“NÃO SEI SE SOU PAI OU SE SOU FILHO”¹. INCONSCIENTE E AFETOS NAS DEMÊNCIAS

ELIANE SOUTO DE ABREU² E SIULMARA CRISTINA GALERA³

RESUMO

As autoras desenvolvem a ideia de que a demência – particularmente a de Alzheimer – tem influências psicodinâmicas. Através de vinhetas clínicas, elas apontam para a ação do inconsciente, dos processos primários, do esquecimento como mecanismo de defesa do ego e para o retorno a fases primitivas do desenvolvimento infantil. Destaca-se a surpreendente sobrevivência dos afetos, mesmo com o caráter fugaz dos objetos sempre circunstanciais, como apontava Freud. Propõe-se a observação psicanalítica desses idosos para alcançar melhor compreensão e melhores maneiras de cuidar, contribuindo para sua qualidade de vida e a de suas famílias e de seus cuidadores.

Palavras-chave: demência, envelhecimento, psicanálise.

ABSTRACT

The authors develop the idea that dementia - particularly Alzheimer's - has psychodynamic influences. Through clinical vignettes, they point to the action of the unconscious, the primary processes, and the forgetfulness as a defense mechanism of the Ego and a return to primitive stages of child development. The surprising survival of affects stands out, even with the fleeting character of objects that are always circumstantial, as Freud pointed out. Psychoanalytic observation of elderly people with dementia is proposed as way to both achieve a better understanding and develop better ways of caring, which may contribute to the quality of life of elderly people and of their families and caregivers.

Keywords: dementia, aging, psychoanalysis.

1 Do Soneto a meu filho, do poeta Rogaciano Leite.

2 Médica. Psiquiatra. Psicanalista efetiva da Sociedade Psicanalítica de Fortaleza (SPFOR). Professora Assistente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor).

3 Médica Geriatria. Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Professora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor).

Agradecimentos – Agradecemos a nossos pais e pacientes, idosos que continuam nos ensinando todos os dias.

Em *O estranho*, de 1919, Freud (1976a) explora as ideias em torno de *heimlich* e *unheimlich* (familiar e estranho) até provar que o assustador, na verdade, nos é muito íntimo. Nossa cultura hedonista sobrevaloriza a juventude, a beleza e o individualismo. Em consequência, experiências humanas que deveriam nos ser familiares, como a velhice, a demência e a morte, são consideradas *unheimlich*, assustadoras, “tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas que de repente vem à luz” (Schelling, s.d., citado por Freud, 1976a, p. 181).

Este trabalho pretende enxergar, na demência, elementos que nos são familiares, modos de funcionamento mental que reconhecemos e que sim, compartilhamos com esses pacientes.

A expectativa de vida cada vez maior da humanidade traz consigo o aumento da prevalência das demências. Entre a população acima de 60 anos no mundo inteiro, a prevalência de Demência de Alzheimer gira em torno de 5-8%, dobrando a cada 5 anos (Garre-Olmo, 2018). Portanto, saber cuidar dessas pessoas, que são ou serão nossos pacientes, pais, parentes, cônjuges ou amigos, é uma necessidade e realidade que chegará a nós em algum momento de nossas vidas.

A demência de Alzheimer, isoladamente ou em associação com a demência vascular, é responsável por mais de 80% dos casos de demência na população mundial (Garre-Olmo, 2018). Assim também, no presente trabalho, quase todos os pacientes originais que inspiraram as vinhetas tinham diagnóstico de provável demência de Alzheimer.

São apresentadas vinhetas clínicas criadas/modificadas a partir de nossa própria experiência e de relatos de colegas, procurando identificar nelas o funcionamento psicodinâmico e o trabalho do inconsciente.

1. DEMÊNCIA: O INCONSCIENTE REVELADO

“A frase ‘Eu vivo...’ expressa apenas uma pequena parte dessa verdade fundamental: o ser humano é vivido pelo Id” (Groddeck, 1923/1984, p. 9).

Se o célebre pensamento de Groddeck é verdade para todos nós, ele tem especial valor na demência. Os filtros do Ego se tornam mais e mais permeáveis, até que em vários momentos o inconsciente parece funcionar a céu aberto.

O sinal precoce mais comum da demência de Alzheimer é o isolamento social. Há um retraimento da libido, um desinvestimento do mundo externo, como se pode observar na fala de um filho:

– É engraçado... Meu pai não parece deprimido, mas não tem feito mais as coisas de que gostava antes. Não lê o jornal no domingo, não vê o futebol... Logo depois do almoço, não fica mais conversando com a gente na sala. Já vai para o quarto e dorme.

