

ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TATIANE GIL ASNIS

RELAÇÕES ENTRE RESILIÊNCIA, TRAUMA E ENVELHECIMENTO

Porto Alegre
2021

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TATIANE GIL ASNIS

RELAÇÕES ENTRE RESILIÊNCIA, TRAUMA E ENVELHECIMENTO

Porto Alegre, 2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

TATIANE GIL ASNIS

RELAÇÕES ENTRE RESILIÊNCIA, TRAUMA E ENVELHECIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento

Orientadora: Prof.^a Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Porto Alegre, 2021

Ficha Catalográfica

A836r Asnis, Tatiane Gil

Relações entre resiliência, trauma e envelhecimento / Tatiane Gil Asnis. – 2021.

105.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Resiliência. 2. Trauma. 3. Envelhecimento. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

TATIANE GIL ASNIS

RELAÇÕES ENTRE RESILIÊNCIA, TRAUMA E ENVELHECIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Aspectos clínicos e emocionais no envelhecimento

Aprovada em 09 de julho de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Irani Iracema de Lima Argimon (orientadora)

Profa. Dra Cristina M. Moriguchi Jeckel (PUCRS)

Profa. Dra Mônica Medeiros K. Macedo (UFRGS)

Porto Alegre 2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a CAPES pelo apoio e incentivo à pesquisa e pela concessão de bolsa de estudo, o que me permitiu realizar esta pesquisa.

Agradeço minha querida orientadora, Professora Irani Iracema de Lima Argimon, por ter sido tão aberta e gentil em todos os momentos comigo, por ter confiado em meu trabalho e me estimulado a realizar esta pesquisa que gerou imenso crescimento.

Agradeço minha amada família, meu marido Nelson Asnis e filhos, Yasmin e Gustavo, por serem tão companheiros e estarem sempre ao meu lado.

Meus pais, por terem me proporcionado amor incondicional;

Minha analista, Dra Silvia Katz por estar sempre presente e me apoiando nos momentos mais belos e mais difíceis também.

Agradeço ao grupo AICV, com todos os bolsistas de iniciação científica e colegas de mestrado e também de doutorado. Um grupo extremamente afetivo, unido e que valoriza muito o trabalho.

Agradeço aos meus pacientes por entregarem a mim o que eles têm de mais precioso: suas experiências de vida.

Enfim, aprendi muito com todos.

Muito obrigada!

RESUMO

O Brasil experimenta um rápido crescimento da população com mais de 60 anos, acompanhando uma tendência mundial. Segundo projeções da ONU de 2019, dentro do grupo das pessoas idosas, aquelas com idade igual ou maior que 80 anos, denominadas de longevos, constituem o segmento populacional que experimenta maior crescimento em todo o mundo. À medida que se envelhece, cada indivíduo tem sua maneira de lidar com as mudanças, com as situações próprias da vida e com as perdas próprias do envelhecimento. Perdas que variam de indivíduo para indivíduo em ordem de aparecimento e de intensidade, mas todas elas inerentes à passagem do tempo (perda da jovialidade, da saúde, da beleza estética, das capacidades osteomusculares, da cognição, da autonomia e por fim da independência). Além das perdas naturais, a maioria dos indivíduos também é exposta a pelo menos uma situação de ameaça durante o curso de suas vidas, e a forma com que os mesmos lidam com esses eventos potencialmente perturbadores também difere. Os indivíduos diferenciam-se pelo fato de alguns conseguirem superar as crises e outros não, e além dos aspectos como temperamento, genética, aspectos sociais e econômicos, relacionamentos afetivos com familiares e amigos, a capacidade de resiliência própria de cada indivíduo será fundamental para essa superação. A resiliência é comumente definida como a capacidade do indivíduo ou da família de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las. Com o aumento da expectativa de vida, e com as dificuldades que advêm do envelhecimento, a resiliência tem sido relacionada frequentemente à fase de vida mais tardia, quando se propõe que o seu desenvolvimento pode ser um fator protetor para o sofrimento psíquico decorrente das vivências do envelhecimento. Com o intuito de verificar o quanto as vivências traumáticas ao longo da vida são responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência no indivíduo idoso longevo, bem como de entender que outros fatores estão associados com a capacidade de resiliência, e com isto aumentar os conhecimentos acerca desta população que vem crescendo a cada ano, realizou-se entrevista semiestruturada com cinco idosas longevas. Através da metodologia qualitativa de pesquisa tanto no que concerne à coleta de dados quanto em relação à análise dos mesmos, esta pesquisa nos levou às seguintes conclusões: 1) Para haver resiliência é preciso haver evento traumático prévio. 2) As vivências traumáticas não podem transbordar a capacidade que cada indivíduo tem para lidar com elas. Se houver este excesso, o trauma será prejudicial para o desenvolvimento da resiliência, tornando o indivíduo vulnerável ao sofrimento e ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos. 3) Vivências de apego seguro na infância são fundamentais para desenvolver a capacidade de resiliência. 4) A capacidade de realizar o trabalho de luto está diretamente relacionada com a capacidade de resiliência. 5) Os mecanismos de defesa maduros estão relacionados à capacidade resiliente, bem como os imaturos demonstram a dificuldade do indivíduo em se flexibilizar e aceitar as mudanças do envelhecimento. 6) Os autoconceitos estão diretamente relacionados à capacidade resiliente. 7) A espiritualidade ajuda na capacidade resiliente do indivíduo, porém não é fundamental.

