

MARILIA GONÇALVES

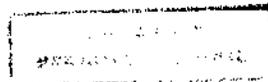
**A DINÂMICA AFETIVA EM IDOSOS: UM ESTUDO DE
CLÍNICO COM A PROVA DE RORSCHACH**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual Paulista, para
a obtenção do título de Mestre em Psicologia -
área de concentração: Saúde Mental.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Adélia Macfadden

Campinas - 1997

58.274.45



FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

G586d Gonçalves, Marília
 A Dinâmica afetiva em idosos: um estudo clínico com a prova de
 Rorschach / Marília Gonçalves. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

 Orientador: Maria Adélia MacFadden
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas.

 1. Idosos. 2. Comportamento - Avaliação. 3. Pesquisa psicológica.
 I. Maria Adélia MacFadden. II. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora

República de Guatemala
Jayse Luis Burgos Ferral
Amigo

À minha mãe, Clary, por ter sido
a pedra fundamental para a construção
da minha vida e deste trabalho.
Ao meu pai, José, pelo apoio e
carinho durante todos os
momentos desta caminhada.
Aos meus irmãos, Renato, Carlos
e João, meus cúmplices incondicionais.

Agradecimentos

A realização deste trabalho tornou-se possível:

pela generosidade daqueles que dividiram comigo sua competência e seu conhecimento:

Dra. Maria Lúcia Coelho (USP-SP), Dr. Rubens Alves da Cunha (UNESP-RC), Prof^a. Monserat Viñas Montovane (PUC-SP);

graças aos membros da Equipe Interdisciplinar do Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, que dividiram comigo conhecimento e companheirismo: Dr. Clineu de Almada Mello, Dr. João Toniolo Neto, Dra. Maysa Ceabra Cendoroglo, Prof^a. Mirian Najas, Prof^a. Tereza Bilton, e ao Prof^a. Doutor Luiz Roberto Ramos, Chefe do Centro;

porque algumas pessoas, além de dividirem comigo seu conhecimento e companheirismo, me ofereceram sua amizade e me acompanharam ao longo deste percurso: André Luiz Caes, Elaine Maria Couvre, Júlio Groppa Aquino, Kátia Maria M.R. de Carvalho, Maria de Mello, Monica Perracini, Rinaldo Molina, Nelson F. Brandão, Savéria Eliete D. Caes e Wagner Volpi;

graças à correção do texto pela prof^a. Eliete Marli D'Onófrío.

pela orientação e dedicação da Dra. Maria Adélia J. MacFadden .

Agradeço também à CAPES, que me proporcionou uma bolsa de estudos para a realização deste trabalho.

Meu agradecimento especial para os sujeitos
que participaram deste estudo, pela confiança
que depositaram em mim.

Sumário

Resumo	viii
Prefácio	ix
I - Introdução	1
1 - Objetivos	9
II - Método.....	32
III - Resultados.....	39
IV - Discussão	74
Summary	83
V - Bibliografia	84
Anexo I	92
Anexo II	99
Anexo III	101
Anexo IV	102
Anexo V	105

Lista de Figuras:

Figuras 1 Pirâmide Etária 19804

Figura 2 Pirâmide Etária 19935

Lista de Quadros:

QUADRO I: As oito idades do homem.....12

QUADRO II: Estudos sobre as mudanças na velhice28

QUADRO III: Dados da amostra colhidos na entrevista40

QUADRO IV: Pontuações obtidas nos índices afetivos na avaliação da prova de Rorschach.....42

QUADRO V: Síndrome de Piotrovski101

QUADRO VI: Síndrome de Harrower.....101

ABREVIATURAS E SIMBOLOS: Lista de classificação geral dos elementos segundo os critérios para a apuração da prova de Rorschach de acordo com Bruno Klopfer102

Resumo

Por ser o Brasil um país jovem, só agora os problemas relativos ao envelhecimento da população e as conseqüências decorrentes desse fator começam a ser analisadas, no âmbito da saúde mental, percebendo-se a necessidade de um arcabouço específico de conhecimentos do assunto, tão amplo quanto o já existente para as outras faixas etárias.

Como modesta contribuição a esse arcabouço preparamos o presente trabalho.

Este estudo foi realizado com 14 idosos, residentes na comunidade, portadores de algum transtorno mental. Para tanto foi utilizado o método diagnóstico do tipo compreensivo composto de: a) uma entrevista clínica; e b) aplicação da prova de Rorschach.

As evidências nos mostram que a dinâmica dos afetos desses sujeito está sendo regida, predominantemente pelo processo primário do funcionamento mental, isto é, são pessoas com dificuldade de suportar frustrações e estabelecer metas a médio e longo prazo. Por outro lado a maioria deles demonstra possuir energia vital passível de ser transformada em recurso afetivo mais elaborado que, por conseguinte proporcionará as condições afetivo - emocionais necessárias para que esses sujeitos possam lidar com os conflitos decorrentes do viver.

Palavras-chave: Idosos, Comportamento/Avaliação, Pesquisa Psicológica.

Prefácio

Em agosto de 1989, ingressei no Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo, no então embrião que mais tarde se constituiria numa equipe interdisciplinar, cujo objetivo é investigar procedimentos e tratar adequadamente a parcela idosa da população.

As áreas de abrangência desta equipe eram: a fisioterapia, a nutrição, medicina, o serviço social, a fonoaudiologia e a psicologia.

No princípio, todos os atendimentos eram seguidos de uma discussão de casos, no ambulatório didático. Com o correr da experiência, para nos aprofundarmos no conhecimento e na atuação das diversas áreas, passamos a atender os pacientes em dupla. Para a psicologia, devido a sua especificidade, optou-se pelo acompanhamento do atendimento de todos os profissionais, com posterior discussão e parecer sobre os procedimentos adequados aos casos, evitando que houvesse outro profissional na entrevista psicológica, e guardando assim, a exposição excessiva dos pacientes. Desta maneira, o conhecimento dos procedimentos psicológicos foi dando-se lentamente durante o processo de autotreinamento.

Em janeiro de 1990, toda a equipe passou a atender, em seguimento, uma população de idosos residentes num subdistrito da região da Saúde no Município de São Paulo. Esse seguimento fez parte de um projeto de pesquisa longitudinal o - EPIDOSO.

O estudo que segue é a primeira avaliação de uma parcela dos idosos que foram sendo tratados ao longo dessa pesquisa.

I -Introdução:

1. O envelhecimento e as mudanças sócio-demográficas

O comitê de especialistas em saúde do idoso da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1989) e da ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS, 1995) propõe que a definição de velhice contemple as dimensões biológica, social, econômica e cronológica do homem.

O envelhecimento biológico tem seu início na puberdade e continua durante toda a vida. É definido pela maioria dos gerontologistas como a diminuição da capacidade de sobrevivência do organismo, é multidimensional e se produz desde o nível molecular até o estrutural e funcional.

A definição social da velhice sofre variações de cultura para cultura e de geração para geração. Uma população com expectativa de vida de 45 anos (como acontecia em 1950, no Brasil) consideraria idoso o indivíduo que, hoje, está incluído na categoria de meia-idade. A dimensão social do envelhecimento compreende os papéis que o indivíduo desempenha na sociedade.

O evento da aposentadoria é o marco econômico da entrada na categoria “idoso”, embora algumas pessoas se aposentem muito jovens e outras permaneçam economicamente produtivas até idade muito avançada.

Para Stoppe Jr., & Col. (1997), a definição cronológica da velhice nos remete ao conceito de tempo, conceito este que sofre alguns desdobramentos: o tempo físico, o tempo biológico e o tempo psicológico.

O tempo físico está relacionado com a idade, é mensurável e se constrói no sistema calendário convencional.

O tempo biológico reflete as variações entre indivíduos da mesma idade e compreende as modificações orgânicas.

O tempo psicológico, por sua vez, faz-nos refletir sobre duas dimensões, o tempo consciente relacionado com a vivência mais externa, cronológico e biológico, e o tempo do inconsciente, que é atemporal e está intimamente ligado com a realização do desejo e da satisfação.

Para fins de planejamento e organização dos serviços de saúde, os especialistas da OMS definiram os 60 anos como a idade de transição para a velhice e os indivíduos, a partir dos 80 anos, como muito idosos. (OMS, 1989).

O envelhecimento é um fato que está ocorrendo em escala mundial. Além dos países do primeiro mundo já estarem enfrentando essa realidade, estamos assistindo, desde a década de 50, à do terceiro mundo, que também entra nesse processo. Os países pobres e mesmo aqueles em desenvolvimento estão em desvantagem, em decorrência das complicações sócio-econômicas e estruturais em que se encontram.

A principal razão do envelhecimento populacional é o declínio da mortalidade e o da natalidade associados e, ainda, um aumento da expectativa de vida das populações.

Tal fenômeno, nos países do primeiro mundo, está ligado à melhoria da qualidade de vida, à urbanização adequada das cidades, à melhoria da qualidade nutricional, à elevação dos níveis de higiene pessoal e à melhoria das condições sanitárias e ambientais das residências e do trabalho.

Entretanto, no terceiro mundo, o aumento do contingente idoso vem ocorrendo com uma crescente pauperização, com conseqüente dificuldade de acesso, para uma grande parcela desse grupo, aos benefícios do desenvolvimento tecnológico e da informação.

As cidades brasileiras crescem desordenadamente, sem planos de estrutura sanitária adequados, e grande parte da população depende dos

programas governamentais que têm sido transitórios e, muitas vezes, ineficazes (Kalache & Col., 1987).

O crescimento da população idosa implica o aumento de doenças crônico-degenerativas que demandam intervenções custosas e tecnologia complexa.

No Brasil, o envelhecimento está-se dando de forma bastante intensa e rápida. A população idosa vem aumentando progressivamente em relação às demais faixas etárias. A diminuição da mortalidade em virtude dos avanços na área da saúde, a partir da década de 60, e um progressivo aumento da esperança de vida (que atualmente ultrapassou os 65 anos) foram fatores que contribuíram para esse fenômeno social. Esse aumento acentuado da população idosa provocou uma mudança na situação demográfica nacional e, conseqüentemente, no conjunto das necessidades da sociedade brasileira (Ramos & Col., 1993).

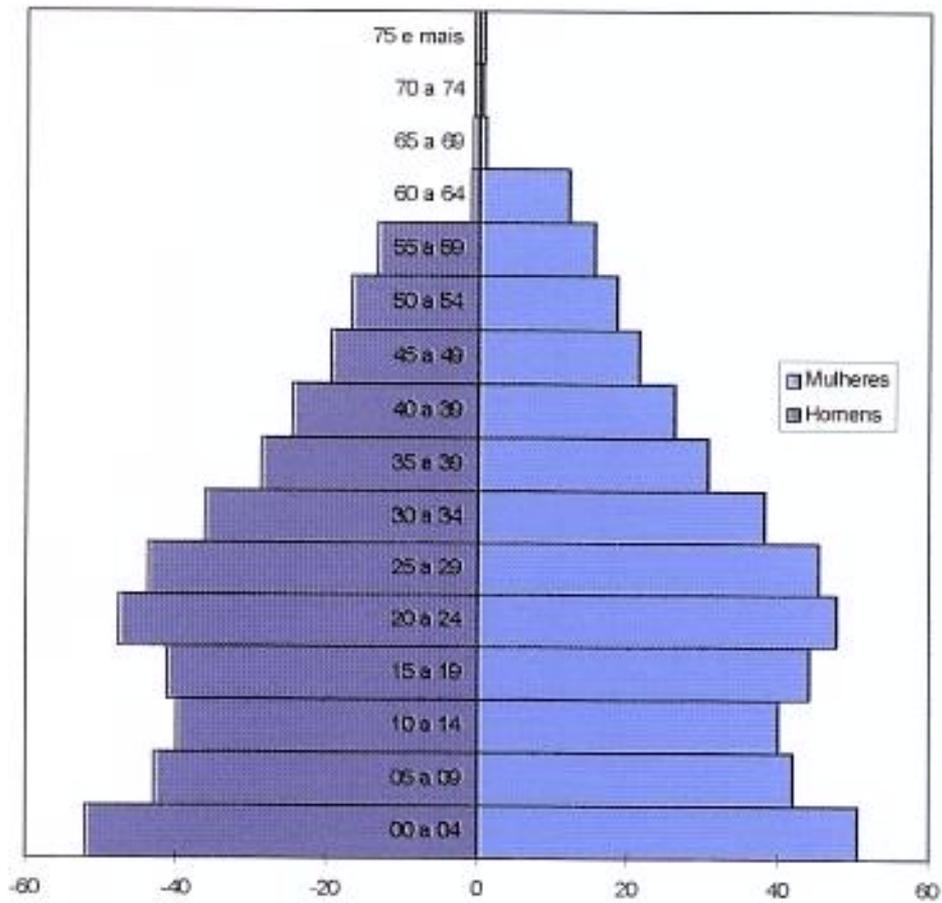
O Brasil tem, hoje, uma sociedade predominantemente urbana, em decorrência do fluxo migratório que vem acontecendo desde a década de 40. A população rural tem-se movimentado em busca da melhoria da qualidade de vida que, na maioria das vezes, é ilusória. Essa população, somada aos imigrantes das primeiras décadas do século e àqueles que já estavam estabelecidos nas cidades, forma o contingente de idosos dos grandes centros.

Num estudo realizado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), com os dados de 1994, pode ser verificado o aumento significativo da população do município de São Paulo na faixa etária mais avançada. Os resultados deste estudo estão representados nos gráficos que seguem:

MUDANÇAS - SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

Pirâmide - Etária Residente por Sexo do Município de São Paulo

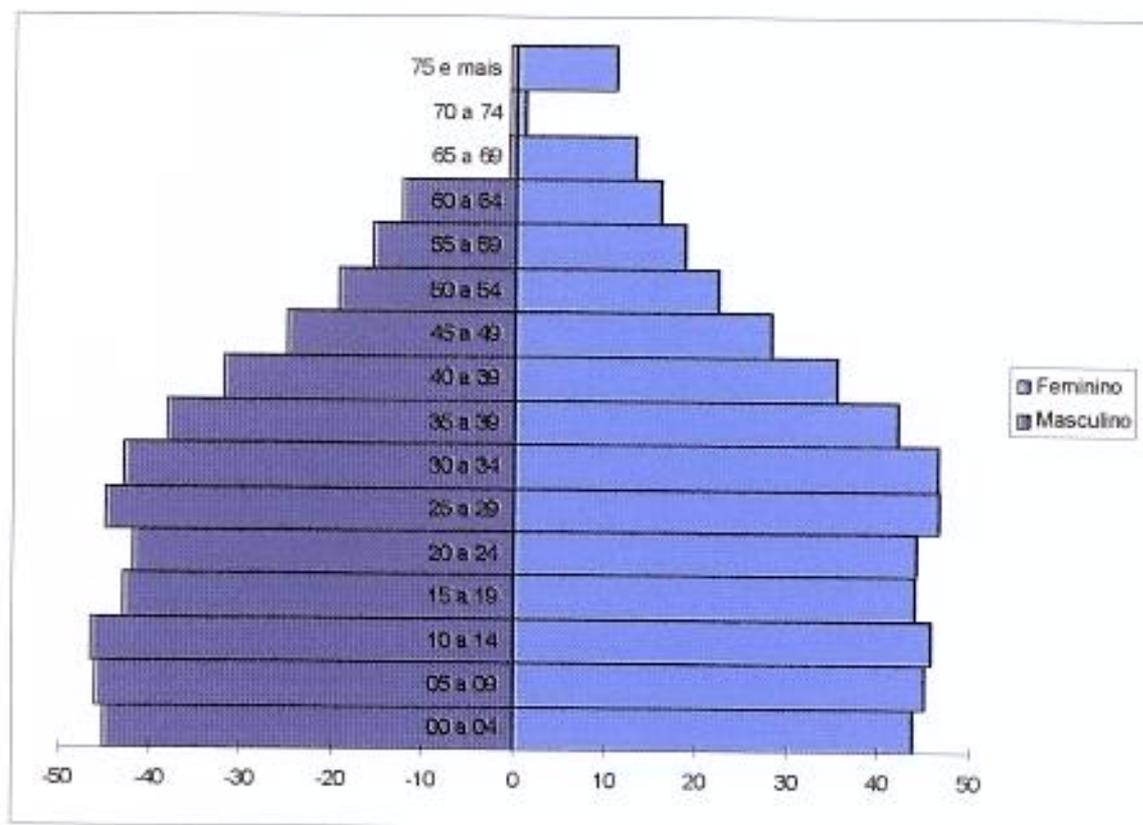
População por Faixa Etária e Sexo 1980



MUDANÇAS - SÓCIO - DEMOGRÁFICAS

Pirâmide - Etária Residente por Sexo do Município de São Paulo

População por Faixa Etária e Sexo 1993



No início do próximo século, a composição etária da população brasileira será semelhante à da população européia, tendendo a estabilizar-se numa situação em que cerca de 17% da população terão 65 anos ou mais (Ramos & Col., 1993).

Essa mudança no perfil demográfico está ocorrendo em meio a uma situação sócio-econômica desequilibrada, sem que tenha havido progressos necessários na área do desenvolvimento social.

Na estruturação urbana das cidades ocorreram modificações: as moradias vêm diminuindo em padrão e em espaço físico, fato este que contribui para o conflito na convivência das famílias muito numerosas (Veras & Col., 1987).

Num estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde para identificar as necessidades de idosos em zona urbana (OMS, 1989), constatou-se que 31% dos idosos residentes no município de São Paulo moravam com apenas uma pessoa, 59% residiam com mais de uma pessoa, e 10% sozinhos, isto é, há uma predominância de domicílios multigeracionais. Desses idosos, 39% tinham rendimentos inferiores a 50 dólares, 32% recebiam entre 100 e 250, e 7% mais que 250. Considerem-se tais valores em vista de, hoje, o custo de uma cesta básica estar em torno de 118,29 reais, acima do salário mínimo, que é de 112 reais, restando, ainda, despesas com moradia, saúde, lazer e informação, entre outras.

Em 86% desses idosos encontrou-se pelo menos uma doença crônica; em 15% dos casos foram referidas pelo menos cinco doenças crônicas, e apenas 14% não apresentaram nenhuma doença. Foi encontrada, ainda, uma prevalência de 27% de distúrbios psiquiátricos entre os idosos dessa população (Ramos & Col., 1993).

No primeiro inquérito domiciliar para traçar o perfil da população idosa residente na comunidade, no município de São Paulo, observou-se uma prevalência de 27% de possíveis distúrbios emocionais, uma alta prevalência de doenças crônicas e uma elevada proporção de indivíduos residindo em domicílios multigeracionais (Ramos, 1987).

Num estudo epidemiológico da prevalência dos transtornos mentais em população de meia-idade, na região nordeste do Brasil, encontrou-se uma prevalência de 33% de distúrbios emocionais (Almeida & Col., 1984).

