a obra de Bleger (1963/1984) e Politzer (1928/1998), em pesquisas realizadas pela *Ser e Fazer: Enquadres Clínicos Diferenciados* do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cuja face interinstitucional é o Grupo de Pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade.

#### 4- Procedimentos investigativos

Nesta seção descreveremos os processos investigativos que utilizamos para a realização deste estudo, que se deu com o delineamento de procedimentos investigativos a) de configuração do acontecer clínico; b) de registro do material clínico; c) de interpretação do material clínico e d) de interlocuções reflexivas.

A configuração do acontecer clínico ganhou corpo mediante nossa dupla inserção na universidade e na saúde pública, ou seja, na equipe de uma unidade de referência à saúde de idosos e no grupo de pesquisa denominado *Ser e Fazer: Enquadres Clínicos Diferenciados* do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Ser um psicólogo/ psicanalista na saúde pública no Brasil exige a consideração de importantes especificidades, caso não queiramos praticar uma clínica pouco atenta à concretude das vivências de sofrimento da população que nos propomos atender. O psicólogo/ psicanalista inserido na saúde pública, especialmente em um país com fortes desigualdades sociais, responde a demandas *sui-generis*, que diferem daquelas encontradas quando clínica em outros campos de atuação (Manna, 2013; Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2012).

A atenção às participantes desta investigação realizou-se de modo independente deste estudo, sob forma de encontro clínico psicológico, com objetivo de oferecer cuidado a necessidades reais, tornando-se, posteriormente, material de pesquisa<sup>15</sup>. Inúmeros atendimentos a várias mulheres, e alguns homens, foram realizados ao longo dos doze anos de existência da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, dos quais selecionamos quatro casos.

Escolhemos pesquisar as histórias destas quatro mulheres em função dos impactos afetivo emocionais que sentimos durante seu atendimento, que se renovaram quando retomamos nossas memórias, durante a elaboração deste estudo, e por se caracterizarem como pacientes emblemáticas, ou seja, casos singulares, que carregam consigo a expressão de aspectos significativos dos dramas vividos pelas mulheres idosas que temos atendido ao longo desse tempo. Constituem-se como emblemáticas por sua tipicidade (Frederico, 1979), por serem únicos e singulares, chamados por Machado (1995) de

---

<sup>15</sup> A presente pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer CAAE 86592817.0.0000.5561.

pacientes especiais pois: “(...) carregam em si potenciado o que está presente na maioria dos pacientes, ainda que de forma latente ou ‘adormecida’” (p. 100).

Estes atendimentos foram realizados em *setting* principalmente grupal<sup>16</sup>, a partir de diferentes demandas, com o cultivo de ambiente suficientemente bom e confiável, capaz de acolher comunicações variadas e de tornar menos necessária a adoção de condutas defensivas. Seguimos, assim, um modo de investigar bastante comum no campo da psicanálise, na medida em que os atendimentos são feitos segundo necessidades clínicas reais, servindo também como material de pesquisa.

Entre tantos exemplos encontrados na literatura psicanalítica, destacamos os atendimentos realizados por Winnicott em 1941, em que estudou cientificamente uma situação padronizada de atendimento, que veio a ser conhecida como “jogo da espátula” (Winnicott 1941/2000). Enquanto atendia cada criança em consulta pediátrica, mantinha-se exclusivamente preocupado com as necessidades daquele caso particular, porém, posteriormente, fazia uso de seus registros em investigação científica. O mesmo pode-se dizer sobre suas consultas terapêuticas, que geraram obra de grande valor (Winnicott, 1965/1994, 1971/1984).

Deste modo, cumprimos uma primeira etapa de uma *démarche* investigativa qualitativa, que adota a psicanálise como método (Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrosio, 2003). A segunda etapa consistiu no procedimento investigativo de registro do material clínico. Em momento posterior à realização dos encontros, a psicanalista criou narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005; Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron & Beaune, 2009; Frosh, 2007; Granato & Aiello-Vaisberg, 2016, 2004; Manna, 2013), que se constituíram no material desta investigação.

A narrativa transferencial é um estilo de registro psicanalítico do acontecer clínico que inclui a subjetividade do pesquisador/psicanalista, segundo paradigma intersubjetivo de produção de conhecimento. Sua elaboração se deu a partir de lembranças do vivido, “na consideração metodológica de que a seleção do que é psicologicamente importante far-se-á pela via de impactos emocionais vividos pelo pesquisador clínico” (Aiello-Vaisberg, 2007). A confecção de tais narrativas correspondem a um delicado produto, que pode ser lido e relido pelo próprio autor e por outros leitores, o que permite que se

---

<sup>16</sup> Os fundamentos ético, clínico e teórico do *setting* de atendimento dos casos apresentados neste estudo, caracterizado como estilo clínico *Ser e Fazer*, foram apresentados no capítulo 2 e o grupo psicoterapêutico a que deu origem, chamado por nós de Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, é apresentado no capítulo 4, sob a forma de narrativa transferencial.



coloque em marcha um processo inerentemente inconclusivo de criação de sentidos afetivo-emocionais.

Depois de interagir “a sós” com as narrativas a pesquisadora realizou sua apresentação ao coletivo de pesquisadores da *Ser e Fazer*. Este momento teve o objetivo de promover uma interlocução grupal e não de descobrir o verdadeiro significado dos acontecimentos contidos no material criado/ encontrado, mas capaz de iluminar facetas importantes da vida vivida de modo compreensivo.

As narrativas transferenciais são uma alternativa metodológica de registro que favorecem a apresentação do material e a revisitação de uma experiência. Facilita uma apreensão criativa, durante a qual o leitor pode dialogar com o texto, num processo de coprodução de sentidos. Este procedimento investigativo de registro do material clínico pode apresentar, de forma útil, uma série de materiais que, de outro modo, ficariam inacessíveis. São confeccionadas em primeira pessoa, a partir das associações livres da pesquisadora relacionadas ao material clínico.

O que ganha destaque, no momento da escrita, é o produto da atenção flutuante, que ressurgem nas associações da psicanalista / pesquisadora, presentes no que foi vivido. Nas narrativas transferenciais, a cronologia e a ordem formal perdem lugar para as nuances da relação, tem, portanto, como baliza fundamental, o interjogo transferencial e contratransferencial. Este estilo de registro preserva as qualidades intersubjetivas do encontro clínico de forma mais integrada e considera, necessariamente, o psicanalista / pesquisador como constituinte do campo. É quase como contar um sonho, no qual relatamos o acontecer de forma espontânea e acrescentamos sentimentos, associações de ideias e impressões (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005).

De acordo com Politzer (1928/1998), a narrativa é o gênero que melhor expressa o caráter eminentemente dramático da experiência humana, aspecto que valorizamos na medida em que optamos por um posicionamento epistemológico que visa teorizar em máxima proximidade com a concretude do acontecer clínico (Bleger, 1963/1984). Apoiando-nos no acontecer, reconhecemos imediatamente a importância do campo transferencial, pois é, a partir dele, que pesquisa psicanalítica se sustenta. Em outras palavras, podemos dizer que a interação humana é o lugar primordial do acontecer clínico em psicanálise.

Após a confecção das narrativas, seguimos com a pesquisa mantendo nossa convicção na potência interpretativa do método psicanalítico. A próxima etapa delineia-se pela configuração de procedimento investigativo de interpretação do material clínico.

A partir das comunicações emocionais, verbais e não verbais, de mulheres idosas, atendidas em contexto grupal na saúde pública brasileira, materializadas pelas narrativas transferenciais da psicanalista, debruçamo-nos sobre experiências vividas, que só podem ser examinadas à luz de procedimentos coerentes com suas especificidades (Ambrosio, 2013).

O material clínico foi, portanto, considerado à luz do método psicanalítico, tendo em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Fabio Herrmann (1979/1991) apresentou esse processo primordial no fazer do psicanalista, que deve adotar posicionamento fenomenológico, abrindo-se para as comunicações emocionais sem se apegar a conceitos prévios. Para este autor, ser psicanalista é colocar o método psicanalítico em ação seguindo as palavras de ordem “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido emergente”.

Estas três palavras de ordem, ou movimentos, são necessárias para que o processo se inicie e aconteça a seu tempo, sem que seja precipitado ou interrompido. No primeiro, denominado “deixar que surja” o analista deve doar-se irrestritamente à espera e suportá-la de forma neutra e paciente para “que algum broto de sentido comece a surgir” (p. 72). No segundo movimento, deve “tomar em consideração”, ainda de forma completamente aberta, ao mesmo tempo em que atento e dedicado. Por fim, o terceiro movimento corresponde à produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Consiste na possibilidade de atribuir um novo sentido ao que o paciente apresenta.

Neste momento as narrativas, consideradas como registros de comunicações emocionais, foram revisitadas. Este movimento teve o objetivo de propiciar a criação/encontro interpretativo de campos de sentido afetivo-emocional, ou seja, de “completar o desenho do sentido emergente”, movimento que sustenta a efetiva provisão de *holding*, que sempre depende da compreensão dos campos transferenciais constelados ao longo das sessões. Cabe destacar a importância de que o psicanalista se mantenha o mais livre possível de crenças, teorias e concepções previamente estabelecidas, sendo desejável sua não adesão a corpo teórico específico.

Por fim, lançamos como estratégia o procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, que se caracteriza pela conversa com diferentes autores, ideias e teorias, que possam auxiliar na discussão, iluminar os achados e avançar na pesquisa em curso. Consiste em um fazer diverso daquele realizado a partir do uso do método psicanalítico, que é suspenso neste momento, diferenciando-se, portanto, dos demais procedimentos investigativos adotados neste estudo.

Caracteriza-se como um tipo diferente de trabalho intelectual, ao solicitar certo distanciamento do acontecer inter-humano pesquisado, sem descartar a perspectiva dramática, inerente ao encontro do pesquisador com o fenômeno humano estudado, compreendido como experiência vivida. Neste momento, lançamos luz sobre os campos de sentido afetivo-emocionais criados/ encontrados, buscando novas interpretações, com vistas ao diálogo com teorizações eticamente convergentes com os pressupostos do método psicanalítico. Esperamos aqui, ao finalizar este capítulo metodológico, ter apresentado com suficiente clareza o percurso adotado nesta pesquisa, com vistas a cumprir nosso objetivo de investigar a experiência vivida por de mulheres idosas.



## Capítulo 4

### Narrativas Transferenciais

Apresentamos, no presente capítulo, cinco narrativas transferenciais. A primeira terá a função de fazer conhecer ao leitor a Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados *Ser e Fazer*, enquanto as quatro restantes expõem as histórias de pacientes selecionadas e suas experiências vividas.

Durante os doze anos de funcionamento de nossa oficina, atendemos mais de 350 pacientes, entre homens e mulheres. Como, nesse enquadre, ocorreram, ao longo do tempo, entradas e saídas de participantes, pudemos travar conhecimento com um número grande de pacientes. Contudo, nossa opção metodológica por uma pesquisa qualitativa com o método psicanalítico, impõe, dados os prazos regulamentares de produção acadêmica, a abordagem de um número bastante menor de narrativas, demandando um processo de seleção de casos. Defrontamo-nos, aí, com a necessidade de estabelecer critérios de escolha.

Optamos, tendo em vista o desejo de manter um alinhamento coerente entre nossas posturas epistemológica, teórica, clínica e ética, adotar critérios psicanaliticamente fundados, de modo que rejeitamos outras formas de constituição de amostras de estudo, que são certamente apropriadas em outros contextos investigativos. Assim, entendendo que nosso trabalho clínico, na perspectiva do *holding* baseado em compreensão emocional, está sempre fortemente ancorado em impactos transferenciais, decidimos focalizar pacientes que evocaram, durante os atendimentos, e ainda evocam, em nossas lembranças, fortes ressonâncias afetivo-emocionais. As histórias de tais pacientes, a nosso ver, parecem ter o dom de apresentar e representar o que há de mais importante, na dramática das idosas, não porque sejam muito parecidas com muitas outras mulheres, mas porque guardam um forte poder de expressar a própria experiência afetivo-emocional, que, sendo absolutamente singular, não deixa de nos conduzir para mais próximo do viver de um coletivo. Seguimos, portanto, os mesmos passos de Machado (1995) e Paula (2000), que trabalharam com pessoas que, pertencendo a grupos literalmente calados, como psicóticos e deficientes crônicos, eram capazes de se comunicar expressivamente, podendo assim ser considerados emblemáticos.



**Primeira Narrativa: Sobrevoos sobre um Acontecer Clínico**

*Iniciamos a Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e outros Bordados no ano de 2002, primeiramente na sala 211 de atendimento da “Ser e Fazer”, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, espaço consagrado à pesquisa clínica e ao atendimento da comunidade. Os primeiros pacientes eram pessoas adultas com idades variadas, que buscavam psicoterapia em clínica escola. Este grupo não nasceu, portanto, como modalidade de atendimento voltada exclusivamente para idosos ou para mulheres. Foi no ano seguinte, com nossa inserção em uma equipe em instituição especializada na atenção à saúde de idosos do município de São Paulo<sup>17</sup>, que a Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados passou a ser realizada para acolher a dramática de pessoas com esta faixa etária.*

*A materialidade-rabisco desta oficina, facilitadora da expressão emocional das participantes, é a talagarça, agulhas para bordar tapeçaria, lãs em cores variadas, caneta hidrocor de diversas cores para riscar os pontos do bordado e tesoura. Deixávamos este material disponível sobre uma mesa na sala de atendimento, dentro e fora de uma grande caixa azul. A cada encontro do grupo tínhamos que carregar esta caixa até a sala de atendimento, às vezes percorrendo os corredores da unidade de referência à saúde do idoso e da unidade de atenção básica.*

*O serviço especializado no atendimento à saúde de idosos ficava dentro do espaço de uma unidade básica de saúde, apesar de ser uma instituição independente desta e com gerenciamento próprio. Não dispúnhamos de uma sala para atendimento em grupo, por isto, fazíamos uso de uma emprestada da unidade básica, que deixávamos reservada toda semana no mesmo horário.*

*Os encontros aconteciam uma vez por semana, com uma hora e meia de duração, em grupo de seis a oito pessoas. As primeiras pacientes da Oficina de Tapeçaria chegaram após atenderem a nosso convite e de outros membros da equipe. Logo o atendimento foi iniciado, com boa aderência das participantes, e iniciamos uma segunda Oficina na instituição de saúde, além da que realizávamos já há um ano na sala 211 de atendimento da “Ser e Fazer”, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.*

*Estávamos no início do trabalho desta unidade de referência à saúde do idoso e dispúnhamos, neste momento, de maior disponibilidade de tempo e poucos protocolos definidores de fluxos e encaminhamentos. Bastava que o paciente aceitasse ao convite, ou demonstrasse interesse pela materialidade, para que pudesse participar dos*

---

<sup>17</sup> Integramos a equipe da Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé- URSI da Secretaria Municipal de Saúde, cenário desta pesquisa, de 2003 à 2016.

*encontros. Esta foi uma situação privilegiada de trabalho naquele momento, pois favoreceu a chegada de pessoas que não podiam elaborar uma queixa formal para serem atendidas e que, possivelmente, não seriam encaminhadas ou não procurariam por atendimentos convencionais.*

*Lembramos de uma senhora que nos foi encaminhada por colegas da equipe com a afirmação de que já haviam tentado outros atendimentos e ela não aderira. Parecia não reconhecer a necessidade de ajuda, porém vivia isolada e outros profissionais que a acompanhavam preocupavam-se muito com ela. Ela parecia distante de seus problemas, alheia a eles, queixava-se de dores físicas persistentes, sem causa aparente e que não cessavam, nem podiam ser clinicamente justificadas pela geriatra. Ao ingressar na Oficina de Tapeçaria, passou a relacionar-se no grupo e com a materialidade de forma afetiva e assídua. Dizia que aquele espaço era dela e procurava muito a terapeuta, também em encontros individuais, para contar suas dores e incômodos na vida. Com frequência outros membros da equipe comentavam como ela havia desabrochado, pois sua disponibilidade para estar com as pessoas de modo aberto era evidente e presente também em outros relacionamentos, para além dos encontros na Oficina Psicoterapêutica.*

*Antes do ingresso na oficina agendávamos um ou mais encontros individuais, nos quais apresentávamos a materialidade que seria utilizada no grupo. Também conversávamos com a paciente sobre sua vida, além de aspectos formais do atendimento, tais como horário, duração, faltas, procurando deixar claro que a Oficina é um enquadre psicoterapêutico, realizado pela psicóloga da equipe. Cabe dizer que, diferentemente de outros atendimentos institucionais, a falta sem justificativa da participante não implicava em seu desligamento do grupo. Quando ocorria, indicava que algo diferente havia acontecido e precisava ser olhado com atenção e desvelo. Porém, nossa principal finalidade neste primeiro contato era iniciar o vínculo com a paciente.*

*Para algumas bastava um atendimento individual, outras precisavam de dois ou três encontros. Eventualmente a paciente era acompanhada individualmente por período de tempo maior, para só depois ingressar na oficina. Fazíamos esta avaliação no momento do encontro, através do uso que a paciente podia fazer do atendimento em grupo ou individual e de nossa compreensão empática, pela constelação do movimento transferencial frente as necessidades apresentadas por cada uma.*

*A preferência era o atendimento no enquadre da oficina, porém, algumas pessoas pareciam sentir-se melhor acolhidas em encontros individuais por certo período de tempo, para conseguirem se beneficiar das trocas e interações propiciadas pelo enquadre grupal. Cabe lembrar que o fato é compreensível, dado que o individualismo é um valor*



*bastante cultuado no mundo contemporâneo, enquanto a natureza social do ser humano é pouco reconhecida.*

*Havia, nos primeiros anos de existência da unidade de referência à saúde do idoso, muito suporte da equipe para a realização do trabalho, porém, havia também certa curiosidade e estranhamento quanto à proposta. Ao ingressarmos no serviço e, após apresentarmos o atendimento em enquadre de oficina, recebemos muitos questionamentos, parecia que a expectativa era por atendimentos individuais ou grupos exclusivamente verbais, enquadres tradicionais de atendimento psicanalítico.*

*Nossa segurança na proposta, apesar do pouco tempo de experiência com a Oficina de Tapeçaria e Outros Bordados na época, a credibilidade da instituição universitária da qual fazíamos parte e o espírito de abertura da equipe para iniciativas inovadoras, fez com que a proposta fosse aceita por todos. Logo a Oficina de Tapeçaria passou a ser uma marca do atendimento em psicoterapia da unidade de saúde pública voltada para o idoso em que acontecia, mas era comum estes se referirem ao grupo como “aula” de tapeçaria e aqueles falarem do enquadre individual como atendimento versus o que era realizado em grupo. Com frequência perguntavam: “Hoje você vai atender ou fazer grupo?” E respondíamos: “vamos atender em grupo”. Quando conversávamos em equipe, todos concordavam que o atendimento em grupo era uma forma complexa de oferecer cuidado às pacientes, mas a pergunta que colocava em oposição o “atendimento” e o enquadre grupal continuava ocorrendo.*

*Com o passar dos anos, e consolidação deste serviço de saúde na cidade, cresceu a procura pelo atendimento a idosos em nossa unidade, não apenas para psicologia, mas para todos os membros da equipe, médico geriatra, assistente social, enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Passou a ser necessário estabelecimento de definições para ingresso no serviço e também para iniciar acompanhamento psicológico.*

*Sáimos da sala administrativa e vimos uma senhora parada à frente do banner que exibia as atividades da unidade. Ao nos ver, perguntou como poderia passar com a psicóloga. Estávamos nos momentos iniciais do funcionamento de nossa unidade de atendimento a idosos e o acesso ao serviço era livre e fluido. Apresentamo-nos e imediatamente marcamos um horário para conversar. A senhora conta que precisava muito de ajuda, seu filho havia morrido assassinado em um bairro da periferia por causa de dívidas com traficantes. Ela mudou-se para a casa da filha no centro da cidade, pois temia sofrer represália dos bandidos que a ameaçavam. Não conseguia dormir e só tinha vontade de chorar.*

*Com as mudanças e organização da unidade, as pacientes primeiramente ingressavam no serviço através de primeiro encontro chamado de acolhimento, antes de serem encaminhadas para a Oficina de Tapeçaria ou para outras modalidades de cuidado. Ao iniciarem na Oficina, eram convidadas a bordar tapeçaria, materialidade significativa que nos acompanha há vários anos. O grupo começa, portanto, pela apresentação da materialidade, que também é uma forma de nos apresentarmos, pois pelo convite às participantes para brincar/bordar, contamos qual é o jogo que gostamos de jogar. Entendemos a materialidade mediadora como expressão da personalidade e da singularidade da terapeuta que a apresenta<sup>18</sup>. A materialidade-rabisco permite a presentificação da terapeuta, dando concretude ao encontro.*

*As participantes da Oficina podem bordar o que quiserem com as lãs coloridas na tela branca: barcos, casas, flores, iniciais de nomes, corações, emblemas do seu time de futebol, ou apenas escolher cores e deixar surgir o que vier. Podem confeccionar almofadas, tapetes, bolsas, quadros, pesos de porta ou o que quiserem inventar e a materialidade permitir. Podem desenhar livremente na talagarça, antes de iniciar o bordado, obtendo determinada forma preliminar que será modificada, ou não, ao longo do bordado. Podem abrir mão de um traçado prévio definido, escolher uma cor e, mantendo ou mudando a matriz escolhida, seguir bordando o caminho do ponto.*

*Às vezes as participantes dizem, neste primeiro momento, não ter ideia do que fazer. Parecem paralisadas pela tela branca e muitas vezes solicitam nossa ajuda constante. Frequentemente este pedido é verbalizado por um “desenha para mim?” Quando esta solicitação é feita, costumamos aceitá-la sem hesitação, dizendo que juntos faremos o desenho. Segurando a caneta colorida, pedimos que a paciente diga onde devemos riscar a tela, qual o tamanho do desenho e mostre como o ponto escolhido deve ser desenhado.*

*Sintonizadas com a experiência emocional da paciente, podemos, ao fazer seu traço, como que lhe emprestar nosso corpo e corporeidade motora (Vitali, 2004). Quando isso acontece, a caneta pode passar suave e quase imperceptivelmente para as mãos da paciente. Nos momentos em que alguma participante do grupo necessita de um suporte maior para que as coisas aconteçam, outras parecem perceber a necessidade, possivelmente por solidariedade, oferecendo sua contribuição, sugerindo cores, desenhos, pontos, formas de bordar e até mesmo ajuda para a realização do bordado.*

---

<sup>18</sup> Aqui, entendemos apresentação no sentido winnicottiano da apresentação do objeto.

*Durante a sessão, bordamos e às vezes também conversamos. Os assuntos são variados, abrangendo desde acontecimentos do dia a dia de cada uma, até fatos importantes de suas vidas, ou que viram noticiados na TV e que as impactaram. Ocorrem, com frequência, trocas de receitas e conversas sobre temas variados, como sexualidade, futebol, família, vida e morte. Falamos também sobre bordado, pontos, combinação de cores, lojas que oferecem materiais de tapeçaria e que algumas participantes gostam de adquirir para bordar em casa ou na Oficina, mesmo havendo no grupo material suficiente para todas. O silêncio, quando acontece, é acolhido e respeitado. Nesta Oficina em particular, o silêncio se dá mais como manifestação individual de algumas participantes ou momentos vividos, não sendo movimento frequente e característico, pois este é um grupo muito falante, animado, alegre e acolhedor.*

*Aliás, é importante ressaltar que a participação em Oficinas Ser e Fazer não exige que a paciente tenha “formulado uma questão” ou apresente queixa ou demanda definida, pois o enquadre permite que respeitemos o tempo e a necessidade de cada participante e entendamos que são o holding e a experiência vivida em grupo – e não a conscientização e elaboração - aquilo que promove mudanças<sup>19</sup>. Acolhemos em nossos grupos, também, aquelas pessoas que chegam com “questões intelectuais prontas”, entendendo que, em um mundo globalizado, com tantas informações, muitos pacientes que procuram terapia chegam com uma expectativa de serem auxiliados por um terapeuta arguto a elaborarem “questões”. Consideramos que, muitas vezes, esta expectativa é também uma forma de se protegerem de uma experiência nova, e, portanto, desconhecida, sendo a melhor conduta possível naquele momento (Bleger, 1963/1984), movimento a ser acolhido e não interpretado.*

*Mas nossa experiência clínica tem mostrado também que a grande maioria das pessoas que busca terapia vem movida por um desejo e uma busca de se sentir bem, para alívio de sofrimento. Orientadas por esta percepção clínica e pela atenta leitura da obra de Winnicott, temos como objetivo terapêutico favorecer que a pessoa se sinta viva e real*

---

<sup>19</sup> Tendemos a pensar, acompanhando certos apontamentos winnicottianos, que o *insight* resulta da mudança existencial e não o contrário (Aiello-Vaisberg, 2003b). Winnicott (1994), em artigo publicado sem data, em seu livro Explorações Psicanalíticas sobre *Play Therapy* de Virginia Axline fala sobre análise modificada, e casos em que “mudanças ocorrem sem *insight*” (p. 376). Esta importante colocação do autor significa que o *insight* não é a causa da mudança, que pode ocorrer sem ele. Provavelmente, muitas mudanças significativas são seguidas e não antecedidas por *insight*, porque é próprio do humano articular imaginativa e reflexivamente o seu viver (Bleger, 1963/1984).