Palavras-chave: Resiliência; envelhecimento; trauma

ABSTRACT

Brazil is experiencing a rapid growth of the population over 60 years old, following a global trend. According to 2019 UN projections, within the group of older people, those aged 80 years or older, called long-distance, constitute the population segment that experiences the greatest growth worldwide. As you get older, each individual has their own way of dealing with changes, with life's own situations, and with the losses of aging. Losses that vary from individual to individual in order of appearance and intensity, but all of them inherent in the passage of time (loss of joviality, health, aesthetic beauty, musculoskeletal capacities, cognition, autonomy and ultimately independence). In addition to natural losses, most individuals are also exposed to at least one threat situation during the course of their lives, and the way they deal with these potentially disturbing events also differs. Individuals are differentiated by the fact that some manage to overcome crises and others do not, and in addition to aspects such as temperament, genetics, social and economic aspects, affective relationships with family and friends, the capacity for each individual's own resilience will be fundamental for this overcoming. Resilience is commonly defined as the individual's or family's ability to face adversity, be transformed by them, and overcome them. With the increase in life expectancy, and with the difficulties that come from aging, resilience has often been related to the later life phase, when it is proposed that its development can be a protective factor for psychic suffering resulting from the experiences of aging. In order to verify how much traumatic experiences throughout life are responsible for the development of resilience in the long-lived elderly individual, as well as to understand that other factors are associated with resilience, and thereby increasing knowledge about this population that has been growing every year, a semi-structured interview was conducted with five long-term elderly. Through the qualitative research methodology, both with regard to data collection and in relation to their analysis, this research led us to the following conclusions: 1) For resilience, there must be previous trauma. 2) Traumatic experiences cannot overflow with the capacity of each individual to deal with them. If there is this excess, trauma will be detrimental to the development of resilience, making the individual vulnerable to suffering and the development of psychopathological conditions. 3) Experiences of safe attachment in childhood are fundamental to develop resilience. 4) The ability to perform mourning work is directly related to resilience. 5) Mature defense mechanisms are related to resilient capacity, as well as immature ones show the difficulty of the individual in making flexibility and accepting the changes of aging. 6) Self-concepts are directly related to resilient capacity. 7) Spirituality helps in the resilient capacity of the individual, but it is not fundamental.

Keywords: Resilience, aging; trauma

LISTA GERAL DE TABELAS

TABELA 1. Dados gerais dos participantes do estudo.....	35
TABELA 2. Categorização intermediária e final dos dados obtidos nas entrevistas com as cinco participantes do estudo.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	144
2.1	As mudanças decorrentes do Envelhecimento	14
2.2	A Resiliência e a capacidade de elaboração de traumas	166
2.3	Mecanismos de defesa na capacidade de ser resiliente	21
2.4	Fatores que promovem a resiliência.....	255
2.5	Resiliência e envelhecimento bem-sucedido.....	30
3	OBJETIVOS	333
3.1	Objetivo geral.....	333
3.2	Objetivos específicos.....	333
4	MÉTODO	344
4.1	Opção metodológica.....	344
4.2	Participantes	344
4.3	Instrumentos	344
4.3.1	Ficha de dados informativos dos participantes da pesquisa.....	344
4.3.2	Entrevista	344
4.4	Procedimentos para a análise e interpretação dos dados	355
4.5	Considerações éticas.....	355
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	366
5.1	Apresentação das categorias.....	366
5.2	Análise das categorias finais	399
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	533
7	ARTIGO ORIGINAL.....	58
	REFERÊNCIAS.....	73
8	ANEXOS.....	82
8.1	FICHA DE DADOS INFORMATIVOS	822
8.2	ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	844
8.3	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
8.4	ANEXO 4.....	877
8.5	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	88
8.6	ARTIGO DE REVISÃO.....	91
8.7	DECLARAÇÃO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	105