Semelhante panorama leva-nos a refletir sobre a influência direta ou indireta dos transtornos emocionais no núcleo familiar, pois a convivência de indivíduos com perturbações dessa ordem torna-se bastante nociva quando associada à pobreza, à falta de espaço, de informação e de recursos de tratamento. Além disso, tal situação tende a agravar-se em decorrência de fatores complicadores associados, tais como: a doença física, o grau de autonomia, dificuldades no relacionamento familiar e isolamento social.

No âmbito da saúde mental, o problema se repete com a alta prevalência de distúrbios emocionais provocados pela situação sócio-econômica ou, então, por ela agravados.

O envelhecimento não é necessariamente um problema. É possível envelhecer mantendo a autonomia das capacidades funcionais e a saúde mental, mas essa possibilidade está estreitamente ligada às condições sócio-econômicas e culturais e aos recursos afetivos de que o indivíduo dispõe.

Lucena (1988) faz uma avaliação das interferências bio-sócio-culturais na qualidade de vida das pessoas - em especial dos idosos- e, por conseguinte, da saúde mental, concordando com a análise dos autores anteriormente citados. Ele acrescenta uma preocupação ao reafirmar que:

Os distúrbios psico-orgânicos não representam a totalidade das perturbações mentais dos idosos. Um preconceito secular retardará a utilização, em idosos, das novas terapêuticas possibilitando-lhes a recuperação. (Lucena, 1988, P.12)

O autor considera que algumas doenças mentais de origem orgânica são consequência de doenças físicas adquiridas na maturidade e que são passíveis de tratamento. Enfatiza, também, a importância das incapacidades físicas, causadas pelo adoecimento, que provocam aumento da prevalência de transtornos mentais.

Afirmar que o sujeito envelhece como viveu engloba todas as chances biológicas, sociais e psíquicas às quais ele teve acesso e esse contexto enfatiza a importância da compreensão da dinâmica dos aspectos afetivo-emocionais presentes na população em estudo, a definição de elementos psíquicos que possam ser comuns à velhice e o quanto cada um desses fatores pode intervir no seu bem-estar emocional.

No domínio do diagnóstico psicológico, em especial com a prova de Rorschach, foram escassos os trabalhos encontrados sobre idosos residentes em seus domicílios, enquanto, a respeito das comunidades asilares, encontrou-se um número maior de publicações, talvez pela facilidade de acesso aos dados.

O aumento da população idosa e a escassez de conhecimentos sobre esta fase do desenvolvimento psíquico é a justificativa mais importante para a realização de estudos que nos ajudem a entender melhor tão considerável parcela da população.

A maioria dos autores concorda com a necessidade de investigar a velhice como uma etapa do desenvolvimento multideterminada, resultante de um processo evolutivo. Além disso, afirma a importância da separação entre aquilo que faz parte da velhice normal e os fatores que concorrem para torná-la

um momento crítico de eclosão dos problemas decorrentes de carências acumuladas com o passar dos anos.

Todos os trabalhos parecem apontar para possíveis mudanças psíquicas, no entanto, seus autores também concordam em que a escassez de dados nos impossibilita qualquer conclusão a respeito do envelhecimento em geral.

Desta maneira, propomos um estudo de aprofundamento do conhecimento dos fatores relacionados com a dinâmica afetiva em idosos e os resultados observados no seu comportamento manifesto. Este aprofundamento nos proporcionará dados para um melhor atendimento clínico a esta parcela da população.

Objetivando a compreensão da dinâmica afetivo-emocional de idosos, respaldada no estudo de suas condições psicológicas, este trabalho se propõe:

- 1- avaliar as características psicológicas do grupo em estudo através da Prova de Rorschach;
- 2- investigar a existência de características afetivo-emocionais que sejam comuns ao grupo estudado;
- 3- propor medidas preventivas e de tratamento.

Isso, sem dúvida, beneficiaria um segmento importante da comunidade - o idoso e sua família - pois, sabemos, da experiência com trabalho clínico em equipe interdisciplinar e da bibliografia estudada, serem as mudanças emocionais dos idosos capazes de interferir em toda a dinâmica familiar.

2. Algumas concepções teóricas sobre o envelhecimento.

A partir do nascimento, senão antes, quando seus pais o idealizam, o sujeito passa a ocupar um lugar no mundo, onde vai construindo sua própria significação, bem como a de todo o universo. Inicia-se, aí, um processo contínuo de elaboração das trocas de significado.

Em algum momento, parece haver uma mudança para o ingresso na velhice. Nessa mudança estão implicados todos os elementos da história do sujeito. Ela ocorre num *continuum* e possui multideterminações.

Alguns autores caracterizam a velhice como o momento de lidar com as perdas, mas estas não são exclusividade da velhice. O avançar da idade, no entanto, muda a maneira com que o sujeito elabora essas perdas; mudam também os recursos afetivos, econômicos e sociais de que ele dispõe para elaborá-las.

Jung (1987), em “Considerações teóricas sobre a natureza da psique”, chamou de velhice apenas os últimos anos da vida do sujeito. Afirmou dever o homem que envelhece caminhar no sentido de aprofundar cada vez mais o processo de individuação, isto é, a realização do sujeito em seu lugar no mundo. Apontou a fatalidade do retorno ao passado e a permanência aí através das recordações. Propôs, então, a possibilidade de simbolização da morte, afirmando que, se somos capazes de dar uma significação para a vida, certamente conseguiremos o mesmo com a morte. Para ele, as religiões, por exemplo, são profundos tratados sobre essa temática.

Jung (1987) afirma que seria neurotizante para o idoso não se ocupar da morte, tanto quanto seria para o jovem não se ocupar das fantasias¹ de construção futura. Em suas observações clínicas, encontrou em pacientes (que estavam a um ano de sua morte) a ocorrência de símbolos conscientes e inconscientes que, na vida normal, têm como significado uma mudança de estado. Entendeu que o homem, mesmo que inconscientemente, faz uma preparação final. Para ele, o processo normal do envelhecimento leva o sujeito a voltar-se para seu interior no sentido da individuação. As observações dele são fruto de sua experiência clínica e sua teoria aponta para a possibilidade de um amadurecimento emocional constante, que se aprofunda e se dirige no sentido de o idoso vir a ser um elemento importante para a construção da vida social. Para ele, o envelhecimento também é um processo.

Os achados do autor são em parte corroborados pelos dados encontrados nas pesquisas desenvolvidas com a prova de Rorschach, que apontam para uma mudança significativa no sentido de uma introversão dos sujeitos que se estão aproximando da morte.

Alguns dos trabalhos com a referida prova, no entanto, indicam um empobrecimento geral da maioria das funções mentais, muito embora outros estudos concluam que o idoso permanece com as mesmas potencialidades emocionais dos adultos jovens.

Erikson (1950) propõe um modelo de desenvolvimento do homem, dividindo-o em oito fases, chamadas as “oito idades”. Em cada uma delas identificou momentos decisivos do desenvolvimento, nos quais o sujeito oscila

¹ - Fantasia: Designa o mundo imaginário, seus conteúdos e a atividade criadora que anima este mundo, é o roteiro imaginário em que o sujeito está presente e que representa, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo. Laplanche, J.; Pontalis, J-B. (1995) *Vocabulário da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, p.169.

entre qualidades positivas e negativas do ego. Essa oscilação provoca conflitos singulares de acordo com cada fase.

Quadro I. As oito idades do homem, segundo o modelo epigenético de Erikson (1950)

Idade	Conflito típico da qualidade do ego	Valor emergente
Fase bebê	Confiança x desconfiança	Esperança
Infância inicial	Autonomia x vergonha e dúvida	Domínio
Idade do brinquedo	Iniciativa x culpa	Propósito
Idade Escolar	Trabalho x inferioridade	Competência
Adolescência	Identidade x confusão de papéis	Fidelidade
Adulto	Intimidade x isolamento	Amor
Maturidade	Geratividade x estagnação	Cuidado
Velhice	Integridade x desesperança	Sabedoria

As qualidades de cada uma das fases são interdependentes e ocorrem numa seqüência, na qual a experiência de cada estágio depende da experiência dos estágios precedentes. Para ele, a evolução do ciclo vital está relacionada às estruturas da sociedade.

Afirma, ainda, que, na velhice, o conflito “integridade *versus* desesperança” está relacionado aos valores sociais que envolvem o senso de ordem, o sentimento espiritual de mundo e da existência, isto é, o indivíduo passa a refletir sobre sua vida e sua história como parte de uma experiência coletiva.

Ocorre, também, a vivência intensa da solidão e da singularidade da experiência humana, mais a constatação de ser o curso de vida único e pessoal.

Quando o desenvolvimento do sujeito se realiza de maneira insatisfatória, haverá uma tendência de retorno dos conflitos anteriores até que ele possa resolvê-los. Nesse momento, o grau de integridade do ego determinará a superação dos antigos conflitos e daqueles que aparecerão como consequência da relação do sujeito com o mundo interno e externo.

O sentimento de finitude decorrente da proximidade da morte é outro fator que interferirá no equilíbrio desse estágio do desenvolvimento. A morte não constitui um tema novo, mas possui um outro significado: o da inevitabilidade e inexorabilidade da finitude. Durante toda a vida, o homem ocidental afasta de si a possibilidade imaginária da morte; mas, na velhice, é impossível deixar de entrar em contato com essa temática existencial. A elaboração emocional de tal eventualidade vai depender dos recursos de que o sujeito dispõe e que foram sendo cultivados no transcorrer da vida.

Levinson (1986) começou a se preocupar com a vida adulta em decorrência de seus estudos sobre a meia-idade. Percebeu que os indivíduos adultos passavam por estágios específicos, não necessariamente associados à idade, mas numa seqüência obrigatória e universal. Preocupou-se em estabelecer esses estágios, aos quais chamou “estações” e, mais tarde, desenvolveu o conceito de “eras”: macroestruturas sobrepostas às estações.

O autor caracterizou as estações e as tarefas evolutivas presentes em cada uma delas. Para os 60 anos, apontou as seguintes características: a) decréscimo das capacidades biológicas; b) início de novos papéis familiares, sociais e ocupacionais; c) tendência de revisão do próprio curso de vida; d) sentimentos de auto-realização ou fracasso; e e) posicionamento sobre a morte.

O modo pelo qual o sujeito se relacionará com as mudanças em sua vida parece estar ligado às suas condições internas - a maneira como viveu suas experiências em outros momentos, como elaborou essas experiências, quais foram as possibilidades de ganho afetivo durante a vida e como se encontra sua estrutura de ego - e também às condições externas - sua integridade física, sua situação sócio-econômica, nível e aspirações culturais. Nossa experiência

clínica nos alerta inclusive para as diferenças existentes nas diferentes décadas do desenvolvimento a partir da terceira idade.

Apontando as diferenças de elaboração das perdas com o avançar da idade, D'andréa (1972, p.132) formula:

A partir da meia-idade quaisquer perdas, principalmente de entes queridos, predisõem ou desencadeiam uma ansiedade existencial levando o indivíduo a indagar a si mesmo o significado da vida.

Reforça também a importância da família e sua relação com o idoso. Alguns familiares apresentam muita dificuldade de lidar com a mudança de papéis e não percebem que, de alguma maneira, o idoso se tornou mais dependente; continuam a exigir dele o mesmo desempenho de antes, reforçando um possível processo de negação do sujeito quanto aos seus limites; outras vezes, ao perceberem a situação invertida do grau de dependência, agridem-no - pai, mãe ou qualquer outro que, conforme sua realidade psíquica, os tenha feito sofrer; ou, ainda, submetem-no a um tratamento superprotetor, impedindo-o de exercer sua autonomia.

Consideramos que a dependência não é um tema novo para o sujeito que envelhece; o que muda são as características dessa dependência. Para a criança, depender significa que todas as decisões de sua vida passam pela aprovação de seus pais ou responsáveis. A maioria dos adultos jovens, além de dependerem de toda a rede de relações na qual se encontram inclusos, fazem-se claramente dependentes do trabalho, da sua manutenção e da de outras pessoas. O que importa nesses casos e também no que concerne ao idoso é a manutenção da autonomia, isto é, a capacidade de ter o domínio de suas necessidades. Um sujeito dependente de uma cadeira de rodas pode manter sua capacidade de locomoção e participar das atividades que considerar desejáveis, desde que haja condição mínima de integração dos suportes sociais com suas

necessidades, quais sejam, por exemplo, as rampas de acesso a todos os lugares, proporcionando-lhe uma livre movimentação.

A velhice traz para o seio da família a necessidade de readaptação não só do idoso, mas de toda a comunidade que, de uma maneira ou de outra, convive numa mesma rede de relações.

A psicologia vem buscando a compreensão das variantes da experiência humana, seja na psicanálise, na psicologia social, ou na experimental.

Seria acertado falarmos de psicologias, já que seu domínio de investigação e conhecimento se encontra fragmentado nas diversas frentes teóricas que se ocupam das múltiplas dimensões do psiquismo.

Os temas até aqui relacionados (força do ego, capacidade de negociação dos limites impostos, mecanismos utilizados para essa negociação, autonomia e independência, recursos afetivos, participação na vida comunitária) foram discutidos pela psicanálise, tanto do ponto de vista da dinâmica interna do sujeito, como das relações intersubjetivas e do comportamento manifesto.

Por intermédio de sua experiência clínica com adultos, Freud (1886) foi levado a atribuir a origem da vida mental adulta à infância. Descobriu que a disposição para a neurose está fundada nos primeiros anos de vida, no início do desenvolvimento humano, e que pessoas por ela acometidas buscavam afastar-se da realidade externa por achá-la insuportável, na totalidade ou em parte.

Dois tipos de desencadeantes de neurose descritos por Freud (1911) interessam-nos particularmente pelas características do conjunto de sujeitos que escolhemos para compor este estudo: as perdas e a fragilidade do ego.

O primeiro sucede quando o sujeito permanece sadio, tendo suas necessidades satisfeitas por um objeto no mundo externo, até que esse objeto seja dele afastado sem que outro ocupe seu lugar. Isso nos vai interessar

especialmente em decorrência das perdas a que os idosos são submetidos no transcorrer do seu desenvolvimento, perdas estas que, muitas vezes, não encontram substitutivos. O autor revela que essa é a neurose à qual a maioria da população está submetida. É fácil adivinhar por quê, já que estamos todos expostos às restrições causadas pela civilização. A frustração adquire um efeito patogênico quando o tempo e a quantidade de tensões represadas ultrapassam as capacidades adaptativas do ego.

O outro caminho da enfermidade psíquica seria o resultado do fracasso do sujeito em conseguir adaptar-se às exigências da realidade. Ele teria apenas um único modo de satisfazer-se e, embora o meio oferecesse uma série de outras oportunidades de satisfação, ele não disporia de condições internas para fazer uso delas, ou seja, as fixações libidinais seriam tão fortes que resistiriam ao deslocamento. O que define as condições de flexibilidade para a mudança são as disposições internas elaboradas frente às experiências infantis.

A enfermidade, nesses casos, é favorecida pela frustração do desejo que coloca em jogo fatores disposicionais: frustrações, fixações ou mesmo inibições presentes no desenvolvimento do sujeito e que, até então, permaneciam inoperantes.

Segundo Freud (1912), a função egóica em cada sujeito lida com um *quantum* libidinal. Um enfraquecimento dessa função, devido a uma doença orgânica ou alguma exigência acima do suportável, pode desencadear uma enfermidade que, em outras condições, permaneceria latente, apesar de as disposições estarem presentes em ambos os casos.

O autor nos alerta para a possibilidade de a libido tornar-se introvertida em tais casos e o sujeito, devido a uma frustração persistente, escolher viver uma vida de fantasias, criando outras estruturas de satisfação do desejo. A

estreita ligação entre a fantasia e os conteúdos afetivos infantis - a qual permanece em todos os sujeitos - e a capacidade de realização de desejo através da fantasia - muito maior quando comparada com a realidade - convocam o sujeito a regredir ao longo da linha do desenvolvimento infantil. Um conflito entre as suas necessidades e a realidade poderá provocar uma tendência à formação de algum sintoma como forma substitutiva de satisfação.

Em sua obra, Freud (1886 - 1938) pensou o homem de modo dinâmico e multideterminado por fatores psíquicos, biológicos e sociais. Podemos, através da observação (seja na clínica, seja nos grupos sociais), apreender o encadeamento dos fatos na vida dos sujeitos numa contínua transformação determinada por esses fatores.

Gagey (1989) afirma que, para a psicanálise, a velhice não se articula com mecanismos e fantasias particulares, próprios da idade. Estes estão sempre ancorados na infância e seus remanescentes patológicos. Os conflitos e traumas podem acometer os indivíduos, independentemente da idade. A depressão, os movimentos hipocondríacos ou quaisquer sintomas observáveis nos idosos são repatriações da patologia dos mesmos fenômenos que se instalaram no transcorrer do desenvolvimento.

Um fato que chama bastante a atenção dos psicanalistas e a nossa, também, é o de que, algumas vezes, há um retardamento no processo de decrepitude no que tange à sexualidade, à intelectualidade e à vida profissional. Conhecemos exemplos de octogenários ou nonagenários (como Henriqueta Brieba, Jorge Luiz Borges, “Grande Otelo” e outros) que permaneceram produtivos e lúcidos até idade bastante avançada.

Por outro lado, outras vezes, o que ocorre é uma aceleração do processo ocasionando um envelhecimento precoce.

Gagey (1989) intrigado com tais possibilidades - a decrepitude precoce ou envelhecimento saudável - indaga: - *Será que todo envelhecimento leva a uma desorganização natural, geral e gradual?*

O interesse da psicanálise é investigar o processo pelo qual a libido se distribui sobre os objetos. A libido está a serviço de uma tensão interna, isto é, a ação do princípio do prazer², solicitando uma descarga mais direta. Em contraposição, o princípio de realidade³ impede o sujeito de realizar seu desejo direta e plenamente. O sujeito é obrigado a elaborar esse conflito de modo que sua escolha objetal, investimento de suas pulsões, seja compatível com as interdições sociais introjetadas⁴. Isso se processa em todos os momentos da vida. A diferença entre a capacidade de negociação e o encontro do objeto que satisfaça às duas exigências ao mesmo tempo não faz da idade seu ponto de referência.

Gagey (1989) afirma que os psicanalistas observam, com o passar do tempo, as perdas se multiplicarem: renúncias, lutos relativos à imagem corporal, perdas materiais, de identidade profissional e de tantos objetos amados. Portanto, na velhice, há uma maior necessidade de elaborações diante de tantas mudanças.