*e não que aumente seu autoconhecimento pela intervenção interpretativa, que só poderia ser feita por um terapeuta que sabe do outro mais do que ele mesmo (Aiello-Vaisberg, 2004). Deste modo, não faz sentido exigir uma “questão”, pois o importante não será a paciente conseguir formulá-la e sim viver uma experiência nova, que pode ter efeitos mutativos.*

*Uma paciente, mulher de 82 anos, dona de casa, mãe e avó, demonstra que para ela a vida é repleta de regras e normas de bom comportamento, que não podem ser quebradas, devem ser rigorosamente seguidas, como se viessem em um manual. Em sua fala parece que basta seguir estas regras para termos a garantia da felicidade. A mulher deve casar e ter filhos, não deve querer trabalhar, nem ter os mesmos direitos ou desejos que o homem e há assuntos proibidos, que não devem ser mencionados. Sua rotina é sistemática e sua vida parece perfeita, como se não houvesse dúvidas, dores, ou dificuldades.*

*Fotografamos as tapeçarias e bordados confeccionados pelas pacientes, que são levados para casa por suas autoras. Logo quando iniciamos a prática do registro fotográfico, obtivemos a seguinte resposta quando pedimos licença para fotografar a tapeçaria de uma paciente: “Claro, mas você vai fotografar ela sozinha, sem estar comigo? Assim não tem graça!”*

*E desde então, a hora de fotografar a tapeçaria passou a ser um momento de festa: todas se arrumavam, penteavam os cabelos, olhavam-se no espelho e posavam para a foto. Este momento grupal durou alguns anos, porém, nos últimos tempos de realização do grupo, passou a ser menos intenso: às vezes as participantes queriam ser fotografadas junto com sua tapeçaria, outras vezes queriam que apenas o bordado fosse registrado. Estas tapeçarias, na maioria das vezes, já tinha seu destino traçado: uma almofada ou quadro para determinado cômodo de sua residência ou um presente para uma pessoa importante: filhos, nora, netos, amigos que moram longe e que seriam visitados.*

*Antes de terminarmos o grupo, lançávamos juntas. Este movimento foi instituído pelas participantes, que espontaneamente passaram a trazer bolos, tortas, pães de queijo, pães recheados, biscoitos, bombons e balas para dividir com as demais.*

*Muitas levavam sua tapeçaria e alguns fios de lã para continuar a bordar em casa, trazendo-os na semana seguinte. Reclamavam, com muita frequência, que a quantidade de fios não era suficiente, que acabou muito rápido... Outras preferiam deixar seu bordado e todo o material aos nossos cuidados, esperando encontrá-los do mesmo modo na semana seguinte, para continuar a atividade no grupo, usufruindo uma forma*

*de auxílio que é essencialmente holding. Diziam não ter tempo ou que não conseguiam fazer sozinhas.*

*A materialidade da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados convida a uma continuidade na temporalidade. É uma materialidade que não se completa em um único encontro, pois, apesar de cada paciente ter seu ritmo e finalizar o bordado em seu tempo, isto nunca acontece em um único encontro.*

*A Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, como as outras Oficinas Ser e Fazer, propõem-se como grupo inclusivo, que permite a participação de pessoas que se encontram em diferentes momentos de desenvolvimento emocional e em momento de participação no grupo também variado. Assim, enquanto algumas participantes estavam iniciando no grupo, outras estavam finalizando sua participação, e algumas permaneciam em acompanhamento por mais tempo. Às vezes uma paciente precisava interromper a vinda à Oficina, podendo retomar em momento posterior, ou apenas passavam a nos procurar quando, por alguma situação da vida sentia ser necessário, contando com nossa disponibilidade.*

*O último encontro do grupo ocorreu em 05 de julho de 2016, após nossa mudança de local de trabalho. Este dia fora agendado como um encontro de despedida e finalização, preparamos um “presentinho” para cada participante da Oficina, embalado com laço de fita e flor. Esta lembrança, como forma de presentificar os encontros vividos, continha um pouco do material da Oficina de Tapeçaria, talagarça, agulha, lãs coloridas, entre outras coisas.*

*Foi um momento de despedida e lembranças, todas que compareceram contaram espontaneamente experiências significativas vividas nos encontros, como o primeiro dia no grupo, a sensação de pertencimento, a presença acolhedora em momentos difíceis. Ao término, as pacientes quiseram visitar nosso novo local de trabalho, saber onde nos encontrariam e combinamos que poderiam nos procurar sempre que quisessem. De vez em quando uma delas aparece por lá...*



## **A Solidão de Domingas, suas Histórias e seus Bordados**

*Domingas ingressou na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados após alguns atendimentos individuais. Desta forma, ao iniciar no grupo, já tinha um vínculo construído com a terapeuta, com quem parecia estabelecer uma relação de muita proximidade e dependência<sup>20</sup>. Em todos os encontros, sua solidão surgia como pano de fundo para histórias do passado ou do presente, nas quais se apresentava como favorecida por privilégios, que nada fez para merecer. Porém, não conseguíamos ouvir seus relatos sem senti-la como uma sobrevivente.*

*Domingas é uma mulher de 87 anos, que morava sozinha, não tinha irmãos ou outros vínculos familiares próximos, descrevia-se como filha única de filhos únicos. Seus parentes eram apenas alguns poucos primos distantes, com os quais se ressentia por passarem todo o ano sem que fizessem uma única ligação telefônica para ela. Apenas no Natal a procuravam e insistiam para que ela “brincasse de família feliz”.*

*Foi casada por aproximadamente vinte anos com um advogado bem sucedido que, em função de seus bons relacionamentos, empregou-a como secretária de um amigo. Domingas contava seu ingresso neste trabalho com evidente constrangimento. Dizia que nada em sua vida fora aquisição pessoal sua, nem seu emprego, conseguido por influência do marido.*

*Falava que sempre desistiu de tudo, nada seguiu uma continuidade. Esta observação, repetida inúmeras vezes ao referir-se a seu ofício, era sempre ouvida por nós com certo estranhamento, pois a paciente conduziu seu exercício profissional com estabilidade, mesmo que sem grandes ambições de crescimento. Não nos parecia clara a interrupção e descontinuidade que sempre mencionava, apesar de compreendermos sua frustração pela não conquista de seu lugar profissional.*

*Teve uma vida sem riquezas, mas com algumas sobras, porém, agora, na velhice, tinha que se acostumar a certas restrições. Ao mesmo tempo em que se culpava pelas dificuldades financeiras atuais, dizia sentir-se conformada, “sem queixas”, pois conseguia viver apenas com o mínimo necessário. Havia se habituado a uma vida simples, já não fazia planos, apenas vivia os dias com humildade e sem luxos.*

*Domingas não teve filhos durante a união com o marido. Às vezes percebíamos uma mágoa em sua fala relacionada a este fato, sempre vinculada à solidão dos tempos correntes. Ela dizia que não quis engravidar, queria fazer outras coisas em sua vida, como viajar e passear, porém o tempo foi passando e, um dia, ela se viu só. Não*

---

<sup>20</sup> Entendemos que a dependência é parte do processo terapêutico, precisa ser vivida em ambiente seguro para que novos posicionamentos existenciais possam ser alcançados.

*conseguíamos identificar com clareza se ser mãe era um desejo de vida adiado e não realizado ou se o ressentimento vinha de perceber-se só nos tempos atuais, o que acreditava que teria sido amenizado pela existência de descendentes.*

*Durante esses relatos do passado, vislumbrávamos uma jovem mulher sonhadora, com vontades, desejos e sonhos, mas às vezes um pouco perdida e imatura. Ao falar desta época, ela parecia ter planos e projetos, talvez romantizados e pueris, mas certamente cheios de vida. Uma energia e sensibilidade diferentes surgiam nestes momentos, para logo serem apagados pela dor da realidade presente. Parecia sentir-se culpada por querer uma vida diferente, por separar-se do marido, por desafiar certas normas estabelecidas em nome de ser ela mesma. É como se devesse ter se conformado com a vida que levava e hoje pagasse pelas “decisões erradas” do passado. Por vezes, ela parecia viver seu sofrimento e solidão como castigo.*

*O fato é que após vinte anos de casamento Domingas decidiu se separar, a convivência com o marido era sentida como solitária, quando ele não estava trabalhando, estava lendo compenetradamente. Percebia-se sempre em segundo plano, como se as atividades do marido fossem mais importantes que as suas. Não havia troca, nem convívio, não conseguia recordar de nenhuma atividade que faziam juntos, ou conversas que tiveram. A solidão já a perturbava nesta época e, para combatê-la, decide ficar sozinha, apesar de saber que a vida de uma mulher divorciada seria difícil e “temerosa”. Após a separação, o marido tentou, sem sucesso, reatar algumas vezes, falecendo anos depois. Com sua morte, pareceu ter morrido em Domingas a esperança de ter um companheiro, permanecendo sozinha e sentindo que, talvez, tivesse feito a escolha errada. Dizia ela: “o que se passava em minha cabeça ao preferir o divórcio? Por que não pude aceitar as dificuldades do casamento? Não era perfeito, mas era melhor do que ser uma mulher sozinha!”*

*Ocasionalmente, durante o atendimento, falava da falta que sentia de dar um beijo em um homem, de sentir sua boca, que daria tudo pra ter novamente essa sensação, acrescentando que o sexo, propriamente dito, não lhe causava a mesma empolgação. Durante estes relatos, podíamos reencontrar essa mulher cheia de vida, que logo apagava-se em dores e ressentimentos.*

*Domingas era uma pessoa muito devota, diariamente assistia na televisão aos programas religiosos. Costumava seguir os preceitos da igreja católica e ir à missa todos os domingos. Até certo momento em que conversou com o padre que lhe disse que quem tem mais de oitenta anos estava desobrigada de ir à missa todas as semanas. Mesmo*



*assim, Domingas continuou frequentando a igreja próxima a sua residência, porém, sem se sentir tão obrigada a isso. Suas amigas, das quais pouco falava, referiam-se a pessoas que conhecia durante o culto. Dizia: “ela frequenta a igreja, é uma boa pessoa!”. Sua certeza de que todos que ali estavam eram do bem soava pueril e nos provocava certo cuidado, porém, quando mencionávamos, Domingas concordava, mas não tínhamos certeza se, de fato, nossa preocupação fazia eco nela.*

*Em um dos atendimentos contou algo que muito nos impactou. Disse que, para ela, era muito trabalhoso sair de casa, o que, às vezes, evitava e só realizava em caso de extrema necessidade. Isso porque toda vez que ia para algum lugar, mesmo os mais corriqueiros como à padaria ou supermercado, precisava tomar banho e colocar uma lingerie limpa e em bom estado. Temia morrer na rua e não ter quem cuidasse e trocasse seu corpo, quem o preparasse para a morte. Esta comunicação evidenciou a dimensão profunda de sua solidão.*

*Outro episódio significativo ocorreu há alguns anos, quando a cidade de São Paulo interrompeu suas atividades em pleno horário comercial, devido à ameaça de ataque de um grande grupo do crime organizado<sup>21</sup>. Neste dia, Domingas, que só havia assistido a programas religiosos na televisão e ignorava o perigo de estar nas ruas, decidiu fazer compras de mantimentos. Ao andar pelas calçadas do centro estranhou que todos os estabelecimentos comerciais estavam fechados e a via pública deserta. Perguntava-se se seria domingo ou feriado, tentando, em vão, entender o que se passava na cidade. Esta cena, narrada pela paciente durante o atendimento, evidenciava sua vulnerabilidade, fragilidade e solidão na cidade grande. Não havia, em suas poucas relações, ninguém que a alertasse dos perigos ou do porque todos estavam recolhidos em suas casas.*

*Passava todos seus dias sozinha, apenas assistindo aos sermões e canais católicos, até iniciar na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados. A partir de sua inserção no grupo, seus dias de solidão passaram a ser acompanhados pelas lãs, talagarça e agulhas. Dizia como se sentia bem ao bordar e como esta atividade a auxiliava a enfrentar seus dias, mesmo os mais difíceis.*

*Todas as semanas realizava inúmeros bordados geométricos, que levava em uma sacola para nos mostrar. Durante os encontros da Oficina, Domingas só interessava-se*

---

<sup>21</sup> A paciente se referia ao chamado Primeiro Comando da Capital (PCC), que foi considerado uma das maiores organizações criminosas do Brasil. Criada em 1993, no Estado de São Paulo, realizou ataques a alvos civis e policiais nos anos de 2006 e 2012 (Santos, Jorge & Souza, 2017; Adorno & Salla, 2007).

*por eles nos primeiros minutos logo após sua chegada, nos quais os apresentava a todas, para, em seguida, colocá-los de volta na sacola e esquecê-los. Sua atenção e dedicação eram exclusivas para a terapeuta, as outras participantes e para tudo que lhe viesse à cabeça, numa comunicação associativa que não permitia pausas, vírgulas ou interrupções. Contava histórias, falava de seu passado, de suas lembranças, acompanhada pelo grupo que, ora bordava silenciosamente, cedendo-lhe todo o espaço necessário, ora perguntava detalhes e referências apresentadas por ela. Quando estava em casa, Domingas bordava com afinco, quando na Oficina usufruía, a seu modo, da companhia de todas.*

*As participantes da Oficina ouviam atentamente as histórias de Domingas, de forma empática e cuidadosa. Pareciam organizar-se de modo a oferecer a presença e sustentação que ela solicitava, dividindo esta tarefa com a psicanalista. Num primeiro momento sentimo-nos apreensivas pelo grupo, preocupadas se as demais pacientes ficariam sem espaço, ao ofertá-lo a Domingas. As poucas vezes que tentamos manejar o encontro para que as outras participantes falassem ou se colocassem mais, elas próprias devolviam o espaço para Domingas. Aos poucos fomos nos tranquilizando e percebendo que havia uma troca e interesse genuíno e que o movimento do grupo precisava ser aceito e respeitado por nós e comportava modos diferentes de expressão.*

*Domingas era uma mulher inteligente, apesar de sempre desvalorizar-se e menosprezar suas capacidades e potencialidades. Talvez por esse motivo não pudemos nos dar conta rapidamente de que estava apresentando perdas cognitivas. Ou, talvez, porque essas perdas aceleraram-se repentinamente, como se ao descer uma escada pulassem vários degraus ao mesmo tempo. Nesta fase, a paciente passou a confundir-se com dias e horários, o que nos levou a perceber que nossos cuidados precisavam intensificar-se, de acordo com suas necessidades.*

*Com sua ajuda e o apoio de outros membros da equipe da nossa unidade de atendimento a idosos, iniciamos alguns contatos com seus primos e, nos dias agendados para o atendimento, passamos a telefonar logo cedo para Domingas, lembrando-a de nosso compromisso. Dizíamos: “Hoje temos a Oficina, mas ainda está cedinho, são sete horas da manhã. Pode tomar café e se trocar com calma, estamos agendadas apenas para as dez horas”. Durante meses esse gesto bastava para que ela se organizasse o suficiente para comparecer ao nosso encontro sem maiores dificuldades. Toda semana ligávamos para lembrá-la de que era dia do grupo.*

*Porém, certa vez, ela não compareceu. Ao término da Oficina, recebemos a notícia de que havia uma paciente perdida pelos corredores do serviço de saúde. Fomos localizar quem era e encontramos Domingas muito confusa e com o braço direito roxo. Na hora percebemos que deveria ser uma fratura e nos prontificamos a acompanhá-la até o Pronto Socorro mais próximo. Ela foi atendida, mas precisava passar por uma cirurgia e faltavam alguns documentos, que ela não recordava onde estavam.*

*Solicitamos ajuda de uma cuidadora de idosos vinculada ao nosso serviço que naquela mesma tarde foi à casa da paciente ajudá-la a procurar os papéis para o horário agendado. Nesta procura, qual não foi nossa surpresa ao encontrarem vários recibos e escrituras de terrenos do céu! Domingas recebia em sua casa pessoas que conhecia na igreja ou na rua, que se diziam religiosas e lhe vendiam a entrada no paraíso.*

*Após a cirurgia, Domingas foi para casa com o braço engessado. Este episódio tornou ainda mais clara a necessidade de proteção e cuidados que demandava e os primos concordaram em acompanhá-la, demonstrando certa preocupação. Porém, na semana seguinte, Domingas compareceu ao grupo sem o curativo, dizendo não se recordar que passara por uma intervenção cirúrgica. Contou que, certo dia, olhou para o braço e não entendeu porque ele estava engessado, que “aquilo” a estava atrapalhando em seus afazeres diários, portanto decidiu retirar.*

*Seguimos atendendo Domingas no grupo e conversando com seus familiares, na tentativa de estabelecer melhores condições de cuidado. Por alguns meses os combinados estabelecidos com os primos de Domingas, também idosos, eram seguidos por eles e pela equipe com demonstração de interesse e preocupação. Porém, com o passar do tempo, a disponibilidade para comparecer ao serviço e estar com Domingas foi ficando cada vez mais escassa e menos frequente, apesar de convites e agendamentos.*

*Por fim, a família comunica-nos sua decisão, o apartamento de Domingas seria desmontado e a levariam para morar com eles, em outro bairro da cidade, pois assim poderiam cuidar melhor dela. Estávamos diante de uma situação muito delicada e frequente, idosos, com suas questões específicas de vida e de saúde, cuidando de outra idosa. Durante certo tempo, Domingas era constantemente lembrada pelas demais participantes do grupo, aflitas com o destino da amiga. Preocupavam-se com ela, mas, certamente, temiam também por seu próprio futuro.*



**Os Bordados de Juanita: Envelhecendo Longe de Casa**

*Juanita é uma senhora, dona de casa peruana, de sessenta e oito anos, casada e mãe de três filhas adultas, que sempre comparecia acompanhada de seu marido ao serviço público de atendimento a idosos. Juntos enfrentavam o fato de estarem distantes dos filhos, dos amigos, de sua cultura e da terra natal em função de difíceis condições de vida.*

*Nossa experiência clínica não nos tem colocado em próximo contato com movimentos migratórios de idosos. Os velhos sofrem em situações de migração, mais comumente, quando os jovens partem em busca de melhores oportunidades em outros países ou regiões de seu próprio país. Podem também ser obrigados a acompanhar filhos e netos quando estes emigram, permanecendo, portanto, próximos aos familiares. Contudo, neste caso, estávamos diante do fato do marido de Juanita, já septuagenário, sem emprego e sem aposentadoria, ter decidido se mudar para o Brasil, porque “precisava ir onde havia trabalho”.*

*Juanita não pôde acompanhá-lo num primeiro momento, pois estava doente, com hipertensão, dores de cabeça constantes e uma suspeita de acidente vascular cerebral. Apesar de sua fragilidade, a situação financeira do casal estava muito difícil e decidiram, portanto, que o marido viria na frente e providenciaria moradia e condições para que a esposa pudesse estar com ele.*

*Juanita permaneceu um tempo no Perú com as filhas, com as quais se relacionava bem. Entretanto, como estas já eram adultas, casadas e independentes, provocavam na mãe o temor de perturbá-las com suas dores e necessidades. Quando falava deste período de separação forçada do companheiro, comunicava uma longa fase de espera, na qual a vida parecia ter se congelado. Havia o antes da partida do marido, tempo de dificuldade financeira severa, mas de vida familiar intensa e feliz. Os netos crescendo ao seu redor, as filhas lutando com seus companheiros por melhores condições, ela sentindo-se acompanhada e pertencendo à família que construía. Tudo parecia estar em seu devido lugar, exceto pelo fato de que as contas se acumulavam e as privações eram severas.*

*Durante o período de separação, com a vinda do marido para o Brasil e sua permanência em seu país, sentia-se só e sem lugar, desencaixada da vida e distante das pessoas que amava. Sentia-se apartada não apenas do marido que estava em outro país, mas também das filhas que estavam perto, mas que seguiam suas vidas com seus parceiros enquanto ela estava só. Era como se não pudesse existir e como se as pessoas*

*não pudessem compreender o imenso vazio que sentia, como se não fosse ninguém sem seu companheiro.*

*Afastada do marido, mergulhada numa vivência de isolamento e dor, tentava apenas cuidar da saúde e suportar a distância do companheiro, a quem veio reencontrar somente após dois anos. Pagava um preço alto para estar ao lado do esposo, já que se mantinha distante das filhas, dos familiares e do mundo em que sempre vivera. A situação era desconfortável para a paciente e seus familiares, principalmente devido ao avanço da idade. Contava que se sentia dividida e com muitas dúvidas quanto à sua vida e futuro. Alguns dias acordava bem, mas em outros angustiava-se pela distância de sua família e de seu país de origem, pela incerteza em que vivia, por não saber se seu marido poderia continuar trabalhando no Brasil. “Como fariam para sobreviver, caso ele adoecesse, sem aposentadoria?”*

*Assim, aflita, com dores crônicas e com a saúde fragilizada, Juanita começa a participar da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, uma das poucas atividades que realizava sem a presença do companheiro. Comparecia assiduamente, sem nunca atrasar-se, dedicando-se à sua tapeçaria de modo independente e silencioso. Tinha um pouco de dificuldade para acompanhar a conversa das outras integrantes da oficina em português, motivo pelo qual acabava calando-se e mantendo-se aparentemente isolada.*

*Seu silêncio destoava do grupo, sempre falante e animado, durante o qual as participantes conversavam sobre a vida cotidiana, trocavam receitas de bolo, partilhavam histórias. Enquanto isso, Juanita bordava sempre sozinha e calada, realizando tapeçarias coloridas e geométricas, sem um desenho prévio definido. Apenas seguia em seu bordado um caminho com a lã, trocando várias vezes de cores, conseguindo assim um colorido intenso e bonito. Silenciosa, mas ativa, a paciente parecia estar fazendo uso da Oficina como um momento em que se permitia uma espécie de pausa em suas aflições, um momento em que podia deixar de se debater com seus sofrimentos.*

*A nosso ver, esta idosa, entristecida pela impossibilidade de viver entre os seus e em sua terra natal, revelou-se capaz de beneficiar-se da Oficina como “área de descanso”, de modo análogo ao encontrado e teorizado por Mencarelli (2003), quando estudou*

*pacientes soropositivos que podiam descansar do peso que é a consciência de estar com uma doença grave, ao participar de uma Oficina de Velas Ornamentais.*

*Certo dia, a paciente pediu auxílio para encontrar “pontos” para bordar uma lhama, animal nativo de seu país. Demonstrava uma mudança que chamava a atenção de todos, pois, intentava abandonar um estilo de bordar colorido, mas não figurativo. Revelou também que seu marido tinha recebido uma proposta de trabalho em seu país de origem e que retornariam mais uma vez para tentar a vida perto das filhas. Parecia ansiosa em relação à mudança de vida que se descortinava, ao mesmo tempo em que seguia motivada a bordar sua lhama.*

*No afã de realizar seu novo projeto de bordado, optando por um desenho claramente emblemático, trouxe para o grupo um livro sobre a civilização Inca com fotos coloridas de lhamas na paisagem peruana. Todos no grupo fizeram perguntas, comentaram e se mostraram bastante interessados. Juanita respondia às questões das colegas com envolvimento e paciência, lembrando como era sua cidade, os costumes, as comidas e os festejos.*

*A terapeuta mantinha-se atenta, buscando referências concretas que pudessem favorecer a criação do bordado de lhama, animal que pouco conhecia. A paciente mostrava-se irrequieta, comentando diversas vezes que seria difícil bordar a figura que escolhera. Cogitava, então, sobre a possibilidade de desistir e dedicar-se a outro bordado. Tranquilizou-se, porém, quando a terapeuta lhe garantiu que lhe daria toda a ajuda para que pudesse bordar aquilo que, naquele momento, parecia ser o único tema capaz de despertar uma sensação de estar viva e fazendo algo dotado de sentido: uma lhama. A ideia fundamental e norteadora consistia, assim, em auxiliar a paciente a realizar algo verdadeiramente significativo, que pudesse ser vivido como gestualidade espontânea.*

*Durante toda a semana, a terapeuta procurou, sem sucesso, formas que pudessem auxiliar a paciente na confecção desta tapeçaria. Entretanto, para sua surpresa, no encontro seguinte, a própria paciente trouxe um novo desenho branco e preto que serviu de base para o bordado almejado. Riscou a tela marcando os pontos com autonomia e facilidade, ao mesmo tempo em que se permitia solicitar constantemente a presença da terapeuta a seu lado, de forma bem diferente da que exibira até o momento. Bordou ainda*

*em silêncio, como de costume. Visivelmente compenetrada em sua criação, declarou o propósito de terminá-la antes de retornar para o Peru.*