A libido volta-se então para o próprio Ego, sobretudo para o Ego corporal. São comuns as queixas somáticas. As alterações fisiológicas próprias da velhice assumem ares de doenças graves para o idoso nessa fase:

– Olha, minha pele está cheia de manchas, será que é câncer?
 – Eu estou com câncer de intestino, o cocô não sai mais...
 – Minha vista tem uma mancha, quero ir a outro médico que não me diga que é normal...

Numa fase mais avançada, o mundo exterior não apenas é desvalorizado. Ele se torna fonte do que é desagradável. O idoso projeta no mundo suas ameaças internas e introjeta objetos que se constituem para ele como fontes de prazer.

Evilásio grita durante boa parte da manhã, no pátio da instituição de longa permanência onde mora. Não está agressivo, nem inquieto, apenas permanece sentado no banco gritando alto:
 – Ai, ai, ai, ai, ai, ai, ai, ai, ai, ...

A enfermeira se aproxima calmamente e pergunta:
 – Evilásio, você está sentindo alguma dor, querido?

Ele bascula a cabeça, respondendo que não.
 – Então por que você grita tanto?

Ele se vira para ela e responde:
 – Porque eu gosto, ué!

E retorna à sua cantilena:
 – Ai, ai, ai, ai, ai, ai, ai, ...

Fazer-se ver pelos outros, sua voz ecoando no espaço, o vibrar em sua garganta, o som, a boca aberta, enfim, algo em seu Ego corporal o encanta, chama a atenção da enfermagem/maternagem e ele obedece ao princípio do prazer.

2. A DANÇA DOS OBJETOS

Alguns conceitos freudianos são fundamentais para a compreensão da psicodinâmica do paciente com demência:

“O objeto pode ser modificado quantas vezes for necessário no decorrer das vicissitudes que o instinto sofre durante sua existência, sendo que esse deslocamento do instinto desempenha papéis altamente importantes” (Freud, 1976b, p. 143).

“O ódio, enquanto relação com os objetos, é mais antigo do que o amor. Provém do repúdio primordial do Ego narcisista ao mundo externo com seu extravasamento de estímulos” (Freud, 1976b, p. 161).

“Os impulsos instintuais estão sujeitos às influências das 3 grandes polaridades que dominam a vida mental . . . : atividade – passividade, Ego – mundo externo e prazer – desprazer” (Freud, 1976b, p. 162).

Para a psicanálise, o psiquismo só se constitui na relação com o outro. Então podemos supor que é também na relação com o outro que ele se preserva, mesmo em suas manifestações mais finais e evanescentes. Para o Ego, viver é ser amado. Se ele se sentir deserdado pelas forças protetoras, se deixa morrer (Freud, 1976c).

Diz Jacques André (2001) que o amor, compreendido em sua parte não narcísica, é “agarrar-se” aos objetos do mundo exterior. No bebê, o desamparo favorece o contato com a alteridade. No paciente com demência, por baixo de toda a desorganização do pensamento, agitação, mutismo, agressividade, pode existir a necessidade desesperada do objeto. O paciente não sabe se a pessoa à sua frente é sua irmã, esposa, filha ou prima, mas se alegra com sua presença, os olhos brilham, abre-se um sorriso:

Um sorriso de amor, um amor muito antigo, sem mágoa, sem ressentimentos, sem filtros. Como se o núcleo do amor, um sentimento bom sobrevivesse em estado puro, já sem as crostas de todos os outros sentimentos, bons ou ruins, que permeiam uma relação. (Seixas, 2007, p. 110)

O afeto permanece.

O poeta pernambucano-cearense Rogaciano Leite (s.d.), apaixonado pelo filho recém-nascido, concordou intuitivamente com Freud que os objetos dançam em meio ao fogo cruzado das pulsões:

Eu quero tanto, tanto bem a ele
Que não sei se sou pai ou se sou filho.

(Rogaciano Leite)

Pode-se interpretar: “Não importa quem você é, eu quero é depositar em você a intensidade da minha pulsão. Eu não sei quem você é, mas eu me agarro a você”. Cabe a quem ama o paciente colocar-se na mira de seu desejo.

É fato marcante na clínica geriátrica: por mais que o paciente não reconheça o principal cuidador, quando este se ausenta por muitas horas ou dias, agravam-se a desorientação, a agitação psicomotora, a recusa alimentar. Na demência moderada/avançada há perda da noção da permanência do objeto, tão valiosa e tão arduamente alcançada em nossa vida inicial.