O autor considera que esse processo acontece, muitas vezes, em meio a um contexto social que cada vez mais reforça a negação do luto, exigindo que o

² - Princípio do Prazer: "Atividade psíquica que tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar prazer, está ligado à redução das quantidades de excitação". As motivações que impulsionam o sujeito à busca do prazer são na maioria das vezes inconscientes. (Op. cit., p. 364)

³ - Princípio da realidade: "Um dos princípios que rege o funcionamento mental, que procura a satisfação, fazendo desvios e adiando o resultado em função das condições impostas pelo mundo exterior (...), ele forma par com o princípio do prazer e corresponde à transformação da energia livre em energia vinculada mais especialmente a serviço do ego". (Op. cit. p.368)

⁴ -Introjeção: A introjeção é o correlativo oposto da projeção, designa o movimento fantasístico de passagem dos objetos e qualidades inerentes a esses, do mundo externo para o interior do aparelho psíquico. (Op. cit., p. 248)

sujeito se reestruturou com rapidez, o que resulta em lutos mal elaborados os quais, mais tarde, poderão retornar na forma de sintoma. Ainda assim, a psicanálise não considera que esses marcadores sejam exclusivos da velhice.

O trabalho de organização e desorganização da vida pulsional desenvolve-se de acordo com os investimentos possíveis. Pode-se dizer que os objetos escolhidos pela pulsão relativos a uma fase não aparecem totalmente isolados, mas dentro de um *continuum* de defesas⁵ e identificações⁶ que sejam aceitáveis pela organização egóica.

Esse interjogo fica enriquecido com o decorrer da maturidade e, segundo Gagey (1989), não há nada que faça supor um retraimento natural desse trabalho. O inconsciente ignora o tempo cronológico.

Para ele, a libido é primeiramente ancorada no corpo e nas mudanças que nele ocorrem, mas tendo sido introjetados os objetos necessários para os primeiros movimentos libidinais, estes permanecerão dando suporte por toda a vida do sujeito. Assim sendo, a dessexualização é uma eventualidade, sem que a libido desapareça necessariamente: afinal, sabe-se que a sublimação é responsável pela atividade criadora do homem.

A libido procura caminhos para sua realização: a sexualidade, a sublimação e o sintoma. Uma manifestação não exclui a outra, embora, quando as duas primeiras se tornam realizáveis, o sintoma possa ser evitado. Se, no

⁵ - Defesa: "Conjunto de operações, gerenciadas pelo ego, cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico(...). A defesa normal proporciona a liberação do desprazer provocando a redução do mesmo, enquanto que a defesa patológica ocasiona a submersão do ego no processo primário do funcionamento mental". (Op.cit., p.107)

⁶ - Identificação: "Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro(...). É também a maneira pela qual o sujeito reconhece o objeto discriminando-o de outro". (Op. cit., p. 226)

curso da vida do sujeito, houver a perda ou a diminuição do *quantum* libidinal investido no corpo, resta ainda a possibilidade da sublimação.

Gagey (1989) afirma, ainda, que o movimento de organização e de desorganização da libido trabalha no sentido da criação Eros⁷ e no sentido da desconstrução Thanatos⁸. Essas duas pulsões agem articuladas de tal forma que um processo de desorganização sempre precede um momento de reorganização. Em última instância, a morte concreta seria a desorganização depressiva no limite máximo.

São muitas as mortes simbólicas que o sujeito enfrenta durante a vida. Toda vez que se processa uma mudança, é preciso perder, abandonar o conhecido, rumo à nova experiência. Nesse sentido, Gagey considera, como Jung, que o caminho do envelhecimento se dá em direção de uma maior maturidade perante essas mudanças.

Tanto os psicanalistas como os psicólogos compreendem o envelhecimento como um processo cujas características decorrem de múltiplos fatores.

Na prática clínica, temos encontrado um bom número de pacientes idosos que canalizaram sua realização em apenas alguns interesses, em geral no trabalho, no parceiro e, quando muito, nos filhos. Tais traços são muito mais encontrados entre os homens: os filhos casam-se, vão-se, a aposentadoria chega e só lhes restam as esposas. Alguns desses homens não conseguem estabelecer novos vínculos e passam a fazer de suas esposas o alvo de aplicação massiva de seus investimentos.

⁷ - Eros - "Freud utiliza Eros para designar o conjunto de pulsões de vida em oposição às pulsões de morte". (Op. cit., p. 150)

⁸ - Thanatos - "Termo utilizado para designar as pulsões de morte, aquelas que se contrapõem às pulsões de vida". (Op. cit., p. 502)

As mulheres têm sido privilegiadas nesse aspecto, já que a maioria realiza o trabalho informal de dona de casa, além de exercer importante papel de centralizadoras da rede de relações inter e intrafamiliares. Elas quase nunca se aposentam desses papéis. Entretanto, a história da repressão feminina acaba por resultar no adoecimento psicosssexual⁹ de muitas dessas mulheres.

Temos recebido, cada vez mais, casais com problemas de relacionamento conjugal em decorrência dessas dificuldades de adaptação e reinvestimento de suas necessidades afetivas.

Parece importante observar um outro problema com o qual nos temos defrontado frequentemente: a rejeição dos idosos pela família ou por seus cuidadores, em decorrência do papel negativo que possam ter desempenhado na convivência com as outras pessoas, no transcorrer de sua vida. No momento em que o sujeito se encontra mais fragilizado, passa a ser ameaçado pelo retorno de um passado de relações negativas. A velhice e a dependência parecem provocar uma regressão em alguns elementos do núcleo familiar, os quais resolvem retaliar o sofrimento que consideram tenha-lhes sido impingido pelo idoso.

Além disso a velhice tem sido muitas vezes confundida com doença física e ou emocional. Na civilização ocidental, em especial nos países capitalistas, a importância da atividade produtiva que acarrete lucro financeiro, o culto ao corpo jovem e a negação da finitude têm provocado uma rejeição da velhice, já que esta nos aproxima a todos da possibilidade imaginária da vivência das mudanças corporais, sociais, afetivo-emocionais e da mortalidade.

⁹ - Entendemos aqui psicosssexualidade como Freud a definiu: todas as atividades dos sentimentos ternos que têm os impulsos sexuais como fonte, mesmo quando estes impulsos tornam-se inibidos com relação ao seu fim original e trocam esta satisfação por outra equivalente. Freud, S. (1977) .Psicanálise "silvestre" in: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. v. XI, p. 200.

Outras vezes, deparamo-nos com situações em que o idoso era o responsável pela manutenção da unidade do grupo: na sua “ausência”, provocada por doença ou morte, tal unidade começa a se esfacelar, suscitando o reaparecimento de conflitos até então adormecidos.

Muito provavelmente, para as futuras gerações de velhos, essa realidade se transformará em virtude das mudanças que estão ocorrendo na família, na sociedade e nos papéis desempenhados por seus integrantes.

3. Alguns estudos clínicos

Foram desenvolvidos, nos últimos dez anos, alguns trabalhos muito importantes com a população idosa, na tentativa de esclarecer as mudanças que ocorrem nessa fase do desenvolvimento humano.

Shimonada & Col. (1991) conduziram, no Japão, por dez anos, um estudo longitudinal de avaliação de idosos saudáveis, residentes em lar para aposentados, com o intuito de examinar as mudanças nas estruturas da personalidade que acontecem com o avançar da idade e nos momentos que precedem a morte. Os indivíduos foram avaliados, de dois em dois anos, com a prova de Rorschach, tendo sido utilizado o sistema de aplicação e avaliação de Klopfer (1942). A média de idade da amostra foi de 76,4 anos, sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 96 anos. O nível educacional da amostra variou entre 7,1 e 3,5 anos de escolaridade.

Os autores do referido trabalho chamam-nos a atenção para o fato de os indivíduos que residem em sistema asilar receberem menos estimulação do que aqueles residentes em seus domicílios. Desse modo, a institucionalização pode ter acelerado as mudanças encontradas.

Os resultados demonstraram que os idosos apresentam mudanças significativas, quanto aos recursos afetivos, com o avançar da idade. Uma análise retrospectiva demonstrou que, nos três anos que antecederam seu falecimento, os sujeitos apresentaram: constrição das atividades do pensamento produtivo e criativo; diminuição gradativa da cooperação e interesse pela coletividade; afetividade menos complexa com diminuição da introspecção; diminuição da assertividade; diminuição da agressividade e aumento da docilidade e da dependência, além da dificuldade de manter uma percepção

acurada da realidade nos 4 a 6 anos que precederam sua morte. Nos 12 meses que antecederam o falecimento, houve, também, um grande rebaixamento das funções cognitivas.

Os sujeitos que sobreviveram aos dez anos de duração da pesquisa mantiveram uma estabilidade de estrutura semelhante à do adulto normal. As variáveis consideradas nesse trabalho foram: o número de respostas, respostas de sombreado, respostas populares, respostas do tipo F-, o conteúdo e a rejeição.¹⁰

Gross (1990) realizou um estudo transversal com idosos saudáveis residentes numa comunidade da Califórnia, utilizando a Escala Wescheler para adultos (WAIS), para a avaliação da inteligência; o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para a detecção de déficit cognitivo; a Escala Geriátrica de Depressão (GDS), com o intuito de detectar síndrome depressiva; e a Escala de Reajustamento Social (GSRQ), para avaliação de efeitos de estresse referentes aos dois anos que precederam o trabalho. Foi realizada, ainda, uma avaliação do estado de saúde física, incluindo: exame oftalmológico, história de tratamento psiquiátrico e o teste Face Hand para detectar distúrbios neurológicos. A prova de Rorschach foi administrada segundo o sistema Exner.

Foram controladas as variáveis confundidoras que pudessem interferir nos resultados do estudo (idade, nível intelectual, situação sócio-econômica, doenças orgânicas associadas, funcionamento psicossocial, eventos recentes de vida, situação residencial e efeitos da prescrição médica). Os resultados reforçam a idéia de que os idosos saudáveis não são ligados a fantasias e

¹⁰ - O significado dos índices: número de respostas, respostas do tipo F-, conteúdo e rejeição está explicitado no anexo I.

memórias sobre o passado, mas podem, se sentirem necessidade, liberar sua capacidade ideacional.

Segundo Gross (1990), quando as variáveis interferentes, acima citadas, são controladas, os resultados das aplicações são tidos como constantes e sua pontuação assemelha-se à do adulto jovem.

O autor nos alerta para a necessidade de investigação das capacidades perceptivas e das habilidades intelectuais como partes importantes das pesquisas sobre as mudanças ocorridas na velhice.

Ele não encontrou decréscimo de produção das respostas de movimento (M). No trabalho comparativo com um teste de inteligência, certificou-se da relação positiva entre as respostas de movimento ativo e o nível de inteligência e da relação contrária com as repostas de movimento passivo. Essa discriminação é de grande importância, por se considerar que as respostas M são indicadoras da capacidade intelectual criativa.

Georgoff (1991) encontrou, numa investigação realizada com pacientes idosos portadores de câncer, diferenças entre sobreviventes e terminais, apontando para uma constrição e rigidez emocional, além de uma relação superficial com o mundo para aqueles em eminência de morte.

Viglione & col. (1988) realizaram o estudo com uma amostra de 49 sujeitos entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de depressão maior do tipo melancólica, segundo os critérios do Manual de Desordens Mentais (DSMIII-R). Esse estudo visou a demonstrar que a depressão maior do tipo melancólica é um acontecimento multideterminado, resultante da expressão genética, do desenvolvimento, dos recursos intrapsíquicos, das relações interpessoais, do comportamento e dos fatores ambientais. Os autores ressaltaram a importância do conhecimento das variáveis interferentes no tratamento da depressão. Os

instrumentos utilizados foram: a escala de Beck (BDI), para avaliar os sintomas cognitivos da depressão, a escala de Carroll (CRS), para avaliar os aspectos somáticos da depressão, e a prova de Rorschach, para avaliar a interferência dos recursos intrapsíquicos.

Viglione & col. (1988) comprovam nesse trabalho a consistência dos seus argumentos e a necessidade da utilização de instrumentos adequados para detectar qual ou quais os fatores subjacentes ao processo depressivo.

O paciente aflito com depressão melancólica resistente ao tratamento, pode por carência de recursos na estrutura egóica fazer da depressão um mecanismo de compensação por sua dificuldade de utilizar mecanismos para uma adaptação madura. (Viglione; Brager; Haller, 1988, p.497)

Desta feita, enfatiza a importância da prova de Rorschach como sendo uma alternativa para estudar as capacidades qualitativas e quantitativas subjacentes à personalidade (demandas internas e externas). Enfatiza também a necessidade de uma avaliação dos recursos afetivos que não focalize a sintomatologia por vezes inexistente e as distorções inerentes da auto-avaliação. Sabemos que a depressão é a síndrome de maior prevalência dentre os transtornos que acometem os idosos, o que nos leva a reafirmar a importância do conhecimento da dinâmica dos afetos nessa fase do desenvolvimento humano.

Cariou (1986) analisou a crise de identidade e o desempenho intelectual em idosos saudáveis e autônomos residentes em seus próprios domicílios. Para evitar os fatores que pudessem interferir na qualidade do envelhecimento, usou os seguintes critérios de escolha dos sujeitos: a) idade entre 55 e 88 anos; b) residentes em seu domicílio; c) que gozassem de autonomia; d) que não possuíssem nenhum problema de saúde importante; e) que pertencessem a todas as classes da população em geral. Fez uso de uma entrevista semi-

dirigida, para avaliar uma possível crise de identidade, e da Escala Wescheler (WAIS), para avaliação da deterioração mental.

Nesse estudo, concluiu que: a) no envelhecimento normal há uma diminuição do rendimento intelectual em decorrência de uma necessidade maior de tempo para a organização cognitiva, mas sua natureza e composição interna não mudam; b) a proximidade da morte não pode ser ainda justificativa para o declínio das produções intelectuais; e c) o desejo de viver e o funcionamento psicológico satisfatório (livre das doenças crônico-degenerativas) são determinantes importantes na sobrevivência desses indivíduos.

Panek (1983), num trabalho de revisão com testes projetivos usados na avaliação de idosos, encontrou 13 trabalhos escritos desde 1946.

Algumas amostras indicam que o idoso residente na comunidade é menos propenso aos transtornos mentais do que os institucionalizados e que as mulheres são psicologicamente mais saudáveis do que os homens.

O autor sugere que, antes de serem evidenciadas e comprovadas as mudanças psíquicas na velhice, serão necessários mais dados a serem auferidos em pesquisas longitudinais.

Segundo o mesmo autor, a prova de Rorschach e outros testes projetivos têm demonstrado que, na velhice, ocorre um declínio dos recursos da personalidade e um afastamento do convívio social, apesar das diferenças individuais.

Com respeito às críticas que têm sido feitas à aplicabilidade desses testes, ele as considera impróprias. Contudo, enfatiza a necessidade da experiência e da perícia dos avaliadores. Reforça, ainda, a necessidade de obtenção de mais dados sobre amostras de indivíduos institucionalizados e de residentes na comunidade.

Quadro II. Estudos sobre as mudanças na velhice (Panek, 1983)

Técnica e tipo de estudo	No. de sujeitos	Resultados
Klopfer (1946)	50	Constrição emocional e intelectual
Prades e Fried (1947)	35	Declínio emocional
Chesrow e col.(1949)	20	Constrição emocional e intelectual
Grossman e col.(1951)	50	Constrição emocional e intelectual
Davidson e Kruglov (1952)	46	Constrição emocional e intelectual
Ames e col. (1954)	200	Constrição emocional e intelectual
Ames e col. (1954)	8	Declínio emocional e intelectual
Light e Amick	30	Constrição emocional e intelectual
Ames (1960a)	61	Declínio emocional e intelectual
Ames (1960b)	6	Declínio emocional e intelectual
Ames (1966)	279	Declínio emocional e intelectual
Ames (1973)	5	Declínio emocional e intelectual
Ames (1974)	92	Declínio emocional e intelectual

Panek (1983), enfim, aponta a necessidade de: a) refinar o diagnóstico da psicopatologia, b) promover acumulação de dados concernentes às características dos idosos, e c) prover os técnicos com informações sobre as necessidades de cuidados do cliente idoso.

Sugarman (1991) observa que têm ressurgido as avaliações das estruturas de personalidade apoiadas na prova de Rorschach, para instrumentalizarem clínicos e pesquisadores na investigação de indivíduos de todas as idades, bem como uma tendência para a integração das teorias da personalidade aos resultados, a fim de que se possa atingir uma compreensão mais ampla.

No Brasil, foram encontrados apenas dois trabalhos acerca da dinâmica dos aspectos afetivo-emocionais da população idosa, com a utilização da prova de Rorschach, um dos quais foi o de Barreto (1983), que realizou um estudo transversal com 30 idosos. Seu intuito foi o de avaliar a diminuição do potencial de aprendizagem no momento da avaliação. Sua amostra reuniu idosos de 52 a 90 anos, de ambos os sexos. As variáveis consideradas nesse trabalho foram: o tipo de trabalho mental, tipo de reação, as disposições conativas e a utilização dos recursos internos. Utilizou também os sinais de deterioração mental de Piotrowiski¹¹.

Esse estudo revelou que os sujeitos da amostra não estavam utilizando seus recursos de ordem intelectual de forma elaborada, apresentavam um certo grau de rigidez nos contatos pessoais, uma ligação superficial com o meio ambiente e uma adaptação prejudicada associada ao predomínio de fantasias infantis, comprometendo sua convivência com o mundo externo.

Adrados (1988) publicou, sob o título *Teoria e prática do método de Rorschach na 3ª idade*, um estudo comparativo entre uma população de 100 idosos saudáveis residentes na comunidade e 100, residentes em instituições asilares. Cada amostra foi composta de 50 homens e 50 mulheres, com 60 anos ou mais. Em sua análise, a autora utilizou, principalmente: o histórico de vida, a ressonância afetiva, o tipo de vivência, as respostas do tipo F+ extenso¹², os sinais de demência senil e as respostas de movimento.

¹¹ Piotrowiski realizou diversos trabalhos sobre a síndrome orgânica. Seu último estudo resultou em uma série de dez sinais de organicidade. Souza (1982) em sua obra "*O Método de Rorschach*", discute cada um desses sinais. Neste estudo apresentaremos os sinais da síndrome, no Anexo I.

¹² O índice F+ extenso refere-se a todas as respostas que levam implícita a forma. Os demais índices enumerados serão explicados no anexo II.

Os resultados do referido trabalho demonstraram que existem diferenças significativas, nas produções, entre os indivíduos que residem na comunidade e os asilados, frente aos resultados obtidos nos protocolos do Rorschach. A ênfase na posição introversiva é uma constante nas duas sub-amostras para ambos os sexos. Entre os homens, a introversão é mais comum, revelando a manutenção da capacidade imaginativa bem desenvolvida, a existência de vida interior rica, individualismo e resistência a mudanças. Adrados encontrou também uma elevação dos perceptos de movimentos humanos passivos na amostra institucionalizada. Houve uma diferença significativa na porcentagem de respostas de movimento humano (M); essa categoria de respostas foi mais encontrada entre as mulheres residentes na comunidade do que entre aquelas residentes nos asilos (34% e 14%, respectivamente).