*Em nosso último encontro, antes da partida, mostrou para o grupo a obra terminada a tempo. Seu sentimento de felicidade pela conquista ficou evidente para todas. Apresentou um bordado figurativo, no qual se lia as palavras “PERU” e “LLAMA”. O grupo não economizou manifestações de admiração, instaurando-se, espontaneamente, um espaço de emergência de lembranças sobre as origens de cada um. Todos queriam contar onde haviam nascido, crescido e vivido. Descobriram, então, que o grupo era composto por pessoas oriundas de diversas regiões do país, comportando um grande número de migrantes. Neste movimento, sentindo-se sustentado pela terapeuta, o grupo de mulheres manifestou uma compreensão acerca da importância dos lugares em que viveram, demonstrando o quanto tinham sido tocadas pela presença e pelo drama de Juanita.*

*Neste dia Juanita chorou muito. Contou muitos acontecimentos de sua vida em seu país antes de se mudar com o marido para o Brasil, recordando das dificuldades e alegrias vividas. Lembrou das pessoas importantes em sua vida, como de uma vizinha, amiga de anos que sempre esteve ao seu lado, nos bons e maus momentos, mas que ficou sem ela, sozinha, ao perder o marido após uma longa doença. Dizia não poder imaginar a dor que a amiga sentia e o quanto gostaria de estar ao seu lado, mesmo sem ter o que falar ou sem saber como consolá-la.*

*Também mostrou fotos das filhas, parentes e lugares de seu país de origem. Falou das festas de família e da comunidade, algumas religiosas com seus santos padroeiros, ensinou ao grupo canções populares, falou das danças e seus significados, das comidas típicas que gostava e sentia falta, da importância do artesanato, das cores e sabores que não podia esquecer. Desta forma, pôde despedir-se do grupo de um modo afetuoso e sensível, assim como celebrar seu retorno para o Peru.*

*Na semana seguinte, Juanita procurou a terapeuta para oferecer a tapeçaria da lhama pronta, como presente. Manifestava, com tal gesto, seu desejo de ser lembrada como peruana que, em sua permanência no Brasil, participara do grupo. Esta decisão da paciente evidenciou as razões de sua pressa para completar o trabalho antes de partir: queria deixar algo que marcava o período em que viveu no Brasil.*

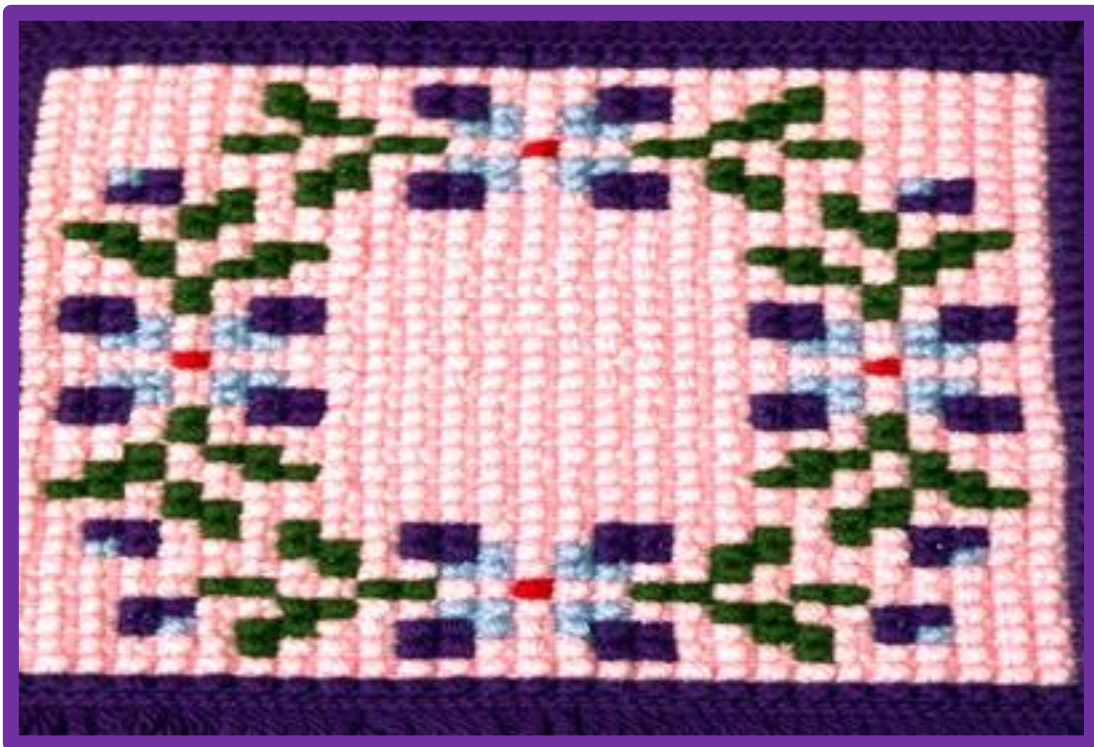


*Temos a impressão de que a relação com a terapeuta e a Oficina de Tapeçaria e Outros Bordados foram fundamentais para que ela pudesse suportar a solidão de estar num país distante de seus referenciais, que lhe dava sustento, mas lhe tirava vida. A Oficina, por sua vez, tinha as características de um pedaço de mundo temporário em que podia “ser e fazer”. Vivenciar o sofrimento causado pelo afastamento de sua casa, de suas filhas, de sua terra natal, sem se esquecer de quem era, sem precisar aprender um novo idioma, sem afastar-se de si mesma.*

*Deixando sua criação na sala da Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados, esta paciente foi capaz de transformar a materialidade-rabisco, disponibilizada pela terapeuta, em objeto de self,<sup>22</sup> como autora de uma gestualidade na qual emoção, pensamento e trabalho se integraram.*

---

<sup>22</sup> O objeto de *self* se dá pelo encontro da materialidade do mundo com o estilo de ser do indivíduo, pela relação pessoal que estabelecemos e construímos com ele. Marca a presença singular do homem, carrega o toque da mão humana e sua personalidade encarnada. Tem importância e valor em si mesmo e não pelo que representa, por seu simbolismo ou por sua funcionalidade (Safra, 1999, 2004).



**Clarice: Sofrendo *Perdas e Criando Novos Vínculos***

*Foi solitária que encontramos Clarice pela primeira vez, após encaminhamento de sua psiquiatra. Com seus 74 anos, era uma mulher solteira, cabelos muito brancos e a pele muito clara e enrugada, que aos poucos revelava a beleza de um passado. Nunca se casou, não teve filhos, morava sozinha em um pequeno apartamento de um quarto, que ela descrevia como bagunçado e desorganizado, já que não gostava de arrumá-lo, apenas lavava as louças quando já não tinha nenhuma para utilizar. Reclamava da falta de espaço para guardar seus objetos, fotos e outros pertences, suas lembranças, e por isto Clarice as deu todas para sua sobrinha, a quem pagava para, de vez em quando, limpar sua casa. Cultivava em um canto da pequena sala um jardim com muitos vasos e flores. Chamava a este espaço de “jardim da Pilar”, sua irmã, que gostava muito de plantas e de quem herdou muitas delas.*

*Sua família atual era composta por sobrinhos, sobrinhos netos e sobrinhos bisnetos. Seus irmãos morreram cegos pelo glaucoma ou perdendo a visão por esta enfermidade que também já dava os primeiros sinais de sua presença na vida de Clarice, que é a caçula da família. Este era seu maior medo, adoecer como seus irmãos, e seguir a “sina” da família, morrer ou viver cega e o que é pior, sozinha, afinal eles tinham sua presença e os cuidados que ela lhes proporcionava.*

*Quando estes estavam vivos e doentes, Clarice passava longos períodos em sua companhia, contando ser a responsável pelos cuidados que eles demandavam, enquanto os sobrinhos, já adultos, trabalhavam. Chegou a morar com a irmã por certo tempo, antes de mudar-se para o apartamento onde reside atualmente. Durante os últimos anos das vidas dos irmãos estavam sempre juntos. Com a morte deles, parou de encontrar amigos, de frequentar bailes ou reuniões para jogar cartas, não se sentia bem em festas e ambientes sociais, por sua imensa dor e vazio. Quando conheci Clarice, nenhum amigo desta época havia permanecido em sua vida.*

*Os sobrinhos moravam alguns em bairros distantes da cidade, outros em municípios diferentes. Já eram avôs e avós e tinham suas atividades cotidianas, maridos e/ou esposas, trabalho, amigos e não dispunham de tempo para estarem a todo momento com Clarice. Ela não se queixava muito, sabia que eles estavam lutando para pagar contas e sobreviver e reconhecia que a vida não estava fácil, muitas vezes eles a procuravam para pedir alguma ajuda, um pequeno empréstimo de parte de sua aposentadoria. Em contraposição, a vida que contava ter levado quando os irmãos eram*

vivos era de muita participação familiar, trocas e presença constante.

*Foi enfermeira obstétrica, tendo trabalhado em grandes maternidades de São Paulo e na Unidade Básica de Saúde em que era atendida, o que fazia com que ela constantemente falasse deste período de sua vida, dos cursos que fez, de como a disposição das salas era diferente na Unidade de Saúde naquele tempo. Clarice mostrava-se sempre muito orgulhosa de sua carreira profissional, que parecia ter sido desempenhada de modo dedicado e valorizado, conferindo significado aos seus dias, enquanto seus sobrinhos e sobrinhos netos nasciam e cresciam. Com frequência, dava dicas para a terapeuta, receitas caseiras, coisas que aprendeu quando trabalhava como enfermeira, como colocar gelo em queimaduras ou toalha molhada na cabeça para aliviar dores de cabeça.*

*Durante este período de trabalho intenso teve uma vida livre e vários namorados. Nunca se casou e nunca mencionou claramente o motivo, se foi ou não uma escolha sua. Porém, dava a entender que a convivência diária com os parceiros nunca foi fácil. Não gostava de ceder seu espaço em nome da relação e sentia sempre que esperavam que fosse frágil e submissa. Sua sexualidade ou desejos atuais não eram comunicados durante nossos encontros, apenas contava que gostava de estar à vontade em sua casa e sorria maliciosamente quando alguém no grupo falava de assuntos mais picantes.*

*Desde o primeiro encontro comunicou intensamente sua solidão, perdas e o que mais gostava de fazer, palavras cruzadas. Passava horas solitariamente desvendando os enigmas deste jogo e fazendo problemas de lógica. Ao terminar rapidamente com uma revista, iniciava outra em seguida, sem intervalo, como se quisesse espantar seu vazio. Este é seu passatempo, seu companheiro contra a insônia, mas é um companheiro solitário, continuava sozinha. E é esta solidão o grande vilão de sua vida, desde a morte de seus irmãos. Parecia que parou de viver, passava tempo com as palavras cruzadas, passava um dia após o outro, dormindo pouco, tarde da noite.*

*Nas noites de insônia, enquanto assistia a algum programa de televisão ou brincava com as palavras cruzadas, acompanhava os passos “barulhentos” de sua vizinha do andar de cima, como se esta fosse a culpada pela insônia frequente. Porém, no dia em que não ouvia seus “ruídos desagradáveis” também não conseguia dormir,*

*preocupada com algo de ruim que pudesse ter acontecido à vizinha.*

*Certo dia, durante o atendimento, contou uma anedota para explicar esta situação: “Um homem todo dia era acordado por seu vizinho do andar de cima, que chegava em casa no meio da noite, descalçava uma bota e a atirava ao chão, em seguida tirava outra bota e também a jogava ao chão, fazendo grande barulho. Só então o vizinho de baixo poderia dormir. Um belo dia o vizinho de cima chega em casa atira uma bota e em seguida pensa no pobre vizinho de baixo, removendo a outra bota e colocando-a com cuidado para não fazer barulho. O vizinho de baixo ouve o som da primeira bota e permanece por horas aguardando o ruído da outra bota ao chão, sem conseguir dormir. Revoltado, sobe até o andar de cima e pergunta ao vizinho quando ele iria retirar a outra bota?”*

*Nossos encontros seguiram inicialmente individualmente, após convite recusado para participar de atendimento em grupo e um novo enquadre foi se constituindo desses momentos. A cada semana, Clarice passou a trazer para os atendimentos as revistas de palavras cruzadas realizadas nos intervalos de nossos encontros. Ou seriam nossos encontros intervalos de seus momentos solitários, acompanhada pelas palavras cruzadas? Juntas, conversávamos sobre as curiosidades encontradas nas revistas, o que tinham de interessante, sobre seu tempo passado ao longo da semana e ela mostrava o que havia feito e em quais palavras teve maior dificuldade, compartilhando o que fazia durante a semana. Algumas vezes, pedia a ajuda da terapeuta para realizar o jogo de palavras cruzadas a quatro mãos e dava muitas revistas em que já havia terminado todas as palavras cruzadas, de presente, para a terapeuta guardar. Frequentemente, trazia para o atendimento o livro que havia lido nos dias anteriores, contava algumas passagens e, por vezes, queria deixá-lo com a terapeuta, para que ela também desfrutasse de sua leitura.*

*Clarice morava na mesma rua da unidade de saúde onde era atendida e, durante certo período, passou a ligar para a terapeuta, minutos antes de seu atendimento, pedindo que este fosse realizado em sua casa. Nestas ocasiões ela dizia estar cansada, com frio, com calor ou que não se sentia bem para sair de casa. Foi desta forma que conhecemos seu espaço, o “jardim da Pilar” e fomos também apresentadas à dezenas de garrafas de cerveja empilhadas no chão de sua cozinha. Parecia que Clarice precisava nos mostrar o que se passava, não podia apenas contar.*

*Na primeira vez que fomos a sua residência, ela nos pegou pela mão apresentando o pequeno apartamento, até por fim conduzir-nos à cozinha e mostrar as garrafas, contando que precisava beber um pouco de cerveja ou outra bebida alcoólica qualquer todas as tardes. Esse era o único jeito que conseguira para suportar seus dias, desde que se viu só pelo falecimento dos irmãos. Entendemos que se auto medicava com o álcool e ela parecia saber disso. Seu gesto nos pareceu um pedido de ajuda e, com sua anuência, pudemos conversar com sua psiquiatra para que o cuidado realizado fosse mais efetivo e integrado.*

*Certa feita, Clarice trouxe para mostrar à terapeuta uma “folhinha” de dez anos atrás, marcada com horários dos médicos de sua irmã, com visitas a familiares, enfim, com acontecimentos de sua vida naquele período em que contava com a presença física dos irmãos, como um diário. Surpreendeu-se à lembrança de cada acontecimento passado, como se revivesse a intensidade e vivacidade daquele período.*

*Após certo tempo de atendimento individual transicional, Clarice demonstrou interesse por outras atividades oferecidas pelo serviço de saúde e começou a participar de palestras, de alongamento e yoga, esta última velha conhecida sua. Já conseguia dormir melhor e passou a acordar cedo e fazer amizade com algumas usuárias do serviço de saúde, que contaram suas experiências na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria, oferecida pela terapeuta e recusada num primeiro momento.*

*Clarice encontrou em seus objetos guardados e esquecidos uma grande tapeçaria, iniciada anos atrás e nunca finalizada, e pediu à terapeuta para integrar o grupo. Neste momento já havia construído uma história de confiança e afinidade com a psicanalista e estabelecido certa familiaridade com outras participantes, que conhecia de atividades frequentadas no serviço. Envolver-se com a Oficina deixou de ser uma ameaça para, ao contrário, ser vivenciado como uma inclusão, possibilidade de fazer parte de um grupo e das histórias que, antes, apenas ouvia das colegas do posto de saúde. Mesmo assim, estar em grupo não era uma tarefa simples para Clarice, era um empreendimento que ela dizia sentir valer a pena empreender.*

*Apesar da ajuda recebida, bordava com certa dificuldade, em um ritmo lento, porém demonstrando afincamento e persistência. Debatia-se também com certa inabilidade para relacionar-se com várias pessoas ao mesmo tempo, provocando com frequência*

*irritação e impaciência em algumas participantes. Às vezes, o comportamento de Clarice lembrava o de uma menina mimada, competindo com as irmãs pelo amor da mãe, ou brigando com as colegas do grupo para sentir-se melhor que todas em algum aspecto da vida, como sua história profissional, hábitos de leitura ou capacidade cognitiva.*

*Podemos perceber neste momento do atendimento uma mudança, de uma posição mais centrada em sua própria solidão, desinteressada em relação ao seu próprio viver e à constituição e manutenção de vínculos interpessoais, para outra, na qual a possibilidade de se relacionar e vivenciar algum prazer vincular passou a ser vislumbrada. O trabalho terapêutico evidentemente buscou favorecer o estabelecimento de vínculos com as demais usuárias da unidade de saúde, para o que a paciente se abriu parcialmente, na tentativa de seguir sua vida de forma menos dolorosa. Evidenciou-se o esforço feito por Clarice para estar com pessoas, vencer o isolamento antes vivido e construir novos vínculos. Por outro lado, não devemos esquecer o peso do alcoolismo instalado, para o qual recebia tratamento psiquiátrico, que lhe proporcionava alívio momentâneo mas trazia consigo todos os inconvenientes característicos dessa problemática.*



**Violet: Duas Faces da Mesma Moeda**



*Violet é uma mulher negra com mais de setenta anos, costureira aposentada, viúva e sem filhos. Iniciou sua participação na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados dizendo que durante toda sua vida queria aprender a bordar, mas que nunca teve essa oportunidade. Muito assídua no grupo e em outras atividades que participava, sempre se mostrava agradecida por estar lá, recebendo qualquer pequeno gesto da terapeuta ou de outros membros da equipe de saúde como um grande e valoroso presente.*

*Falava pouco de seu passado, mas sempre que mencionava alguma passagem referia-se a tempos difíceis, demonstrando seu esforço em superá-los. Contava que sofreu muito em seu primeiro casamento, seu companheiro tinha “problemas psiquiátricos”, a agredia verbal e fisicamente, sempre com muito ciúme. Falava dele de forma ambivalente, como uma pessoa às vezes amorosa, outras vezes cruel e muito instável, que precisava de tratamento, mas recusava-se a se cuidar. Dizia que podia vê-lo desse modo hoje, mas que na época vivia com muito terror, ameaçada por todos os lados.*

*Sua vida neste período era muito sofrida e restrita, se resumia apenas a trabalhar arduamente para sustentar a casa, tinha insônia, taquicardia, dores no corpo e muito medo do marido. Tremia sempre que identificava a menor alteração em seu humor e não podia contar a ninguém o que vivia, calando-se e percebendo-se anulada. Não podia sair e encontrar pessoas, mesmo que fosse sua irmã ou amigas, nem realizar as coisas que gostava. Qualquer atividade, por mais simples que fosse, como ir à feira ou ao médico, podia deixá-lo furioso. Ele era simpático e amigo de todos, ninguém acreditava no que se passava e as agressões aconteciam no lar, entre quatro paredes, principalmente quando Violet atrasava para chegar em casa e falava ou fazia qualquer pequena coisa que o desagradasse.*

*A vida sexual era outro motivo de sofrimento para ela, pois o esposo, sempre que bebia, queria manter relações, mesmo quando ela tinha dores ou não se sentia disponível. Violet dizia que era como se ela fosse sua propriedade, o que ela vivenciava ou quisesse não tinha importância. Neste período, ela passou a engordar, o que gerava humilhações e mais maus tratos por parte do marido, que a chamava de gorda e outros sinônimos de forma pejorativa. Ele dizia que ninguém a desejaria e que, desse jeito, nem mesmo ele iria querer. Violet contava que passou a acreditar que era uma mulher sem nenhum valor, que, portanto, era melhor se conformar com a situação que vivia.*

*Ninguém em sua família havia se separado ou divorciado e sua mãe, que era muito tradicional e conservadora, sempre dizia que uma mulher “direita” precisava de um homem para ser respeitada. Durante este período de humilhação, abuso e maus tratos, que durou vários anos, era difícil perceber uma saída, mesmo diante do fato de que era ela quem sustentava a casa e de quem o parceiro dependia para viver. Violet acreditava que era dependente e que não saberia viver sem a tutela dele, temendo que tudo aquilo que ele falava de ruim fosse realidade.*

*Certo dia, motivado pelo uso abusivo do álcool, ele ameaçou matá-la, quebrou alguns de seus pertences e chutou o cachorro da família, de quem gostava muito. Esta não havia sido a primeira vez, mas fora a mais assustadora para ela. Afinal, até o pobre do cachorro havia apanhado, apenas por andar atrás dele abanando o rabo. Desesperada, refugiou-se na casa da vizinha, que a acolheu, mas acionou a polícia algumas vezes e contou para todos, amigos e parentes, o que estava se passando, o que desencadeou a internação psiquiátrica do marido. Muito abalada, Violet também iniciou tratamento psiquiátrico neste período.*

*Mesmo tendo feito isso na tentativa de ajudar a amiga a sair dessa situação, a reação da vizinha serviu para incrementar o sentimento de humilhação vivido por Violet. Ela contava da dor que sentia ao ouvir que estava nesta condição porque “gostava de apanhar”, ou que “era sem vergonha e por isso não se separava”. Já estava começando a acreditar que isto poderia ser verdade. De alguma forma, sentia que todos a acusavam de ser a culpada pelas dificuldades vividas, que o marido era um bom homem, mas era uma pessoa doente e que, talvez, ela não fosse uma boa mulher, afinal, nem um filho conseguiu dar ao parceiro. Sentia-se oca por dentro e sua vida não fazia sentido. Apenas muito tardiamente, Violet foi percebendo que vivia acuada e que fora diversas vezes estuprada pelo companheiro.*

*Após a última internação, que ocorreu em situação semelhante às demais, o marido bebia, a agredia, ela corria para a casa da vizinha ou da irmã para se refugiar e alguém chamava a polícia, ele veio a falecer, acometido por uma cirrose em grau avançado. Violet passou algumas semanas no interior de Minas Gerais na casa que havia sido de sua mãe, mas não se adaptou à vida na roça e retornou para São Paulo para tentar viver sozinha. Com muito medo de passar necessidades, acreditando que se não tivesse ajuda ficaria sem ter o que comer, permaneceu algum tempo na companhia da*

*irmã, cuidando dos sobrinhos em troca de casa e comida, até que decidiu voltar a ser costureira.*

*Passou um longo período apenas trabalhando, solteira e com poucas amizades até que, aos poucos, foi se abrindo para novas experiências. Teve alguns namorados e chegou a casar-se novamente, já idosa, com um homem quinze anos mais jovem com quem vivia uma boa relação, de troca e ajuda mútua. Apesar de estarem em momentos diferentes de vida, ela aposentada e ele ainda em fase laboral, ela descrevia uma harmonia no novo relacionamento conjugal. O segundo marido não a acompanhava com frequência em suas diversas atividades, mas, segundo ela nos contava, apoiava e incentivava seus vários afazeres. Foi neste momento que Violet iniciou tratamento em nossa unidade de atendimento a idosos.*

*Ao mesmo tempo em que se sentia culpada e abalada por tudo que passara, com dores generalizadas por todo o corpo e apresentando diversos problemas de saúde, também experimentava uma liberdade que jamais tivera. Participava ativamente de inúmeras reuniões oferecidas pelo serviço de saúde e pela igreja local, tais como: grupo de palestras, caminhada, alongamento, orientação de postura, yoga, grupo de memória, entre outros. Sempre que ficava sabendo de uma atividade nova interessava-se em participar e convidava outras colegas a lhe fazerem companhia.*

*Violet não se queixava de solidão na vida corrente porque aproveitava a fase atual para envolver-se em suas muitas atividades e estabelecer novos vínculos. Seu modo de se relacionar com as pessoas era sempre muito afetivo e parecia disponível para novas relações e amizades, passando a ter uma vida social rica e intensa. Certamente, as pessoas mais próximas dela eram a irmã, os sobrinhos e o atual companheiro, mas ela também tinha muitas amigas e conhecidos, frequentadores da unidade de saúde ou de outros grupos. Na oficina, ela gostava de auxiliar outras participantes com suas habilidades de costura, ajudando a realizar determinado ponto com o qual já estava familiarizada ou indicando grupos que achava interessante.*

*A nosso ver, a vida de Violet pode ser considerada um combate vitorioso contra a solidão, que não viveu propriamente como idosa, mas como adulta. Ela sempre falava que estava tentando recuperar o tempo perdido, realizar tudo que gostaria, mas não pôde quando mais jovem. Mesmo envolvida em tantos afazeres, que seguia com maior ou*

*menor frequência, era assídua nos encontros da Oficina de Tapeçaria e Outros Bordados, raramente faltava. Sempre contava que seu sonho era aprender a bordar e que desde que iniciou na Oficina, quando começava a bordar, não tinha vontade de parar.*

*Violet sempre trazia guloseimas compradas ou preparadas por ela, para os encontros no grupo, como um presente que oferecia a todos. A comida era seu modo de demonstrar afeto e amizade, gesto que mobilizou outras participantes a retribuírem com mais guloseimas, instituindo no grupo o intervalo para o lanche, momento de confraternização e muita comida.*

*Contava que já passou muita necessidade na vida, já viveu momentos em que não tinha o que comer e, com fome, precisava caminhar por mais de uma hora para chegar ao seu local de trabalho, pois não tinha dinheiro para o ônibus. No momento atual, decidiu comer tudo que quisesse e nunca mais passar vontade de nada. Apesar desta decisão, estava sempre entrando e saindo de dieta, por recomendação da nutricionista e por sua própria percepção corporal. Queixava-se, com frequência, da dificuldade que sentia em iniciar e manter-se focada neste propósito. Este era um tema frequente trazido por ela durante os encontros.*

*Outro assunto era seu interesse pela costura e informações sobre pontos e materiais para bordar tapeçaria. Apesar de termos o suficiente para a realização no grupo, Violet passou a frequentar lojas que vendiam artigos para bordar, a comprar lãs em cores diferentes das que dispúnhamos e telas grandes já riscadas, que se tornaram tapete para seu quarto. Às vezes trazia um antigo livro de artesanato com capa dura e com fotos de almofadas ou tapetes confeccionados em tapeçaria. Bordava também no corredor de espera da unidade de saúde, orgulhosa de suas criações, mostrando sempre para quem estava ao seu lado. Se a pessoa demonstrasse interesse, imediatamente era incentivada a participar de nossa Oficina...*

*Uma de suas criações foi uma bolsa bordada na talagarça, que ela carregava como sacola com seus pertences. Parecia que, assim, não precisava mais deixar sua produção escondida, levando-a junto ao corpo. Fazer bolsas foi, por certo tempo, de grande interesse do grupo, que parecia ter-se contagiado pelo gesto de Violet. Surgiram muitas bolsas, com cores e formatos variados.*

*Quando contava sua história de dor, principalmente nos momentos em que acreditava que outra pessoa estava em situação semelhante à sua, tinha sempre um conselho ou palavra carregada de afeto acolhedor para oferecer. Dizia que todo aquele sofrimento tinha ficado no passado e que estava vivendo uma fase muito boa em sua vida. Porém, não raras vezes, falava do filho que gostaria de ter tido, mas sempre acrescentava: “Deus sabe o que faz!”, sem impedir que percebêssemos sua frustração por não ter sido mãe.*

*A vida de Violet parecia estar dividida entre antes e após a relação com o primeiro marido, em um tempo de muita infelicidade e outro de satisfação e realização. Como se fossem duas histórias, duas pessoas diferentes, dois opostos, duas faces de uma mesma moeda. Apesar das dores nas costas e pernas, colesterol e pressão alterados, glaucoma e outras pequenas enfermidades, Violet estava focada em viver a vida que gostaria de ter e se defender da história que a marcara com tanta dor e sofrimento. Apesar de tudo que passou, seguia acreditando, continuava sonhando e fazendo planos de felicidade e futuro.*



## Capítulo 5

### Interpretações e Reflexões Teórico Clínicas

O presente capítulo está organizado em duas partes. Na primeira delas apresentamos nossas interpretações, as quais, de acordo com a psicologia concreta (Bleger, 1963/1984, Politzer, 1928/1998), e com o estilo clínico *Ser e Fazer* (Aiello-Vaisberg, 2004; 2017), são concebidas como campos de sentido afetivo-emocional. Ou seja, são configuradas como substratos a partir dos quais emergem as manifestações da conduta. Assim, guiamo-nos por uma concepção, segundo a qual, o inconsciente adquire a característica de dimensão intersubjetiva e não puramente intrapsíquica.