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e biológico do qual não se pode fugir, entretanto, com frequência o ser humano tenta atenuar as perdas próprias desse processo, a fim de evitar passar pelo doloroso luto decorrente das mesmas. Em seu texto “Sobre a Transitoriedade”, Freud ressalta que “a evanescência da beleza da forma e da face humana apenas lhes empresta renovado encanto... e que o valor de toda a beleza e perfeição é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional” (FREUD, 1916/1996, p. 37), nos transmitindo a ideia de que a transitoriedade da juventude não pode ser motivo para estragar a fruição da beleza da vida. Ao tecer seu pensamento, Freud nota a dificuldade do homem em realizar o luto pelas perdas que a vida inevitavelmente impõe. Desprender-se dos objetos amados, perdê-los, expõe ao desamparo, à fragilidade, não só da beleza, mas da vida (ZONANA, 2016).

O envelhecimento, processo inevitável e que causa tanta resistência e sofrimento ao ser humano inicia-se muito cedo na vida. De acordo com cientistas, imediatamente após a fecundação, visto que muitas células envelhecem, morrem e são substituídas antes mesmo do nascimento. Estudiosos do tema têm constatado, que envelhecer é um acontecimento natural que compõe o desenvolvimento normal e integral de qualquer pessoa, sendo produto de um processo dinâmico de uma vida na qual o indivíduo se modifica incessantemente. Assim, é um processo biológico universal, pelo qual o ser humano é necessariamente levado à velhice (BURMEISTER et al, 2016).

O Brasil experimenta um rápido crescimento da população com mais de 60 anos, acompanhando uma tendência mundial. A estimativa, segundo dados do IBGE de 2018 é que até 2025 serão mais de 32 milhões de idosos no país (atualmente há cerca de 19 milhões – 10% da população). O Brasil será o sexto país mais envelhecido do mundo, superando o número de idosos em países europeus (MIRANDA et al., 2016).

Segundo projeções da ONU de 2019, dentro do grupo das pessoas idosas, aquelas com idade igual ou maior que 80 anos, denominadas de longevos ou "muito idosos", constituem o segmento populacional que experimenta maior crescimento em todo o mundo. O número de brasileiros idosos de 80 anos e mais era de 153 mil em 1950 e passou para 4,2 milhões em 2020. Em termos relativos, a população idosa de 80 anos ou mais representava somente 0,3% do total de habitantes de 1950, passou para 2% em 2020 e deve atingir 15,6% em 2100 (um aumento de impressionantes 55,2 vezes no percentual de 1950 para 2100 (ALVES, 2019).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Essa mudança demográfica é consequência do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida observados, principalmente, a partir de meados do século XX, fato que vem se projetando a passos largos (BRITO et al., 2013). Além disso, a ampliação do tempo de vida é atribuída, principalmente, aos avanços da medicina e da tecnologia, que criaram novos recursos para os cuidados com a saúde e reduziram a mortalidade por doença (ROUGEMONT, 2016).

À medida que se envelhece, cada indivíduo tem sua maneira de lidar com as mudanças, com as situações próprias da vida e com as perdas próprias do envelhecimento. Perdas que variam de indivíduo para indivíduo em ordem de aparecimento e de intensidade, mas todas elas inerentes à passagem do tempo (perda da jovialidade, da saúde, da beleza estética, das capacidades osteomusculares, da cognição, da autonomia e por fim da independência). Associa-se a velhice à perda da função reprodutiva, à saída dos filhos de casa, aposentadoria, alteração na posição da pessoa idosa na família (de líder da família a papéis mais periféricos) e morte de amigos e familiares, dentre outros (DAWALIBI et al., 2013).