As respostas de movimento associado à forma positiva foram resultados de experiências vividas pelo próprio sujeito, às vezes sonhadas ou apenas desejadas. Esse dado vem comprovar a relação negativa entre as respostas de movimento e a atividade motora, pois esses indivíduos estão restritos a seus lares ou a casas geriátricas e, embora tenham participação e permaneçam ativos, seu ritmo é mais lento e sua motricidade é mais parcimoniosa.

Segundo a autora, a necessidade de liberdade no grupo de idosos residentes em seus lares é mais forte do que a necessidade de segurança, proteção ou qualquer outra vantagem que possam ter, se recolhidos às instituições. Isso ocorre em todas as faixas econômicas.

Entre as mulheres institucionalizadas, 40% se apresentaram coartativas, isto é, dispendo de pouca energia para enfrentarem a vida por conta própria, contra 6% dentre as que permaneciam em seus lares. Vale lembrar que a maioria das mulheres institucionalizadas é de solteiras ou viúvas, não dispendo

de vínculos mais intensos, o que nos leva a pensar na influência das ligações afetivas mais estáveis. Os sujeitos que ainda residiam em seus lares apresentaram personalidade bem estruturada e o ego bem organizado.

Adrados (1988) finaliza, afirmando que não foi encontrada ênfase significativa em nenhum tipo de defesa. A interiorização é utilizada como uma forma de adaptar-se, evitando o excesso de informações e contatos que são próprios do cotidiano de nossa sociedade, na qual tudo se torna obsoleto com muita rapidez. Considera também que as chances sócio-culturais e econômicas interferem na qualidade e quantidade da produção desses indivíduos e que a condição asilar contribui para a perda dos pontos de referência essenciais (o lar, a família e os amigos), provocando sentimentos de angústia.

Os resultados dos estudos encontrados na investigação bibliográfica são controversos e insuficientes para que possamos chegar a conclusões definitivas sobre o funcionamento psicológico do indivíduo na velhice.

II- Método

O estudo dos fatos humanos encontra grande dificuldade em criar uma metodologia própria. Neste campo, objeto e investigador coincidem, o que acaba por dificultar a discriminação entre os juízos dos fatos e os juízos de valores. O homem como objeto de estudo obriga-nos a levar em conta também a rede de relações na qual ele está inserido.

Essas dificuldades, ao invés de inibirem, acabam por instigar mais as investigações no campo da epistemologia das ciências humanas.

Para Japiassu (1976), as ciências humanas, do ponto de vista histórico, evoluíram segundo as concepções clássica, cristã e moderna.

Na concepção clássica, o centro dos interesses era o cosmos de onde advinham as leis mais gerais. A essência humana era a razão e recebia do cosmos, assim como os deuses, os princípios de sua atividade.

Os cristãos reagruparam o saber e a espiritualidade em torno da exigência de um Deus criador a quem tudo se subordinava.

Na concepção moderna, a verdade aparece como uma obra humana. O homem livre passa a ser o construtor de suas significações no mundo.

Concordamos com Japiassu (1976) quando ele afirma que fazer ciência dos fatos humanos implica em tomar posições valorativas e realizar um estudo ao mesmo tempo explicativo e compreensivo.

Desta maneira, a escolha de um método estruturado no diagnóstico do tipo compreensivo objetivou abranger uma amplitude possível das perturbações que acometem os indivíduos, buscando a elucidação dos determinantes dos

transtornos, isto é, as disfunções da dinâmica dos afetos que no momento da avaliação apareceram associadas ao arcabouço sadio da personalidade.

*O termo *compraehendere* que do latim significa abarcar, tomar e apreender o conjunto, designa, presentemente, no diagnóstico psicológico uma série de situações que inclui, entre outros aspectos o de encontrar um sentido para o conjunto de informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar em contato emocional e também conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém* (Trinca, 1984, p.15)

A investigação diagnóstica, segundo Trinca (1983), objetiva estudar fatos que não estão claramente visíveis, sendo necessário um espírito investigador que não se satisfaça apenas com as aparências e que não se apresse em dar explicações aos fenômenos observados.

Para ele, a entrevista clínica é o principal recurso para a realização da investigação psicológica. É importante que a entrevista e a observação clínica sejam seletivas e focalizem os pontos relevantes para a elucidação do caso.

O diagnóstico psicológico conta com alguns fatores que asseguram sua realização: a) o sujeito tem noção da brevidade da avaliação, o que possibilita a redução da resistência à comunicação, b) a expectativa de cura do sujeito e da família e c) a possibilidade da utilização do momento da avaliação para uma catarse das perturbações.

O autor considera que a utilização de uma técnica projetiva auxilia o diagnóstico, fornecendo meio de acesso aos recursos intrapsíquicos. Além de nos proporcionar os dados obtidos da sua aplicação, ela possibilita, ainda, a observação das manifestações de comportamento do sujeito frente a uma situação semi-estruturada que exigirá dele organizar-se para a realização da tarefa proposta.

Através da articulação do dois referenciais utilizados no procedimento diagnóstico - a entrevista clínica e a Prova de Rorschach - pudemos ter uma visão mais ampla do fenômeno humano que nos propusemos investigar: a dinâmica afetivo-emocional num grupo de idosos.

I. Procedimentos e sujeitos

Os sujeitos foram selecionados do grupo de pacientes encaminhados ao atendimento psicológico do ambulatório interdisciplinar do centro de estudo de envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (CEE -UNIFESP). Dentre os encaminhados, foram selecionados 14 sujeitos que, ao completarem a Prova de Rorschach, apresentaram ausência dos sinais apontados por Piotrowiski (Piotrowiski, 1942, citado por Souza, 1982) e demonstraram ser portadores de transtornos neuróticos pelos nove sinais indicados por Harrower (Harrower, 1942, citado por Souza, 1982) ¹³.

Tendo sido selecionados, os sujeitos foram contatados por telefone e agendados para a avaliação psicológica: uma entrevista clínica e a Prova de Rorschach. Considerou-se desistente o indivíduo que não compareceu à entrevista após o terceiro contato.

A entrevista clínica e a avaliação dos resultados da Prova de Rorschach foram realizadas pela autora do presente trabalho, enquanto a aplicação do Rorschach foi levada a termo por um psicólogo treinado. Em todos os momentos de interação com os sujeitos foi enfatizada a importância do estabelecimento de um vínculo positivo.

¹³ Harrower descreveu 9 sinais indicadores de neurose, que foram estabelecidos através da comparação dos protocolos de sujeitos normais e neuróticos. Esses sinais estão descritos no Anexo I.

Prova de Rorschach¹⁴

A escolha da prova de Rorschach deveu-se à possibilidade de avaliar os processos subjacentes à função egóica e os recursos de que o indivíduo dispõe para estabelecer suas relações no mundo e também a sua reconhecida contribuição para o entendimento da dinâmica psíquica nos processos normais e patológicos da velhice.

Os valores quantitativos da prova de Rorschach e suas interpretações são de conhecimento e reconhecimento da comunidade científica internacional; têm sido utilizados como um instrumento para estudos que objetivam a compreensão da dinâmica afetiva nas mais diversas etapas do desenvolvimento do Homem.

Os engramas da prova são apresentados e evocam uma assimilação associativa com complexos de sensações recentes. A memória é acionada e, em seguida, o sujeito compara com as imagens apresentadas na prancha; este é, portanto, um teste situado, principalmente, no campo da percepção. (Coelho, 1975)

Freud (1896) considerava que a função da atenção se dirigia, inicialmente, no sentido dos estímulos que afluíam do mundo externo, e que as únicas informações da internalização das experiências eram os sentimentos de prazer e de desprazer. Somente após as representações verbais terem sido vinculadas aos resíduos sensoriais é que os estímulos internos foram percebidos.

¹⁴ O protocolo da entrevista clínica encontra-se no anexo *VI*.

Podemos observar que os resultados da aplicação do Rorschach oferecem suporte ao entendimento das teorias da personalidade e também aos processos do inconsciente e sua dinâmica.

A aplicação e a avaliação da prova de Rorschach foi realizada de acordo com o sistema desenvolvido por Klopfer (1942a). Segundo o autor, o material resultante da análise qualitativa e quantitativa da prova de Rorschach revela um interjogo entre os fatores intelectuais e emocionais dos sujeitos. Nesse interjogo, podemos constatar:

1- o grau e a maneira com os quais o sujeito tenta regular suas experiências e suas ações;

2- a responsividade emocional aos estímulos provocados pelo meio externo e a prontidão para essa responsividade;

3- a capacidade mental para solucionar problemas e situações;

4- a capacidade criativa e o uso que é feito desta;

5- uma estatística geral do nível de inteligência e as capacidades qualitativas dos processos do pensamento.

No estudo individual de casos e no tratamento estatístico, os critérios de escolha dos índices da prova de Rorschach¹⁵ foram a possibilidade de reconhecimento do grau de controle do ego, do nível do funcionamento mental e das potencialidades afetivas de que dispunham os sujeitos. Desta forma, os índices escolhidos foram:

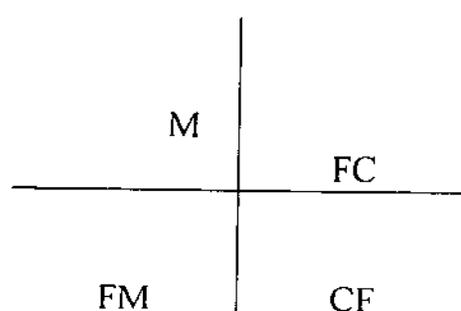
1) ressonância afetiva;

2) exteriorização da afetividade;

¹⁵ Os índices escolhidos foram classificados segundo a orientação dos trabalhos desenvolvidos por Adrados (1988), Klopfer (1942a) e Souza (1982). Seus valores e significados encontram-se explicados no anexo I.

- 3) tipo de exteriorização;
- 4) organização das necessidades afetivas;
- 5) recursos da personalidade;
- 6) grau de estereotipia;
- 7) produção;
- 8) manutenção da objetividade;
- 9) dado de realidade.

Para a constatação do nível do funcionamento mental foi utilizado um esquema auxiliar proposto por Penna (1987). Ela considera que os elementos introversivos representados pelas respostas de movimento FM e m são indicadores de energia potencial, com possibilidade de serem transformadas em energia M integrada e criativa.



No eixo do movimento e cor, está representada, nas respostas de movimento, a energia psíquica em seu campo interno, indicando a conscientização e a organização dos impulsos primitivos, a orientação e disponibilidade dos recursos internos, a construção dos valores pessoais, os processos imaginativos, a orientação dessa energia vital para a gratificação imediata ou para as metas a longo prazo. Já as respostas de cor representam o mundo externo, as relações interpessoais, o modo como o sujeito se comporta no mundo, suas reações e manifestações emocionais.

Se, no psicograma, houver uma predominância de respostas FM sobre M, associadas a uma tendência maior para respostas de cor do tipo CF, superando FC, o indivíduo terá uma energia interna organizada no nível primário do funcionamento mental. Entretanto, se a predominância for de respostas M e FC, o sujeito terá sua energia interna elaborada no nível do processo secundário, transformando suas necessidades de gratificação em metas de longo prazo, podendo canalizar suas energias de forma criativa, produtiva e integrada.

A entrevista clínica e a prova de Rorschach foram escolhidas para o aprofundamento da dinâmica afetiva, por considerarmos que o ser humano comporta uma dimensão objetiva e também uma subjetiva. Sendo assim, tentamos compor um grupo de provas que envolvesse essas duas dimensões.

III- Resultados

Neste capítulo, serão, inicialmente apresentados os dados de identificação, situação funcional, estado civil e atividade profissional de todos os sujeitos, colhidos na entrevista; serão também expostos os índices obtidos na prova de Rorschach, e a seguir, uma síntese comentada da história relatada pelos sujeitos com resultados qualitativos obtidos na avaliação da referida prova.

Quadro III - Dados da amostra colhidos na entrevista

Sujeitos	Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado civil	Atividade principal	Situação profissional	Estado Funcional	Doenças referidas
1	Alberto	masc	73	colegial c.	casado	técnico de administração	aposentado	ativo	hipertensão
2	Mirtes	fem	69	primário c.	viuva	do lar	ativa	ativa	labirintite
3	Francisco	masc	75	primário c.	casado	alfaiate	ativo	ativo	diabetes, labirintite, impotência sexual
4	Ana	fem	76	primário i.	casada	do lar	ativa	ativa	paralisia infantil
5	Deolinda	fem	69	primário c.	viuva	do lar	ativa	ativa	diabetes
6	Jairme	masc	73	primário c.	casado	operário	aposentado	ativo	DPOC, angina estavel, hipercolemia
7	Josefa	fem	79	primário c.	viuva	operária	aposentada	ativa	angina, distônia espástica, distúrbio de sono
8	Teresa	fem	78	primário c.	casada	do lar	ativa	ativa	perda de equilíbrio, humor deprimido
9	Onório	masc	76	primário c.	casado	operário	aposentado	ativo	diabetes, impotência sexual
10	Neide	fem	70	primário c.	solteira	técnica de contabilidade	aposentada	ativa	hipertensão, estresse
11	Carolina	fem	78	primário c.	casada	operária	aposentada	ativa	hipertensão, incontinência urinária, catarata
12	Júlia	fem	70	colegial c.	viuva	do lar	ativa	ativa	hipertensão, labirintite
13	Milton	masc	74	superior c.	casado	engenheiro	aposentado	ativo	DPOC, diabetes, vitiligo
14	Lola	fem	78	primário c.	viuva	do lar	ativa	ativa	insuficiência cardíaca

Como demonstra o quadro III , o grau mínimo de instrução encontrado no grupo é primário incompleto, não havendo, portanto nenhum indivíduo analfabeto. Todos os sujeitos são portadores de, pelo menos, uma ou mais doença física, embora permaneçam funcionalmente ativos. Dentre os 14 sujeitos, 7 permanecem exercendo alguma atividade profissional.

Entre as 9 mulheres avaliadas, 6 são donas de casa, 2 são operárias, e 1 é técnica em contabilidade. Aquelas que trabalharam sob contrato formal identificam-se como aposentadas, no entanto, todas permanecem ativas no lar. Apenas uma delas ainda exerce atividade outra, profissional. As que trabalharam em atividades no lar ainda continuam ativas.

A perda do cônjuge é uma característica marcante no subgrupo feminino; entre as mulheres, 5 são viúvas, apenas 3 continuam casadas e duas são solteiras.

Quanto ao grupo masculino, 6 sujeitos foram avaliados, dos quais, cinco estão aposentados e apenas um permanece ativo. Todos estão casados.

QUADRO IV - PONTUAÇÕES OBTIDAS NOS ÍNDICES AFETIVOS NA AVALIAÇÃO DA PROVA DE RORSCHACH

Sujeitos	1 Ressonância a (Rs.)	2 Exteriorização (Ext.)		3 Tipo de Exteriorização	4 Organização (Int.)			5 Recursos (Rec.)		6 Identidade		7 número resp.	8 Objetiv. F%	9 real. F+%
		Csum	M:Csum		FC:CF+C	FK+Fc/F	SD:SI	M:FM	M:FM+m	A%	H%			
1	0,27272	2	5:2	0:2	1:2	1:0	1:4	1:4,5	0,5154	0,0909	11	0,1818	1,0000	
2	0,30000	2	1:2	0:2,75	0:3	1:2,75	1:3	1:3	0,5000	0,100	10	0,3000	1,0000	
3	0,27272	0	8:0	0:0	0:2	0:0	3:5	3:6	0,5+5+4	0,2727	11	0,1818	1,0000	
4	0,37500	1	4:1	0:1	0:8	0:0	0:3	0:4	0,5000	0,1250	8	0,3750	0,3000	
5	0,30000	0	1:0	0:0	1:6	1:0	1:0	1:2	0,4000	0,1000	10	0,6000	1,0000	
6	0,28571	0	4:0	0:0	0:9	0:0	1:3	1:4	0,6428	0,0714	14	0,6428	0,7777	
7	0,36363	1	4:1	0:1	0:6	0:0	0:4	0:4	0,7200	0,0000	11	0,6428	0,5777	
8	0,36363	0	2:0	0:0	0:9	0:0	0:1	0:2	0,6363	0,0000	11	0,8181	0,6666	
9	0,16161	0	5:0	0:0	0:1	0:0	0:5	0:5	0,8333	0,1666	6	0,1666	1,0000	
10	0,47058	1	3:1	0:1	0:14	0:0	2:1	2:1	0,6470	0,0000	18	0,6470	0,7272	
11	0,25000	0	3:0	0:0	0:5	0:0	0:3	0:3	0,6250	0,0000	8	0,6250	0,6000	
12	0,33333	3	1:3	1:2	1:4	2:0	0:1	0:2	0,4666	0,0666	15	0,5333	0,6250	
13	0,52380	3	4:3	0:3,5	3:9	4,5:0,5	1:2	1:2,5	0,4761	0,0952	21	0,3333	0,7142	
14	0,13333	0	2:0	0:0	0:13	0:0	2:1	2:1	0,2900	0,2300	17	0,8235	1,0000	

Dentre os índices apresentados no quadro IV, 7 indivíduos apresentaram baixa ressonância afetiva, isto é, observou-se, nesses sujeitos, uma diminuição da responsividade ao impacto emocional provocado pelos estímulos do meio. Em 2 deles, a ressonância foi alta e estava associada à necessidade de gratificação imediata. Em 5 dos sujeitos avaliados, a ressonância afetiva estava normal.

A produtividade permaneceu dentro do nível esperado em 4 indivíduos, enquanto os 10 restantes apresentaram uma baixa no número de respostas dadas.

O tipo de vivência mais encontrado foi o introversivo, apresentado por 9 sujeitos do grupo; 3 foram considerados extratensivos e 2 ambíguais.

Quanto aos recursos da personalidade, houve preponderância de energia libidinal que solicita gratificação imediata, apresentada por 11 sujeitos; 3 demonstraram dispor de energia vital que pode esperar gratificação de longo prazo. Um dos sujeitos avaliados apresentou equilíbrio precário pela presença de conteúdos primitivos da personalidade que ameaçam inundar o ego, já que o recurso vital mais elaborado disponível está bem abaixo do esperado. O grau de estereotipia encontra-se aumentado em 9 dos 14 sujeitos, denotando uma massiva utilização dos processos de pensamento, isto é, racionalização para a manutenção do controle afetivo. Em 5 dos sujeitos, o grau de estereotipia está normal, o que demonstra capacidade de manutenção da atenção e perseverança necessárias para a realização das atividades que exigem esse mecanismo.