Na segunda parte, apresentamos reflexões sobre os campos, que elaboramos em diálogo com vários autores. Entendemos que seu caráter é inerentemente não conclusivo, mas permite a produção de um conhecimento local, que pode apresentar utilidade clínica e científica para psicólogos e pesquisadores da área das ciências humanas, além de oferecer subsídio para debates no âmbito dos movimentos sociais e da sociedade civil.

### Campos de Sentido Afetivo-Emocional

Revisitamos as narrativas transferenciais sobre Domingas, Juanita, Clarice e Violet diversas vezes, no contexto do grupo de pesquisa e em encontros de supervisão do material clínico e de orientação da presente tese, o que permitiu a emergência de diversas associações livres, a partir de múltiplos olhares. Esta prática é coerente com uma visão epistemológica que considera o processo interpretativo como comunicação emocional inter-humana, e não como busca de um sentido único e verdadeiro. Lidamos aqui com a busca do que podemos denominar de verdades emocionais, que são um tipo bastante peculiar de verdade, de caráter eminentemente paradoxal, multifacetado e mutante (Manna, 2013).

Em conformidade com a metodologia que adotamos, toda interpretação, ou seja, toda configuração de sentido subjacente à conduta, estrutura-se a partir de regra, crença ou valor fundamental, que pode ser pensado como uma fantasia, tal como definida por Bleger (1963/1984), a partir da qual as diferentes condutas adquirirão seu sentido afetivo-emocional. Vale a pena chamarmos a atenção para o fato de que a fantasia não conota, no contexto teórico em que nos movemos, o sentido de falsidade ou de mentira, que se oporia à verdadeira realidade. Diversamente, termos como fantasia e imaginário significam, na perspectiva que aqui adotamos, modos pelos quais a vida é elaborada em sua dimensão psíquica e emocional, não propriamente “dentro” do psiquismo de indivíduo, concebido

como isolado das condições da coexistência humana, mas como fenômeno que se plasma “entre” pessoalidades individuais e coletivas.

Por fim, vale ressaltar que os campos de sentido afetivo-emocional correspondem a posicionamentos existenciais não matizados por considerações emocional e eticamente mais evoluídas. Por este motivo, as fantasias ou regras lógico-emocionais, a partir das quais se organizam, são bastante simples e demandam uma enunciação sintética e minimalista, tendo em vista recortar, do modo mais claro possível, o elemento central organizador do sentido.

Entendemos, a partir da consideração psicanalítica do material apresentado, ser conveniente e produtiva, a proposição interpretativa de quatro campos de sentido afetivo-emocional, que denominamos: “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, “*Sofrendo por Ser Mulher*”, “*Sofrendo pela Solidão*” e “*Sofrendo na Cidade Grande*”.



O campo “*Sofrendo a Decadência do Corpo*” organiza-se ao redor da crença de que a perda ou diminuição de capacidades corporais traria consigo ameaça de perda da independência e/ou da autonomia e tornaria a própria morte mais próxima.

O campo “*Sofrendo por Ser Mulher*” organiza-se ao redor da crença de que as mulheres são inferiores aos homens.

O campo “*Sofrendo pela Solidão*” organiza-se ao redor da crença de que relações afetivas significativas só se estabelecem até a fase adulta, de modo que na velhice novos vínculos importantes só poderiam ser criados por meio da descendência.

O campo “*Sofrendo na Cidade Grande*” organiza-se ao redor da crença de que cada qual é responsável por cuidar de sua própria vida.

## Reflexões Teórico-Clínicas

Esta seção tem a função de cumprir com procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, ou seja, de iniciar um intercâmbio com autores, ideias e teorias que possam iluminar aquilo que cada campo de sentido afetivo-emocional, subjacente aos dramas das participantes da pesquisa, traz como questão. Alinhamo-nos, portanto, com aqueles que, como pesquisadores qualitativos, empenham-se na produção de um debate que envolve múltiplas vozes, e demanda posicionamento crítico e reflexivo.

Com essa finalidade, cabe iniciar lembrando que o campo “*Sofrendo na Cidade Grande*”, do qual nos ocuparemos ao final, refere-se a experiências de pesar que podem atingir pessoas de variadas idades e condições de gênero, classe, raça/etnia e outras. Já os campos “*Sofrendo a Decadência do Corpo*” e “*Sofrendo pela Solidão*” colocam em evidência padecimentos específicos, que podem acometer pessoas em processo de envelhecimento, principalmente mulheres. Por outro lado, “*Sofrendo por ser Mulher*” consiste em campo habitado por meninas, adolescentes, adultas e idosas de diferentes classes sociais e raça/etnia, uma vez que a opressão feminina atravessa, interseccionalmente, diversas condições.

### *Sofrendo a Decadência do Corpo*

Iniciaremos a discussão nesta seção com o campo que denominamos: “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, que se articula ao redor da crença de que a perda ou diminuição de capacidades corporais traria consigo ameaça de perda da independência e/ou da autonomia e tornaria a própria morte mais próxima. Defrontamo-nos, portanto, com duas grandes questões: a do medo da morte e o medo da perda da autonomia e/ou independência.

Com o avançar da ciência, incremento da tecnologia médica, melhores condições de saneamento básico e controle de certas enfermidades, ocorreu uma transição demográfica (Omran, 1971; Veras & Dutra, 1993). Houve um aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional e uma conseqüente redistribuição das mortes, do jovem para o idoso. Ao viver mais, a população envelhecida ficou mais suscetível à

falecer por doenças cardíacas e pelo câncer, e não mais por doenças infecciosas e parasitárias. A morte passou a ser evento cada vez mais adiado e esperado, apenas, após o avançar da idade, principalmente, mas não exclusivamente, quando certas enfermidades acometem a saúde do idoso. Aqui é interessante destacar alguns exemplos de condutas que aparecem nas narrativas e emergem a partir deste campo, para trazer mais vivacidade clínica e concretude à discussão:

*Domingas estava perdendo a memória e apresentando certa confusão, ausentando-se de sua própria vida. Sua fragilidade gerava muita preocupação em seus pares, as demais pacientes afligiam-se por ela, mas também temiam pelo destino que vislumbravam ao saberem de Domingas.*

*Juanita sofria com várias enfermidades, desde hipertensão, dores crônicas e suspeita de Acidente Vascular Cerebral.*

*Clarice temia morrer sozinha e o destino dos irmãos que morreram cegos pelo glaucoma.*

*Violet vivia com dores nas costas e pernas, colesterol e pressão alterados, glaucoma e outras pequenas enfermidades.*

Na vivência cotidiana, os idosos, mesmo quando basicamente saudáveis, enfrentam maiores e menores modificações corporais, que podem se dar pela diminuição da força física, perdas progressivas nesta ou naquela funcionalidade, problemas de memória, modificação da aparência e diminuição da potência sexual, entre outras. Claro que os corpos se modificam ao longo de toda a vida, mas as perdas, características do envelhecimento, passam a ocorrer num ritmo mais acelerado.

Tais mudanças geram, evidentemente, reações emocionais, multiplicando experiências de angústia e sofrimento aos dias da pessoa idosa, que pode precisar refazer continuamente seus planos e projetos para se readaptar a uma existência em transformação. Não desconsideramos o fato de que algumas pessoas, em função de suas experiências prévias, podem sofrer um pouco menos do que outras, mas dificilmente perdas que afetam capacidade de ação deixarão de ser fonte de preocupação e mal-estar.

O corpo progressivamente menos potente constitui-se, certamente, como experiência desafiadora, em vista do conhecimento do caráter progressivo das perdas de capacidades. Assim, não nos estranha constatar que tal situação seja motivo suficientemente forte para angústia e preocupação. Muito provavelmente, para as pessoas idosas, as perdas de independência e autonomia, manifestas como temor no campo “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, seriam potencialmente capazes de colocá-las num lugar de submissão ao outro.

Entretanto, cabe evidenciar que este temor pode também ser usado de modo expressivo, de sorte que todo mal estar existencial pode se mostrar e ocultar, paradoxalmente, por meio de queixas psicossomáticas. Vale destacar, que várias condutas, tais como o uso excessivo de medicamentos ou substâncias psicoativas, principalmente benzodiazepínicos e álcool, frequentes idas aos serviços de saúde, quedas, sintomatologia depressiva ou tentativa de suicídio, entre outras, emergem a partir desse campo de sentido afetivo-emocional. Vemos isto no uso diário que Clarice fazia do álcool, como forma de suportar sua vida.

Os profissionais de saúde e demais pessoas que convivem com os idosos deverão estar atentos a tais condutas, que certamente comunicam sentidos emocionais significativos, de forma verbal e/ou não verbal. Este quadro, quando grave e persistente, pode evoluir para uma institucionalização precoce, aumento da fragilidade ou mesmo para a morte (Carmona, Couto, & Scorsolini-Comin: 2014; Tardivo, Gil, Manna, Miguel, Tosi, Silva, Esteves, 2012, 2011).

As perdas de autonomia e independência podem levar a pessoa a necessitar do cuidado dispensado por terceiros, seja pela impossibilidade de executar certas tarefas, com a perda da capacidade de autocuidado, incluindo higiene pessoal, seja pela diminuição das funções cognitivas, que envolvem memória e lucidez. Evidentemente, serão diversos os modos por meio dos quais esse tipo de situação pode ser vivida, mas de todo o modo todos são afetados pela valorização da capacidade de não depender de outrem para execução de tarefas que exigem integridade motora e sensorial.

Tal como aparece nos resultados interpretativos de nossa pesquisa de mestrado (Manna, 2013), expressa-se neste campo a dialética dependência/ independência, autonomia/ perda de autonomia. Cabe destacar que os termos dependência e autonomia têm sentidos muito precisos no campo da gerontologia. Dependência/ independência referem-se à capacidade ou perda de capacidade de execução de atos, enquanto autonomia reporta à possibilidade de tomada de decisão, envolvendo preservação de capacidades

cognitivas e conativas. Assim, um idoso pode ser capaz de ter autonomia para escolher o que vai comer, vestir, ou como irá gastar seu dinheiro, ao mesmo tempo em que necessita de auxílio, ou seja, dependente de outrem, para preparar o alimento, amarrar o sapato ou ir ao banco retirar seus recursos.

Vivemos numa sociedade que valoriza, de modo pouco realista, tanto autonomia como independência, predicados que conectam-se, na esteira de um cartesianismo, com o mito do ser humano como espécie de *cogito* desencarnado, que existe porque pensa e não porque coexiste junto as demais. Deixando de reconhecer que a vida transcorre em campos inter-humanos, chega-se facilmente ao enaltecimento do individualismo, que se conecta com visões, segundo as quais, o sucesso de cada um seria fruto exclusivo do mérito próprio, numa operação de ocultamento da exploração e dominação de largos contingentes populacionais, que perdura no capitalismo neoliberal globalizado.

Entretanto, o fato é que todos os seres humanos vivenciam, em várias situações, condições de dependência. Podemos depender, por exemplo, de óculos para ler, do nosso salário ao final do mês, do piloto da aeronave, do dentista, bem como do olhar ou do afeto do outro. Tampouco podemos ser considerados como plenamente autônomos porque dispomos de todas as informações para tomada lúcida de decisões, nem somos plenamente livres, já que atravessados por injunções várias, que muitas vezes nos lançam em situações de conflito (Bleger, 1963/1984). Nossa condição gregária, como tivemos oportunidade de discutir no capítulo dois desta tese, própria do humano, impede-nos de alcançar independência e autonomia absolutas.

Parece-nos oportuno aqui lembrar de Fairbain (1942/2013), autor bastante citado por Bleger (1963/1984), que discute a questão da dependência e da autonomia em um interessante artigo em que expõe suas ideias fundamentais sobre psicopatologia das neuroses e psicoses. A seu ver, o desenvolvimento humano atravessaria três diferentes fases: 1) a fase de dependência imatura do bebê, 2) a fase de independência ilusória e 3) a fase de dependência madura. É importante pontuar que o narcísico manter-se-ia aprisionado no equívoco de acreditar na possibilidade de se tornar pleno e autossuficiente, negando a importância do outro e sonhando com um falo independente. Desse modo, não atingiria a maturidade emocional necessária para assumir um posicionamento existencial, que permita a clara visão da condição humana como coexistência, no âmbito da qual sempre dependemos, segundo formas diretas ou indiretas, dos demais, de grupos, das instituições, da comunidade e da sociedade.

Este medo de perda da independência e/ou da autonomia parece avizinhar-se, na vigência do campo de sentido afetivo-emocional “*Sofrendo a Decadência do Corpo*”, do medo da própria finitude, questão também presente em nossa dissertação de mestrado (Manna, 2013). Trata-se, evidentemente, de assunto altamente complexo, no que diz respeito às suas ressonâncias afetivo-emocionais, que atingem a todos, mais ou menos amadurecidos emocionalmente, mais ou menos saudáveis psiquicamente.

Contudo, vale lembrar, por outro lado, que dispomos de evidências suficientes no sentido de que as pessoas, na sociedade contemporânea, tendem a temer não apenas a morte, mas a própria vida. Esta constatação tem levado vários autores, a exemplo de David Le Breton (2015), a apontar que se sentir vivo e real, no sentido winnicottiano do termo, tem-se revelado uma dificuldade crescente, que derivaria de uma situação altamente complexa, característica do mundo atual, na qual a produção de riquezas, bem como de avanços tecnológicos mal repartidos, estaria associada a uma vertiginosa difusão de informações, que agudizaria várias contradições sociais. A vida, anteriormente regida em termos de uma moral impositiva, normativa e repressiva, que demandava submissão adaptativa a padrões pré-estabelecidos, ter-se-ia modificado no sentido de hoje deixar a cada um a tarefa de inventar sua própria trajetória, a partir de referenciais vagos, difusos e nebulosos. A conjugação entre uma injunção de autocriação, num ambiente problemático, estaria gerando, simultaneamente, medo e cansaço.

Entretanto, nosso material nos aponta, nas idosas cujas histórias aqui consideramos, que atentemos para o fenômeno do temor da morte individual, que não deve ser confundido com o medo da morte de pessoas significativas. Ora, o medo de morrer está fortemente presente na clínica e na vida. Nesse contexto, não se pode ignorar que a chegada da velhice seja um acontecimento vital que traz a questão da mortalidade para o centro da cena.

Entendemos, com Winnicott (1941/2000) e Safra (1999), que a morte, parte do processo maturacional da vida, pode ser sentida de dois modos: como coroamento de um ciclo existencial que se completou ou como interrupção de um devir. Quando ocorre como um fechamento, pode ser vivida com certa serenidade, mas é experimentada como sofrimento atroz quando não pode ser acolhida como parte de uma experiência completa.

Nessa perspectiva, para morrer, a pessoa precisa primeiramente viver, existir e acontecer no mundo, o que, vale a pena lembrar, parece ter-se tornado tarefa bastante complicada na sociedade contemporânea, frente a situações nas quais o mínimo necessário para o amadurecimento emocional e a subsistência não é ofertado. Portanto, a

morte tende a ser vivida com muita frequência, nos tempos atuais, como evento sofrido e temido.

Este pensamento pode ser mais facilmente elucidado pela compreensão do jogo da espátula de Winnicott (1941/2000), que nos dá elementos para pensar que a morte poderia ser aceita como um limite por aquele que efetivamente viveu sua própria vida (Safra, 1999). Este jogo era realizado por Winnicott (1941/2000) como brincadeira facilitadora da observação de bebês. Ele deixava disponível e acessível a crianças, de idade entre cinco e treze meses, um abaixador de língua brilhante. O modo com que o bebê se aproximava, fazia uso ou recusava o objeto, auxiliava o psicanalista a conhecer como o infante estava no mundo e na relação com os demais.

Observou, inúmeras vezes, uma sequência interessante no modo como as crianças se comportavam nessa situação, quando psicanalista e mãe abstinham-se de interferir. Nesse caso, a criança saudável sente-se atraída pelo objeto, olha para ele, posiciona o corpo de modo a aproximar-se, faz menção de pegá-lo com a mão, mas hesita. Este primeiro momento foi chamado por Winnicott (1941/2000) de período de hesitação. Segue-se um período de posse no qual, após superar a vacilação, a criança pega a espátula e leva-a à boca, com muita salivação, fazendo uso do objeto por tempo suficiente. Várias modalidades de exploração e de interação com a espátula podem, então, ter lugar. Por fim, a criança vive um período de queda de interesse pelo objeto, deixando-o cair no chão, aceitando sua restituição pelo adulto, atos que podem se repetir algumas vezes, até o momento em que passa a ignorar a espátula. Desta forma, o psicanalista constata que as crianças que conseguem interagir com o objeto, sem serem interrompidas, ou seja, aquelas que podem viver o que chamou de experiência completa, são as que podem desapegar-se e seguir em frente.

Muitas variações são observadas nesta situação padronizada, que pode ser utilizada como metáfora da vida humana, auxiliando na compreensão da dialética vida e morte, com os três períodos do ciclo vital do *self*: nascimento, acontecer de si pela apropriação do mundo e possibilidade de morrer (Safra, 1999). O morrer, nesse contexto teórico, é entendido como parte da saúde e do processo maturacional, que acontece de modo não traumático, mas perfeitamente passível de ser elaborado, quando a pessoa teve condições de viver, existir e acontecer no mundo. Segundo Safra (1999):

... assim como há a necessidade de que o *self* crie e tome como parte de si o tempo, o espaço, o mundo, há também necessidade de realizar

o mesmo com o morrer. Tanto é importante para o indivíduo que entre no mundo humano, quanto é importante que, em um ponto de seu processo, o abandone. (...) O indivíduo pode acolher a morte, se aconteceu e se contribuiu com suas pegadas, com sua vida, com sua singularidade, na história da humanidade (p: 155).

Esta afirmação nos parece muito interessante e pertinente por colocar em destaque a importância de viver a própria vida para que a morte possa ser acolhida como possibilidade humana. Quem viveu, envolveu-se, pôde completar o jogo e desprezar a espátula, estaria mais pronto para enfrentar uma nova experiência, agora de desapego. Neste cenário, a psicopatologia, ou o sofrimento, seria dado pela impossibilidade de fazer uso do objeto, por um período de hesitação tão longo ou intenso, que impediria o bebê de explorar as possibilidades da espátula. Na analogia emprestada, impossibilitaria a pessoa de viver a própria vida. Aquele que não se sentiu vivo e real seria, portanto, o que temeria mais fortemente a morte, porque não pôde viver uma experiência completa.

Como tivemos a oportunidade de compreender (Manna, 2013), o enfrentamento dessa situação é complicado na sociedade contemporânea, pois a morte é, com muita frequência, lidada como evento sofrido. O ganho da idade nem sempre vem acompanhado de amadurecimento emocional, que consiste sempre em desafio a ser alcançado e jamais findado. Caso a analogia do jogo winnicottiano da espátula (Winnicott, 1941/2000) tenha alguma verdade, o que nos cabe é investir esforços na busca por melhores condições de existência e realização das pessoas, para que a vida tenha sentido e para que possam, num futuro, próximo ou distante, aceitar o inevitável da morte.

Por outro lado, quando a possibilidade de morte surge no horizonte como ameaça temível, o medo do colapso passaria a dominar a cena (Winnicott, 1974/2005). Aqui o pensamento winnicottiano, elaborado a partir da experiência clínica, postula que todo o colapso temido corresponde a algo que já ocorreu. Desse modo, deixa-nos diante de uma reflexão acerca de se a morte que se teme seria efetivamente a morte real ou um colapso projetado na morte. Tal colapso estaria, nessa perspectiva, relacionado à não realização do próprio potencial, ao não ter podido “ser-se”, ao ter vivido em estado de submissão. Esta condição que nos leva a reconhecer que os contextos macrossociais contemporâneos não parecem favorecer a realização das pessoas.

Segundo Dias, Carvalho & Araújo (2013), o medo da morte pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do idoso, caracterizando-se como um gerador de



ansiedade e impedindo a pessoa de executar determinadas tarefas que antes realizaria com satisfação. Para lidar com o desamparo frente à morte, considerada, em diferentes culturas, como evento sobrenatural, fruto de forças malignas, o homem tem se apegado a convicções e crenças religiosas. Em algumas culturas, certos rituais, histórias e cânticos, transmitidos de geração a geração tem funcionado como prática protetiva. Enquanto, em nossa sociedade o silêncio funciona como defesa e tentativa de preservação, em outras como, por exemplo, a sociedade mexicana, encontramos cotidianamente, em variados espaços públicos e privados, elementos que fazem referência à morte, na praça pública, no metrô, em templos e até em objetos domésticos decorativos.

*“ Sofrendo por Ser Mulher ”*

Falamos acima do envelhecimento corporal e iremos agora tratar da condição feminina, que está fortemente relacionada com o corpo da mulher e suas modificações ao longo do ciclo vital. Adentramos aqui em crenças de caráter mais psicossocial. Neste ponto, iremos abordar o segundo campo de sentido afetivo-emocional, que se articula ao redor da crença de que a mulher teria um valor inferior ao do homem. A mulher, neste prisma, ocuparia um papel secundário em um mundo dominado por homens, onde a mulher é ser de segunda categoria<sup>23</sup>. Este campo perpassa a vida de todas as participantes deste estudo, com maior ou menor intensidade:

*Esse campo aparece, nas histórias de Domingas, por meio de sua auto desvalorização, sempre menosprezando e diminuindo suas conquistas e qualidades. Ela sempre entendia que recebeu algo da vida que não merecia, seja o trabalho que teve, sua casa ou mesmo o ex-marido. Fez escolhas que seriam perfeitamente aceitáveis para um homem, porém questionáveis para uma mulher, como não ter filhos, querer viajar, passear, conhecer lugares. Seus sonhos e aspirações a faziam sentir-se culpada na vida corrente, como se sofresse hoje em razão de suas escolhas erradas, como um castigo.*

*Vivendo em um casamento que não a fazia feliz, escolheu separar-se, sentindo o estigma do lugar de mulher divorciada.*

---

<sup>23</sup> A produção cinematográfica da Netflix *“Je Ne Suis pas un Homme Facile”* é muito interessante, pois aborda a ficção de um mundo dominado por mulheres, onde os lugares estão invertidos e as mulheres assumem os papéis masculinos e exercem poder sobre a vida e corpo dos homens.