Joaquim, 87 anos, teve seu processo demencial agravado após a morte da mulher, há seis meses. O filho se senta ao seu lado, na varanda da casa centenária. Os silêncios de Joaquim agora são longos e nada parece interessá-lo. Mas, súbito ele pergunta:

– Meu filho, me diga uma coisa: quem foi que morreu mesmo, fui eu ou foi sua mãe?

“E assim a sombra do objeto caiu sobre o Ego” (Freud, 1976d, p. 281).

“As leis lógicas do pensamento não se aplicam ao Id, e isto é verdadeiro, acima de tudo, quanto à lei da contradição. Impulsos contrários existem lado a lado No Id não há nada que se possa comparar à negativa . . .” (Freud, 1976e, p. 94).

A filha de Matilde, 83 anos, não se conforma:

– Doutora, não há quem entenda. Minha mãe odiava frango. Não comia por nada. Agora quer frango todo dia! Se deixar, come um frango inteiro e fica lambendo os dedos!

O comportamento de Matilde corresponde à descrição que a escritora Heloisa Seixas fez de sua mãe:

Aos poucos, ela se transformou no avesso de si mesma... Onde havia liberalidade, surgiu um conservadorismo tacanho. A mulher seca foi dando lugar a uma pessoa manhosa, cheia de vontades . . . A personalidade alegre se fechou em modos ríspidos. Tornou-se medrosa, sensível a qualquer dor. (Seixas, 2007, p. 19)

No inconsciente não existe contradição, e o amar anda junto com suas polaridades: o odiar, a indiferença e o ser amado, sendo que esta última se aproxima do narcisismo (Freud, 1976b).

Ofélia, de 84 anos, com demência de Alzheimer, e sua filha Carmen, tiveram uma relação conflituosa durante toda a vida. Ofélia era uma mulher dominadora,

autoritária, que queria viver a vida dos filhos como um prolongamento dela mesma. Carmen saiu de casa assim que pôde, tentando escapar ao controle da mãe. Mas com a demência, Carmen zela para que nada lhe falte. Sempre a acompanha às consultas. Ofélia diz à geriatra:

– Ah, doutora, não sei se já contei: a Carmen, aquela filha ingrata, me abandonou, não liga pra mim, não vem me ver. Nunca prestou!

A médica indaga, apontando para Carmen: –
E essa aqui, quem é?

– Ah! Eu não sei o nome dela... é a encarregada de cuidar de mim. Muito boazinha, é um anjo comigo! E eu gosto muito dela.

Esquecendo quem é Carmen, Ofélia pode finalmente expressar um afeto amoroso sem ambivalências pelo objeto à sua frente.

3. A FASE FÁLICA E A DIFERENÇA ENTRE OS SEXOS

O desejo permanece durante toda a vida, ainda que haja obstáculos à sua canalização. Nos pacientes com demência, o interesse e a curiosidade sexuais persistem, embora tudo se torne mais misterioso para eles, que tratam de tecer suas teorias sexuais.

Ulisses, herói de 90 anos, é casado com Penélope, mulher fálica que desde o começo do casamento mostrou quem mandava em casa. Agora que Ulisses tem demência de Alzheimer, Penélope o trata rispidamente, inconformada com suas dúvidas, dificuldades e comportamentos infantis. O filho Laerte liga:

- Oi pai. Tudo bem?
- Não! Eu tô aqui... com aquele homem bravo.
- Que homem, pai?
- Aquele! ... que compra as coisas aqui pra casa... que cozinha... que manda em mim... aquele que eu sou casado com ele!
- A mamãe?
- É! A sua mãe!

Ulisses nunca pôde admitir conscientemente que se deixou castrar pela esposa, mas o inconsciente manifesta esse saber revelando que o falo está com ela.

Roberto, 81 anos, tem demência de Alzheimer e nunca foi informado que sua filha Ana namorava outra mulher. Ana nunca expos seu relacionamento aos pais, que sempre demonstraram sua contrariedade com esse tipo de coisa. Um dia, conversando com a própria Ana, Roberto dá voz às teorias sexuais que vem construindo:

– Você sabia que tem mulher que gosta de outra? É mulher-macho. Elas não têm útero, nem ovário, e não podem ter filhos. Elas têm testículos e são hermafroditas.

Às vezes, quando Ana passa alguns dias sem visitá-lo, seu Roberto pergunta à esposa:

– Aquele homem não vem mais aqui, não? (embora Ana seja uma mulher bastante feminina).