Dos 14 sujeitos, 7 demonstraram retração total da exteriorização dos afetos, enquanto 13 eram impulsivos e 1 mantinha a exteriorização abaixo do potencial dos recursos de sua personalidade. O índice de capacidade de ajustamento, controlado pelos processos do pensamento (F%), esteve

aumentado em 8 sujeitos, rebaixado, em 3, e normal em 3. Esse ajustamento bem adaptado à realidade (F+%) esteve aumentado em 6 sujeitos; 2 apresentaram ajustamento normal e 6 estavam rebaixados, demonstrando inadequação com a realidade.

Os resultados obtidos na prova Rorschach nos permitiram, também, a classificação dos sujeitos segundo a presença de síndrome orgânica e de sinais de neurose. Nos quadros V e VI, no anexo III, podemos constatar que nenhum dos sujeitos apresentou sinais suficientes para a consideração de um diagnóstico de síndrome demencial. Para o diagnóstico de neurose, todos os sujeitos completaram a pontuação exigida.

Síntese da história relatada e resultados qualitativos da Prova de Rorschach

1- Alberto

Alberto é casado e tem 70 anos. Reside com a esposa e um filho. Tem outras duas filhas que estão casadas, com as quais considera manter relacionamento satisfatório.

Ele apresenta-se tenso, agitado e fazendo um esforço intenso para controlar-se.

Quando o inquiri sobre como se sente, revela:

-“ ...De um modo geral, estou bem (referindo-se à sua saúde física)...estou sentindo-me triste porque minha esposa está doente e tenho medo de perdê-la. Sabe, sempre fui muito apegado às pessoas... minha esposa está muito nervosa pois ouviu num programa na televisão informações sobre a morte de pessoas que sofrem de problemas cardíacos ... Senti muito a perda de minha irmã e minha mãe..”.

Pergunto-lhe sobre como está sua condição de vida atual; ele responde: - *“...O mundo é bruto e a maldade do Homem destrói...Meu país está muito próximo do abismo”.*

Aponto para ele seu estado emocional: - *“Me parece que você está muito triste e está tentando se segurar.”*

Alberto chora e revela que seu filho está com AIDS em fase terminal.

O adoecimento acabou levando-o a entrar em contato com a intimidade do filho, até então ignorada, e a reavaliar seus valores e seu papel como pai:

“...Tenho medo de não conseguir resolver as coisas; gostaria que minha existência fosse mais prolongada para que eu pudesse ser mais companheiro de meu filho e de outras pessoas.”

A eminência real da perda do filho e a possibilidade imaginária da perda da esposa estão exigindo de Alberto um trabalho afetivo intenso, cujos sintomas aparentes são um alto nível de ansiedade e uma tristeza profunda.

Alberto demonstrou, na prova projetiva, consciência parcial de suas necessidades de afeto (FK+Fc); sua manifestação afetiva é do tipo impulsiva e predomina uma necessidade de gratificação imediata (FC:CF+C). O funcionamento de sua afetividade dá-se predominantemente no nível primário, que lhe confere poucas condições emocionais para lidar com as situações de conflito que vem enfrentando. Apresentou uma produtividade abaixo do índice esperado (R) e baixa ressonância afetiva (RA). Ele controla sua impulsividade e se mantém próximo das exigências socialmente aceitas, diminuindo seu contato com o meio circundante.

2- MIRTES

Mirtes tem 69 anos. É viúva há um mês e meio. Tem uma filha casada e dois netos. É portadora de labirintite há vinte anos.

Apresenta-se de óculos escuros; a voz é um lamento. A filha solicitou ao serviço um atendimento psicológico e está muito preocupada com a mãe. Foi cuidadora do marido durante o último ano. Casada por quarenta anos, gostava muito do seu companheiro que, segundo ela, era temperamental e de quem tinha que satisfazer todas as vontades.

Quando lhe pergunto:- “Como você está?”, ela conta: *“Estou indo bem; meu problema é que mataram meu neto há dois anos e meio. Eu estive muito mal, sem apetite, não queria nada, não tinha vontade de nada... Há um mês e meio, meu marido faleceu. Aí piorou... depois que passa, é o que dizem, quem tratou é que tem que ser tratado.”*

-“Sua vida com o marido como era?”:- *“Meu marido não era muito carinhoso; ele mandava na casa...eu senti muita falta de carinho; no mais, ele me dava tudo. Agora que ele se foi, sinto-me como um passarinho a quem abriram a gaiola...agora vou realizar a minha liberdade, mas a um preço muito caro”.*

-“E sua filha?” *“Ela é encantadora, é menos sensível que eu, é mais parecida com o pai. Sinto-me mais frágil que ela; ela não é de acarinhar. Com a perda de meu neto, ela ficou firme; acho que, se ela tombasse, eu tombaria também. Meu genro é mais carinhoso; eu me dou bem com ele. Minha filha convidou-me para morar com ela, mas eu não quero reprise da minha história de submissão. Eu sei que vou ser submissa com ela...as pessoas ficam fortes e eu fico fraca.”*

-“Quais são suas perspectivas para o futuro?” *“Agora, as datas comemorativas serão marcadas pelas minhas perdas, o aniversário de meu neto, o dia dos pais; agora, não há mais alegria”*.

Mirtes está entristecida e chora muito; encontra-se em processo de elaboração de luto pelo marido, sem que se tivesse feito da perda de seu neto. Outras perdas também parecem não ter sido bem elaboradas: sua posição social quando solteira e o abandono do trabalho.

Sua dinâmica afetiva demonstra que ela reage, restringindo seus impulsos vitais, assim como os processos imaginativos do pensamento (M). Sua capacidade de manutenção da objetividade está preservada, embora apresente uma rigidez que compromete sua vida afetiva e um desinteresse pelos problemas do cotidiano (F+% alto e D% baixo). A responsividade emocional potencial de que dispõe é impulsiva (CF), com tendências à demonstração de suas emoções. Demonstra também pouca necessidade de afeto, isto é, não está presa a ansiedades que poderiam servir de freio para sua forte reatividade (FK+Fc). Suas necessidades de afeto e do sentimento de pertença estão retraídas, o que pode estar sendo provocado pelo sofrimento causado em decorrência do impacto das perdas recentes que teve.

Parte da sua personalidade atingiu a maturidade, embora sua dinâmica emocional funcione preponderantemente no nível primário ($M < FM + m$). Mirtes dispõe de energia vital para lidar com a atual situação, no entanto, parte desses recursos necessita de algum tipo de experiência que proporcione condições para se tornar mais elaborada e estar disponível para a integração da personalidade com o meio circundante.

3- Francisco

Francisco tem 75 anos, é casado, tem três filhos, dos quais dois estão casados. Atualmente, reside com a esposa e um filho de 23 anos.

Ele tem diabetes e, como consequência, labirintite e impotência sexual.

Na primeira entrevista, mostra-se lacônico. Sua queixa é uma gripe que se repete, e as dificuldades decorrentes de sua situação financeira.

Tendo sido agendada nova consulta, compareceu com vários dias de antecedência, quando, então, conseguiu colocar suas angústias:- *“... Não consigo manter uma conversa por muito tempo... sempre respondo a perguntas de meus amigos quando estamos conversando e depois fico angustiado por não conseguir prosseguir com o diálogo”*.

Sua sexualidade também o incomoda bastante *“... Desde o início de minha vida sexual tenho dificuldade de levar uma relação a termo... sempre tive ejaculação precoce...”*

A respeito de sua profissão, declara:- *“...Não escolhi minha profissão: a vida me impôs; eu teria escolhido ser engenheiro como meu irmão...”*

Quanto a sua esposa, considera também não tê-la escolhido e, sim, ter sido escolhido por ela.

A falta de desejo estende-se por todas as áreas de realização da vida de Francisco. No trabalho, não realizou seu sonho de ser engenheiro como o irmão. Como alfaiate, considera que não conseguiu realizar-se e, no momento, está com um importante déficit visual e isto o impede de trabalhar melhor. Com o filho mais novo, sente-se de pouca ajuda.

A todo momento, Francisco coloca em cheque sua masculinidade e qualquer sinal de possibilidade de obtenção de prazer ou sucesso, seja na vida



sexual, no trabalho ou nas relações sociais, tudo parece funcionar como uma ameaça e a isso ele reage, afastando-se afetivamente.

Sua dinâmica afetiva aponta uma ênfase exagerada em conformar-se com as exigências da realidade e com as normas sociais (P); seu pensamento obedece esquemas rígidos e é dotado de imaginação escassa (FM e A). Demonstra uma consciência aguda e dolorosa da interposição do ego em suas reações tardias ao impacto emocional provocado pelos estímulos do meio (M:Csum).

Ele não consegue identificar as fontes específicas do medo e insatisfação que o acompanham e isso lhe provoca um estado de perturbação difusa (m).

Francisco sente urgência de gratificação (FM), característica do funcionamento mental no nível primário.

4- Ana

Ana tem 74 anos, é casada há 58 anos e tem quatro filhos, todos casados.

Quando pergunto como se sente, ela responde:- *“Há quatro ou cinco anos sinto dores sempre e tenho caído de vez em quando.”*

É portadora de paralisia infantil e tem sentido um aumento de dificuldade de locomoção e dores. Considera:- *“O meu problema.. (a paralisia), Deus sabe o que faz.”*

A respeito de seu relacionamento com o marido afirma:- *“Ele é muito bom, embora um pouco nervoso... me comporto com ele como na vida; danço conforme a música... estou muito preocupada, pois ele está com câncer.”*

Foram necessárias duas entrevistas para colher alguns dados sobre Ana, que se mostrou muito retraída e lacônica em suas respostas. Na segunda entrevista aponto a dificuldade de comunicação e ela responde *“... Não consigo falar porque estou muito nervosa ... fui assaltada há oito dias e eles me prenderam no banheiro junto com minha família”.*

Ana relata o assalto e também a emoção mas parece ter dissociado os fatos dos sentimentos que aquele lhe provoca.

Ela apresentou na prova de Rorschach, sinais de incapacidade para estabelecer uma relação e dar sentido para as diversas facetas de uma experiência (D% e G primárias).

Demonstra necessidade de gratificação imediata com presença de tensão interna muito forte (M:FM), associada a sinais de controle fraco da impulsividade e forte reatividade aos estímulos do meio (FC:CF+C). No momento apresenta retração total das suas necessidades afetivas e baixa

reatividade ao meio externo. Seu funcionamento mental está basicamente no nível primário

5- Deolinda

Deolinda tem 67 anos, é viúva há sete anos, e teve cinco filhos.

Atualmente, reside com uma irmã, uma empregada e o marido desta. É portadora de diabetes.

Quando lhe pergunto como se sente, ela responde: -“...*Sinto-me ótima... mas o que incomoda é a diabetes, porque eu perdi minha mãe e minha irmã com essa doença ...eu sou um pouco afobada; as pessoas dizem que eu não posso ser nervosa porque tenho tudo*”.

Ela foi cuidadora do marido enfartado, durante um ano e, em seguida, ele faleceu. Sente sua falta e considera ter sido feliz no casamento. Teve uma vida sexual satisfatória, da qual sente falta .

Sobre seu sono, conta: - “...*Não tenho o sono muito tranquilo, me preocupo muito com meus filhos, com assaltos, ladrões*”.

Quando inquiri sobre sua condição de vida atual, ela afirma: -“... *Não posso me queixar de nada, minha vida é normal, meus filhos sempre estão em casa, nós almoçamos juntos. Eu sofri muito, no passado, com minha sogra, mas já esqueci tudo, não guardo rancor*”.

Deolinda mostrou-se muito ansiosa na entrevista, assim que parei de fazer anotações ela passou a falar mais e a revelar suas angústias.

Parece estar adaptada a um alto nível de ansiedade, que lhe provoca distúrbio de sono e uma visível agitação psicomotora, utiliza a negação como defesa contra uma possível reflexão sobre seus problemas.

Na prova de Rorschach, ela demonstrou uma capacidade de diferenciação das experiências, mas associada a uma dificuldade de reconhecimento dos problemas cotidianos ($G\% \uparrow, D\% \downarrow$). Apresenta rigidez nos

processos do pensamento, imaginação escassa (FM e A) e exagero nas capacidades de atenção e juízo crítico ($F\% \uparrow$, $F+\% \uparrow$).

Ela apresenta constrição dos processos imaginativos (M), da consciência das necessidades afetivas (Fc, SD:SI) e da reatividade externa aos impactos emocionais provocados pelo meio externo.

O controle restritivo utilizado por ela provoca um ajustamento frágil, que se poderá romper a qualquer momento.

Ela apresenta indícios de manipulação da ansiedade através do esforço introspectivo (FK), numa tentativa de objetivar seus problemas, colocando-os à distância de si para poder encará-los com menos emoção, isto é, uma medida estabilizadora que lhe permite tolerar sua própria ansiedade.

Embora parte de sua personalidade funcione segundo processo secundário, há um predomínio do processo primário do funcionamento afetivo-emocional.

6- Jaime

Jaime tem 71 anos, é casado e tem dois filhos. Atualmente reside com sua esposa e um filho de 39 anos.

Sobre sua relação familiar, relata:- *“...Minha esposa é muito nervosa, chora muito, e meu filho tem temperamento explosivo, que piorou em virtude de eu estar desempregado”*.

Quanto às mudanças que ocorreram na sua vida, conta:- *“... Desde o início de meu casamento, morava separado de minha esposa; ela vivia em São Paulo, com a mãe dela, e eu residia com meu pai, em Minas Gerais. Voltava a cada três meses para vê-los. Há um ano e meio tive que vir morar em São Paulo, em decorrência de eu ter adoecido e de dificuldades financeiras”*.

Para o futuro, não vê boas perspectivas; em seguida, diz ter esperança que a vida um dia possa melhorar.

No final da entrevista, conta que seu irmão teve angina e morreu sentado e que, às vezes, ele sente dores.

Jaime tem uma angina estável e parece estar angustiado com a possibilidade de sua morte. Está enfrentando um processo de adaptação ao ambiente familiar, sem que esta mudança tenha ocorrido por vontade própria, e está passando também por mudanças de poder aquisitivo e de saúde física.

Para o controle da sua situação, opta por não refletir e resistir às transformações pela quais está passando:- *“...Minha vida não é lá grande coisa, mas dá para ir vivendo; não sou do tipo que costuma reclamar, procuro manter a calma. Quando tenho alguma preocupação prefiro não esquecê-la porque pode desencadear algo pior”*.

A avaliação projetiva de Jaime aponta para um índice de estereotipia acima do esperado (A%), indicando um controle rígido dos processos do pensamento, associado à baixa estima e empatia com seus semelhantes. Demonstra constrição da consciência (SD:SI), da necessidade de afeto e da responsividade aos estímulos provenientes do meio externo (RA). Encontra-se submetido a uma forte tensão emocional e a uma urgência de gratificação.

A sua dinâmica afetiva está sob o domínio dos processos primários do funcionamento mental.

Josefa tem 71 anos. É viúva há 25 anos e, da família, resta-lhe apenas uma irmã que está internada em um asilo, e uma filha adotiva casada, residindo em outro domicílio, com seu genro e seus dois netos.

Tem angina, fez uma angioplastia e seu estado de saúde física apresenta-se estável. Tem uma disfonia espástica há quatro anos e distúrbio de sono, referindo dormir apenas com o auxílio de medicação. Considera:- *“Fiquei com a fala ruim desde o casamento de minha filha adotiva e a morte de meu cachorro também me fez muito mal”*.

- “E seu marido?” *“Casei-me com 41 anos e meu marido faleceu 8 anos depois. Sinto falta dele”*.

A respeito de sua sexualidade fala: *“Tive bom relacionamento sexual com meu marido...às vezes sinto falta, mas rezo a Deus e lhe ofereço meu sacrifício.”*

“-Quais foram as perdas significativas que ocorreram na sua vida?”
“ Todos os meus irmãos. Eu perdi meu cão, ele era um companheiro... em seguida, adotei uma menina que tinha, na época, onze anos de idade.”

O relacionamento com a filha adotiva sempre foi ruim; ela era muito rebelde, afirma Josefa; é agressiva e bate nos filhos. Quando vai visitá-la, fica muito nervosa. Demonstra não ter nenhum vínculo positivo com a filha. No entanto, gosta muito dos netos.

Pergunto-lhe se sente medo: *-“Sinto medo de ladrão, de assombração... leio muito sobre o inferno na Bíblia e isto me deixa com medo de morrer ... tenho medo de morrer sozinha em casa... de não poder chegar ao céu...de ficar doente e dependente.”*

Ela sente muita solidão e não consegue fazer esforço no sentido de estabelecer vínculos. Aponto que a adoção da filha parece ter sido uma saída para substituir a falta que sentia de seu cãozinho. Ela diz que gostava mais do cão porque ele lhe fazia companhia sem aborrecê-la, obedecendo-a sempre.

Josefa estabeleceu poucos vínculos fora do círculo familiar e porta-se com apatia mediante a possibilidade do estabelecimento de outras relações. Essa característica aparece com ênfase desde que deixou a família no interior e veio residir e trabalhar em São Paulo, quando contava 23 anos.

Conta que frequenta um grupo de orações e atividades para a comunidade, do qual está começando a afastar-se. Esse afastamento tem sido progressivo e de todas as atividades sociais. Diz que gostaria de encontrar um asilo onde pudesse manter sua liberdade de ir e vir fora da instituição.

Ela migrou para a capital porque sua família estava passando por dificuldades financeiras e, desde então, mantém-se isolada, socialmente, contando apenas com uma amiga.

Sua dinâmica afetiva aponta para uma percepção da realidade limitada e despida de nuances emocionais (Fc, M, H ausentes). O reconhecimento dos impulsos internos está empobrecido e associado a uma forte reação aos impactos emocionais causados pelo meio ambiente. A falta de aceitação das suas necessidades afetivas está associada a sinais de desajuste às normas (SD:SI, F%+↓). Contudo, ela se encontra bem engajada socialmente.

Consegue controlar a expressão vital através da constrição dos impulsos, dos processos imaginativos e da aceitação das necessidades afetivas. Isso nos faz supor privação de afeto nas relações primárias, provocando uma incapacidade séria de relacionamento ou uma ansiedade tal que o indivíduo se

protege do reconhecimento das suas necessidades de segurança afetiva através da negação ou da repressão.

Ela tem consciência de seus impulsos para gratificação imediata. Esses impulsos provocam, freqüentemente, ausência de *insight*, compreensão e aceitação das necessidades de afeto.

Suas funções do pensamento estão sujeitas a um controle rígido, de tal forma que as associações carecem de flexibilidade para torná-lo mais variado (F%↑,A%↑). A defesa, através do mecanismo de racionalização, está sendo ineficaz, já que ocasiona desconforto emocional na paciente.