*Na história de Juanita, encontramos este campo em sua inexistência sem a presença do marido, sua vida sem ele ficou paralisada, não sabia existir sem seu companheiro. Sentia-se desencaixada e só na vida das filhas com seus companheiros. Sua existência sem o esposo não tinha sentido, não reconhecia sua vida sem ele.*

*Ao olharmos para as atitudes de Clarice, competindo com as demais participantes do atendimento psicoterapêutico em grupo, tanto pela atenção da terapeuta, como pela posição de destaque frente as demais, percebemos a disputa socialmente incentivada entre as mulheres, que devem sempre ver as outras como rivais.*

*E, finalmente, na história de vida de Violet, uma mulher negra, idosa e pobre, a desvalorização aparece com muita força, especialmente na relação de violência com o primeiro marido. A não autorização para ir e vir conforme quisesse, o sexo forçado, as agressões, os insultos e humilhações ao seu corpo, a crença materna de que uma mulher só seria respeitada se tivesse um homem, faziam dela posse e propriedade do marido. Apesar de toda a violência que passava, ouvia que tudo era sua escolha, enquanto que o ex marido, seu agressor, era um bom homem, apesar de doente. A impossibilidade da maternidade do casal também insidia sobre Violet de forma pesada, provavelmente por ser mulher.*

Esta experiência de desvalorização perpassa toda a vida das mulheres, não se dá, por conseguinte, apenas com o envelhecimento (Corbett, 2014, 2009; Pacheco, 2008; 2013; Souza, 2008). Entretanto, numa sociedade como a nossa, na qual o valor da mulher é dado por sua aparência, onde a capacidade de sedução de seu corpo dita o que os outros pensam sobre ela, estar velha amplifica, interseccionalmente, uma importante dessemelhança. Ao envelhecer, a mulher tem multiplicativamente aumentado seu sofrimento com a estigmatização da cultura que desaprova seu corpo e suas formas. Isto prejudica a possibilidade da mulher velha de se ver e de se reconhecer em seu corpo, de assentir diante da imagem do espelho.

Quando o corpo perde sua capacidade de sustentador das vivências, deixa de cumprir seu papel de facilitador das relações com os outros e com o mundo, tornando-se fonte de padecimento, lamento e desprazer. O corpo, neste caso, passa a ocupar o lugar da dor e da queixa, jamais do prazer. A morte simbólica, experimentada com a

invisibilidade da mulher velha, reedita-se na atualidade do corpo, cujas perdas amplificam e comunicam diariamente a proximidade do fim.

O imaginário coletivo, que diminui e retira valor da mulher, está presente no seu dia a dia, em sistema de crenças que legitima diferentes formas de violência, física, sexual, emocional, ambiental, cultural, política (Silva, 2010). O que é considerado belo e atraente é atravessado pela construção social de um padrão cristalizado na ideologia da beleza ligada ao corpo jovem, magro e adolescente. A aparência da mulher madura, suas rugas, cabelos brancos, flacidez do corpo, perda muscular, fazem com que ela enfrente, diariamente, uma luta para reconstruir sua autoestima. As modificações corporais impostas pelo tempo são socialmente compreendidas como perdas, o que gera rejeição por parte do ambiente e da própria mulher, quando não consegue gostar da imagem que contempla refletida no espelho.

A mulher velha não se vê representada como mulher nos principais meios midiáticos. Enquanto o corpo da mulher jovem é objetificado, a mulher velha é jamais retratada como símbolo de sexualidade e fonte de prazer, apenas como mãe, avó, tia, irmã, de alguém mais jovem, ou, por vezes, esposa amorosa e assexuada. Sua beleza não é reconhecida, é inexistente e imperfeita.

Um exemplo interessante encontramos nas inúmeras mensagens veiculadas pelo dia da mulher ou das mães, sempre com um enfoque da superioridade da mulher e de sua perfeição, impossível de ser alcançada para pessoas reais de carne e osso. A imagem de um ser imaculado e casto, que abre mão da própria vida em nome do outro, acaba mais por oprimir do que por homenagear. Este ideal de perfeição, de bondade e de pureza, atravessa a vida de muitas mulheres, seja quando buscam enquadrar-se e atender ao que é esperado, seja quando rejeitam estas quimeras. O aparente engrandecimento das mulheres nestas alocações funcionam mais como um distanciamento da realidade e depreciação, pois alertam para o que “deveria” ser, mas não é.

Em nossa sociedade patriarcal o papel histórico e cultural da mulher branca de classe média foi construído para ocupar o lugar privado no seio da família tradicional. A boa mulher, objeto de pertencimento do homem, deveria ser delicada, recatada e do lar, hierarquizada e submissa ao homem provedor. Na família tradicional, é responsabilidade da mulher servir ao parceiro e aos demais, abdicar de seus desejos em nome da família e ter projetos de vida que se limitem ao bem estar de seus filhos, netos, pais e marido.

Já a mulher negra e pobre, também dominada, sempre trabalhou dentro e fora de casa. No período da escravidão, ela deveria ser fonte de prazer e servir ao seu senhor,

também no sentido sexual. O estupro de mulheres negras era considerado normal e, ainda hoje, muitos acreditam que toda mulher que sofre violência sexual seja culpada de alguma forma, seja pelas roupas que usa, seja por andar sozinha durante a noite em determinada rua.

A relação homem e mulher é historicamente baseada em uma desigualdade, que inferioriza e limita o poder de escolha da mulher e potencializa o do homem. Esta assimetria entre os gêneros é estrutural da sociedade e perpassa toda a trajetória de vida. As consequências das marcas deste controle exercem efeito tanto na sexualidade, como na vida profissional, na intimidade e no cotidiano dos relacionamentos. Dá-se em várias áreas, na política, nos esportes, nas artes, no mundo do trabalho, nas ciências, nas relações familiares, amorosas e de lazer.

Simone de Beauvoir (1949/ 1980) analisa fatos e mitos da condição da mulher na sociedade e sua construção social como um ser inferior ao homem. Ao olharmos para a história percebemos que este lugar menor da mulher na sociedade não é recente. Já na Grécia antiga acreditava-se que ela ocupava posição abaixo do homem, conseqüentemente, apenas este possuía o direito a uma vida pública.

A prerrogativa à uma educação formal e à aprendizagem da leitura e da escrita, a execução de certos trabalhos e os direitos civis, só recentemente foram permitidos às mulheres na sociedade contemporânea. Segundo dados da ONU, as mulheres ganham cerca de 74,5% do salário dos homens para exercerem a mesma função, apesar de serem mais especializadas e terem mais anos de estudos. Há desigualdade também com relação à oportunidade das mulheres em ascenderem a postos de comando (ONU-Brasil, 2017).

Outro exemplo da discrepância de direito histórico entre as mulheres pode ser vislumbrado no caso da Itália, onde apenas após a constituição de 1948 que as mulheres adquiriram o status de cidadãs<sup>24</sup>. Antes disso, elas não tinham o direito a transmissão da cidadania aos seus descendentes e, caso realizassem matrimônio com homem de outra nacionalidade, podiam deixar de ser italianas.

A quantidade de exemplos é bem extensa, mas cabe acrescentar a respeito da conquista do voto feminino. Neste ano de 2018, o Reino Unido comemora os 100 anos do voto das mulheres<sup>25</sup>. No Brasil este avanço é ainda mais recente, apenas em 03 de maio

---

<sup>24</sup>[https://consanpaolo.esteri.it/consolato\\_sanpaolo/pt/la\\_comunicazione/domande\\_frequenti/perguntas-frequentes-cidadania.html](https://consanpaolo.esteri.it/consolato_sanpaolo/pt/la_comunicazione/domande_frequenti/perguntas-frequentes-cidadania.html)

<sup>25</sup> O voto de mulheres foi permitido em 1918 no Reino Unido, mas foi apenas em 27 de julho de 1949 que a presença de mulheres foi aceita na House of Lords (Casa dos Lordes) do Parlamento inglês. <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/electionsvoting/womenvote/>

de 1933 que as mulheres brasileiras alcançaram o sufrágio ao voto, após muita luta e uma intensa campanha nacional.

Segundo informações do site do Tribunal Superior Eleitoral<sup>26</sup>, a professora Celina Guimarães Viana foi a primeira mulher brasileira a conseguir seu registro para participar do processo eleitoral brasileiro, em 1927. Nascida no Rio Grande do Norte, ela requereu sua inclusão como eleitora do município de Mossoró-RN, ancorada na lei eleitoral, que determinava, em seu artigo 17, que no Estado poderiam “votar e ser votados, sem distinção de sexo”, todos os cidadãos que reunissem as condições exigidas pela lei. O estado do Rio Grande do Norte foi pioneiro no reconhecimento do voto feminino. Porém, foi somente em 3 de maio de 1933 que as mulheres puderam votar e serem votadas pela primeira vez em âmbito nacional, na eleição para a Assembleia Nacional Constituinte Brasileira.

Atualmente, a despeito de as mulheres serem a maioria dos eleitores do país, continuam a ser a minoria na representação dos poderes legislativo, executivo e judiciário brasileiro. Segundo dados do documento temático das Nações Unidas do Brasil, Igualdade de Gênero: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (ONU-Brasil, 2017)<sup>27</sup>, o Brasil ainda tem uma das menores participações femininas em todo o mundo na tomada de decisão na vida política, econômica e pública, apesar da lei Nº 12.034, que prevê, entre outros, a promoção e difusão da participação política de mulheres pelos partidos, como cota mínima de 30% (trinta por cento) e o máximo de 70% (setenta por cento) para candidaturas de cada sexo.

Também a sexualidade sofre com a desigualdade de direito entre homens e mulheres. Esta, não é atividade meramente biológica e instintiva, é parte importante da vida criativa do ser humano (Machado & Aiello-Vaisberg, 2004) e pode ser reinventada ao longo de toda a existência de uma pessoa. É influenciada tanto pelas transformações do corpo, como também pela cultura, pelos costumes, pela história de vida, pelo ambiente social, religioso, político, econômico e emocional. Estes vão delimitando e definindo a reprodução de modelos e os papéis sociais a serem seguidos.

---

<https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/electionsvoting/womenvote/overview/womenthelords/>

<sup>26</sup><http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2013/Abril/serie-inclusao-a-conquista-do-voto-feminino-no-brasil>

<sup>27</sup>[https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-5-Igualdade-de-Genero-editorado\\_11junho2017.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-5-Igualdade-de-Genero-editorado_11junho2017.pdf)

A força da associação entre sexualidade e juventude incide sobre os corpos das mulheres desde muito cedo. Os sinais de envelhecimento são combatidos como meio de retardar o derradeiro momento, aquele em que se espera pela morte dos prazeres carnavais, que marca a entrada em um momento da vida em que cabe apenas desfrutar de prazeres que não envolvam o corpo erótico e a sensualidade, tais como as relações familiares e os deveres religiosos e para com a comunidade.

Para muitas pessoas, a sexualidade está culturalmente e politicamente associada ao período reprodutivo, sendo que 60% das mulheres tem sua vida sexual influenciada pelas transformações ocorridas com o climatério (Araújo, Queiroz, Moura & Penna, 2013). Este estágio da vida da mulher é encarado em nossa sociedade como fase de prejuízo da beleza e atratividade, além da já mencionada perda da capacidade reprodutiva, que leva à desvalorização do feminino.

A mulher velha é comunicada a todo o momento de que não é bela e atraente, de que não seduzirá, ela é invisível ao outro ou a outra. Vive em uma realidade na qual os homens<sup>28</sup> não se interessam sexualmente por elas. É retirado da mulher idosa o direito ao amor conjugal, a uma vida sexual, ao desejo. Ela é calada em sua sexualidade, que é vista como inexistente e que só pode se manifestar em pouquíssimas situações de confiança e em ambientes protegidos.

*Domingas fala do desejo que sentia de beijar um homem e de ser beijada. Aos 87 anos de idade este desejo permanecia vivo, mas escondido, podendo ser comunicado apenas quando havia uma relação de confiança estabelecida. Ao se separar do marido e após seu falecimento, ela sentiu que não encontraria um novo parceiro, que não havia mais espaço para reconstruir uma vida a dois, que não iria encontrar ninguém mais para dividir seus dias. Esta é a realidade de milhares de mulheres que se separam ou ficam viúvas na velhice e não encontram um companheiro para reconstruir suas vidas.*

A sexualidade feminina na velhice é um tabu em nossa sociedade (Ferreira, Chinelato, Castro & Ferreira, 2013; Laznik, 2014). As mulheres sofrem, interseccionalmente, com as pressões do padrão de comportamento esperado, tanto por

---

<sup>28</sup> O resultado da presente pesquisa não nos permite discutir a experiência vivida pela mulher idosa homossexual, bissexual, transgênero ou travesti, por não ter sido realizada com este recorte, porém este é um importante campo de estudo que merece maior atenção por parte dos pesquisadores e pesquisadoras da área do envelhecimento e feminismo.

serem mulheres, como por serem idosas. Muito se fala da interrupção ou modificação da sexualidade com o envelhecimento e, de fato, algumas mulheres sentem-se aliviadas pelo fim da “obrigação” de servir ao parceiro, falando de forma heteronormativa. Quando a vida sexual é vista como obrigação, não estamos no campo do prazer, mas da servidão, no qual é pouquíssimo provável que haja algum querer envolvido.

Outra questão importante a ser destacada é o fato de que algumas mulheres realmente preferem finalizar qualquer seguimento em sua atividade sexual, não porque não haja mais prazer e desejo, mas porque tiveram, durante toda sua vida, o entendimento de que sexo é atividade para os jovens. Estão inseridas na representação social vigente, submetidas a esta ordem arbitrária, sem possibilidade de questionamento. Passaram toda uma vida expostas à pressão social e cultural que ordenam a finalização da vida sexual após período reprodutivo. Pouca atenção é dada a este fato nas pesquisas sobre envelhecimento e sexualidade, mas este é um campo de estudo que precisa ser aberto.

Podemos constatar que a desigualdade de gênero é uma construção social, com interferências de todo um sistema político, econômico e cultural, que subordina as mulheres aos desígnios masculinos e as situam em uma posição hierarquicamente inferior. O estereótipo relacionado ao sexo feminino, à idade e ao corpo da mulher, precisa ser combatido para a construção das bases de superação do preconceito e da dessemelhança de gênero. Todas as mulheres precisam ser efetivamente incluídas como merecedoras dos direitos humanos, independentemente de sua idade, orientação sexual, sexo biológico, formato ou tamanho de seu corpo, nacionalidade, ou quaisquer outras características e atributos.

### *Sofrendo pela Solidão*

Neste ponto da discussão do material desta investigação, chegamos ao terceiro campo de sentido afetivo-emocional denominado “*Sofrendo pela solidão*”, que nos permite uma compreensão interessante da questão aqui investigada, vale lembrar, a experiência vivida por mulheres idosas. Este campo organiza-se ao redor da crença de que relações afetivas significativas só se estabelecem até uma determinada idade, de modo que aos idosos só caberiam novos vínculos quando surgissem por meio da descendência, como netos e bisnetos. Encontramos a participação do campo “*Sofrendo pela Solidão*” nos relatos das participantes deste estudo que seguem destacados:

*A solidão de Domingas, presente também em sua juventude e na relação com o ex-marido, sempre era mencionada em suas histórias do passado e do presente. Ela era filha única de filhos únicos. Todos que haviam sido próximos em sua vida já haviam falecido, não restava nenhuma pessoa importante, cujo vínculo fosse suficientemente forte. Passava seus dias sozinha, apenas assistindo às missas e aos sermões em canais católicos de TV. No grupo, combatia a solidão com os bordados. Falava sem pausas, havia sempre uma ânsia por se vincular a alguém, por encontrar uma companhia que pudesse ocupar este lugar vazio deixado pela ausência de figuras significativas. Possivelmente seu desespero por novos vínculos relacionava-se à percepção de que eles eram frágeis ou inexistentes. Colocava pessoas que mal conhecia em sua casa, como se fossem velhos amigos, o que a levou a ser explorada, comprando terrenos do paraíso. Seu temor de morrer na rua como indigente, sem contar com alguém próximo que pudesse cuidar de seu corpo, dimensiona a força do deserto de sua vida.*

*Examinando a história de Juanita, detectamos que parte de seu drama emerge a partir do campo “Sofrendo pela Solidão”. Sua existência dividida fazia com que algo sempre estivesse incompleto. Em seu país de origem percebia-se desencaixada, sem lugar, pela separação e falta que experimentava sem o companheiro. Provavelmente vivia o mal estar de ser uma mulher sem marido vivo em casa, como se tivesse sido abandonada. Era como se não fosse alguém sem a presença dele. Esta experiência, certamente, misturava-se ao afeto que nutria e saudades que sentia do companheiro. Percebia-se só e sem lugar, desencaixada da vida e distante das pessoas que amava, inclusive das filhas e netos. Este período fora vivenciado como não tempo, fase de espera e congelamento. Ao imigrar para o Brasil e se reunir ao esposo, sofria pela ausência das filhas, amigos, cultura e terra natal. O padecimento por viver num país distante de seus referenciais funcionava como fonte de solidão. Juanita vivia uma vida entre dois mundos.*

*Com Clarice, a solidão se manifesta pela insônia e o incômodo com os barulhos da vizinha, mas principalmente, pela ausência e morte dos irmãos. Seu maior temor era morrer cega e sozinha como eles. Ela preferiu se desfazer das lembranças do passado e dos objetos que materializavam esta recordação, e os entregou aos cuidados da sobrinha. Ficou apenas com o “jardim da Pilar”, herança de sua irmã querida. Nunca se casou, não teve filhos e os sobrinhos moravam longe e tinham vida própria com seus*



*companheiros, filhos e trabalho. A solidão de Clarice, de tão profunda, afastou-a dos antigos amigos e festas e levou-a a se entreter apenas com as palavras cruzadas e leituras. Começou a fazer uso diário de álcool para suportar os sentimentos de solidão. O trabalho terapêutico evidentemente buscou favorecer o estabelecimento de vínculos com as demais usuárias da unidade de saúde, para o que a paciente se abriu parcialmente, na tentativa de seguir sua vida de forma menos dolorosa. Por outro lado, não devemos esquecer o peso do alcoolismo instalado, para o qual recebia tratamento psiquiátrico, que lhe proporcionava alívio momentâneo mas trazia consigo todos os inconvenientes característicos dessa problemática.*

*Finalmente, a vida atual de Violet, como mulher idosa, pode ser considerada um combate vitorioso contra a solidão que experimentou, ao longo dos anos, durante seu primeiro casamento. Assim, enquanto mantinha relacionamentos próximos com o atual marido, com a irmã e com os sobrinhos, também se envolvia com várias atividades grupais e fazia novos vínculos, principalmente com mulheres idosas. Era como se tentasse recuperar o tempo perdido e realizar tudo que gostaria, mas não pôde quando mais jovem.*

Parece-nos que a questão central do campo de sentido afetivo-emocional “Sofrendo pela Solidão” diz respeito a dois tipos de ausências. O primeiro tipo decorre dos falecimentos de coetâneos e das gerações anteriores, que foram importantes durante a infância e adolescência do idoso. O segundo tipo relaciona-se diretamente com o fato da geração dos primeiros descendentes, sejam filhos ou sobrinhos, que são adultos no momento atual, estarem, via de regra, fortemente envolvidos com responsabilidades laborais e com o estabelecimento de vínculos conjugais e parentais que, muitas vezes, os tornam pouco disponíveis para a convivência com os idosos. Esta configuração parece-nos peculiar, quando falamos sobre a solidão na velhice, sendo, em princípio, comum para homens e mulheres, mas provavelmente se acentua nas mulheres, por serem mais longevas e, portanto, mais sujeitas à viuvez.

Ao olharmos as histórias das participantes do presente estudo, constatamos que apenas Juanita, que se mantém casada, trilhou o caminho conjugal convencional, tendo filhos e netos. Sua solidão, aparentemente, se resolveria na medida em que as condições de trabalho, em seu país de origem, pudessem permitir que convivesse, simultaneamente, com o marido, que estaria empregado e capacitado a sustentá-los, e seus descendentes.

Clarice nunca se casou, nem teve filhos, vivendo hoje a perda dos irmãos. Domingas e Violet se casaram mas não tiveram filhos, sendo que a primeira nem sequer chegou a desejá-los. Ambas viveram o final de suas relações conjugais, Violet pela viuvez, Domingas pela separação. No entanto, Violet dispôs-se a conviver com um companheiro conjugal mais novo e mantém relação com a irmã e os sobrinhos, além de estar sempre motivada a participar de diferentes atividades e grupos. Deste modo, usufrui tanto de relacionamentos próximos como de uma vida social variada, enquanto Domingas apresenta maiores dificuldades ligadas à solidão.

É interessante destacar o alerta de Veras & Dutra (1993) a respeito da especificidade da situação da mulher idosa com relação à experiência de solidão. Segundo esses autores, os indicadores atestam a importância de uma maior atenção a esta área. Dados da situação conjugal da população idosa no Brasil mostram que 68% das pessoas que vivem sem um parceiro, seja por serem solteiras, viúvas ou descasadas são do sexo feminino.

Por força de fatores culturais, a mulher se casa mais cedo do que o homem. Como sua expectativa de vida é maior, ela se acha mais sujeita à solidão na velhice - casando-se mais cedo e vivendo mais. O panorama fica ainda mais cinza diante da constatação de que, na maioria das vezes, a solidão vem acompanhada de pobreza e de doenças crônicas. O tripé solidão-pobreza-doença atinge boa parte das mulheres no final da vida. Estas características se mostram presentes na maioria das idosas brasileiras, aliás de modo semelhante àquelas dos países do Primeiro Mundo (p. 115).

O sentimento de solidão em mulheres idosas, além de ser uma experiência vivida, configura-se como questão de saúde pública, fruto, entre outros fatores, do crescimento das cidades e das transformações pelas quais a vida contemporânea vem passando. Neste contexto, a solidão é uma das queixas mais frequentes nesta população, que pode ter como pano de fundo as experiências de perdas de vínculos significativos, tais como a saída dos filhos de casa, seja por casamento, vivendo em bairros diferentes da mesma cidade, seja quando estes imigram; a aposentadoria; a viuvez ou a morte de outras pessoas próximas, tais como de amigos (Silva, Carvalho, Santos & Menezes, 2007). Além disso, estas vivências ocorrem ao mesmo tempo em que os sinais do tempo e perdas são experimentadas no próprio corpo da mulher idosa, que podem ser sentidas de forma muito significativa, aumentando seu isolamento e solidão.

Carmona, Couto & Scorsolini-Comin (2014) investigaram o sentimento de solidão em cinco mulheres idosas, bem como o papel da rede de apoio social na vivência

atual destas mulheres. Neste estudo, as mulheres comunicaram não sentir solidão e que esta depende da capacidade de cada uma de lidar com o tempo em que se percebem sozinhas. É interessante notar que as participantes desse estudo eram todas mulheres que viviam em uma pequena cidade do interior, rodeadas de familiares, diferentemente das participantes da presente pesquisa, que residiam no centro da maior capital do país, a cidade de São Paulo.

Em outro estudo, Dias, Carvalho & Araújo (2013), demonstraram que uma vida social rica é fundamental para a qualidade de vida na velhice. Aqueles idosos que contavam com uma rede de suporte social adequada às suas necessidades, e que, portanto, estavam satisfeitos com as relações pessoais estabelecidas com familiares e amigos, apresentaram melhor percepção de sua qualidade de vida. Nesse estudo, a espiritualidade também surgiu como recurso utilizado para evitar e/ou lidar com a solidão.

O mundo humano está em constante transformação e nem sempre as pessoas são capazes de gerir e se adaptar de forma rápida às mudanças com que se deparam, especialmente quando muito idosas. As modificações no estilo de vida nas grandes metrópoles, onde predomina excessiva preocupação com produtividade e ganhos econômicos, além das mudanças nas relações familiares, ocorridas nas últimas décadas, tem sido apontadas como importantes causas para depressão e solidão em pessoas idosas (Azeredo, 2008; Azeredo & Afonso, 2016).