4. A FASE ANAL

De acordo com Freud, “Os conteúdos dos intestinos . . . são claramente tratados como parte do corpo do bebê, e representam seu primeiro ‘presente’: produzindo-os, ele pode expressar sua concordância ativa com o ambiente que o rodeia e, retendo-os, sua desobediência” (Freud, 1976f, p. 191).

A analidade passa a ter primazia e mostra sua presença marcante na demência, geralmente por longos períodos na doença, embora com expressões diferentes em estágios distintos.

É comum que, inicialmente, os pacientes expressem comportamentos de retenção, colecionismo e avareza, refletindo-se na preocupação com o dinheiro. Frequentemente percebem-se pobres, roubados pelos empregados, pelos filhos, pelo governo, deliram não ter dinheiro sequer para comprar comida, reclamam dos netos que vêm almoçar no domingo e que comem demais. Na evolução, voltam-se mais diretamente para as próprias fezes. Descrevem com detalhes seus

hábitos intestinais, o tamanho, a cor, a textura. Elas viram objetos de valor em si. A necessidade da higiene de seu corpo por outros reforça a obtenção de prazer através da zona anal e de seus produtos. A satisfação parece vir não só de livrar-se de algo sujo, mas de ser manuseado por alguém, como um bebê o é por sua mãe. Valorizam as fezes inclusive como forma de expressão e arte:

Isidoro tem 80 anos e é paciente de uma instituição de longa permanência. Adora os *doutores*, como chama todos os médicos, enfermeiros, cuidadores e alunos que cuidam dele e dos outros idosos. Um dia, o enfermeiro chama apavorado pela Dra. Cibele:

– Doutora! Venha ver o Isidoro no estacionamento.

Ela corre, pensando numa urgência médica. Ao chegar, viu que seu carro tinha sido caprichosamente pintado por Isidoro, com fezes. Meticuloso, ele passara uma camada fina e homogênea na lataria do carro e irritou-se quando voluntários lavaram o carro da médica, apagando o presente, feito para ela num provável ato de amor.

Heloisa Seixas relata experiência semelhante: “Sei que ela passou . . . a, todos os dias, com grande critério e até carinho, guardar nas gavetas do guarda-roupa, cuidadosamente embrulhadas em papel, suas próprias fezes” (Seixas, 2007, p. 28).

5. A FASE ORAL

A oralidade como fonte de prazer ou liberação de tensão é comum durante toda a nossa vida e, portanto, também na velhice e demência. A boca estará sempre disponível, mesmo quando não há coordenação motora, mesmo quando não se pode andar, mesmo quando não se pode usar as mãos. Até o recém-nascido pode fechar a boca, cuspir o alimento ou morder o seio da mãe. Nas fases finais da demência, com a maior dependência física e confinamento ao leito, são comuns as manifestações orais, tanto nas compulsões e preferências, como nas atitudes negativistas, como a recusa alimentar.

Dora, de 103 anos, ama biscoitos de maisena. A cuidadora coloca um biscoito em suas mãos e ela vai mastigando sofregamente. O biscoito acaba e ela continua mastigando as próprias mãos como uma grande iguaria.

Joana, 86 anos, deu entrada na emergência por desequilíbrio hidroeletrólítico, pois chegava a beber um garrafão inteiro de água por dia. Oito meses depois, ela foi novamente internada, pois passou a recusar a ingestão de líquidos e, em consequência, estava desidratada.

Jerônimo e seus filhos tiveram, por anos, o costume de beber vinho juntos no almoço de domingo. Agora, aos 90 anos e com demência, a família lhe dá guaraná, que ele não distingue de vinho, e ainda assim, como de costume, fica “alto”, rindo à toa e com a fala arrastada.

Outras manifestações orais mais regressivas são comuns, e perturbam os familiares e a rotina: a agitação psicomotora, os gritos, os choros, o conversar sem sentido, a perambulação. Todos são comportamentos considerados normais num bebê e que talvez devessem ser melhor considerados normais para esses pacientes, do que necessariamente indicativos do uso ou aumento de dose de medicações.

6. O EU-PELE, ÚLTIMA FRONTEIRA DA INDIVIDUALIDADE

A fase oral não é só a boca. Inclui os olhos, que seguem e pedem, os ouvidos que buscam a voz do outro, e a boca, que se continua na pele. Em sua obra e conceito *O Eu-Pele*, Didier Anzieu (1985/2000) faz um profundo e extenso estudo da pele como fundamental na constituição do psiquismo. Ela nos identifica, lembra os sofrimentos ao longo da vida com as cicatrizes, é o lugar dos investimentos libidinais, o lugar da sedução, mas também da dor. A pele humana é frágil, traduzindo nosso desamparo originário, mas é exatamente essa vulnerabilidade que, exigindo maior investimento de nossos cuidadores, nos torna mais flexíveis e sofisticados. A pele está a serviço do cérebro, e ela se regenera continuamente, enquanto o cérebro não o pode fazer.