A solidão tem acompanhado Josefa desde muito jovem, tendo ela feito apenas um vínculo de amizade ao qual se refere durante toda a vida. Sua relação com a filha adotiva tem um caráter regressivo muito forte, por ela mesma sugerido, quando narra que a adoção veio substituir a morte de seu animal de estimação.

Josefa está repetindo a experiência afetiva de que é capaz, já que sua maturidade na esfera afetiva ficou predominantemente ligada a estágios primitivos do desenvolvimento afetivo-emocional.

8- Teresa

Teresa tem 76 anos, cinco filhos e é casada. Sente falta de equilíbrio corporal esporadicamente, desânimo e muita tristeza.

Pergunto-lhe como se sente, e ela conta: *"Eu ando muito desanimada, perdi duas filhas em dois anos: uma faz três e a outra vai fazer um ano. As duas operaram a mama...deu positivo...elas tinham 48 e 50 anos... me deixaram três netos, ainda não tive coragem de ir vê-los."*

-*"E seu marido?"* *"Ele era alcoólatra, agredia fisicamente as pessoas à sua volta e quebrava os objetos da casa ... Eu sofria muito com os relacionamentos extraconjugais que ele mantinha."*

Atualmente, não consegue entender o que o marido fala porque ele está traqueostomizado, e conta que isso o deixa muito nervoso.

A perda das filhas significou para Teresa a perda de duas confidentes e amigas. Seus genros lhe oferecem muito apoio e assim sente-se um pouco consolada. Conta que está preocupada: *"Meu marido se entristeceu desde a morte das filhas, afastou-se dos amigos e das pessoas mais próximas. Tenho observado que ele não faz mais uso da prótese auditiva e só se interessa pelas novelas da televisão."*

Atualmente, reside com um dos filhos, um neto e o marido. Considera que seu filho é um sofredor e, por esse motivo, muito nervoso. Tem o sono conturbado e acorda com o corpo dolorido. Ao se deitar, sente o corpo internamente trêmulo. Tem perda de apetite e sente perda da capacidade de memorização.

Avalia sua vida atual como estagnada e considera que o fato de morar com pessoas muito nervosas lhe faz muito mal. Para o futuro, sua principal preocupação é o neto que ficou sem mãe, e sua maior alegria é o bisneto que está para nascer.

Teresa está vivendo um momento de elaboração de lutos sobrepostos e uma relação conflituosa com o marido.

Apresenta, na sua dinâmica afetiva, uma dificuldade de visão prática da vida diária e do senso comum ($D\% \downarrow$). Sua capacidade intelectual é insuficiente e está pobremente integrada com a personalidade, o que a torna incapaz de respostas mais elaboradas ($G\% \downarrow$).

O reconhecimento de suas próprias necessidades é rudimentar, e a percepção das exigências de respostas emocionais aos impactos do meio está reduzida ($F\% \downarrow$, $RA \downarrow$). Ela apresenta uma constrição natural, o que limita sua responsividade ao impacto emocional provocado pelos estímulos do meio.

Dispõe de impulsos que requerem pouca diferenciação intelectual, tem consciência da urgência para gratificação de seus impulsos e do conflito entre estes e as metas a longo prazo (FM). Essa consciência, associada às suas incapacidades, provoca-lhe um sentimento de desamparo frente às forças ambientais que parecem ameaçadoras.

Apresenta retração total da manifestação de sua afetividade ($FC:CF+C$), ausência de empatia e rebaixamento do auto-conceito (Fc, M , ausentes e $H\% \downarrow$).

Demonstra uma dinâmica afetiva própria do funcionamento primário.

Onório tem 74 anos, é casado e tem dois filhos. Conta que tem diabetes Mellitus há 20 anos, e que caminha todas as manhãs para manter a saúde.

Quando lhe pergunto como se sente, ele conta: *“Depois que completei 70 anos, comecei a sentir um cansaço muito grande, com dores por todo o corpo. Minha diversão era assistir ao jogo de futebol, mas deixei de freqüentar o campo quando fui agredido.”*

A respeito de sua sexualidade diz: *“Estou sem atividade sexual há dez anos. Não tenho desejo e isso não me incomoda, nem à minha esposa.”*

Ele faz considerações espontâneas: *“Fui jogador compulsivo e perdi muito dinheiro. Sinto-me arrependido por isso, embora creia que continuaria jogando se tivesse condições financeiras favoráveis, pois nunca consegui controlar-me.”*

Onório considera sua situação financeira muito ruim e diz estar muito preocupado e sentir-se culpado com isso.

Pergunto a ele se sente medo, e ele responde: *“Tenho medo da velhice, de passar sofrimento, apesar de muitos jovens de 20, 30 anos sofrerem. Hoje, quando a criança nasce já começa a sofrer.”*

Conta que se sente esgotado, pois, para ele, cada mês que passa é como se fosse um ano. O medo da velhice e de sofrer está fundado na sua experiência com a mãe e a sogra que sofreram muito no final da vida. Ele se pergunta porque Deus não leva as pessoas antes de sofrerem.

Quanto à memória, alega ter percebido uma mudança há dois anos: quando vai realizar uma atividade, deve fazê-lo imediatamente, antes que esqueça.

Seus filhos residem longe e têm dificuldade de vê-los com frequência, mas considera que já está acostumado a essa situação.

Ele está entristecido, apático e demonstra pouca disponibilidade para estabelecer vínculo.

A dinâmica afetiva de Onório nos mostra que ele tem um esquema rígido de pensamento e é dotado de escassa imaginação (A%↑).

Ele demonstra interesse em buscar a relação entre as diversas facetas de suas experiências e em adquirir uma visão organizada do mundo. Falta-lhe, no entanto, reconhecimento dos problemas cotidianos (G%, D%↓).

Há um aumento acentuado da espontaneidade com sinais de desajustamento (FM), embora ele mantenha ligação com a realidade e as normas sociais (P).

Demonstra constrição total de exteriorização da sua afetividade (FC:CF+C).

Falta-lhe reconhecimento de suas necessidades afetivas e, ainda, apresenta forte negação ou repressão dessas necessidades (SD:SI). Tem necessidade de gratificação imediata e está submetido a uma tensão emocional muito forte (FM+m).

A sua capacidade de empatia e auto-estima está abaixo do esperado. O controle racional por ele utilizado não está sendo eficaz, já que a necessidade de gratificação imediata é mais intensa que os recursos de que o indivíduo dispõe para o controle.

Seu funcionamento mental demonstra preponderância do processo primário.

Neide tem 70 anos, é solteira e hipertensa há seis anos. Exerce a função de zeladora no prédio onde reside.

Refere tonturas e um estresse sem causa aparente. Sente falta de apetite e alimenta-se apenas uma vez por dia. Conta que dos seus seis irmãos, resta apenas uma que está internada em casa de repouso.

Quando lhe pergunto como se sente, ela declara:- *“ Sinto muita solidão, muita tristeza, não tenho mais vontade de olhar as vitrines, mas eu nunca fui uma mulher alegre. Desde moça, sempre tive a impressão que faltava alguma coisa para mim. Eu era caseira, não gostava de baile...acho que era a falta de um companheiro. ”*

- “Porque o companheiro faltou?”:- *“Na época eu escolhi demais, aí fiquei noiva e ele morreu de acidente...não busquei mais, não fazia falta...a família me preenchia...Tenho uma amiga que considero como uma irmã; se ela morasse comigo, seria bom... tenho bastante coisa para fazer na rua e tenho pouco tempo para visitá-la. ”*

- “E sua família?” :- *“Minha família foi-se desfazendo por mortes; eu ficava muito abatida e passei a tomar tranquilizantes... quando perdi minha mãe, só chorava, perdi a voz, agora eu sinto apenas saudade. ”*

Sente-se solitária e sem muita vontade para tudo; considera que se sentiria melhor se tivesse um companheiro. Em seguida, avalia que gosta da vida que leva e que um companheiro poderia causar-lhe problemas e preocupações. Neide considera que passou da idade de ter atividade sexual e que não sente desejo sexual.

Conta que não pensa no futuro, que procura viver o momento atual.

Sente-se solitária, entristecida. Esses traços são persistentes desde sua juventude e, a cada perda de um ente querido, entrava em estado depressivo.

Expressa dificuldade de estabelecer vínculos fora do círculo familiar. Apresenta risco potencial para uma depressão maior, caso tenha que enfrentar outra perda.

Neide demonstra, em sua dinâmica afetiva, um controle frágil de sua emocionalidade ($F\% \downarrow, F\% + \uparrow$), (FC:CF+C). Seu comportamento é impulsivo e, freqüentemente, reage aos estímulos externos com respostas explosivas (CF). Sua necessidade de afeto encontra-se reprimida ou foi subdesenvolvida (SD:SI).

Ela faz supor algum tipo de experiência traumática que resultou em retraimento, ou sua necessidade de afeto é tão grande que se inibiu e diminuiu suas reações, por medo de ser ferida ou rejeitada (C'F).

Seus impulsos arcaicos representam tal ameaça para o ego que não são reconhecidos e sua impulsividade é tão intensa que ameaça arrastá-la para reações desatinadas.

Tem a capacidade de empatia diminuída, mas passível de ser desenvolvida (M, Fc, H).

Apresenta repressão dos impulsos vitais através da constrição dos processos imaginativos, da consciência e da aceitação das necessidades afetivas. Isso nos faz suspeitar de constrição neurótica, já que a manutenção da realidade está exacerbada e associada a sinais de desajuste às normas sociais.

A dinâmica de seus afetos funciona predominantemente no nível secundário.

II- CAROLINA

Carolina tem 78 anos, é casada e não possui filhos. Seu marido era viúvo e casou-se pela segunda vez.

Conta que trabalha vendendo livros junto com o marido de porta em porta.

Quando lhe pergunto como se sente, ela responde:- *"Estou triste com meus enteados; eles pensam que vou requerer direitos sobre os bens de companheiro"*. Ela repete várias vezes a mesma história.

- "E seu marido?"- *"Preocupo-me com a saúde dele, sei que ele não está bem fisicamente. Considero que o relacionamento com ele é mais fraternal do que marital, pois não mantemos atividade sexual."*

Apresenta-se normalmente muito ansiosa e verborrágica quando vem ao Centro de Estudos. Está tentando conter-se e fornecer poucas informações. Aponto isso, ela sorri e afirma não ter nada para dizer.

Sempre acompanha o marido ao tratamento médico e tem manipulado as orientações, modificando todo o procedimento indicado para o mesmo. Na consulta com a fisioterapeuta, tem procedido da mesma maneira, intervindo na avaliação, não se permitindo nem ouvir a orientação do profissional.

Demonstra dificuldade de contato com seus afetos, optando por uma atitude pouco reflexiva e de recusa no aprofundamento da relação com o mundo externo.

Na sua avaliação com a prova de Rorschach, demonstrou uma perturbação emocional provocada pelos estímulos do meio externo (2 recusas e críticas às pranchas, controle externo). Apresenta sinais de constrição neurótica (FC:CF+C, M:FM, F%, Acrom: Crom) associados a sinais de desajuste às

normas, bem como agressividade intensa reprimida, o que provoca mal-estar emocional.

A constrição da manifestação afetiva, da consciência e da necessidade de afeto, está associada a uma urgência de gratificação. A dinâmica dos afetos é regida pelo processo primário

Demonstra controle rígido do pensamento e ausência de empatia (Fc, M, H). O controle excessivo, ao qual Carolina se submete pode levá-la, em contrapartida, a um comportamento descontrolado.

12- JÚLIA

Júlia é casada e tem 67 anos, tem hipertensão, labirintite e dores por todo o corpo. Tem uma filha, que está com 42 anos, com a qual teve problemas na infância quando resolveu adotar dois sobrinhos. Atualmente, seu relacionamento com essa filha é muito bom. Fala dela com carinho e respeito, mas sente-se inferiorizada por necessitar de sua ajuda financeira.

Ela conta:- *"Sinto-me muito só, meu marido passa a maior parte do tempo lendo. Ele está com insuficiência vascular e diabetes, o que o faz progressivamente dependente na maioria das atividades que realiza."*

Quanto à sua sexualidade considera:- *"Sinto-me sexualmente insatisfeita desde o início do casamento. Há dez anos comecei a recusar o contato sexual com meu marido porque ele me excitava e não conseguia levar a relação a termo."*

Sobre os filhos conta:- *"Tenho uma filha adotiva de 33 anos (sua sobrinha) com quem vivo um relacionamento muito ruim."*

A filha adotiva, a quem ora chama de filha ora de sobrinha, teve um filho que também foi adotado não oficialmente por Júlia. O "sobrinho-neto-filho" tem 11 anos e está apresentando problemas de relacionamento, uma vez que ela não consegue transmitir-lhe autoridade. Aponto para ela que parece não ter muito claro se o garoto é seu filho ou seu neto. Júlia concorda e diz que é responsável pelo neto em todos os aspectos, mas que teme que isso seja uma tarefa acima de suas capacidades atuais.

Sua filha adotiva faz uso de álcool e drogas e não consegue responsabilizar-se por seus problemas pessoais.

A respeito de sua condição de vida atual conta:- “ *Eu faço todas as tarefas de limpeza e cuidado da casa e sinto que essas tarefas estão acima de minhas condições físicas, mas não consigo deixar de trabalhar. Sinto que é um encargo muito pesado ter que fazer todas as atividades da casa e externas e ainda tomar todas as decisões sozinha.* ”

Apresenta-se na entrevista muito tensa e lábil. Em alguns momentos não consegue conter o choro e em outros faz um esforço muito grande para sorrir como querendo dizer que está tudo bem. Embora esteja sentindo-se sobrecarregada, tem muita dificuldade em dividir tarefas e responsabilidades.

Na sua dinâmica pudemos observar que sua capacidade de manutenção da objetividade encontra-se aumentada, fazendo supor constrição neurótica ($F\% \uparrow$). O controle dos afetos pela via racional é ineficaz ($F\% + \downarrow$). Ela mostra sinais de desajuste às normas sociais, embora mantenha o engajamento social (P). Demonstra urgência de gratificação e presença de tensão emocional muito forte ($FM+m$).

O seu auto-conceito está rebaixado, apesar de apresentar condições para estabelecer relação empática com os outros ($M \downarrow, FK+Fc \downarrow, H \downarrow$).

Apresenta constrição dos processos imaginativos ($M \downarrow$), da consciência e da aceitação das necessidades afetivas ($SD:SI$), associadas à responsividade impulsiva aos estímulos externos ($FC:CF+C$).

O funcionamento afetivo de Júlia se dá predominantemente segundo o processo secundário.

13- Milton

Milton tem 74 anos, é casado e tem três filhos. Tem uretrite, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes e vitiligo.

Pergunto com se sente e ele informa:- *“Estou satisfeito comigo, mas não com a convivência com minha família...não há diálogo entre nós, embora residamos na mesma casa.”* Continua:- *“Uma de minhas filhas tem uma vida sexual que considero promíscua, e isto me incomoda muito.”*

A respeito da esposa afirma:- *“Casei-me apaixonado, com o tempo, esse sentimento foi-se modificando, pois ela é agressiva, vivemos separados na mesma casa, minhas duas filhas e minha esposa são psicóticas.”*

Continua:- *“Tenho um filho com rebaixamento mental de quem gosto muito, seu futuro me preocupa. Sinto que o filho está mais distante de mim e receio que seja por influência da minha esposa e de minhas filhas.”*

Ele afirma:- *“Estou totalmente isolado do círculo familiar. Passo a maior parte do meu dia no quarto, estudando uma nova filosofia de vida que me transmite segurança.”*

A respeito de sua vida atual, avalia:- *“Estou vivendo muito mal, assumi uma responsabilidade com minha família e agora não posso separar-me, pois eles dependem de mim para seu sustento... gostaria de separar-me ,levar comigo o filho e constituir nova família.”*

Milton está verborrágico, não ouve as perguntas da examinadora e tenta dirigir a entrevista. Fala durante uma hora e meia, sem parar, repetindo sua história. No final passa a discutir os problemas sociais sob a ótica da sua filosofia. Sua filosofia é um misto de teorias da filosofia e da física.

Apresentou, na avaliação da sua dinâmica afetivo-emocional, um controle frágil de sua emocionalidade (FC:CF+C). Ele é impulsivo,

sugestionável, demonstra necessidade de gratificação imediata, insegurança, agressividade e angústia diante da própria impulsividade ($FM\uparrow, m\uparrow$). Seu auto-conceito está preservado (H%); no entanto, demonstra dificuldades na manutenção de relações afetivas que lhe sejam satisfatórias.

No transcorrer da prova, demonstrou dificuldade de manutenção de objetividade nos processos de pensamento, com deterioração do conteúdo das respostas.

Suas reações frente ao impacto emocional provocado pelos estímulos do meio mantêm uma continuidade temporal. Os contatos humanos que estabelece são mais profundos do que numerosos. Ele demonstra dificuldade em adaptar-se à realidade (M:Csum).

O funcionamento mental de Milton dá-se predominantemente no nível do processo primário.

Lola tem 75 anos, é viúva, tem três filhos e nove netos. Tem insuficiência cardíaca, atualmente compensada com tratamento medicamentoso.

Pergunto-lhe como se sente e ela responde:- *“Tenho dores por o todo corpo e já não posso fazer tudo como antigamente.”*

A respeito da filha considera: *“Sinto muita falta de minha filha; ela é muito egoísta... quando eu tinha 57 anos, ela me disse que era melhor morrer aos 60, para dar lugar a outras pessoas... minha filha é apegada a dinheiro, tem inveja de sua filha minha neta... meu relacionamento com minha filha começou a mudar depois que ela se casou; antes disso, éramos muito amigas.”*

- *“E seu marido?”*:- *“Eu gostava dele, embora fosse muito liberal; gastava tudo que ganhava com o jogo e com os filhos. Sinto falta dele como sentia antes de falecer, visto que ele passava a maior parte do tempo jogando.”*

Reside com um dos filhos, com o qual se preocupa bastante, pois ele teve que parar de estudar por dificuldades financeiras. É ele quem sustenta a casa.

Lola conta que gostaria de ter um poder aquisitivo maior e que sua situação financeira a deixa revoltada.

- *“E sua condição de vida atual?”* :- *“Estou preocupada pois não sei quem cuidaria de mim caso viesse a tornar-me fisicamente dependente.”*

Durante a entrevista, Lola demonstrou estar o tempo todo desconfiada das intenções da examinadora. Percebi-a veladamente agressiva no tocante ao seu relacionamento com a filha, enquanto falava da hostilidade da filha para

com ela. Parece não ter consciência de sua hostilidade, valendo-se de maciço mecanismo de projeção de seus afetos.