Porém, não podemos deixar de mencionar que consideramos as transformações sociais, que permitem que pessoas comuns reconheçam como família os mais variados arranjos – que podem abarcar desde a tradicional com pai, mãe, filhos e avós, passando pelas famílias monoparentais, com apenas a mãe ou o pai, por famílias homoafetivas, com dois pais ou duas mães, por múltiplas paternidades ou maternidades, por famílias compostas por avós e netos e até laços familiares sem consanguinidade, entre outros – como tentativas bastante interessantes no sentido de busca de melhores formas de convivência, nas quais a determinação biológica deixa eventualmente de ser central e a diversidade e a criatividade humana podem ser melhor contempladas.

Os estudos de Pedrosa & Zanello (2016) e Zanello, Fiuza & Costa (2015), sobre gênero e saúde mental, parecem úteis para compreendermos melhor esta questão, demonstrando que as mulheres, diferentemente dos homens, são pressionadas pela família, amigos e sociedade, a casarem e terem filhos. Também Gradwohl (2015) tratou deste tema por meio de pesquisa em que entrevistou individualmente treze casais que decidiram não ter filhos, constatando que esta decisão é socialmente mais difícil para as

mulheres, que tendem a ser mais julgadas, pressionadas e cobradas a procriarem. Consideramos altamente interessante, nesse trabalho, o fato das mulheres manifestarem maior preocupação com a velhice sem filhos, por temerem ficarem sós e sem ter quem cuide delas, enquanto os homens apresentaram, frequentemente, a fantasia de que para eles é menos problemático não ter filhos, porque as esposas cuidarão deles na velhice.

Estes estudos nos ajudam a compreender o campo “*Sofrendo pela solidão*” como um imaginário que se apresenta vigente de forma mais incisiva na vida das mulheres. Parece que a crença de que há uma época para estabelecer ligações importantes, desde o nascimento, durante a juventude e apenas até certa idade, relaciona-se com o lugar do feminino em nossa sociedade. Está igualmente forte a ideia de que os relacionamentos mais importantes devem ter caráter consanguíneo.

Subjaz, portanto, a esse campo de sentido afetivo-emocional, a ideia de que, na velhice, a pessoa estaria fadada a apenas gerir as relações que pôde tecer na juventude, pois lhe seria impossível estabelecer novos laços fortes e duradouros. Os vínculos e relacionamentos significativos funcionariam como uma espécie de lote ou estoque finito, que deveria estar concluído e finalizado na idade madura. Se a mulher não o completou, porque, por exemplo, não teve filhos, algo ficaria faltando, indicando que algo muito importante deixou de ser feito na juventude. Esta seria uma falha da própria pessoa, que pagaria com a solidão em idades mais avançadas, já que impedida de novas uniões robustas. Ao lidar, ao longo da vida, com as perdas de pessoas queridas, e o conseqüente sofrimento decorrente, esta ausência não poderia ser jamais restituída, o que conduziria a pessoa ao abismo da dor de uma solidão sem fim.

O olhar e constância do outro constitui-se como uma necessidade humana ao longo de todo o ciclo vital. Assim sendo, a noção de solidão está relacionada ao contentamento da pessoa com seus relacionamentos e à percepção do apoio social que recebe. Não se refere à quantidade de conexões estabelecidas, mas à qualidade desses vínculos. Estes podem ser geográfica ou afetivamente definidos. No entanto, não é a presença física suficiente para garantir que a pessoa sinta-se acompanhada, bem como o fato de morar só não justifica por si o sentimento de solidão. É possível tanto sentir-se profundamente sozinha vivendo numa casa com muitas pessoas, com as quais não se estabelece laço suficiente ou relação de confiança. De outro lado, o simples fato de habitar uma casa sem a presença de outros não faz do indivíduo um ser solitário, caso tenha

oportunidades de constituir relacionamentos fortes, duradouros e consistentes. Solidão, em vista disso, não é sinônimo de estar só<sup>29</sup>.

Segundo Mizrahi & Garcia (2007), a fragilidade dos vínculos sociais constitui-se em ameaça permanente de solidão, o que é completamente diferente da experiência de ficar só (Winnicott, 1958/1990). Tais autoras articulam sociologia e psicanálise com a intensão de compreender a crise que atravessa a sociedade contemporânea e a dissolução dos suportes sociais. Utilizam os conhecimentos psicanalíticos para analisar a relação entre autonomia e liberdade pessoal, concluindo que a fragilidade da proteção social, que atualmente está passando por processo de desconstrução em nome do liberalismo, deixa as pessoas ao arbítrio de uma experiência subjetiva extremamente solitária. Ainda segundo Mizrahi & Garcia (2007), encontramos atualmente uma dinâmica de adaptação à ordem social que culmina muito mais em sentimentos de desamparo, insuficiência e solidão, do que em uma verdadeira liberdade do indivíduo.

#### *“Sofrendo na Cidade Grande”*

O campo de sentido afetivo-emocional *“Sofrendo na Cidade Grande”* organiza-se ao redor da crença de que cada qual é responsável por cuidar de sua própria vida e subjaz a vários aspectos das histórias de vida das participantes.

*Podemos perceber a força deste campo nos relatos de Domingas sobre as pessoas que conhecia na igreja e que frequentavam sua casa que, como depois pudemos descobrir, vendiam-lhe pedaços do paraíso. Também no episódio da evacuação da cidade em função de ataques do PCC, no qual ela permaneceu alheia a tudo que se passava, ficando exposta aos perigos da cidade.*

*Da mesma forma, encontramos muitas referências ao desamparo vivido na história de Juanita. A imigração do casal foi motivada pela ausência de suporte social*

---

<sup>29</sup> O texto winnicottiano sobre a capacidade de ficar só, compreendida como importante momento do processo de amadurecimento emocional e de constituição do *self*, vem facilmente à mente quando falamos sobre solidão. Contudo, trata-se de fenômeno bastante complexo, invocado na tentativa de compreender a vida emocional da criança pequena, não devendo ser apressadamente transposto para explicar a vivência em outras fases da vida, como a velhice. A nosso ver, a capacidade de estar só é questão a ser revisitada futuramente em companhia de autores que tematizam claramente a natureza social do ser humano, como Bleger (1963/1984), bem como por outros que consideraram a necessidade de reconhecimento como algo fundamental.

*em seu país de origem, por situação financeira difícil e por severas privações, porém as incertezas quanto ao futuro permaneciam presentes na vida que levavam na cidade de São Paulo.*

*Na história de vida de Clarice, destacamos os empréstimos ou pagamentos de pequenos serviços para os sobrinhos, entendidos como forma de ajudá-los diante das dificuldades em suas lutas pela sobrevivência, mas apontando igualmente para a substituição de laços de solidariedade por outros, sob os quais mal se disfarça a contratação de mão-de-obra, característica da cidade grande.<sup>30</sup>*

*Percebemos, na história de Violet, marcado desamparo derivado de dificuldades, restrições e necessidades experimentadas em sua vida, que por muito tempo se limitou ao trabalho e provimento da casa com o mínimo necessário, na contínua luta por sobrevivência no meio urbano.*

Segundo Dias, Carvalho & Araújo (2013), quando o ambiente em que se vive não oferece a segurança necessária para que a pessoa exerça toda sua autonomia, esta fica submetida à própria sorte e vivencia, como efeitos, forte sensação de insegurança, desproteção, perda de liberdade e conseqüente sentimento de solidão. Esta situação faz com que, por exemplo, a idosa tema por sair sozinha às ruas da cidade, ficando mais susceptível ao isolamento e, conseqüentemente, à depressão. Esta situação limitante, quando repetida, pode incrementar a dependência da pessoa idosa, que passa a precisar de ajuda para atividades que ela mesma poderia realizar, caso sentisse segurança no ambiente em que vive.

Como vemos, este campo remete-nos à condição peculiar de vida na cidade grande em um país em desenvolvimento, ex-colônia, marcado por fortes desigualdades sociais, como o Brasil. A violência urbana e a desproteção afetam a todos, independentemente da idade e de gênero, porém, de forma diferente, mas provavelmente gera conseqüências mais graves entre aqueles que são objetivamente mais frágeis, como os idosos.

---

<sup>30</sup> Podemos aqui lembrar os chamados “maridos de aluguel”, que realizam trabalhos profissionais de manutenção residencial, como eletricitas, encanadores, gesseiros, chaveiros ou jardineiros, entre outros. Chama a atenção o uso de um termo que qualifica uma relação de conjugalidade, para referir uma mão de obra específica para pequenos reparos domésticos. Nessa linha, podemos afirmar que a idosa em pauta faz uso de uma espécie de “sobrinhos de aluguel”.

Não podemos deixar de considerar que, dados da Tábua de Mortalidade para o Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2016) apontam elevada mortalidade masculina concentrada no grupo de idade chamado de adultos jovens, com maior incidência de óbitos por causas violentas ou não naturais. Entendemos que o desamparo numa cidade grande atravessa a questão da idade, mas não se refere exclusivamente à velhice, pois podemos pensar em uma infância ou adolescência desamparadas. Entretanto, na velhice, num país com fortes desigualdades sociais, o desamparo acentua-se interseccionalmente, atravessado pelas perdas experimentadas com o avançar da idade e pela forte consciência de finitude.

O mesmo documento (IBGE, 2016) também destaca o aumento da longevidade da população feminina em relação à masculina, ou seja, a chamada feminização da velhice. Esta acarreta certas peculiaridades no modo de se posicionar no ambiente em que se vive e nas relações, em função dos desafios impostos às mulheres nesta fase da vida. Segundo Camarano (2002), boa parte das mulheres idosas moram sozinhas, tiveram acesso a pouca escolaridade, pequena experiência no mercado formal de trabalho e estão viúvas. Algumas enfrentam, pela primeira vez neste momento da vida, o desafio de cuidar sozinhas de casa, das finanças e de todas as obrigações que, anteriormente, dividiam com marido ou filhos.

Podemos pensar a cidade como lugar de encontro, circulação, passagem, permanência e onde mais estamos próximos uns dos outros fisicamente. A cidade exerce funções sociais significativas, que quando cumpre seu papel é capaz de proporcionar bem-estar aos seus habitantes. Entretanto, quando organizada em termos de desigualdade social, pode ser vivida como espaço de exclusão, geração de sofrimento e acentuação do desamparo.

Segundo Graeff (2014), tanto a luta por uma cidade mais justa, como a que ambiciona que o idoso seja reconhecido como cidadão de direitos, são movimentos que afloraram em mesmo momento histórico e político no Brasil, pós ditadura militar. O vertiginoso processo de urbanização caminha ao lado do também acelerado processo de envelhecimento da população brasileira. Apesar de se constituírem como causas diferentes, estão inter-relacionadas, “pois não há cidade que garanta o bem-estar de seus habitantes se for o palco de descaso em relação aos direitos fundamentais, inclusive aqueles de grupos minoritários, como o dos idosos” (Graeff, 2014: 612).

Entendemos a cidade como ambiente socialmente construído, como espaço identitário, que recebe múltiplas interferências, inclusive e fortemente do capital

financeiro. Não iremos aqui nos estender nesta questão, por escapar ao nosso campo de conhecimento, porém, cabe dizer que, segundo Veras & Felix (2016), a perda do direito à cidade é o último estágio do desmonte do estado de bem-estar social, forjado pelo incremento constante de desigualdades que a própria sociedade mesma produz.

O direito à saúde do idoso, ao envelhecimento com dignidade, ao pleno exercício da participação na vida comunitária e ao lazer, garantidos pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), são ameaçados por diversos fatores ambientais, tais como violência doméstica e urbana, pouca iluminação das ruas, calçadas esburacadas, falta ou inadequação dos meios de transporte público, o esvaziamento do espaço comum, etc. Nossa sociedade, caracterizada como tecnicista e assentada em valores de produção de bens de consumo, de beleza, rapidez e força da juventude, coloca a velhice em um lugar marginalizado, produzindo sofrimentos que se relacionam profundamente com as condições concretas e materiais da vida. Todas as participantes deste estudos, e muitas outras atendidas, relatavam sentimento de insegurança para sair de casa, principalmente, mas não exclusivamente, durante a noite, e realizar suas atividades, tais como ir a banco, fazer compras, ir ao médico, visitar familiares ou amigos, etc, o que pode gerar isolamento e fortes restrições na vida.

Munida desta preocupação, Graeff (2014) discute o conceito de ambiências para destacar não apenas as características materiais do ambiente, mas as relações que as pessoas estabelecem com o lugar em que vivem, cujos atributos são geográfica, histórica, política e culturalmente construídos. O termo ambiência vai além de ambiente, ao ultrapassar o que pode ser objetivamente observado, para alcançar as dimensões sensíveis e sociais do território, ao ressaltar o modo singular com que o local é experimentado. Coloca, assim, a experiência do sujeito, e do grupo ao qual pertence, no centro da reflexão, que tem, portanto, enfoque intrinsecamente interdisciplinar, ao atravessar diversas áreas do conhecimento (Graeff, 2014).

A despeito de reconhecermos que as ambiências são múltiplas e apresentam variações, entendemos que determinadas características lhe imprimem certo perfil, que pode ser compartilhado por muitos. Foi munida desta compreensão que a Organização Mundial de Saúde empreendeu em 2008 pesquisa em 33 cidades dos cinco continentes do mundo, que deu origem ao Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008). Neste estudo, foi perguntado a grupos focais de idosos, cuidadores e prestadores de serviços sobre quais as vantagens e barreiras que encontram na cidade em que vivem. O resultado foi organizado em oito aspectos da vida urbana, a saber: 1) espaços abertos e prédios; 2)



transportes; 3) moradia; 4) participação social; 5) respeito e inclusão social; 6) participação cívica e emprego; 7) comunicação e informação; 8) apoio comunitário e serviços de saúde. Ao final de cada sessão o guia oferece um *check list* para que gestores e população em geral possam avaliar quão amiga do idoso é uma determinada cidade.

De forma resumida, uma cidade amiga do idoso seria aquela que adapta suas estruturas e serviços para que pessoas com diferentes necessidades e graus de capacidade sejam incluídas e tenham acesso aos recursos oferecidos, sem distinção. A heterogeneidade e diversidade precisam ser acolhidas e ter suas necessidades representadas para que uma cidadania plena possa ser exercida. Assim, uma cidade amiga do idoso seria aquela capaz de incluir pessoas de todas as idades, gêneros, condições de mobilidade, origem, cultura e situação socioeconômica.

Construir ambiências urbanas inclusivas é intento desafiador e complexo, principalmente em grandes metrópoles como a cidade de São Paulo, onde significativa parcela da população habita moradias precárias, tais como favelas, cortiços, ocupações, sem terem garantidas suas necessidades básicas e as condições mínimas para um envelhecimento digno. Assim como a alimentação, atividade física, sono e saúde influenciam no processo de envelhecimento, também o fazem as condições de moradia e bem-estar no ambiente que habitamos. Além disso, a tensão nas cidades vai muito além da violência urbana e risco de assaltos. Precariedade no transporte público e grandes avenidas são fatores de difícil enfrentamento, que limitam a liberdade de ir e vir e geram insegurança e desamparo.

Goldfarb (2006) destaca que é possível experimentar situações de fragilidade, vulnerabilidade social e desamparo ao não se encontrar ajuda, proteção e solidariedade em momentos difíceis da vida. A gravidade deste quadro acentua-se pela falta de habitabilidade para a velhice na sociedade contemporânea, geradora de sensação de ameaça constante. Quando esta situação é vivida de forma prolongada, gera sofrimento qualificado pela autora como excessivo, diante do qual a pessoa pode sofrer sem encontrar uma saída. Esta desproteção, somada à forte consciência de finitude, experimentada na velhice, pode impedir de vivenciar o futuro como tempo em que seja possível alguma satisfação.

Finalizamos aqui o presente capítulo, salientando que os quatro campos de sentido afetivo-emocional, subjacentes às histórias de vida das quatro participantes, apontam que sua experiência vivida apresenta-se fortemente marcada por sofrimentos que se vinculam à decadência do corpo, ao fato de serem mulheres, à solidão e por viverem na cidade

grande. Essa predominância do sofrimento que, mesmo quando relacionado ao corpo, está evidentemente conectado, não apenas aos laços próximos, certamente importantes, mas também a contextos macrossociais, motivou-nos a nos debruçarmos, em busca de melhor compreensão do nosso material de pesquisa, sobre a questão dos sofrimentos sociais. Sendo assim, encaminhamos o leitor ao próximo capítulo, no qual consideraremos a experiência vivida de mulheres idosas, aqui estudada à luz do conceito de sofrimentos sociais.



## **Capítulo 6**

### **Envelhecimento Feminino e Sofrimento Social**

Neste ponto do trabalho de pesquisa, no qual objetivamos produzir conhecimento sobre a experiência vivida por mulheres idosas, pudemos acompanhar seus dramas e sofrimentos entendendo que são provocados ou modulados pela vida social. A partir desta constatação, percebemos e defendemos ser fundamental compreendermos a experiência dessas mulheres à luz do conceito de sofrimentos sociais, na medida em que pode iluminar tanto o campo da psicopatologia como as práticas clínicas, em vertentes psicoterapêuticas e psicoprofiláticas.

Partimos da constatação de que a clínica de atendimento psicológico de mulheres idosas, em instituição de saúde pública no Brasil, indica que a clientela que nos chega apresenta características que associam a interseccionalidade de gênero, idade e condição socioeconômica, ou seja, sofrem formas superpostas de discriminação e opressão. Contudo, a escuta atenta de seus dramas nos conduz mais longe, quando revela que suas histórias de vida se apresentam como uma trama, na qual estão indissolivelmente entremeados os acontecimentos biográficos da vida pessoal com o machismo, o etarismo e as dificuldades enfrentadas por aqueles que vivem em condições economicamente desfavorecidas. Em outros termos, constatamos que a opressão interseccional, que nasce em condições sociais objetivas, interfere marcadamente na experiência emocional individual, o que justifica que proponhamos que os campos de sentido afetivo-emocional, que produzimos interpretativamente, com vistas a compreender a experiência vivida pelas participantes dessa pesquisa, sejam pensados como sofrimentos sociais.

O reconhecimento da determinação social de sofrimentos subjetivos parece ter começado a receber maior atenção, por parte dos pesquisadores, a partir do final do século XX, no contexto de importantes investigações, levadas a cabo por Desjourns (1980/1993; 1992), que inauguraram um novo campo de estudos denominado psicopatologia do trabalho (Bouyer, 2015; Martins, Robazzi & Bobroff, 2010; Cardoso, 2001; Mendes, 1995). Segundo Dejours (1992), o sofrimento emocional do trabalhador seria gerado por um descompasso entre a prática laboral e a forma como a atividade é significada.

Tal sofrimento seria vivenciado, mas não poderia ser reconhecido porque seria, nas palavras do autor: “não somente desconhecido fora da fábrica, mas também mal conhecido pelos próprios operários, ocupados que estão em seus esforços para garantir a produção” (Dejours, 1992: 26) e a sobrevivência. Enfim, o mérito desse autor foi o de ter demonstrado, por meio de pesquisas empíricas, de que modo as condições laborais produzem sofrimento, que tanto pode se manifestar somática como psiquicamente.

Posteriormente, Kleinmann (Kleinman, 1998, 1995a, 1995b; Kleinman, Eisenberg & Good, 1978) lançou as bases para que, nos anos 1990, pudesse ser formulado o conceito de sofrimentos sociais de uma forma mais ampla, que o retirava do contexto do estudo das condições de trabalho, para abranger efeitos subjetivos de realidades sociais adversas, tais como da guerra, do racismo, da opressão feminina e perseguição religiosa, entre outros (Kleinman, Das & Lock, 1997; Kleinman, 1995b). Um interessante exemplo de pesquisa, situada no contexto da ampliação do conceito de sofrimento social, é a investigação etnográfica, realizada por ele (Kleinman, 1998), acerca dos efeitos traumáticos da Revolução Cultural Chinesa, abordando memórias de um sobrevivente. Kleinman (1998) faz, a nosso ver, importantes avanços ao compreender o sofrimento emocional como experiência intersubjetiva que também é socialmente situada: “In that intersubjective space, suffering is taken up in engagement with what matters most. Indeed, what is most at stake may be suffering itself and responses to it<sup>31</sup>” (p. 390).

Para compor este quadro, entram em cena a história pregressa do indivíduo, seu projeto de futuro, ou a ausência deste, sua vivência no presente, suas relações, interesses e atividades, que podem oferecer maior ou menor sustentação em face às adversidades da vida. Os suportes que a vida lhe oferece são fundamentais na composição deste quadro, que caracteriza o drama vivido, no sentido politzeriano do termo (Politzer, 1928/1998). Aqui chamamos de suporte tanto aos vínculos de sustentação do indivíduo, tais como relações familiares, amorosas, de amizade, crenças religiosas e espiritualidade, como às condições materiais da vida, que se concretizam em oportunidade de trabalho, acesso à saúde e à educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico e transporte, entre outros. O conceito de suportes sociais guarda forte afinidade com o de sofrimentos sociais, pois seria seu contraponto, aquilo que é capaz de combater-lo e superá-lo.

Nesta perspectiva, a intersubjetividade parte da ideia de uma ligação, algo que se estabelece com um outro e que se resulta do encontro, promovendo uma comunicação. O sofrimento, à vista disso, sempre se dá a partir de uma relação, mas essa, por seu turno, insere-se em contextos históricos e sociais específicos.

O conceito de sofrimento social nasce, assim, no seio da antropologia (Gonçalves, 2014; Nunes, 2014; Das, 2011; Fonseca, 2011; Kleinman, Das, Lock, 1997; Kleinman, 1995b), mas se expande para outros contextos, tais como o da filosofia (Safatle, 2011;

---

<sup>31</sup> Nesse espaço intersubjetivo, o sofrimento é absorvido pelo que mais importa. De fato, o que está mais em jogo pode ser o sofrimento e as respostas a ele (tradução livre da autora).

Renault, 2010), da saúde pública (Adorno & Vasconcellos, 2011), da sociologia (Valencio, 2014; Werlang & Mendes, 2013), da psicologia (Chinalia, Assis, Visintin & Aiello-Vaisberg, 2018; Visintin e Aiello-Vaisberg, 2017; Aiello-Vaisberg, 2017; Visintin, 2016; Ambrosio, Aiello-Fernandes, & Aiello-Vaisberg, 2013; Carvalho, 2008; Carreteiro, 2003, Mendes, 1995), da enfermagem (Martins, Robazzi & Bobroff, 2010), da comunicação social (Marques, Martino & Coêlho, 2016) e da engenharia de produção (Bouyer, 2015), todos em interface com a área da saúde.

Muitas vezes este conceito não esteve expresso, porém estava presente na preocupação com as condições concretas e ambientais na composição do sofrimento. Isto se deu na obra do Bleger (1963/1984) e, em nosso meio, na tese de Livre Docência de Tardivo (2004), que estudou o sofrimento de jovens indígenas aculturados na cidade de São Gabriel da Cachoeira. Entre estes jovens havia alto índice de alcoolismo e suicídio, além de condições sociais incapazes de oferecer uma sólida identidade e sustentação às suas necessidades.

Cabe destacar que o termo sofrimento social pode ser utilizado de duas formas (Aiello-Vaisberg, 2017). A primeira, mais ampla, baseia-se na compreensão de que todo e qualquer sofrimento emocional tem origem social, na medida em que entendemos que o ser humano se define e se constitui num mundo social e que a vida se dá na coexistência (Bleger, 1963/1984). O outro sentido, mais restrito, é aquele que adotamos na presente pesquisa, na medida em que há interesse em demonstrar vinculação entre sofrimento emocional e condições sociais mais específicas, tais como o racismo, o sexismo ou o etarismo, na busca de detalhamentos que possam contribuir para a instauração de transformações sociais.

O conceito de sofrimento social está, portanto, fortemente relacionado à preocupação com a valorização da vida humana, no contexto da qual o acesso ao trabalho, ao saneamento básico, à saúde, à educação, à moradia, ao transporte e outros, ganham importância, com destaque para os efeitos subjetivos de experiências de opressão, discriminação e exclusão, geradoras de sentimentos de desamparo, humilhação, culpa e injustiça (Aiello-Vaisberg, 2017; Ambrosio, Aiello-Fernandes, Aiello-Vaisberg, 2013). Desse modo, quando as condições concretas de vida são adversas, deixando de favorecer convivências respeitadas e solidárias, pode-se padecer em virtude de razões socialmente determinadas.

Vale a pena destacar a discussão proposta por Renault (2010) da relação entre sofrimento e patologia social como um desafio para a filosofia. Esse autor usa o termo sofrimento social, em sua relevância política e teórica, para designar os aspectos da injustiça contemporânea. Destaca que as pesquisas dos programas de sociologia, psicologia social e antropologia, dedicados ao estudo dos sofrimentos sociais, questionam claramente as fronteiras disciplinares. A seu ver, as indagações que estas áreas levantam não podem ser respondidas apenas por uma delas isoladamente. Quanto à filosofia:

is condemned to epistemological conservatism. The issue of social suffering is able precisely to throw such conservatism into doubt. Research programmes on social suffering are engaged in processes of subversion of the principles, methods and boundaries that are dominant in sociology, psychology and anthropology<sup>32</sup> (Renault, 2010: 228).