Pensamos que, no paciente com demência, essa fronteira ocupa lugar central nas

trocas com o ambiente, podendo receber estímulos tranquilizadores e amorosos, mas também estímulos excessivos, que podem ser insuportáveis para o aparelho psíquico.

O prurido generalizado, comum no idoso, atraindo a atenção sobre si, numa linguagem não só pré-verbal, mas também proto-imagética, pode representar “regressão a um estado infantil de completa dependência, somatização da angústia de desmoronamento psíquico, o apelo mudo e desesperado a um Eu auxiliar que forneça um apoio total” (Anzieu, 1985/2000, p. 54). O paciente tem a necessidade urgente de ser compreendido pelo objeto amado, mesmo que já não o reconheça como tal.

Natália, 82 anos, tem delírios e alucinações. O filho a traz muito angustiado pois não sabe mais o que fazer: a mãe tem arranhões, hematomas e úlceras auto-inflingidos porque sente bichos andando sob a pele e tenta livrar-se deles:

– Olha aqui o caminho das baratinhas, tô sentindo elas andando aqui!

É a síndrome de Ekbom: delírios e alucinações em que o paciente se acredita infestado por pequenos insetos que rastejam sob a pele (Dalgalarondo, 2019). A síndrome de Ekbom ilustra a ideia de que a gravidade do sintoma cutâneo é proporcional à profundidade do dano psíquico (Anzieu, 1985/2000).

Um sintoma comum em demência (e em quadros psicóticos de qualquer idade) é a recusa ao banho diário. Os pacientes se agitam e agridem o cuidador que tenta banhá-los. Talvez os pacientes recusem o chuveiro sentindo-se desprotegidos, desabrigados, molhados pela chuva. Mas Melanie Klein tinha outra hipótese. Ela falou do “medo extraordinário” da água representando o corpo da mãe (Klein, 1930/1996). A precariedade psíquica se projetaria na fragilidade da pele como um envelope incapaz de conter a substância vital, que escoaria pelos buracos, gerando o medo do esvaziamento do indivíduo e da mente (Anzieu, 1985/2000). No banho, é possível que haja o medo primordial de desfazer-se, desmanchar-se, dissolver-se na mãe/água.

A estratégia mais bem sucedida é a de apresentar a água ao paciente, como

geralmente se faz também com os bebês: com o paciente sentado em sua cadeira de banho, derrama-se a água, em temperatura agradável, lentamente com a ducha ou vasilha sobre as mãos, depois nos braços e, progressivamente, pelo corpo e cabeça.

7. REFORÇAR A FAMÍLIA COMO EGO AUXILIAR E COMBATER A IDEALIZAÇÃO E A NEGAÇÃO

É comum ouvirmos queixas como:

- Aquela não é a minha mãe!
- Eu passo três meses sem vê-lo por que não aguento aquela cena, um homem babando, deixando cair a comida na roupa, meu pai não existe mais.

Essa reação é descrita também por Seixas: “Sua mãe não existe mais. O que existe é uma entidade, que tomou o lugar dela” (Seixas, 2007, p.91).

Um paciente com demência disse, pra espanto de quem o rodeava:

- Agora finalmente eu posso ser quem eu sou de verdade.

Era um intelectual, falante de várias línguas, professor universitário. Talvez tenha percebido que sendo destituído das vestes sociais e intelectuais, se aproximava de sua essência. A demência libera o indivíduo de uma estrutura: neurose, perversão, psicose. Sabemos por Freud que somos não só aquilo que lembramos, mas também aquilo que não lembramos. Preferimos este pensar e o de Quinodoz (2008/2010), ao falar sobre o paciente com demência como uma pura presença, o ser sem qualquer subterfúgio. Ironia cruel, uma vez que passamos toda a nossa vida tentando fortalecer e enriquecer o Ego. Mas a demência é uma experiência essencialmente humana. Como tal, precisará ser encarada pelo doente e pela família. Este ser humano cada vez mais vivido pelo Id continua sendo ele próprio, sem os filtros e defesas do Ego. Quanto antes a família entende isso, menos sofre/ faz sofrer o paciente, sem ansiedade constante por um médico que opera milagres, um tratamento experimental e a recuperação que não virá. E estará livre para

perceber os bons momentos, os sorrisos, as frases surpreendentes, as situações hilárias, os olhares que significam muitas coisas.