Além das situações colocadas acima, estima-se que, ao longo da vida, 51% das mulheres e 60% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento potencialmente traumático (GURGEL et al., 2013). Entretanto, os eventos em si não são determinantes isolados ou exclusivos do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Experiências potencialmente intensas e devastadoras possuem efeitos variáveis (PERES; MERCANYE; NASSELO, 2005; FRIEDBERG e MALEFAKIS, 2018).

A forma com que os indivíduos lidam com esses eventos potencialmente perturbadores difere. Alguns sofrem uma angústia da qual são incapazes de se recuperar, incluindo altos níveis de depressão, ansiedade, estresse, e ideação suicida (TAYLOR et al., 2020). Outros sofrem menos intensamente e por um período bem menor de tempo. Outros parecem se recuperar rapidamente, mas em seguida começam a apresentar problemas de saúde inesperados como dificuldade de concentração ou uma perda na capacidade de aproveitar a vida. Entretanto, a maioria parece tolerar os estragos temporários dos eventos traumáticos muito bem, sem nenhuma aparente perturbação na sua capacidade de funcionar no trabalho ou nos relacionamentos afetivos, e parece se mover para novos desafios de forma fácil (BONANNO, 2004).

A *hipótese de inoculação do estresse*, afirma que experimentar estressores gerenciáveis pode melhorar a capacidade de um indivíduo de lidar com futuros estressores, aumentando a resiliência e reduzindo a vulnerabilidade posterior a desfechos de saúde mental ruins

(FERNANDEZ et al, 2020). Aqueles que tiveram sofrimentos ao longo da vida, e que enfrentaram situações perturbadoras, terão uma maior capacidade de elaborar os lutos e desta forma, uma maior capacidade para aceitar as perdas da velhice.

Conforme Seery (2011), diversos achados demonstram que, em relação a uma história de adversidade acumulada ou alta, ao longo da vida, uma história de alguma adversidade está associada a uma melhor saúde mental e bem-estar e menos sofrimento e perturbação diante da dor. Esses achados são consistentes com a explicação de que experimentar níveis baixos e moderados de adversidade pode contribuir para o desenvolvimento de propensão subsequente à resiliência diante de dificuldades, sejam eventos importantes da vida ou aborrecimentos relativamente mundanos. Especificamente, um histórico de *algumas* adversidades ao longo da vida prediz melhores resultados do que não apenas um histórico de *alta* adversidade, ou sem adversidades. Isso tem implicações importantes para a compreensão da resiliência, sugerindo que algum grau de adversidade pode trazer benefícios (SEERY, 2011).

A resiliência é comumente definida como a capacidade do indivíduo ou da família de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las. Assim, por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis (PINHEIRO, 2004). A resiliência pode ser caracterizada como a capacidade do ser humano em responder às demandas desfavoráveis da vida de maneira positiva. Isso resulta da associação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural, e demonstra a capacidade de superação de condições adversas que poderiam ameaçar significativamente a sua saúde mental.

A resiliência não é um atributo fixo da pessoa. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco em certo momento de vida e, em outro, não conseguir fazê-lo (RUTTER, 1987; STAINTON et al., 2019). A mesma é compreendida como um fenômeno que leva a bons resultados apesar das ameaças à adaptação e ao desenvolvimento individual (MASTEN, 2001). É um processo que resulta da interação entre o indivíduo e seu meio ambiente (LARANJEIRA, 2007) e da elaboração psicológica da situação geradora de conflito. Não é uma qualidade que nasce com o indivíduo; devem ser levados em conta as qualidades do próprio indivíduo, o ambiente familiar favorável e também as interações positivas entre esses dois elementos (PINHEIRO, 2004).

Com o aumento da expectativa de vida, e com as dificuldades que advém do envelhecimento, a resiliência tem sido relacionada frequentemente à fase de vida mais tardia,

quando se propõe que o seu desenvolvimento pode ser um fator protetor para o sofrimento psíquico decorrente das vivências do envelhecimento.

A vida de constantes lutas, perdas, derrotas e vitórias, prepara o indivíduo para envelhecer. É a partir desta suposição que esta pesquisa será desenvolvida; com o intuito de verificar o quanto os eventos potencialmente traumatizantes e as adversidades ao longo da vida são responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência no indivíduo idoso longo, e com isto aumentar os conhecimentos acerca desta população que vem crescendo a cada ano.