O conceito de sofrimento social desafia, portanto, as fronteiras disciplinares, tradicionalmente estabelecidas, para demarcar os fenômenos individuais e sociais e permite um passo além na superação da visão dualista do humano. Para o autor (Renault, 2010), o novo conceito facilita que certas questões, que anteriormente permaneciam como demandas psicológicas individuais, ou no máximo associadas a interações problemáticas entre pessoas, de caráter privado, possam interrogar a sociedade de modo público. Trata-se, portanto, de uma importante resposta ao reducionismo psicológico que, ao mesmo tempo, valoriza eticamente a vida emocional.

Como já tivemos oportunidade de colocar, a ideia de que as formas de sofrimento podem variar de acordo com circunstâncias históricas, culturais e sociais está em profunda sintonia ao pensamento de Bleger (1963/1984), Politzer (1928/1998) e da psicologia concreta que praticamos. Renault (2010, 2008) também compartilha deste pensamento ao destacar as feições eminentemente políticas e sociais do sofrimento, que só pode ser compreendido de forma contextualizada. Porém, cabe evidenciar que, a depender do contexto em que ocorrem, certos usos e costumes podem ser seguidos como norma, sem que haja espaço para qualquer tipo de questionamento, mesmo silencioso, por parte das vítimas.

Sensível a esta questão, Carreiro (2003) evidencia a lógica da invisibilidade do sofrimento, na qual a exclusão gera sentimentos que são relegados e passam por um

---

<sup>32</sup> é condenada a um conservadorismo epistemológico. A questão do sofrimento social é precisamente capaz de colocar em dúvida tal conservadorismo. Programas de pesquisa sobre sofrimento social estão envolvidos em processos de subversão dos princípios, métodos e limites que são dominantes na sociologia, psicologia e antropologia (tradução livre da autora).

processo de anulação, apagamento, invalidação e depreciação. A expressão destes afetos não encontra suporte no coletivo e é censurada pela própria pessoa que o vive, que passa a habitar um lugar de inutilidade:

Os indivíduos que compõem o imaginário da inutilidade não encontram uma inscrição positivada nos grandes projetos institucionais (educação, escola, saúde, trabalho). As inscrições oferecidas pelas instituições marcam-lhes de forma negativa, estabilizando lugares sociais considerados inúteis (Carreiro, 2003: 60).

Vivemos em uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo. Neste cenário, o velho é forte candidato a ocupar o imaginário de inutilidade, tanto quando está doente e fragilizado, quanto quando está saudável e ocupado com afazeres da vida. Um exemplo interessante do discurso social de exclusão do velho nos é apresentado por Goldfarb (2006) sobre o modo como nos referimos aos direitos previdenciários dos idosos, chamando-os de benefícios. Este modo de expressar coloca o velho no lugar de encargo, favorecido e usurpador. De forma quase imperceptível, mina-se a subjetividade do idoso que passa a se identificar com o lugar de beneficiário, de problema para a sociedade, que, benevolente, o carrega nas costas. Essa posição apaga a história e o direito de pessoas que contribuíram ao longo de toda uma vida para receber parte pequena do que ofereceram à sociedade, enfraquecendo sua presença no mundo.

Este lugar de menos valia é fonte de humilhação, e pode sinalizar uma condição na qual a injustiça sofrida pode indicar desmedida arbitrariedade, que se contrapõe novamente à pessoa que sofre a injustiça, ao invés de combater quem a comete. Além disso, os pactos e normas sociais podem não favorecer uma apreensão da iniquidade do cenário vivido (Renault, 2008). Nesta linha, Marques *et al* (2016) afirmam que as vítimas seriam caracterizadas pelo mutismo, “privadas dos meios de testemunhar a injustiça que sofrem” (p. 60).

Essa condição desvalorizada do idoso está estreitamente vinculada à cultura e aos costumes, nada apresentando de natural. Uchôa (2003) oferece alguns interessantes exemplos de trabalho etnográfico que mostram uma posição bem diferente daquele que envelhece em sociedades como o exemplo dos *Bambara* do Mali, com quem trabalhou em 1988:

Os Bambara consideram a velhice uma conquista. Para eles, o envelhecimento é concebido como um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Ser velho significa ter vivido, ter criado filhos e netos, ter acumulado



conhecimento e ter conquistado, através destas experiências, um lugar socialmente valorizado. Os Bambara constituem um exemplo atual da situação privilegiada dos idosos em algumas sociedades africanas. Para os Bambara, a idade é um elemento determinante da posição de cada indivíduo na sociedade. Toda a vida social é organizada segundo o princípio da senioridade. Considera-se que os mais velhos estão mais próximos dos ancestrais e, por esta razão, detêm a autoridade. Respeito e submissão marcam o conjunto de atitudes e comportamentos dos mais jovens para com os mais velhos (Uchôa, 2003: 850).

Para além da visão romantizada e idealizada de velhice, presente também em nossa sociedade ocidental, na imagem do velho sábio, bom e jovial, ou na terminologia “melhor idade”, esse trecho ajuda na tarefa de descristalizar a velhice como decrepitude e inutilidade, para concebe-la como criação que pode ser vivida de tantas formas quanto as pessoas reais e concretas puderem reinventá-la. Trabalhos como este são importantes por questionar os mitos do ser humano isolado, natural e abstrato (Bleger, 1963/1984) e oferecer uma visão proveitosa do que se passa em nossa e em outras sociedades, fenômenos profundamente influenciados pela cultura.

Consideramos que as interpretações, produzidas na presente pesquisa, permitem que sustentemos que a condição vivida pelas participantes da presente pesquisa pode ser melhor compreendida se considerarmos que suas histórias revelam experiências profundamente marcadas por sofrimentos socialmente determinados. Sendo assim, clamam por uma clínica social que, sem desconsiderar a importância fundamental de movimentos de luta por transformações sociais, no sentido da diminuição da desigualdade econômica e do combate às opressões de gênero, classe, idade e raça-etnia, possa lidar com experiências de desamparo, humilhação e injustiça, por meio do *holding* compreensivo e reconhecimento ético e solidário.



## REFERÊNCIAS

- Adorno, R.C.F, & Vasconcellos, M.P. (2011). Para Viver e Pensar Além das Margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da Saúde Pública. *Saúde Soc.* São Paulo, 20(1), 86-94.
- Adorno, S., & Salla, F. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. *Estud. av.* [online]. 2007, 21(61), 7-29. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142007000300002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300002&lng=pt&tlng=pt).
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2017). Estilo Clínico Ser e Fazer: Resposta Crítico-Propositiva a Despersonalização e Sofrimento Social. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 37(92), 41-62.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). Psicologia Clínica Social na Esteira da Psicohigiene e da Psicologia Institucional. *Anais da XII Jornada Apoiar: A Clínica Social – Propostas, Pesquisas e Intervenções*.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). O uso de materialidades mediadoras na psicoterapia de grupo Winnicottiana: A proposta Ser e Fazer. *Anais do XIV Simpósio Cefas: Vínculos na Pós-Modernidade e Intervenções Clínicas: grupos, casal, família e instituições* (pp. 219-227). Campinas, São Paulo, 2011.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). Etre un psychanalyste qui faire autre chose: Art-thérapie dans la clinique winnicottienne du self. *Profession art-thérapeute. Issy-les-Molineaux: Elsevier-Masson*, 131-136.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Subjetividade e alteridade: considerações sobre o fundamento de uma clínica grupal na perspectiva winnicottiana. *Revista da SPAGESP*, 10, 26-33.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007) *Preconceito, Exclusão e Perversão social: Pesquisa Psicanalítica sobre Potencialidade Mutativa de Práticas Psicológicas em Instituições*. Grupo de Pesquisa: Atenção Psicológica em Instituições: Prevenção e Intervenção. Projeto Temático para Orientação de Iniciações Científicas e Mestrados e Doutorados do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). Ser um psicanalista que faz outra coisa: artepsicoterapia na clínica winnicottiana do self. In: Arcuri, I.G. *Arteterapia: um novo campo do conhecimento* (pp. 117-126). São Paulo: Vetor.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2005). Consultas Terapêuticas Coletivas e Abordagem Psicanalítica do Imaginário Social. *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 27-44.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). *Ser e Fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003a). Da Questão do Método à Busca do Rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica. *Cadernos Ser e*

*Fazer: Apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 36-43.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003b). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14, 95-128.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia* (Tese de Livre Docência em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., & Ambrosio, F.F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. *Cadernos Ser e Fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*, São Paulo, 05-08.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Belluzzo, S.R.G., & Corbett, E. (2007). "Graças a deus": o imaginário coletivo de mulheres sobre o câncer de mama. *Anais do VIII Simpósio CEFAS e Jornada FLAPAG* (pp. 93-97).

Aiello-Vaisberg, T.M.J., & Granato, T.M.M. (2006). *Ser e Fazer na Clínica Winnicottiana da Maternidade*. 1a ed. São Paulo: Idéias e Letras.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2008). Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In: Monzani, J., Monzani, L.R. (Orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann: uma viagem psicanalítica* (pp. 311-324). São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH, UFSCar.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, & M. C. L. (2005). Narrativas: o gesto do sonhador brincante. *Enc Lat dos estados gerais da psicanálise*, 4.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*, 1, 39-52.

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., & Ambrosio, F.F. (2003) A Alma, o Olho e a Mão. In: Aiello-Vaisberg, T.M.J. *Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana* (pp. 89-110). São Paulo: Ideias e Letras.

Aldana, M. (2008). Vozes Católicas no Congresso Nacional: Aborto, Defesa da Vida. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(2), 639-646.

Altman, M., Yamamoto, K., Schwarz, L.R., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2008). Atendimento em psicoterapia breve operacionalizada a idosos. In: Tardivo, L.S.P.C., Gil, C.A. (Orgs.). *APOIAR novas propostas em psicologia clínica* (pp. 235-247). 1a ed. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.

Alvi, S., & Zaidi, A. U. (2017). Invisible Voices: An Intersectional Exploration of Quality of Life for Elderly South Asian Immigrant Women in a Canadian Sample. *Cross Cult Gerontol*, 32(2), 147-170.

Ambrosio, F.F. (2013). *O estilo clínico 'Ser e Fazer' na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias* (Tese de Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

- Ambrosio, F.F. (2005). *Ser e Fazer - Arte de Papel: uma oficina inclusiva* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ambrosio, F.F., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). A Importância do Conceito de Campo no Procedimento de Ambrosio e Vaisberg. *XII Jornada APOIAR* (pp. 122-134). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Ambrosio, F.F., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). O estilo clínico ser e fazer como proposta para o cuidado emocional de indivíduos e coletivos. *Revista da SPAGESP*, 10, 39-44.
- Ambrosio, F.F., Aiello-Fernandes, R., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Pesquisando Sofrimentos Sociais com o Método Psicanalítico: considerações conceituais. In: L.S. de L.P.C. Tardivo, L.S.L.P.C., & T.M.J. Aiello-Vaisberg. *XI Jornada Apoiar: Adolescência, Identidade e Sofrimento na Clínica Social*. IPUSP: São Paulo. 2013.
- Araújo, I.A., Queiroz, A.B.A., Moura, M.A.V., & Penna, L.H.G. (2013). Representações Sociais da Vida Sexual de Mulheres no Climatério Atendidas em Serviços Públicos de Saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 22(1), 114-22.
- Aros, A.C.S.P.C., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009) Clube da Luta: Sofrimentos Radicais e Sociedade Contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11, 3-16.
- Assis, N.D.P., Riemenschneider, F., Silva, A.O., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). O Psicólogo no Abrigo: Considerações Iniciais. *XIII Jornada Apoiar - Cuidado e Prevenção em Saúde Mental: Propostas e Pesquisas* (pp. 313-321).
- Assis, N.D.P., Riemenschneider, F., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Considerações Preliminares sobre Relações entre Idosos e Adolescentes. *XI Jornada Apoiar: Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social* (pp. 133-150).
- Azeredo, Z. (2008). A Família como núcleo de mudança cultural. In: Jorge, V.J., & Macedo J.M. (Orgs.). *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*. Porto: Afrontamento, 2008.
- Azeredo, Z., & Afonso, M.A.N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 19(2), 313-324.
- Bandeira, L.M. (2014). Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, 29(2), 449-469.
- Barbosa, K.G. (2017). *Estudos Feministas*, Florianópolis, 25(3), 1437-1447.
- Barros, M.M.L., & Goldman, S.N. (1999). Bate-papo intergeracional na Internet. Sexo, agressão e realidade virtual. *Cadernos Pagu*, (13), 37-62.
- Beauvoir (1980). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1949)
- Belluzzo, S.R.G., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). The First Experience of Clinical Practice on Psychology Students? Imaginary. *Paidéia*, v23, 389-396.

- Bercherie, P. (1980). *Histoire et structure du savoir psychiatrique*. Tournai-Belgique: Ed. Navarin.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Artes Médicas: Porto Alegre.
- Bleger, J. (1984) *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)
- Bleger, J. (1977). *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidos.
- Bleger, J. (1958) *Psicoanalisis y Dialectica Materialista*. Buenos: Nueva Vision.
- Botelho, A.A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Desenvolvimento de capacidades e gestualidades espontâneas. *Paidéia*, 21, 257-262.
- Bouyer, G. C. (2015). Sofrimento social e do trabalho no contexto da área “saúde mental e trabalho”. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 106-119.
- Brasil. (2003). Lei no 10.741, de 1 outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)
- Braz, E., & Ciosak, S. I. (2009). O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc. Anna Nery*, 13(2), 372-377.
- Brown TH, Richardson LJ, Hargrove TW, & Thomas CS. (2016). Using Multiple-hierarchy Stratification and Life Course Approaches to Understand Health Inequalities: The Intersecting Consequences of Race, Gender, SES, and Age. *Health Soc Behav*, 57(2), 200-22.
- Camarano, A.A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas E. V. et al. (org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-71). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Campos, R.D. (2015). A educação do corpo feminino no Correio da Manhã (1901-1974): magreza, bom gosto e envelhecimento. *Cadernos Pagu* (45), 457-478.
- Camps, C.I.C.M. (2009). *Ser e Fazer na Escolha Profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Camps, C.I.C.M. (2003). *A Hora do Beijo: Teatro Espontâneo com Adolescentes numa Perspectiva Winnicottiana* (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cardoso, M.R. (2001). Christophe Déjours: entrevista. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, IV(2), 89-94.
- Carmona, C.F., Couto, V.V.D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A Experiência de Solidão e a Rede de Apoio Social de Idosas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 19(4), 681-691.

- Carmona-Torres, J. M., Carvalhal-Silva, R.M., Viera-Mendes, M.H., Recio-Andrade, B., Goergen, T., & Rodríguez-Borrego, M.A. (2017). Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25.
- Carreteiro, T.C. (2003). Sofrimentos Sociais em Debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57-72.
- Carvalho, J.E.C. (2008). Violência e Sofrimento Social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde Soc*, 17(3), 9-18.
- Castro, T. (2012). Corpo, Envelhecimento e Felicidade. *Cadernos Pagu* (39), 461-474.
- Chinalia, M.J.S., Assis, N.D.P., Visintin, C.D.N., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2018). Furtos de Bagatelas e Sofrimentos Sociais: uma interlocução com o pensamento wonnicottiano. *Psic. Rev.*, São Paulo, 27(1), 35-56.
- Consolato Generale d'Italia. Perguntas Frequentes - CIDADANIA ITALIANA. Recuperado de [https://consanpaolo.esteri.it/consolato\\_sanpaolo/pt/la\\_comunicazione/domande\\_frequenti/perguntas-frequentes-cidadania.html](https://consanpaolo.esteri.it/consolato_sanpaolo/pt/la_comunicazione/domande_frequenti/perguntas-frequentes-cidadania.html).
- Corbett, E. (2014). "Contos sem fadas": mães e filhos em situação de violência doméstica. Tese (Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUC Campinas.
- Corbett, E. (2009). "Até que a morte nos separe" e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade (Dissertação de Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Crenshaw, K. W. (2004). A Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero* (pp. 7-16). Brasília: Unifem. 2004.
- Crenshaw, K. W. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. *Estudos Feministas*. Ano 10, 171-188.
- Cruz, S. T. M. da, Espíndula, D. H. P., & Trindade, Z.i A. (2017). Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. *Psico-USF*, Bragança Paulista, 22(3), 555-567.
- Das, V. (2011). O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu* (37), 9-41.
- Dagfal, A. (2009). *Entre Paris y Buenos Aires*. Buenos Aires: Paidós.
- Debert, G.G. (2016). Migrações e o Cuidado do idoso. *Cadernos Pagu*, (46), p.129-149. ISSN 0104-8333
- Debert, G.G. (2011). Velhice e tecnologias do rejuvenescimento. In: Goldenberg, M. (Org.). *Corpo envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Debert, G.G. (2003). O velho na propaganda. *Cadernos Pagu*, (21), 133-155.

- Debert, G.G. (1999). Apresentação. *Cadernos Pagu*, (13).
- Dejours, C. (1992). A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5a ed. Ampliada. São Paulo: Cartaz - Oboré.
- Dejours, C. (1993). Por Alain Morice. Travail: usure mentale – De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris: Bayard Éditions. (Original publicado em 1980)
- Delgado, A.F. (1999). Memória, trabalho e identidade: as doceiras da cidade de Goiás. *Cadernos Pagu*, (13), 293-325.
- Del Rosso, T. (2017). There's a cream for that: A textual analysis of beauty and body-related advertisements aimed at middle-aged women. *Women Aging*, 29(2), 185-197.
- Dias, D.S.G., Carvalho, C.S. & Araújo, C.V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(1), 127-138.
- Doll, J. (1999). Satisfação de vida de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha. *Cadernos Pagu*, (13) 1999: 109-159.
- Duarte, M.C.S., Fernandes, M.G.M., Rodrigues, R.A.P., & Nóbrega, M.M.L. (2013). Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. *Rev. bras. enferm.*, 66(6), 901-906.
- Durkheim, E. (1978). *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Editora Abril. Coleção Os Pensadores.
- Fairbairn, W.R.D. (1942). Revision of Psychopathology of Neuroses and Psychoses. In: *Psychoanalytical Studies of the Personality*. [Versão digital em Adobe Reader]. Kindle, 2013. (Original publicado em 1952).
- Fanon, F. (1952). *Pele negra, máscaras brancas*. Trad. de Maria Adriana da Silva Caldas. Salvador, Livraria Fator.
- Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R., & Ferreira, M. E. C. (2013). Menopausa: Marco Biopsicossocial do Envelhecimento Feminino. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 410-419.
- Ferreira, A. M. (2009). O adolescente, o analista e o grupo. In: Ferreira, A.M. *A presença de Winnicott no viver criativo: diversidade e interlocução* (pp. 216-228). São Paulo: Editora Zy.
- Ferreira, A. M. (2007). Donald Woods Winnicott, um olhar sobre sua vida e obra. In: Ferreira, A.M. *Espaço Potencial Winnicott: diversidade e interlocução* (pp. 14-28). São Paulo: Landy Editora.
- Ferreras, N.O. (1999). Carolina Muzilli ou a costureira que não deu o “mau passo”. *Cadernos Pagu*, (13), 253-292.
- Fonseca, C. (2011). The De-Kinning of Birthmothers: Reflections on Maternity and Being Human. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 8(2), 307-339.



- Frederico, C. (1979). *A Vanguarda Operária*. São Paulo, Edições Símbolo, 1979.
- Freitas, L.M., Chaves, S.N. (2013). Desnaturalizando os Gêneros: uma Análise dos Discursos Biológicos. *Revista Ensaio*, 15(3), 131-148.
- Freitas, M.C., Dornelas, T., & GIL, C.A. (2017). Expectativas e Concepções de trabalho na velhice em homens na meia idade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8, 43-64.
- Freud, S. (1948). Algunas Ideas sobre el Desarrollo y la Regresión. In: Freud, S. *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva. (Original publicado em 1916).
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia: Psicanálise e Teoria da Libido. In: Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1922)
- Freud, S. (1948) *La interpretación de los sueños*. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva. (Original publicado em 1900)
- Frosh, S. (2014). The Nature of the Psychosocial: Debates from Studies in the Psychosocial. *Journal of Psycho-Social Studies*, 8(1), 159-169.
- Frosh, S., & Baraitser, L. (2008) Psychoanalysis and Psychosocial Studies. *Psychoanalysis, Culture and Society*, 13, 346–365.
- Frosh, S. (2007). Disintegrating Qualitative Research. *Theory and Psychology*, 17, 635–653.
- Furquim, G.; Tachibana, M.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Humilhação: Perversão ou Proteção? *XI Jornada APOIAR* (pp. 114-124). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Gabriel Filho, L.T., Souza, C.M., Guimaraes, D.A., Menezes, S.L., Cruz, M.S., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2010). Encontros terapêuticos em saúde mental: potencialidade de uma experiência clínica intersubjetiva. *Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 1, 1-1.
- Gasparotto, L.P.R., & Santos, J.F.F.Q (2012). A importância da análise dos gêneros para fisioterapeutas: enfoque nas quedas entre idosos. *Fisioter. mov.*, 25(4), 701-707.
- Gatti, A.L., Witter, C., Gil, C.A., & Vitorino, S.S. (2015). Pesquisa Qualitativa: Grupo Focal e Intervenções Psicológicas com Idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, 20-39.
- Gil, C. A., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2011a). A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Mudanças (IMS)*, 19, 19-30.
- Gil, C.A., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2011b). A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e no I Congresso Ibero-Americano*, v. 1.

- Gil, C.A. (2010). *Recordação e Transicionalidade: A Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos* (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gil, C. A. (2005). *Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Godoy, A.S. (1995). Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. *Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV*, 35(2), 57-63.
- Goldani, A.M. (2010). Desafios do "preconceito etário" no Brasil. *Educação e Sociedade*, Campinas, 31(111).
- Goldenberg, M. (2011). *Corpo, Envelhecimento e Felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Goldfarb, D.C. (2006). Velhices Fragilizadas: espaços e ações preventivas. *Velhices: Reflexões Contemporâneas*, 1.
- Goldfarb, D.C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- Gonçalves, M.A. (2014). Um mundo feito de papel: Sofrimento e Estetização da Vida (Os Diários De Carolina Maria De Jesus). *Horizontes Antropológicos*, ano 20, 42, 21-47.
- Gonçalves, E., & Pinto, J.P. (2011). Reflexões e problemas da “transmissão” intergeracional no feminismo brasileiro. *Cadernos Pagu*, (36), 25-46.
- Gradwohl, S.M.O. (2015). *Vivências de Casais que Optaram por não Ter Filhos* (Tese de Doutorado em Tocoginecologia). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Graeff, B. (2014). A pertinência da noção de ambiências urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 17(3), 611-625.
- Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J (2016). Interactive narratives in the investigation of the collective imaginary about motherhood. *Estudos de Psicologia*, 33, 25-35.
- Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças, Psicologia da Saúde*, 12(2), 253-271.
- Granato, T.M.M. (2000). *Encontros Terapêuticos: a Preocupação Materna Primária à Luz do Pensamento de Winnicott* (Dissertação de Mestrado Instituto de Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press, 1983.

- Groes-Green, C. (2016). Exploração ou gratidão? Patronagem íntima e a gramática moral das trocas sexuais econômicas entre jovens curtidoras e europeus mais velhos, expatriados, em Maputo – Moçambique. *Cadernos Pagu*, (47), 224-249.
- Groisman, D. (1999). Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cadernos Pagu*, (13), 161-190.
- Grün, R. (1999). Conflitos de geração e competição no mundo do trabalho. *Cadernos Pagu*, (13), 63-107.
- Guedes, M. E. F. (1995). Gênero, o que é isso?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15(1-3), 4-11.
- Hareven, T.K. (1999). Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. *Cadernos Pagu*, (13), 11-35.
- Herrmann, F. (2004). *Introdução à Teoria dos Campos*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 2001)
- Herrmann, F. (1991). *Clínica psicanalítica: A arte da interpretação*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Herrmann, F. (1991). *O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense. (Original publicado em 1979)
- Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In: Herrmann, F., Lowenkron, T (Orgs.). *Pesquisando com o método psicanalítico* (pp. 430-84). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hinze, S.W, Lin, J., & Andersson, T.E (2012). Can we capture the intersections? Older Black women, education, and health. *Womens Health Issues*, 22(1), 91-98.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). *Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2015: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil*. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Brasil.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015). *Síntese de Indicadores Sociais e Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Brasil.
- Imoniana, B.B.S., Schwarz, L.R., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2008). Psicoterapia breve operacionalizada em idoso: Um estudo de caso. *VII Congresso Nacional de Psicologia da Saúde - Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp. 127-130). Lisboa: ACTAS.
- Jaspers, K. (1972). *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro: Atheneu. (Trabalho original publicado em 1913).
- Kamkhagi, D. (2008). *Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera.