Na sua avaliação com a prova de Rorschach, há uma ênfase exagerada na concordância com as normas sociais ($P\uparrow$), com a presença de sentimentos de insegurança e de inferioridade ($H\% \downarrow$ e (H))de. Há um bloqueio dos processos associativos, dificultando a concretização adequada dos processos do pensamento, o que lhe provoca sentimentos de insuficiência e inadequação.

Demonstra constrição dos processos imaginativos ($A\% \uparrow$), da consciência, da aceitação das necessidades de afeto ($SD:SI$) e da reatividade externa aos impactos emocionais provocados pelo meio ($FC:CF+C$), isto é, apresenta todos os sinais de constrição neurótica. Através do controle restritivo, a examinanda consegue controlar a expressão de sua afetividade. Está com equilíbrio afetivo precário com a presença de tensão emocional muito forte ($FM+m$).

Lola funciona predominantemente no nível secundário de elaboração mental. Mantém o auto-conceito preservado, embora apresente diminuição na capacidade de empatia pela negação das necessidades afetivas.

IV - Discussão

A análise da articulação entre os dados obtidos na entrevista clínica e as configurações dos psicogramas desse grupo permitiu-nos compreender melhor alguns aspectos da dinâmica dos transtornos afetivos no conjunto dos estudados, assim como as conseqüências desses transtornos em suas vidas, através do reconhecimento do comportamento manifesto.

Os dados obtidos neste trabalho ilustram os temas mais constantes na literatura sobre o envelhecimento, nos seus aspectos psicológicos e sociais, quando a velhice é acompanhada de escassez de recursos.

O trabalho informal exercido pelas mulheres adia as possíveis mudanças na principal atividade produtiva por elas realizadas, enquanto os homens, quando aposentados, deixam de exercer um importante papel social.

A maioria dos sujeitos demonstram estar insatisfeitos quanto aos seus relacionamentos familiares e isso está muitas vezes associado com relacionamento conjugal também insatisfatório.

A avaliação que fazem sobre suas experiências passadas, bem como seu nível sócio-econômico atual são, de um modo geral, acompanhados de uma sensação de descontentamento.

Todos eles experienciaram ao menos uma perda e muitos, sucessivas, muitas vezes mal elaboradas, o que provavelmente tenha provocado a dificuldade de estabelecer novos vínculos tão evidente nos discursos e confirmadas pelo baixo grau de empatia que apareceu nos resultados da prova de Rorschach.

Na vertente da estrutura dinâmico - afetiva destacamos o reforço da fragilidade das funções do ego, que muito provavelmente, é também uma das causas das dificuldades apresentadas no comportamento manifesto.

Com exceção de dois dos sujeitos os demais funcionam segundo o processo primário do funcionamento mental, que se caracteriza por ser inconsciente. A energia vital aí escoia livremente passando de uma representação para outra num incessante deslizar de sentido e utiliza compulsivamente os caminhos mais curtos para experimentar novamente a satisfação do desejo. Isso confere ao grupo uma urgência de gratificação e um comportamento potencialmente impulsivo, que ele controla através da retração total ou parcial das necessidades de afeto ou até mesmo da retração dessas necessidades.

A maioria dos sujeitos associou uma baixa de produtividade com uma baixa na ressonância afetiva, o que se deveu ao fato de os sujeitos apresentarem, com grande frequência, um controle intelectual e/ou restritivo sobre suas emoções. Isolando-se do meio, eles garantem o sucesso desse controle, evitando serem invadidos por um “excesso” de estímulos, aos quais não teriam condições de controlar, se a eles permanecessem expostos.

Controlando a ressonância afetiva através da produtividade, eles permanecem ativos e relativamente adaptados ao ambiente social, restringindo sua responsividade por meio do afastamento dos estímulos externos.

Em nossos achados, constatamos também que, embora o controle intelectual fosse muito frequente, estava associado a uma escassez de recursos intelectuais mais elaborados, à rigidez nas relações pessoais e a uma ligação superficial do sujeito com o meio externo ao núcleo familiar.

O teste de realidade mostrou-se normal e aumentado na maioria dos sujeitos, isto é, têm uma visão adequada da realidade o que lhes permite manejo ativo desta. Essa capacidade é, algumas vezes, utilizada para defendê-los dos conteúdos primitivos e da necessidade de gratificação imediata decorrentes da energia vital primária de que a maioria dispõe.

A fórmula vivencial predominante em nosso estudo foi a introversiva. Esta característica confere ao grupo sensibilidade aos acontecimentos, com reações duradouras frente a eles, uma capacidade de introspecção, imaginação e resistência às mudanças, associada à dificuldade de adaptar-se à realidade.

As respostas de movimento (movimento humano e animal), de um modo geral, indicam a existência de impulso vital e a capacidade ou não do indivíduo de tolerar e subjugar seus impulsos arcaicos. O sinal de controle interno adequado é a quantidade de respostas de movimento humano (M) e o equilíbrio interno do psicograma. O índice esperado é, em média, de pelo menos 3 Ms, e, entre os introversivos, 5. A maioria dos sujeitos apresentou um índice de respostas dessa categoria abaixo do esperado, denotando uma queda na energia vital.

Tal queda, somada às funções do ego regidas, predominantemente, pelo processo primário, está associada a uma capacidade de crítica e adequação social preservadas. Entretanto, quanto mais energia vital for consumida pelas defesas do ego, mais suas funções estarão prejudicadas. Se algum desses sujeito necessitar de mais energia vital para lidar com um aumento de estímulos internos ou externos, como uma perda ou uma nova complicação na saúde física, provavelmente a exaustão mencionada da energia vital poderá provocar uma baixa na capacidade de testagem da realidade e desencadear uma

depressão maior, um estado confusional ou qualquer outra complicação emocional.

A escassez de respostas M e o predomínio de FMs demonstram-nos que os recursos de que dispõem os sujeitos são impulsos de origem arcaica, os quais se caracterizam por urgência de gratificação. Isso dificulta a possibilidade de uma satisfação integrada às exigências da realidade externa.

O controle externo refere-se ao controle do comportamento manifesto, isto é, na presença de impulsos, o sujeito reprime ou não a expressão dos mesmos.

Quando o sujeito não os reprime, temos a possibilidade de observar se o controle pode ser expresso por vias sociais aceitáveis - sinal de maturidade que não requer esforço: o controle foi aprendido, tornou-se automático e, portanto, permite a vazão dos impulsos.

Se o controle dos impulsos se dá através da repressão dos mesmos ou do isolamento do sujeito em relação ao meio externo, haverá uma tendência à formação de sintomas. Esse foi o mecanismo de defesa mais escolhido.

O tipo de exteriorização é um dos indicadores do controle externo do qual o sujeito se está valendo.

Grande parte deles restringe a manifestação de suas emoções através do controle dos processos de pensamento na busca da estabilidade e da manutenção da objetividade.

A dissonância entre o desejo de gratificação imediata e a impossibilidade de manifestação das necessidades emocionais, além de causar um grande desconforto, proporciona um equilíbrio instável que se pode romper, caso ocorra um aumento da libido, seja por algum fator externo (mudança de local de residência, separação conjugal de filhos e netos, doença física, mudança do

nível sócio-econômico) ou por mudanças na economia interna (mudanças fisiológicas). Vale lembrar que a separação entre o interno e o externo é apenas um recurso didático para um melhor entendimento do problema em pauta.

Se a regressão aos estágios primitivos (indicados pela introversão e pelas FMs) for mais satisfatória que lidar com a realidade, esses indivíduos poderão escolher o caminho da regressão e, daí, adoecerão gravemente.

Uma hipótese a ser cogitada é que o enfraquecimento das funções do ego pela diminuição da energia vital pode ter provocado uma introversão da libido; o sujeito está-se utilizando da introversão como uma defesa em função da dificuldade encontrada no meio externo, seja para estabelecer novos vínculos, seja para manter os que já existiam.

Outra possibilidade é que a falta de condições afetivo-emocionais para lidar com as situações de conflito já existisse no transcurso do desenvolvimento, e o risco de adoecimento, até então latente, teria irrompido após uma situação de estresse emocional.

A introversão da libido e o funcionamento mental no nível primário fazem-nos pensar, ainda, que : a) o *quantum* libidinal que atingiu o processo secundário pode estar em grande parte investido na manutenção do sintoma; b) nunca houve nenhum *quantum* libidinal, além do representado no momento da avaliação, que tivesse atingido o processo secundário; e c) toda energia psíquica que porventura tenha atingido o processo secundário foi-se esgotando, sem possibilidade de retorno.

Conclusões

Através dos resultados obtidos nesse trabalho podemos concluir que as condições que viabilizam o desenvolvimento das condições afetivo-emocionais estão estreitamente ligadas às condições sócio-econômicas.

A preservação do bem-estar tem um custo econômico individual e social. A situação financeira desses idosos, na sua maioria recebendo um salário mínimo de aposentadoria, pouco contribui para a satisfação de suas necessidades básicas de moradia e alimentação.

Outro fator que identificamos como contribuinte para melhorar as chances da manutenção do bem-estar emocional é a possibilidade de interação com as produções culturais que, de um modo geral, foram muito limitadas para esses idosos durante a vida e reforçadas por sua condição de velho. Só muito recentemente o idoso passou a ser visto, pela sociedade brasileira, como elemento importante na construção social e na manutenção do equilíbrio da ecologia humana.

O reconhecimento da importância do estabelecimento de vínculos com os pais, amigos e a sociedade, a chance de se reconhecer no outro são fatores de extrema importância na constituição e na manutenção das funções do ego, ou seja, na mediação entre as exigências da realidade externa e as forças arcaicas do inconsciente que constantemente pressionam no sentido de satisfação imediata.

O tratamento adequado aos problemas vivenciados pelos sujeitos deste grupo deve levar em consideração tanto os problemas decorrentes da atual situação das estruturas afetivas como também suas necessidades sociais.

Nesse grupo, considerando a preponderância do processo primário de funcionamento mental que resulta na emergência de uma grande “quantidade” de conteúdos primitivos de origem pré-verbal, necessitando alcançar o nível secundário do desenvolvimento emocional, as técnicas que proporcionariam maiores benefícios são as psicoterapias de abordagem corporal e o psicodrama, assim como as atividades que, de maneira indireta, possibilitassem a expressão desses conteúdos (a dança, o teatro, as artes de um modo geral).

Muitas vezes, considera-se normal que o idoso seja apático, demonstre pouco interesse pela vida, seja incapaz de fixar sua atenção, tenha perdas de sono e apetite e permaneça fixado em lembranças do passado. Todavia, essas queixas podem ser sintomas de algum distúrbio afetivo que poderia ser tratado, melhorando sua qualidade de vida.

Tais críticas nos parecem válidas para qualquer grupo etário. Enquanto não estiver implícita a importância do bem-estar emocional nas relações sociais, estaremos muito aquém da capacidade de evolução humana e muitos dos nossos problemas sociais não terão solução. Faz-se necessário instrumentalizar a sociedade quanto ao processo do desenvolvimento humano no sentido de tornar claras as necessidades básicas do homem e sua influência no desenvolvimento emocional, com o intuito de prevenir os transtornos emocionais que provocam o sofrimento humano e aumentam a necessidade de tratamentos longos e custosos para a saúde.

Durante a realização desta pesquisa, foi-se tornando cada vez mais clara a importância de estudos voltados para os idosos saudáveis, para que pudéssemos ter uma noção, mais próxima da realidade quanto possível, das potencialidades a serem esperadas na velhice, já que permanece a dúvida se, numa velhice saudável, o indivíduo continua mantendo todas as capacidades.

Os instrumentos utilizados neste trabalho possibilitaram-nos identificar casos e forneceram também condições para separar aqueles que, por uma eventual disfunção cognitiva, pudessem levar-nos a selecionar indivíduos cujos comprometimentos aumentassem muito o leque de informações necessárias para poderem ser discutidas.

Habilitaram-nos, ainda, a observar o processamento da dinâmica afetiva, a força do ego em cada sujeito e, por fim, a uma visão de quais os índices afetivos relacionados por semelhança nesse grupo de sujeitos.

Uma história de vida mais completa, com dados desde a infância desses sujeitos, ter-nos-ia provido de informações preciosas. Isto nos alerta quanto à necessidade de os serviços de saúde manterem dados sobre o desenvolvimento de sua clientela e, também, de uma reformulação nos protocolos do roteiro clínico de história de vida utilizado neste trabalho.

Todos os instrumentos aqui utilizados demandam, ainda, estudos mais aprofundados. O estabelecimento de padrões de normalidade para o envelhecimento também é necessário, já que a velhice se apresenta como uma etapa da evolução humana com características muito peculiares, assim como apontam Erikson, Adrados e todos os autores mencionados.

Este estudo indicou-nos algumas necessidades básicas para o desenvolvimento de outros trabalhos na vertente da dinâmica dos afetos em idosos.

Primeiramente, seria necessária a criação de medidas que facilitassem a aplicação e a avaliação da Prova de Rorschach. Se o conjunto de sujeitos fosse maior, ter-nos-íamos defrontado com dificuldades quanto ao empreendimento de um trabalho exaustivo, de alto custo financeiro e muito moroso no tocante à coleta de dados. Esse problema seria facilmente superado com a criação de um

software, que tornasse mais rápida e menos onerosa a aplicação e avaliação da prova de Rorschach.

Outra dificuldade que vem confirmar a necessidade de um *software* específico para o desenvolvimento de pesquisas transversais e longitudinais é a escassez de dados a respeito da população brasileira de idosos considerados normais e residentes na comunidade.

Summary

For being a young country only now Brasil has its problems related to population aging and its consequences analysed in the field of mental health. From that it consequences analysed the need of a specific set of knowledge on issue, as wide the one existing for other age groups.

As a modest contribution to this set of knowledge we have prepared this paper.

This study was realized with 14 elderlies residents in the community, carries of some mental disturbance. For that we used the diagnostic method of the comprehensive type made of : a) a clinical interview; and b) the Rorschach test.

The evidences show that the affection dynamic of these people is being ruled predominantly by the primary process of the mental functioning, that is, they are people whith dificulty to stand frustation and to stabilish aims at a medium or long term. By the other hand most of them prove to have vital energy susceptible of being transformed into more elaborated afective resource that therefore will provide the necessary maturity to face the conflicts living.

Keys: Elderlies, Behaviour - Evaluation, Psichological Research

V - Bibliografia

- ADRADOS, I. *Rorschach*: teoria e prática do método na terceira idade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988. 180 p.
- _____. Desajustamentos da personalidade. In: _____ *Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial*. Petrópolis, Vozes, p. 120-193, 1980.
- _____. *Teoria e prática do teste de Rorschach*. Petrópolis, Vozes, 1967. 451 p.
- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S.; PINHO, A.R. Estudos epidemiológicos dos transtornos mentais em uma população de idosos - área urbana de Salvador, BA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 33: n.2, p. 114-120, 1984.
- ANCONA-LOPEZ, M. Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. e col. *Diagnóstico Psicológico*: a prática clínica. São Paulo: EPU. p.1-33, 1984.
- ANZIEU, D. *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus, 296 p., 1987.
- BARRETO, M.W.M. & BERES, V.L.G. Rorschach na terceira idade. *Boletim da Sociedade Paulista de Rorschach*, v.55: N.1 e 2, p.335-343, 1983.
- BERTOLUCCI, P.H.F., BREECKI, S.M.D., Campacci, S.R., Juliano, Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.52: N.1, p.1-7, 1994.
- BLAY, S.L.; RAMOS, L.R., MARI, J.J. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *Journal of American Geriatric Society*, v.36:, p.687-692, 1988.

- CARIOU, M., TROY, F., SERFARTY, D. Vieillesse, crise d'identité et détérioration intellectuelle. *Bulletin de Psychologie*, v. XLV: N.404, p. 9-13, 1986.
- COELHO, M.L. *Epilepsia e personalidade*: psicodiagnóstico de Rorschach e a anamnese hereditária. São Paulo: Ática, 1975. p. 173.
- CUNHA, R.A. Análise de agrupamento: aspectos gerais e comparação de métodos por valores de correlação cofenética. *Revista de Matemática e Estatística*, n.13, p. 39-53, 1995.
- D'ANDRÉA, F.F. *Desenvolvimento da personalidade*. São Paulo: Difel, 1972. p. 185.
- ERIKSON, E. *Childhood and society*. Nova York: North ed., p. 247-261, 1950.
- FOLSTEIN, M. & FOLSTEIN, S.E. Mini-Mental State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal of Psychiatric Research*, n. 12, p. 189-198, 1975.
- FREUD, S. Publicações psicanalíticas e esboços inéditos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. I, p. 249-302, 1889.
- _____ Hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. III, p. 165-216, 1896.
- _____ A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. III, p.289-316, 1898.
- _____ Moral sexual "civilizada" e doença nervosa moderna. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. IX, p.187-212, 1908.

Notas sobre um caso de neurose obsessiva, considerações teóricas. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. X, p. 230-237, 1909.

Psicanálise silvestre. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XI, p. 207-213, 1910.

In: Sobre o mecanismo da paranóia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XII, p. 81-104, 1911.

Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XII, p. 277-290, 1911.

Tipos de desencadeamento da neurose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XII, p. 291-306, 1912.

Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XIII, p. 20-123, 1912.

Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XIV, p. 137-168, 1915.

Repressão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XIV, p. 169-190, 1915.

O inconsciente. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XIV, p. 191-239, 1915.

- _____ Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XVIII, p. 17-85, 1920.
- _____ O ego e o id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XIX, p. 13-83, 1923.
- _____ Inibições, sintomas e ansiedades. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. XX, p. 95-200, 1925.
- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, SEADE. *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo*, São Paulo, 1991. 68 p.
- GAGEY, J. Raisonner psychanalytiquement le vieillir? In: BIANCHI, H. *La question du vieillissement: perspectives psychanalytiques*. Paris: Dunod, p. 7-32. 1989.
- GEORGOFF, P.B. The Rorschach with hospice cancer patients and surviving cancer patients. *Journal of Personality Assessment*, v. 56: n.2, p. 281-219, 1991.
- GROSS, A., NEWTON, R.R., BROOKS, R.B. Rorschach responses in healthy, community dwelling older adults. *Journal of Personality Assessment*, v. 55: n.1 e 2, p. 335-343, 1990.
- JAPIASSU, H. *Introdução à epistemologia da psicologia*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- JUNG, C.G. As etapas da vida humana. In: *Obras Completas de Carl Gustav Jung*. Rio de Janeiro, Vozes, v. VII, 1984a. p. 337-367.
- _____ Consciência e inconsciente. In: *Obras Completas de Carl Gustav JUNG*. Rio de Janeiro, Vozes, v. VIII, 1987b. p. 123-171.