É comum que a família adoça junto com o paciente. Muitas vezes o paciente com demência faz uso das pessoas ao seu redor para expressar uma parte deles mesmos, em identificação projetiva. Em *Iris* (Eyre, 2001), filme comovente e muito realista sobre a demência, vê-se como o marido vai-se desorganizando junto com a esposa, em total negação da doença, esperando pelo dia em que ela voltará a ser a cabeça do casal. A casa onde moravam terminou em total desordem, suja, refletindo a confusão da casa mental de ambos. É preciso muitas vezes apontar esse funcionamento para os familiares, lembrando que é o idoso que está doente, e que eles precisam manter-se equilibrados, inclusive para emprestar seu Ego saudável para o paciente nas fases de maior desorganização.

A psicanálise pode contribuir com o conhecimento sobre a transitoriedade dos estados mentais e com a ideia de que participamos e influímos no estado mental do outro. Na demência, a regra de conduta dos psiquiatras de não entrar no jogo delirante dos pacientes às vezes pode ser quebrada. Como o afeto é o colorido emocional ligado a uma ideia, e as ideias são fugazes na demência, pode ser mais fácil interferir no afeto do paciente, dirigindo o foco de sua atenção.

Carolina, de 87 anos, surge na porta da cozinha, com a voz trêmula:
– Cadê a minha mãe? Eu quero a minha mãe!

Quando isso acontecia, sua filha Teresa respondia irritada pela centésima vez:
– Mãe, a vovó morreu já faz 30 anos!

E então Carolina chorava inconsolável.

Orientada pela geriatra, a filha passou a dizer algo como “ela foi ao centro, volta já”. E então a paciente fica alegre, esperando pelo presente que a mãe costumava trazer quando voltava das compras. E um minuto depois, nada lembra.

Dessa forma, viramos o jogo e a demência é usada a favor do paciente.

8. O USO DE UM IDIOMA AFETIVO

Muitas vezes a família deixa de conversar com o paciente porque sua fala não faz sentido ou porque julga que ele não compreende nada. Propomos que isso não impeça o diálogo, pois pacientes estimulados verbalmente costumam vocalizar mais, sorrir e enriquecer sua mímica facial, saindo do profundo isolamento psíquico.

Abgail, de 85 anos, e sua filha chegam ao consultório. A médica geriatra a recebe festiva:

– Oi! Como está elegante! Parece uma princesa com esse vestido!

Abgail permanece impassível, sem qualquer expressão facial.

– Ah, doutora, nem adianta, faz muitos meses que ela não fala nada.

– Mas não tem importância, eu falo por nós duas.

A médica vai fazendo a entrevista e depois o exame físico, sempre conversando com Abgail.

– Nós vamos ter que tirar o vestido só um pouquinho... Vamos ouvir esse coração?... Nossa, como bate forte!... agora vou apertar um pouco a barriga..., mas que pele macia... está muito bem cuidada... vamos ver os pés... que esmalte bonito! Me diz o nome pra eu pintar minhas unhas com ele?

No fim, ao vestir a paciente, diz:

– Deixa eu abotoar. Ai, muito lindo esse vestido!

E Abgail verbaliza:

– Eu que comprei. – E sorri.

A filha se emociona, pois julgava que a mãe já não mantinha contato com o mundo externo.

Marieta, 88 anos, tem um discurso com salada de palavras ao conversar com a médica:

- Olá, Marieta!
- Cachorro na água do trem.
- Mas a água era fria ou quente?
- Ninguém vento comida.
- Ah, eu queria comer um pouquinho também...

E nessa conversa, Marieta, antes esquivada, vai se acalmando, sorri, e deixa que a médica a examine.

Percebe-se, nos dois casos, que a médica faz o papel de mãe, estabelecendo um tipo de diálogo em que as palavras são secundárias. Ela propõe um sentido, mas não o determina, mantendo-se aberta às possibilidades da paciente. Estão presentes o sorriso, o volume alto da voz, os tons agudos, o toque na pele e o contato visual. Volta-se ao mamamês, ou *motherese*, onde a mãe estabelece uma comunicação tão efetiva com o bebê, que ele já se sente perfeitamente compreendido, amado, escutado, visto e incluído na família humana (Boysson-Bardies, 1998/1999).