- Kleinman, A. (1998). Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. In: Peterson, G. (Ed.) *The Tanner Lectures on Human Values*. Vol. 20. Salt Lake City: University of Utah Press.
- Kleinman, A. (1995a). The social course of chronic illness: Delegation, resistance and transformation in North American and Chinese societies. In: Toombs, S.K., Barnard, D., & Carson, R. (Eds.). *Chronic Illness: From Experience to Policy* (pp. 176-188). Bloomington: Indiana University Press.
- Kleinman, A. (1995b). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. In: Kleinman, A. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine* (pp. 95-119). Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kleinman, A., Das, V., Lock, M. (1997). Social Suffering. Berkeley: University of California Press. 1997.
- Lagache, D. (2013). *L'Unité de la Psychologie*. Paris: PUF. (Original publicado em 1949)
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1992). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laznik, M.C. (2014). Dores e delícias da menopausa: o que 'a feminilidade' tem a ver com isso? *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(1), 331-346.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de Soi*. Paris: Metaillé.
- Lemgruber, I.O.C. (2005). *Olhar para Winnicott: o ambiente e a dependência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Departamento de Psicologia, Puc Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Lino da Silva, M.E. (1993). Pensar em Psicanálise. In: Silva, M.E.L. *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus.
- Loparic, Z. (2014). Temporalidade e regressão. *Winnicott e-prints*, 9, 1-19.
- Loparic, Z. (2007). Origem em Heidegger e Winnicott. *Natureza Humana*, 9, 243-273.
- Loparic, Z. (2002). Winnicott's paradigm outlined. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 5(1), 61-98.
- Machado, M.C.L. (1995). *Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental* (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Machado, M.C.L., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). O Brincar e a Sexualidade: Considerações sobre o Erotismo e o Desejo à Luz da Psicanálise Winnicottiana. In:

- Vaisberg, T.M.J., & Ambtósio, F.F. (Orgs.). *O Brincar* (pp. 18-23). 1a ed. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. v. 1.
- Manna, R.E. (2013) *O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). Encontro com a Caixa de Relíquias: Potencialidade Mutativa de Acompanhamento Terapêutico com Idosos. *XIII Jornada APOIAR* (pp. 358-371). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Rabiscos-brincadeiras: por uma clínica psicanalítica da transicionalidade. *Rabisco Revista de Psicanálise*. 3 (1), 87-93.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Materialidade e Holding no atendimento a idosos: a potencialidade mutativa de um enquadre diferenciado. *II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde*. Faculdade Metodista em São Paulo (mesa-redonda).
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). El Estilo Clínico Ser y Hacer: Un Modo Diferente de Practicar Psicoanálisis en Equipamientos de la Salud Pública. In: Profeta, M.S. (Org.). *Trauma, História y Subjetividad* (pp. 60-61). Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). A artepsicoterapia Ser e Fazer no atendimento ao paciente idoso. *Congresso Luso Brasileiro da Psicologia da Saúde*. Faro, Portugal.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006a). Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados: Bordando a Vida Ponto-a-Ponto. *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários Coletivos como Mundos Transicionais* (pp. 95-115). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006b). Marathonist, Aninha, Runner, Flor: Stories Embroidered by Patients *XVI Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo*. São Paulo.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006c). The Workshop "Being and Doing" of Tapestry and Other Embroideries: A Differenced Modality of Group Psychotherapy in Public Health Care. *XVI Congresso Internacional de Psicoterapia de Grupo*. São Paulo.
- Manna, R.E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2005). Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados: Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública. *IX Congresso Paulista de Saúde Pública: Saúde e Desenvolvimento*. Santos.
- Manna, R.E., Micelli-Baptista, A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). Tapeçaria e Biscuit: Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública In: *Práticas Psicológicas em Instituições: uma reflexão sobre os Serviços-Escola* (pp. 99-108). São Paulo: Vetor Editora.

- Manna, R.E., Micelli-Baptista, A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2005). Tapeçaria e Biscuit: Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública. *XIII Encontro de Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo: Práticas Psicológicas em Instituições*. São José dos Campos.
- Manna, R.E., Micelli-Baptista, A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Bordado e Biscuit: Oficinas Ser e Fazer em Equipamentos de Saúde Pública *XIII Encontro Latino Americano sobre o Pensamento de D.W. Winnicott*. Porto Alegre.
- Manna, R.E., Mencarelli, V.L., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). Da flor frágil e despetalada ao brotar da Florzinha: menina super poderosa. *I Simpósio Internacional de Pesquisa em Psicoterapia*. Campinas.
- Marcoccia, M.C.M. (2017). *A experiência materna na clínica da obesidade infantil: estudo psicanalítico* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marques, A.C.S., Martino, L.M.S., & Coêlho, T.F. (2016). Alteridade, sofrimento social e potência política em relatos de si no projeto “SP Invisível” no Facebook. *Intercom – RBCC*, 39(3), 55-79.
- Martins, J.T., Robazzi, M.L.C.C., & Bobroff, M.C.C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Rev Esc Enferm USP*, 44(4), 1107-11.
- Medeiros, T. F. R., Santos, S. M. P., Xavier, Al. G., Gonçalves, R. L., Mariz, S. R., Sousa, F. L. P. (2016). Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 jun,37(2):e57350.
- Medeiros, C., Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). Acordes do Sofrimento Humano. *Contextos Clínicos*, v. 3, p. 97-105.
- Meira, E.C., Reis, L. A., Gonçalves, L.H.T., Rodrigues, V.P., & Philipp, R.R. (2017). Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Esc. Anna Nery*, 21(2).
- Mello Filho, J., & Silva, A.L.M.L. (Orgs.). (1995). *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- Mencarelli, V.L. (2010). *Compaixão na Contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s)*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Mencarelli, V.L. (2003). *Em Defesa de uma Clínica Psicanalítica Não Convencional: Oficinas de Velas Ornamentais com Pacientes Soropositivos* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mencarelli, V.L., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: Gioia-Martins, D.F. *Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional* (pp. 45-64). São Paulo: Editora Vetor.

- Mendes, A. M. B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol. cienc. prof.*, 15(1-3), 34-38.
- Merighi, M.A.B., Oliveira, D.M.D., Jesus, M.C.P.D., Souto, R.Q., & Thamada, A.A. (2013). Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. *Rev. esc. enferm.* 47(2), 408-414.
- Mizrahi, B.G., & Garcia, C.A. (2007). A capacidade de estar só: um contraponto winnicottiano ao ideal contemporâneo de autonomia absoluta. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 13(2), 267-280.
- Mott, M.L. (1999). Revendo a história da enfermagem em São Paulo (1890-1920). *Cadernos Pagu*, (13), 327-355.
- Motta, A.B. (1999a). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, (13), 191-221.
- Motta, I. F. (2008). Intervenções psicoterápicas em instituições públicas de saúde: orientação de pais - alcance e limites. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 194-194.
- Motta, I. F. (1999b). O Viver Criativo com o olhar de D.W. Winnicott. 1a ed. São Paulo: Editora Lemos.
- Motta, I. F. (1997). Sobre consultas terapêuticas: os rabiscos de Fernando e Ivonise. In: Motta, I.F. *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade* (pp. 61-72). Lemos Editorial: São Paulo.
- Motta, I. F. (1996). Potencialidade para a saúde ou algumas reflexões sobre a capacidade para a integração. In: Motta, I.F. D. W. *Winnicott na Universidade de São Paulo. O verdadeiro e o falso: a tradição independente na psicanálise contemporânea* (pp. 131-142). São Paulo: IPUSP.
- Nações Unidas no Brasil. A ONU e as pessoas idosas. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>.
- Nações Unidas no Brasil. Igualdade de Gênero. DOCUMENTOS TEMÁTICOS Nações Unidas do Brasil. Recuperado de [https://www.nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Temático-ODS-5-Igualdade-de-Genero-editorado\\_11junho2017.pdf](https://www.nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Temático-ODS-5-Igualdade-de-Genero-editorado_11junho2017.pdf).
- Naffah Neto, A. (2015). A carne (chair) como referência ontológica da mãe suficientemente boa: aproximando Merleau-Ponty e Winnicott. *Natureza Humana*, 18, 61-74.
- Naffah Neto, A. (2010). Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza Humana*, 12, 01-18.
- Naffah Neto, A. (2008). Contribuições winnicottianas à clínica da neurose obsessiva. *Percurso Revista de Psicanálise*, XXI, 27-36.

- Nunes, M. de O. (2014). Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 21(2), 403-420.
- Omran, A.R. (1971). The epidemiologic transition: theory of epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.
- ONU. Organização das Nações Unidas – Brasil. (2017). *Igualdade de Gênero: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas*. Documento elaborado pelo subgrupo do ODS 5 do Grupo Assessor das Nações Unidas no Brasil sobre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.
- OMS. Organização Mundial de Saúde (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. Genebra, Suíça: OMS, 2008.
- Orange, D.M. (1995). *Emotional Understanding: Studies in Psychoanalytic Epistemology*. New York: Guilford Press.
- Oudshoorn, N., Neven, L., & Stienstra, M (2016). How diversity gets lost: Age and gender in design practices of information and communication technologies. *Women Aging*, 28(2), 170-85.
- Outeiral, J. (2008). *Winnicott: Seminários Gaúchos*. São Paulo: Editora Revinter.
- Outeiral, J. (2001). *Clínica da Transicionalidade*. São Paulo: Editora Revinter.
- Passarinho, N. (2018) Por que Congresso e STF caminham em lados opostos na discussão sobre aborto no Brasil. BBC News em Londres. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44458907>
- Paula, A. R de. (2000). *Asilamento de pessoas com deficiência: Institucionalização da incapacidade social* (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pacheco, A.C.L. (2013). *Mulher negra: afetividade e solidão*. Salvador : ÉDUFBA.
- Pacheco, A.C.L. (2008). “*Branca para casar, mulata para f... e negra para trabalhar*”, *escolhas afetivas e significados de solidão entre mulheres negras em Salvador, Bahia* (Tese de Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Passamani, G. (2017). “É ajuda, não é prostituição”. Sexualidade, envelhecimento e afeto entre pessoas com condutas homossexuais no Pantanal de Mato Grosso do Sul. *Cadernos Pagu*, (51).
- Peixoto, C.E., & Luz, G.M. (2007). De uma morada à outra: processos de re-coabitação entre as gerações. *Cadernos Pagu*, (29), 171-191.
- Pereira, C.S., & Penalva, G.A. (2014). Nem todas querem ser Madonna: representações sociais da mulher carioca, de 50 anos ou mais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 22(1), 173-193.



- Pichón-Rivière, H. (1988). *Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pichón-Rivière, E. (1997). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinto, E.B. (2004). A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.
- Politzer, G. (1998). *Crítica aos Fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba: UNIMEP. (Original publicado em 1928)
- Renault, E. (2010). A Critical Theory of Social Suffering. *Critical Horizons*, 11(2), 221-241
- Renault, E. (2008). *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*. Paris: La Découverte.
- Rezende, D.L. (2017). Desafios à representação política de mulheres na Câmara dos Deputados. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 25(3), 1199-1217.
- Riemenschneider, F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). *Memórias e experiências de alunos da primeira turma de um curso de psicologia*. 1a ed. Poços de Caldas: Editoria do autor.
- Riemenschneider, F., Simoes, C.H.D., Chinalia, M.J.S., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Drama e Experiência no Pensamento de Politzer: Considerações Preliminares. *X Jornada Apoiar - O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social* (pp. 280-291). São Paulo: IP/USP, 2012.
- Rodrigues, D.A.L., & Praça, N.S. (2010). Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 31(2), 321-327.
- Rodrigues, V.P., Machado, J.C., Santos, W. da S., Santos, M. de F. de S., Diniz, N. M. F. (2016). Violência de Gênero: Representações Sociais de Familiares. *Texto Contexto Enferm*, 2016, 25(4):e2770015.
- Saarnio, L., Arman, M., Ekstrand, P. (2012). Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *Adv Nurs*, 68(2), 271-9.
- Safatle, V. (2011). Paranoia Como Catástrofe Social: Sobre o Problema da Gênese de Categorias Clínicas. *Trans/Form/Acao*, Marília, 34(2), 215-236.
- Safra, G. (2009). A Violência Silenciosa: o eclipse do ethos humano no mundo contemporâneo. *Portal Rumo à Tolerância*, FFLCH/USP.
- Safra, G. (2006a). *Clínica Psicanalítica na Contemporaneidade: o ethos e o real*. [Filme-vídeo]. São Paulo: Edições Sobornost.
- Safra, G. (2006b). *Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica à ética*. [Filme-vídeo]. São Paulo: Edições Sobornost, Profoco.
- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias e Letras.

- Safra, G. (1999). *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco Editora.
- Sáinz Bermejo, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en psicoanálisis* (Colección Salud mental) (Spanish Edition). Barcelona: Fundación Vidal y Barraquer, Herder Editorial.
- Salles, R. J. , & Tardivo, L. S. L. P. C. (2012). O uso das consultas terapêuticas na atenção ao idoso com transtorno depressivo na comunidade: apresentação do projeto e resultados iniciais. *Anais da 10ª Jornada do APOIAR Laboratorio de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro* (470-488). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Santos, M. R. (2018). Gênero e cultura material: a dimensão política dos artefatos cotidianos. *Revista Estudos Feministas*, 26(1).
- Santos, D.D., Jorge, D.R.S.R., & Souza, E.R. (2017). O paradoxo da política de segurança pública: Estado, PCC e a gestão da violência na cidade de São Paulo. *Primeiros Estudos*, São Paulo, (8), 105-124.
- Santos, B. de S. (1988). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados*. 2 (2), 46-71.
- Sas, S.A. (2004). L'Interprétation Dans Le Trans-subjectif: réflexions sur l'ambiguïté et les espaces psychiques. *Médecine & Hygiène. Psychotherapies*, 24, 207-213.
- Sato, T. H. (2007). Enquadres diferenciados na Reforma Psiquiátrica. Tese (doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Sato, T. H. (2001). *Práticas Psicanalíticas em Instituições: Oficinas de Arranjos Florais* (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Schapiro, T.J., & Faul, A.C (2017). Psychosoc Oncol Depression symptoms in older adults with cancer: A multilevel longitudinal study. *Journal of psychosocial oncology*, 35(3), 260-277.
- Shiki, L. A., Ganeo, M. R., Sei, M. B., & Maireno, D. P. (2018). Vivências de grupos de dinâmicas em uma clínica psicológica universitária. *Revista ciência em extensão*, 14, 154-165.
- Sei, M.B. (2017a). Discussões sobre a clínica extramuros: quais são os settings possíveis? *Resumos e textos completos da II Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Sei, M.B. (2017b). O atendimento a casal e família em um serviço-escola de Psicologia. In: Sei, M.B., & Gomes, I.C. (Orgs.). *Formação, pesquisa e a clínica psicanalítica de casais e famílias* (pp. 35-53). 1a ed. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Sei, M.B. (2009). *Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana: construção de uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar* (Tese Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Sendra-Gutiérrez, J.M, Asensio-Moreno, I., & Vargas-Aragón, M.L (2017). Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective. *Actas Esp Psiquiatr*, 45(5), 185-200.
- Shemirani, F.S., & O'Connor, D.L (2006). Ageing in a foreign country: voices of Iranian women ageing in Canada. *Women Aging*, 18(2), 73-90.
- Sibilia, P. (2011). A moral da pele lisa e a censura midiática: o corpo velho como uma imagem com falhas. In: Goldenberg, Miriam (Org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade* (pp. 83-108). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Silva, S.G. (2010). Preconceito e Discriminação: As Bases da Violência Contra a Mulher. *Psicologia ciência e profissão*, 30(3), 556-571.
- Silva, M.P., & Moura, C.B. (2008). Mídia e a figura do anormal na mira do sinóptico: a constituição discursiva de subjetividades femininas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16(3), 841-855.
- Silva, C.A., Carvalho, L.S., Santos, A.C.P.O. & Menezes, M.R. (2007). Vivendo após a Morte de Amigos: História Oral de Idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 16(1), 97-104.
- Simões, C.H.D., Riemenschneider, F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). 'Vítimas da Sociedade Contemporânea': Imaginário de trabalhadores de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico. *X Jornada Apoiar - O laboratório de saúde mental e psicologia social - 20 anos: o percurso e o futuro* (pp. 254-265). São Paulo: IP/USP.
- Souza, A.A.C., & Cintra, R.B. (2018). Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Revista Bioética*, 26(1).
- Souza, M., Marcon, S.S., Bueno, S.M.V., Carreira, L. & Baldissera, V.D.A. (2015). A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde soc.*, 24(3), 936-944.
- Souza, M.A.I., Colacique, M.A.M., & Tardivo, L.S.L.P.C. (2012). Os Dez Anos do Apoiar - do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica - um pouco da história, realizações e sonhos. *Anais da 10ª Jornada do APOIAR Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos: o percurso e o futuro* (pp. 56-83). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Souza, C.A.S. (2008). *A solidão da mulher negra – sua subjetividade e seu preterimento pelo homem negro da Cidade de São Paulo* (Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Souza, M.A.I., Motta, I.F. (2008). A utilização de consultas terapêuticas em instituições públicas de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 63-63.
- Tachibana, M., Montezi, A.V., Barcelos, T.F., Sirota, A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J (2015). Who are the teenagers of today? Collective imaginary of Brazilian teachers. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1), 47-49.

- Tachibana, M. (2011). *O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre gestação interrompida. 2011* (Tese de Doutorado em Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Tardivo, L.S.L.P.C., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). Representações da Juventude por jovens indígenas aculturados no Norte do Brasil: sofrimento e falta de esperança. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, III, 105-113.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2014). A Saúde Mental a s Psicologia Clínica Social. *Anais Da XII Jornada Apoiar - A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções* (pp. 30-35). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.
- Tardivo, L.S.L.P.C., Gil, C.A., Manna, R.E., Miguel, A., Tosi, S.M.V.D., Silva, M.C.V.M., & Esteves, C. (2012). O estudo das relações entre os resultados de um grupo de idosos na escala geriátrica de depressão e o (SAT) sennior apperception teste: a importância do diagnóstico. *42ª Reunião Anual Da Sociedade Brasileira De Psicologia E Viii Congresso Iberoamericano De Psicologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Tardivo, L.S.L.P.C., Gil, C.A., Manna, R.E., Miguel, A., Tosi, S.M.D., Silva, M.C.V.M., & Esteves, C. (2011). Depressão e envelhecimento: aspectos expressos no Sennior Apperception Test (SAT). *Anais do II Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde e no I Congresso Ibero-Americano*. São Paulo: ABPSA - Metodista.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2011). *Anais da IX Jornada APOIAR: violência doméstica e trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal*. 1a. ed. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2010). Compreensão e abordagem de pacientes de difícil acesso em psicoterapia psicanalítica: alcances e limitações. *Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, XL, 2-4.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2008). Qualidade de vida e depressão em idosos de São Paulo: estudo de validação do teste projetivo - SAT. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 154.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2005). III Jornada Apoiar: atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: O papel da Psicologia Clínica Social. 1a ed. São Paulo: Instituto de Psicologia.
- Tardivo, L.S.L.P.C. (2004). *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje* (Tese de Livre-docência em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2002). Sofrimento, desenraizamento e exclusão: relato de uma experiência com indígenas aculturados do Amazonas. *I Seminário Temático Ser e Fazer e Tecer - Trajetos do Sofrimento: Desenraizamento e Exclusão*.
- Tardivo, L.S.L.P.C., Gil, C.A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). Ser e Fazer - Oficinas Psicoterapêuticas de Criação Oficina de Cartas, Fotografias e Lembranças. *Anais - Jornada Apoiar: Propostas de Atendimento* (pp. 24-26).

- Tavares, R. E., Jesus, M.C.P., Cordeiro, S.M., Machado, D.R., Braga, V.A., & Merighi, M.A.B. (2017). Knowledge produced on the health of low-income older women: an integrative review. *Rev. Bras. Enferm.*, 70(4), 875-884.
- Tribess, S., Virtuoso Junior, J.S., & Petroski, É.L (2010). Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(1), 31-38.
- Tribunal Superior Eleitoral. Série Inclusão: a conquista do voto feminino no Brasil. Recuperado de <http://www.tse.jus.br/imprensa/noticias-tse/2013/Abril/serie-inclusao-a-conquista-do-voto-feminino-no-brasil>.
- Turato, E.R. (2005). Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 849-853.
- UK Parliament. Women and the vote. Recuperado de <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/electionsvoting/womenvote/>
- UK Parliament. Women and the House of Lords. Recuperado de <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/electionsvoting/womenvote/overview/womenthelords/>
- Valencio, N.F.L.S. (2014). Desastres: tecnicismo e sofrimento social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3631-3644.
- Veras, R.P., Dutra, S. (1993). Envelhecimento da População Brasileira: Reflexões e Aspectos a Considerar Quando da Definição de Desenhos de Pesquisas para Estudos Populacionais. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 3(1).
- Veras, M.P.B. & Felix, J. (2016). Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 18, n. 36, pp. 441-459, jul 2016 <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3607>
- Vergara, M de R. (1999). A noção de excepcionalidade na história das mulheres: o caso da geração de Flora Tristan. *Cadernos Pagu*, (13), 223-251.
- Visintin, C. N., & Aiello-Vaisberg, T.M.J (2017). Motherhood and social suffering in Brazilian mommy blogs. *Revista de Psicologia: teoria e prática*, 19, 108-116.
- Visintin, C. N. (2016). *Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Vitali, L.M. (2004). *Flor-Rabisco: Narrativa Psicanalítica de uma Experiência Surpreendente* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Vitali, L.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2003). “Flor-rabisco”: a oficina psicoterapêutica de arranjos florais. *Cadernos Ser e Fazer: Apresentação e Materialidade* (141-152). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Warner D.F., Brown T.H (2011). Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Soc Sci Med.*, 72(8), 1236-48.
- Werlang, R. & Mendes, J.M.R. (2013). Sofrimento Social. *Serv. Soc. Soc.*, 116, 743-768.
- Winnicott, D. W. (2005). O medo do colapso. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (2ª ed., pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1974)
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. 4a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D.W. (2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). 4a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956)
- Winnicott, D. W. (2000). Psicose e cuidados maternos. In: Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952)
- Winnicott, D.W. (2000). A observação de bebês em uma situação padronizada. In: Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 112-132). 4a ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1941)
- Winnicott, D. W. (1994). Virginia Axline: Um comentário sobre Play Therapy. In: Winnicott, C. (Org.). *Explorações Psicanalíticas* (pp. 375-377). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1994). O valor da Consulta Terapêutica. In: Winnicott, C. (Org.). *Explorações Psicanalíticas* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)
- Winnicott, D.W. (1994). O Jogo do Rabisco. In: Winnicott, C. (Org.). *Explorações Psicanalíticas* (pp. 230-243). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1964).
- Winnicott, D.W. (1993). Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas* (pp. 269-285). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1945)
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Winnicott, D. W. (1990). A capacidade para estar só. In: Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). 3a ed. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1958).

- Winnicott, D.W. (1983). O ambiente e os processos de maturação. (I.C.S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 163-174). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963)
- Winnicott, D.W. (1983). Os Objetivos do Tratamento Psicanalítico. *O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1962)
- Winnicott, D.W. (1971). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Winnicott, D.W. (1971). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Rio de Janeiro: Imago Ed. 1984.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H.S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.
- Zanello, V., & Pedrosa, M. (2016). (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(esp.), 1-8.



## Anexos



**INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

**Título da Pesquisa: “Sofrimentos sociais e a posição do psicólogo na clínica do envelhecimento na saúde pública”**

**Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP  
“Ser e Fazer”: Enquadres Clínicos Diferenciados**

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo  
Coordenadoria Regional de Saúde Centro

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Sofrimentos sociais e a posição do psicólogo na clínica do envelhecimento na saúde pública”.

Você foi selecionado por ter sido atendido na Oficina Psicoterapêutica de Tapeçaria e Outros Bordados da Unidade de Referência à Saúde do Idoso/ URSI-Sé. Sua participação não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a psicanalista / pesquisadora Roberta Elias Manna, ou com a instituição URSI-Sé.

Sua participação nesta pesquisa não oferece riscos a sua saúde física ou emocional. Nada será feito ou realizado além do atendimento que foi oferecido a suas necessidades reais e sua identidade ficará preservada. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Seu nome, idade e outras informações que possibilitem sua identificação não serão revelados. O objetivo deste estudo é investigar o posicionamento ocupado pelo psicanalista na clínica do envelhecimento em saúde pública.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Roberta Elias Manna

[robertamanna@usp.br](mailto:robertamanna@usp.br) Rua Albuquerque Lins, 40 F: 11 3241-2454/ 11 999272695

CEPH-IPUSP: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. Telefone: (11) 3091-4182 [comite.etica.ipusp@gmail.com](mailto:comite.etica.ipusp@gmail.com)

CEPH-SMS: Rua General Jardim, 36, 8º andar F: 11 33972464 / 1133972465 [sms.cep@gmail.com](mailto:sms.cep@gmail.com)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em Participar.

---

Nome do participante da pesquisa