- KALACHE, A., VERAS, R.P., RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um novo desafio. *Revista de Saúde Pública*, v. 21: p. 200-210, 1987.
- KLOPFER, B. *The Rorschach technique: a manual for projective method of personality diagnosis* - Nova York: World Book Company, v. I, 1942a. p. 431.
- _____. *The Rorschach technique: developments in fields of application* - Nova York: World Book Company, v. II, 1942b.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1995.
- LEVINSON, D.J. A conception of adult development. *American Psychologist*, v. 41, n. 1, p. 3-13, 1986.
- LUCENA, J. 1988 Aspectos sócio-culturais da saúde mental na terceira idade. *Neurobiologia*, v. 51, n. 1, p. 3-30, 1988.
- MACFADDEN, M.A.J. *Análise das contribuições da psicanálise contemporânea para o estudo das manifestações psicossomáticas*. Campinas, 1993 [Dissertação de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *La salud de las personas de edad*. Genebra, OMS, p. 7-53, 1989 (Série de Informes Técnicos).
- PANEK, P.E., WAGNER, E.E., ZWERGEL, K.K.A. Review of projective test findings with older adults. *Journal of Personality Assessment*, v. 47, n. 6, p. 563-583, 1983.
- PENNA, E.M.D. *Um esquema auxiliar na interpretação dos tipos de vivência*. Trabalho apresentado no XII Congresso Internacional de Rorschach e outras técnicas projetivas, p. 1-10, 1987. (mimeogr.)

- PERRACINI, M.R. *Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência*. Campinas, 1994 [Dissertação de Doutorado - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas].
- PERRY, W.; VIGLIONE, D.J. The ego impairment index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressant. *Journal of Personality Assessment*, v. 56, n. 3, p. 487-501, 1991.
- PETERSON, C.A. Reminiscence, retirement and Rorschach responses in old age. *Journal of Personality Assessment*, v. 57, n. 3, p. 531-536, 1991.
- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.
- RAMOS, L. R. e col. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados do inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p.87-94, 1993.
- RORSCHACH, H. *Psicodiagnóstico: método e resultados de experiência diagnóstica de percepção*. São Paulo, Mestre Jou, 1967. p. 397.
- SILVA, M. D. V. *Rorschach: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo, EPU, 1987. p.94.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
Gerontologia, v. 2, n. 3, p. 129-180, 1994.
- SOUZA, C.S. *O método de Rorschach*. São Paulo, EDUSP, 1982. p.374.
- SUGARMAN, A. Where's the beef? Putting personality back into personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, v. 56, n. 1, p. 130-144, 1991.

- SHIMONADA, Y., NAKAZATO, K. Aging and terminal change in Rorschach responses among the Japanese elderly. *Journal of Personality Assessment*, v. 57, n.1, p.10-18, 1991.
- TRINCA, W. O pensamento clínico e a integração dos dados no diagnóstico psicológico. In: _____ e col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984. p. 83-93.
- VERAS, R. & COUTINHO, E.S.F. Estudo da prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 209-217, 1991.
- VERAS, R.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.
- VIGLIONE, D.J; BRAGER, R.C.; HALLER, N. Usefulness of structural Rorschach data in identifying inpatients with depressive symptoms: a preliminary study. *Journal of personality assessment*, v. 52, n. 3, p. 524-529, 1988.
- WAGNER, E.M. Viver a doença e a proximidade da morte no envelhecimento. *Gerontologia*, v. 1. n. 1., p.13-16, 1993.
- _____. *Amor, sexo e morte no entardecer da vida*. São Paulo, Caiçara, 1989. p.156.

Anexo - I

Significado dos índices utilizados na apuração da prova de Rorschach de acordo com Bruno Klopfer (1949)

Índices aferidos na prova de Rorschach

1 - Ressonância afetiva

A ressonância afetiva é a variável que indica a responsividade geral do indivíduo ao meio, além de servir de valor comparativo para a confirmação do tipo de exteriorização da afetividade. Os valores considerados foram:

- R.A. < 30% ----- inibição afetiva
- 30% < R.A. < 40 % ----- responsividade normal
- R.A. > 40% ----- impulsividade

2 - Exteriorização da afetividade

A exteriorização da afetividade indica o tipo de vivência do sujeito, isto é, qual seria o tipo de reação frente ao impacto emocional provocado pelos estímulos do meio. Os valores considerados foram:

- 2M: 1Csum ----- introversivo
- 1M: 2Csum ----- extratensivo
- M: Csum ----- ambigüal

Os indivíduos caracterizados como introversivos têm uma vida interior rica, são reflexivos e criativos. Mantêm contatos humanos mais numerosos que

profundos e demonstram dificuldades na vida social e em adaptar-se à realidade.

Aqueles considerados extratensivos são hábeis em adaptar-se à realidade, mostram-se mais pragmáticos, são pouco originais e encontram facilidade para concretização de seus objetivos. Mantêm contato superficial e numeroso.

A introversão extrema pode indicar, junto com a análise geral dos dados, uma defesa frente às emoções provocadas pelos estímulos do meio. Em contrapartida, a extratensão extrema também pode refletir uma defesa que busca ajuda no engajamento total com a realidade.

A ambigüidade pode apresentar-se através do sujeito do tipo dilatado ou coartado. O indivíduo que apresenta um tipo de vivência dilatada conserva um equilíbrio entre as características introversivas e extroversivas, trazendo consigo a habilidade de manter contatos afetivos profundos e, ao mesmo tempo, tendo o domínio do ambiente que o cerca. Como todos os indivíduos desse grupo que apresentaram vivência ambigüal estavam coartados, foi possível englobá-los numa única categoria.

3 - Tipo de exteriorização

O tipo de exteriorização da afetividade indica a presença ou não de exteriorização e o tipo de controle de que o sujeito dispõe para exteriorizar seus afetos. Os valores considerados foram:

$FC = 0$ e $CF + C = 0$ ----- sem exteriorização

$FC < CF + C$ ----- impulsividade

$FC > CF + C$ e $CF + C > 0$ ----- normal

A equação $FC > CF+C$, quando FC excede a soma $CF+C$, é indicativa da capacidade do indivíduo de responder com controle adequado aos estímulos do meio, tanto interna como externamente, e sua expressão é profunda, não havendo a necessidade de um controle exagerado. No entanto, se a soma $CF+C$ tender a zero, devemos pensar na dificuldade do sujeito em reagir emocionalmente diante de uma situação que solicite um envolvimento mais profundo. $FC < (CF+C)$ é demonstrativo de que o sujeito tem um controle frágil sobre sua emocionalidade e tende a reações comportamentais impulsivas.

Como já dissemos na página 42, concordando com Penna (1987), estas respostas deverão ser avaliadas também em conjunto com as de movimento animal e humano.

4 - Organização das necessidades afetivas

O índice da organização das necessidades afetivas demonstra a presença de sinais de ansiedade e se aquelas são passíveis de reconhecimento, ou ainda, se são tão primitivas que se tornam indiscriminadas. Os valores considerados foram:

Sombreado diferenciado: Sombreado indiferenciado

$(FK + Fk + Fc) : (KF + kF + cF + c)$

$0 : 0$ ----- inconsciência

$0 : x$ onde $x \neq 0$ ----- consciência

$y : x$ onde x e $y \neq 0$ ----- consciência e inconsciência

As respostas de sombreado nos indicam como os sujeitos manipulam as necessidades básicas de segurança, de afeição e do sentimento de pertencer a

alguém. As respostas K e KF indicam a presença de ansiedade de natureza vaga: o sujeito está consciente dessa ansiedade, embora não tenha defesas eficazes. A presença de ansiedades faz parte da vida, no entanto, se há um aumento para 3 no índice dessas respostas de natureza vaga, e assim excederem as respostas de sombreado diferenciado, podemos supor que o grau de ansiedade é alto o suficiente para perturbar o cotidiano do sujeito. A ausência de respostas dessa natureza indica uma falta de consciência das necessidades afetivas ou a presença de defesas que protegem o sujeito dessa consciência.

A relação entre as respostas de textura e forma é muito importante para a avaliação global do sujeito. Se a quantidade das respostas de textura diferenciada exceder $\frac{3}{4}$ das de forma, poderemos supor que as necessidades afetivas ameaçam inundar a personalidade; no entanto, se elas estiverem abaixo de $\frac{1}{4}$ de F, podemos pensar na presença de repressão intensa ou numa necessidade de afeto subdesenvolvida.

5 - Recursos da personalidade

Os recursos da personalidade indicam o tipo de vivência do sujeito, a capacidade de reflexão, de imaginação e a energia psíquica existentes. Os valores considerados foram:

FM > 2M ----- necessidade de gratificação imediata (2)

M > FM ----- normal

M < FM < 2M---- desfavorável

O significado das respostas M é bastante complexo e implica basicamente três conceitos: a) do processo imaginativo, isto é, ver na mancha uma cinestesia que inexistente; b) da empatia, isto é, ver na mancha a presença humana; e c) da percepção em nível altamente diferenciado e integrado.

A quantidade de respostas M é indicativa da presença de energia vital. Nos introspectivos, espera-se um mínimo de 5 respostas dessa categoria. Abaixo de três, podemos supor um rebaixamento na energia vital disponível do indivíduo, e ainda uma baixa tolerância do ego aos impulsos arcaicos.

As respostas FM, comparadas com as M, requerem um menor grau de diferenciação intelectual, não implicam empatia pelos seres humanos e sugerem impulsos que necessitam de gratificação imediata.

Assim sendo, a relação entre a quantidade dessas respostas aliadas ao tipo de exteriorização dos afetos, analisada em conjunto com os outros dados do psicograma, poderá auxiliar-nos na avaliação desses sujeitos.

6 - Grau de esterotipia

O grau de esterotipia indica a capacidade de concentração, o controle dos processos de pensamento e a amplitude de interesses que o sujeito apresenta.

$A\% < 30$ ----- dispersão do pensamento

$30 \leq A\% \leq 50$ ----- normal

$A\% > 50\%$ ----- controle rígido dos processos do pensamento.

As respostas de conteúdo animal indicam as tendências perseveratórias e de estereotipia que são necessárias à capacidade de concentração do sujeito; um índice muito baixo pode indicar uma dissociação no curso do pensamento, mas é preciso observar qual conteúdo aumenta em decorrência da baixa de A%. Se for o conteúdo humano, podemos pensar num interesse voltado para o homem de modo geral: se anatômico, podemos pensar em angústia hipocondríaca, convivência com doenças graves, assim por diante.

7 - Produção

A produtividade indica a capacidade de produção intelectual. Os valores considerados foram:

$R < 15$ ----- baixa produtividade

$15 \leq R \leq 25$ ----- normal

$R > 25$ ----- excesso de produtividade

A produtividade do indivíduo deve ser avaliada à luz da qualidade dessa produção; se a responsividade for baixa, mas estiver associada a um bom número de respostas, cujo determinante é global, do tipo secundário, poderemos supor que a capacidade de produção intelectual desse sujeito se caracteriza por uma abordagem mais elaborada, que implica percepção discriminativa e integração das partes, o que lhe possibilita realização e compreensão de experiências complexas. Entretanto, se o sujeito demonstrar baixa produtividade, associada a um número exagerado de respostas globais primárias, poderemos supor uma superficialidade de relacionamento com as experiências do meio que pode levar a generalizações simplórias.

8 - Manutenção da objetividade

A manutenção da objetividade indica a capacidade de formação de conceitos objetivos. Os valores considerados foram:

- F% < 20 ----- objetividade rebaixada
- $20 \leq F\% < 50$ ----- manutenção da objetividade normal
- $50 \leq F\% < 80$ ----- constrição neurótica
- F% ≥ 80 e nível formal alto ----- constrição neurótica
e nível formal baixo ----- limitação natural

9 - Dado de realidade

A qualidade formal indica a capacidade de objetivação adequada do sujeito, segundo os padrões sociais. Os valores considerados foram:

- + F% < 75 ----- sinal de desajuste às normas.
- $75 \leq +F\% \leq 80$ ----- normal
- +F% > 80 ----- rigidez, vida afetiva comprometida

Os índices de manutenção da realidade e capacidade de objetivação estão intrinsecamente ligados. A qualidade das respostas F (F+, F-, F+-) e a sua quantidade são indicativos da capacidade reguladora do pensamento e da razão. Índices muito altos de respostas de conteúdo formal, quase ausência de cor e das respostas de textura levam-nos a pensar numa asfixia da vida afetiva.

Os índices acima descritos devem sempre ser discutidos de maneira articulada para nos proporcionarem uma visão global dos sujeitos.

Anexo - II

Avaliação de síndrome orgânica e neurose

Os critérios para a classificação de organicidade que utilizamos foram aqueles definidos por Piotrowski: (Piotrowski, 1942, citado por Souza, 1982)

- 1) número de respostas da prova inferior a 15;
- 2) tempo médio de resposta superior a 1 minuto;
- 3) número de respostas de movimento menor ou igual a 1;
- 4) presença de respostas de cor nomeada (Cn);
- 5) porcentagem de respostas formais positivas (F+), inferior a 50%;
- 6) repetição de respostas em pranchas diferentes;
- 7) porcentagem de respostas populares abaixo de 25%;
- 8) presença de impotência, isto é, o sujeito reconhece a resposta como inadequada, mas persiste em utilizá-la;
- 9) perplexidade diante das pranchas;
- 10) emprego de frases automáticas;

Para a avaliação da presença de síndrome orgânica, foram considerados os casos de sujeitos que atingiram 5 pontos ou mais na listagem acima.

Os sinais para diagnóstico de neurose utilizados foram os preconizados por Harrower (Harrower, 1942, citado por Souza, 1982):

- 1) número de respostas à prova menor que 25;
- 2) número de respostas de movimento humano menor ou igual a 1;
- 3) número de respostas de movimento animal maior que o número de respostas de movimento humano;
- 4) porcentagem de respostas formais (F+) maior que 50%;

- 5) choque cromático;
- 6) choque sombrio;
- 7) rejeição a uma ou mais pranchas;
- 8) porcentagem de conteúdo animal superior a 50%;
- 9) ausência de respostas do tipo FC.

Para a constatação da existência de choque, como sugere Anzieu (1978), foi considerada a presença de cinco ou mais pontos da seguinte lista de sinais:

- 1) queda no rendimento;
- 2) aumento supercompensatório do número de respostas;
- 3) mudança no tipo de apreensão;
- 4) irregularidade na sucessão;
- 5) ausência de respostas de cor nas pranchas coloridas;
- 6) aumento do tempo de latência;
- 7) manipulação agitada da prancha (hesitação, silêncio, negação, recusa);
- 8) perplexidade;
- 9) comentário de crítica ou autocrítica;
- 10) respostas excêntricas ou infantis;
- 11) respostas como expressão simbólica dos problemas do sujeito;
- 12) ausência de resposta esperada na prancha 5;
- 13) empobrecimento do conteúdo.

ANEXO - III

Quadro V- Síndrome de Piotrowiski

Sujeitos	Variáveis									
	Nºresp <15	F+% <70	M <1	T/R >1min.	Cn	P% <25	Repetição	Perp	Frases autom.	Total
1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
6	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
7	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
8	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
10	0	0	1	0	0	0	1	1	0	3
11	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
12	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
14	0	1	0	0	0	0	0	1	1	3

Quadro VI- Síndrome de Harrower

Sujeitos	Variáveis									
	R <25	M <1	FC aus.	FM>M	C.crom.	C.acrom	F% >50	A% >50	Rejeição P.	Tot.
1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	5
2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6
3	1	0	1	1	CC	0	0	1	0	5
4	1	1	1	1	CC	0	0	0	1	6
5	1	1	1	1	CSC	0	1	1	0	7
6	1	1	1	1	CC	0	1	1	0	6
7	1	1	1	1	0	CC	1	1	1	7
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	7
9	1	1	1	1	CC	0	1	1	1	7
10	1	0	1	0	CC	0	1	1	1	5
11	1	1	1	1	CSC	1	1	1	1	9
12	1	1	0	1	1	CC	1	0	1	7
13	1	1	1	1	CC	1	0	0	0	6
14	1	0	1	0	1	1	1	0	1	5

Anexo - IV

Classificação geral dos elementos segundo os critérios para apuração da prova de Rorschach de acordo com Bruno Klopfer (1942)

Localização

G- Global

D- Detalhe usual

Dd- Detalhe Inusual

S- Espaço

Determinantes (forma, cor, sombreado, movimento)

I. Forma

1- F+: forma definida bem vista

2- F-: forma definida mal vista

3- F±; Forma indefinida

II. Cor (cromática e acromática)

Cor cromática(C)

1- FC: forma definida e cor

2- CF: forma indefinida e cor

3- C: cor sem forma

Cor Acromática (C') - branco, preto, cinza

1- FC': forma definida e cor acromática

2- C'F: forma indefinida e cor acromática

3- C': cor acromática sem forma

III. Sombreado (de superfície e textura, de difusão e tridimensão, de redução para bidimensão)

De superfície (c)

- 1- Fc: forma definida e textura diferenciada
- 2- cF: forma indefinida e textura
- 3- c: textura sem forma

Difusão e tridimensão (K)

- 1- FK: Tridimensão ou reflexo
- 2- KF: difusão com alguma forma
- 3- K: difusão sem forma

De redução para bidimensão (k)

- 1- Fk: redução com forma definida
- 2- kF: redução com forma indefinida
- 3- k: sem forma alguma

IV. Movimento

- 1- M: humano
- 2- FM: animal
- 3-m: Inanimado
- 3a- Fm: inanimado com forma definida
- 3b-mF: inanimado com forma indefinida
- 3c- m: inanimado e sem forma

Conteúdo

As principais categorias de conteúdo (animal, humana)

Animal

- 1- A: figuras animais inteiras e reais
- 2- Ad: parte do corpo do animal
- 3- (A): animais desvitalizadas
- 4- (Ad): parte de animal desvitalizado

Humana

- 1- H: figuras humanas inteiras e reais
- 2- Hd: parte de figura humana
- 3- (H): figuras humanas desvitalizadas
- 4-(Hd): parte de figuras humanas desvitalizadas

Anexo V

ROTEIRO DE HISTÓRIA CLÍNICA-PSICOLOGIA

NOME: _____

REG.HOSP.: _____

IDADE: _____

1- Queixa _____

2 - História da moléstia Atual: _____

3 - Relações intrafamiliares: _____

4 - Cônjuge: _____

5 - Sexualidade: _____

6 - Mudanças significativas: _____

7 - Sono: _____

8 - Alimentação : _____

9 - Medos: _____

10 - Filhos: _____

11 - Antecedentes mórbidos(epilepsia, delírios, desmaios, hospitalizações): _____

12 - Orientação e Memória: _____

13 - Drogas: _____

14 - Condição de Vida Atual : _____

15 - Perspectivas para o futuro: _____

16 - Observações : _____

17 - Encaminhamento : _____

CRP: 06/26176-3

Data: __/__/199