9. A PSICANÁLISE NO CUIDAR DOS PACIENTES COM DEMÊNCIA

A psicanálise pode contribuir para o cuidado desses pacientes. Não estamos propondo o desenvolvimento de uma modalidade psicoterapêutica. A psicanálise ousou propor modelos de funcionamento mental humano para o início da vida, e os psicanalistas desenvolveram um método para observar os bebês e suas mães (Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron & Lopes, 2006). Cremos que agora é necessário observar os pacientes com demência e suas famílias, para uma melhor compreensão de possíveis fenômenos psicodinâmicos. E que a partir dessas observações, novas formas de cuidar, mais efetivas e mais amorosas, possam ser propostas.

A mesma crítica que se faz ao método de observação de bebês é aplicável aqui: o que se observa é comportamento, e não pensamentos e fantasias que podem estar presentes na maior parte do tempo sem serem externados em atos (Green, 1995). Mas, diferentemente dos bebês, mesmo os pacientes com demência avançada nos lançam ainda alguns fragmentos verbais, que podemos associar também com sua

narrativa histórica, lembrada pela família e registrada em fotos, escritos, vídeos, etc.

Outra possível crítica é: como saber que a nossa estimulação, a exposição a sons, a toques da pele, o banho obrigatório à revelia não são uma violência contra alguém que talvez queira tão somente ser deixado quieto e em paz para morrer? Não é possível responder definitivamente a essa questão. Porém, lembramos que, no recém-nascido, a designação de gênero e os cuidados maternos indispensáveis podem ser sentidos por ele como intrusão ou sedução, confusão de línguas da sexualidade adulta e infantil, ou seja, como violência, mas como disse Piera Aulagnier (1979), uma violência necessária e estruturante.

Winnicott nos fala da necessidade de adaptação do ambiente ao bebê no início da vida, e não o contrário. Isso corresponde à fase de dependência absoluta, seguida pela dependência relativa e depois rumo à independência. É significativo que Winnicott não tenha nomeado uma fase de independência (Winnicott, 1983). A dependência é própria do ser humano, e existe sempre em algum grau. A independência total é ilusória e fruto de fantasias onipotentes. Os pacientes com demência seguem o caminho inverso, voltando à dependência relativa e à dependência absoluta. Nós, que somos o objeto mais importante do seu ambiente, temos que nos adaptar a eles. Deixar-nos guiar pelo idoso como pelo bebê, segundo Winnicott. É importante adaptar a estrutura física do domicílio ao idoso, com barras de proteção, piso antiderrapante, etc. Mas é importante também que haja um lugar para ele no nosso corpo e na nossa mente. Como o meio ambiente imediato do bebê é a mãe, nós somos o abrigo dos nossos velhos, e a casa será nossa extensão.

Os reflexos primitivos normais do bebê como sucção, busca e prensão palmar retornam no idoso com demência avançada. É possível que existam muitos outros reflexos que não reconhecemos. Aqueles que conseguimos reconhecer como tal, que se mantiveram na evolução da espécie humana e que retornam na demência avançada, são aqueles que suscitam em nós a empatia pelo desamparo e pelo agarrar-se desesperado de um ser humano a outro.

Nos pacientes com demência, assim como nos bebês, o *handling* (manipulação, toques, massagens, fisioterapia, asseio, trocas de roupas, arrumar o cabelo), o *holding*, o doce falar, os estímulos suaves, a evitação dos estímulos grosseiros, o controle do ambiente podem determinar experiências mais prazerosas e, portanto, melhor adaptação e melhor resposta emocional.

O amor, como no começo da vida, não precisa esperar por grandiloquência, declarações impactantes, momentos históricos (Quinodoz, 2010). Ele está nas pequenas ações do dia a dia: passar creme na pele, cortar as unhas, perfumar com colônia, cortar a carne no prato...

“Retire-se da vida, fique acamado, torne-se uma criança e você vai encontrar uma mãe para cuidar de você” (Groddeck, 1977).

10. PARTINDO

No paciente terminal, devemos presumir que tudo o que dizemos pode ser escutado por ele. Nos pacientes agonizantes, os estados de consciência e inconsciência se intercalam. Abrir os olhos é um esforço muscular que pode não ser possível nos últimos dias de vida. A audição, ao contrário, pode permanecer até os últimos instantes. Na demência avançada, as manifestações de que o paciente está ouvindo e compreendendo também podem estar prejudicadas. Não responder e mesmo não abrir os olhos não quer dizer necessariamente falta de atenção, de alguma compreensão ou inconsciência. Portanto não se deve falar do paciente como se ele não estivesse ali, o tom de voz deve ser tranquilizador e os assuntos devem envolver diretamente o paciente e aqueles mais íntimos a ele. Não interessa ao paciente se a sobrinha vai ter um bebê, se o neto viajou ou se o Brasil vive uma pandemia. Interessa é estar confortável e sentir-se cuidado e amado. Como já foi dito, a libido vai se retirando dos objetos do mundo e voltando-se para o próprio indivíduo. Não se trata de egoísmo ou falta de empatia, mas do que a libido ainda é capaz de fazer e do narcisismo primário, narcisismo que nos mantém vivos.