É preciso ter um olhar especial à esta população no sentido de promover um envelhecimento ativo e saudável, tendo em vista que o entendimento a respeito do envelhecimento não deve se restringir apenas aos aspectos clínicos, como um sinônimo de qualidade de vida, mas sim deve abarcar questões socioeconômicas, filosóficas, bioéticas e fundamentalmente psicológicas.

Por ser considerado um conceito contemporâneo de saúde ainda em construção, a investigação da resiliência pode variar de acordo com a proposta de estudo e do referencial teórico utilizado. Percebe-se que muitas abordagens investigam a resiliência considerando aspectos conscientes do indivíduo frente a situações adversas, especialmente suas percepções. A investigação em uma abordagem psicodinâmica ainda é pouco explorada, apesar de se mostrar bastante adequada para o trabalho clínico nessa perspectiva (CABRAL e LEVANDOWSKY, 2013). Nesse sentido, esta pesquisa abordará tanto aspectos psicodinâmicos/psicanalíticos, bem como aspectos da psicologia positiva e social, com uma abordagem ampla no sentido de construir um entendimento mais aprofundado das relações entre resiliência, trauma, envelhecimento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 As mudanças decorrentes do Envelhecimento

Rougemont (2016) refere que existem duas formas de envelhecimento: o físico e o não físico. O físico ou biológico é inevitável, e as transformações decorrentes dele são consideradas indesejadas e inconvenientes. Entre as principais mudanças no corpo estão as doenças e as limitações físicas, as rugas e os cabelos brancos. Os fatores positivos, que seriam o envelhecimento não físico, são referentes ao intelecto: ganho de experiência e de conhecimento adquirido por tudo que foi vivenciado, e conseqüentemente, sabedoria para lidar com estas perdas.

Fruett (2015) faz um paralelo do envelhecimento com a adolescência, chamando esta fase tardia da vida de “envelhescência”. Compara as turbulentas características da adolescência, como mudanças hormonais, transformações do corpo e temores em relação ao futuro, com as vivências da “envelhescência”. Refere que o adolescente tem como capital o tempo pela frente, e o envelhescente teria a experiência de vida, e que esta seria a etapa de maior crescimento mental, pois começa-se a pensar mais no possível e não no ideal. Nesta fase geralmente há uma tentativa de resgatar o melhor de si, que ficou abafado e reprimido ao longo da vida em função da adaptação às convenções sociais.

A terceira idade, termo surgido na França na década de 70 e de uso comum no mundo para descrever pessoas mais velhas, é descrita por Peter Laslett (1991) como a idade da satisfação pessoal, idade onde o indivíduo deve ter realizado tudo que desejou. Essa expressão é o símbolo de uma transformação profunda no mapa do ciclo da vida, ocupando um espaço temporal situado entre a idade adulta e a atual velhice. É um período de fundamental importância, pois a partir deste momento estaremos mais próximos da idade da dependência e finitude, e é a idade que pode determinar como será o processo final de cada um, se levarmos em conta a qualidade de vida do indivíduo neste momento.

Monteiro (2013) refere-se à fase de transformação da idade adulta rumo à maturidade, como madurescência, relacionando à fase do climatério masculino e da menopausa feminina. Enfatiza que estes processos, por si só demandam uma quantidade de trabalho suficiente para promover uma grande revolta psíquica. Desta forma, a madurescência seria um ato principalmente psicológico, e os climatérios, sobretudo biológicos.

Pensando em uma fase mais tardia da vida, nos deparamos com os idosos considerados longevos, que são aqueles que possuem 80 anos ou mais (MARAFON et al., 2003). Caldas, (2007) refere que essa faixa etária apresenta uma carga grande de doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, utilizando o termo quarta idade ao se referir a este período. Laslett (1991) associa a quarta idade a condições de dependência, fragilidade (LIBERALESSO et al., 2017) e consciência de proximidade da morte.

Com a passagem do tempo, nos aproximamos cada vez mais da ideia da finitude. Uma fase nada fácil de ser encarada, e que nos impacta a cada dia na medida em que vamos vivenciando primeiro a morte de nossos parentes mais velhos. De acordo com Bauman (1994):

“A morte nos informa sobre o que realmente importa: ...nosso maior despreparo está em enfrentar “a mãe de todos os medos”, “o medo dos medos”, o “medo mestre”: consciência de nossa mortalidade e da incapacidade de escapar da morte... nosso eterno medo da morte é que torna humano nosso modo de ser e estar no mundo”.