Carmélia, de 94 anos, vivia com a filha mais nova, solteira e sem filhos. Na evolução de sua demência, Carmélia expressara à médica a preocupação

de morrer e deixá-la sozinha. Já em fase avançada e com grave doença cardíaca, Carmélia parecia inconsciente há três dias, gemente. A sós com Carmélia, a médica sussurrou, pegando em sua mão:

– Olhe, querida, sua filha está bem. Não se preocupe, fique tranquila, descanse, faça o que tem que fazer, você foi uma ótima mãe, ela vai ficar muito bem cuidada.

No monitor a frequência cardíaca diminuiu. Poucos minutos depois, Carmélia morreu.

Pensamos que, reassegurada, foi possível para ela retirar o investimento libidinal de seu último objeto de amor e morrer.

Terminamos lembrando Danielle Quinodoz (2008/2010): o esquecimento como um trabalho de destruição, de devastação da memória e da identidade é espetacular, atrai atenção. O que ainda permanece muitas vezes passa despercebido.

Que os psicanalistas possam interessar-se pelo despercebido, pois isso é, ao fim de contas, o seu trabalho. E valorizar os preciosos fragmentos que insistem em permanecer, sem idealizações sobre o que já se foi.

E que *unheimlich* se torne finalmente *heimlich*.

REFERÊNCIAS

- André, J. (2001). Entre angústia e desamparo. *Ágora*, 4 (2), pp. 95-109.
- Anzieu, D. (2000) *O Eu-pele* (2a ed). (Z.Yazigi; R. Mahfuz; L. Yazigi, Trads.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1985)
- Aulagnier, P. (1979) *A violência da interpretação. Do pictograma ao enunciado* (M.C. Pellegrino, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1975)

- Boysson-Bardies, B. (1999). O papel da prosódia na emergência da linguagem como estrutura intencional dentro e a partir de uma estrutura biológica. In M, Soulé & B. A. Cyrulnik. *A inteligência anterior à palavra. Novos enfoques sobre o bebê*. (C. Schilling, Trad., pp. 17-24). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998)
- Dalgalarrondo, P. (2019) O juízo de realidade e suas alterações (o delírio). In *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed, pp. 206-231). Porto Alegre: Artmed.
- Eyre, R. (2001). *Iris*. (Filme)
- Freud, S. (1976a). O Estranho. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 17, pp. 275-314). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1976b). Os instintos e suas vicissitudes. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 128-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1976c). O Ego e o Id. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 19, pp. 23-83). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1976d). Luto e Melancolia. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1976e). A dissecação da realidade psíquica. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 22, pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1976f). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, Trad., Vol. 7, pp. 133-250). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Garre-Olmo, J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev. Neurol.* 2018; 66 (11): 377-386.
- Green, A. (1995). Sexualidade tem algo a ver com a psicanálise? *Livro Anual de Psicanálise*, 11, pp. 217-229.

- Groddeck, G. (1977) *The meaning of illness*. Selected Psychoanalytic Writings (G. Mander, Transl.). New York: International Universities Press. Recuperado em 19 dez. 2021, http://archive.org/stream/meaningofillness00geor/meaningofillness00geor_djvu.txt
- Groddeck, G. (1984) *O livro disso*. (J. T. Coelho Netto, Trad.). São Paulo: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1923).
- Klein, M. (1996) A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do Ego. In *Amor, Culpa e Reparação* (A. Cardoso, Trad., pp. 250-264). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Leite, R. B. (s.d.). Soneto a meu filho. *Um rio de canto e poesia*. Recuperado em 23 jan. 2021 <http://monique-dangelo.blogspot.com.br/2009/10/soneto-meu-filho-chama-se-rogaciano.html>
- Oliveira-Menegotto, L., Menezes, C., Caron, N. & Lopes, R. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica* 18(2), pp. 77-96.
- Quinodoz, D. (2010). *Growing old. A Journey of self-discovery* (D. Alcorn, Transl.). New York: Routledge. (Trabalho original publicado em 2008)
- Seixas, H. (2007). *O lugar escuro*. São Paulo: Objectiva.
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1979)