Irvin Yalom (2008) refere que o que mais assusta na morte é a sensação de uma vida mal vivida. Quanto mais mal vivida é a vida, maior é a angústia da morte; quanto mais se fracassa em viver, mais se teme a morte. Muitas pessoas só despertam para a vida quando ocorre um “encontro concreto com a morte”.

Traumatismos de todos os tipos podem advir com o avançar da idade, os falecimentos (do cônjuge, de familiares, de amigos) tornam-se cada vez mais frequentes e a perda da utilidade social e a doença podem ocasionar perturbações graves nos idosos (ECKHOLDT; WATSON e O'CONNOR, 2018). Desta forma, o envelhecimento poderia ser considerado como um contexto de risco, e de acordo com Eizirik (2013), muitos acreditam que uma das tarefas evolutivas principais do processo de envelhecimento seria encontrar reparação para estas perdas biopsicossociais inevitáveis. Entretanto, neste contexto de risco, conforme Whitbourne (2001), os idosos podem reagir de formas muito diferentes.

Alguns parecem desenvolver um comportamento que facilmente poderemos classificar como resiliente, no qual os acontecimentos normais e esperados de vida são sobretudo precipitantes de novas expressividades ao invés de ameaças à continuidade do *self* (LARANJEIRA, 2007). Para outros, o efeito cumulativo das repetidas perdas, que impede a elaboração do luto e sua resolução, é um fato devastador (EIZIRIK, 2013).

Desta forma, pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não, e além dos aspectos como temperamento, genética, aspectos sociais e econômicos, relacionamentos afetivos com familiares e amigos, a capacidade de resiliência própria de cada indivíduo será fundamental para essa superação. Indivíduos mais

resilientes seguem com uma força de vida mais intensa e indivíduos com mais dificuldades em aceitar as mudanças decorrentes do envelhecimento se apresentam com uma tendência maior para desenvolverem quadros depressivos, ou somente com uma perda da qualidade de vida, com intenso sofrimento psíquico.

2.2 A Resiliência e a capacidade de elaboração de traumas

Está bem estabelecido que a combinação de predisposição genética, herança familiar, fatores socioambientais, estresse no início da vida e doenças crônicas ou tratamento determinam em grande parte a vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos. Enquanto os eventos estressantes da vida, como a perda de um ente querido, estão relacionados ao desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos, lesões associadas ao combate e experiências traumáticas estão associadas ao desenvolvimento de transtorno do estresse pós-traumático. Uma vez que a maioria das pessoas que vivenciam esses eventos estressantes não desenvolve psicopatologia, o interesse crescente tem sido direcionado aos fatores de resiliência em potencial que podem fornecer resistência mental (FAYE et al., 2018).

Bonanno (2004) enfatiza a diferença entre aqueles indivíduos que se *recuperam* das perdas ou traumas e dos indivíduos *resilientes*. Os indivíduos que se *recuperam* geralmente experienciam sintomas no limite do que é considerado psicopatologia. E os indivíduos *resilientes*, em contraste, podem experienciar perturbações transitórias no seu funcionamento normal (p.ex., várias semanas com preocupações esporádicas ou dificuldade para dormir), mas geralmente exibem uma trajetória estável de funcionamento saudável ao longo do tempo, bem como mantém a capacidade de gerar novas experiências e emoções positivas, que de acordo com Taylor et al. (2020), seriam a gratidão e desejo de servir, a tentativa de se conectar com Deus ou crenças religiosas e uma atitude de aceitação, principalmente em situações as quais não são controláveis.

A resiliência é um construto contextual e inferencial e, para identificá-la, dois julgamentos são necessários. Primeiro, que tenha havido uma ameaça significativa ao indivíduo, tipicamente indexada por: um estado de alto-risco (p.ex. nascimento em condições socioeconômicas extremamente precárias, de uma mãe solteira e sem instrução secundária); ou uma exposição a uma adversidade severa; ou um trauma (violência familiar, guerra, morte de um parente). Segundo, que a qualidade da adaptação ou do desenvolvimento seja boa. Indivíduos não são considerados resilientes se nunca tiverem sofrido uma ameaça significativa (MASTEN, 2001).

O referencial psicanalítico investiga o processo resiliente através da análise do funcionamento intrapsíquico do indivíduo. O processo resiliente é percebido após o trauma (situação adversa), por meio do efeito psíquico gerado pelo mesmo, chamado traumatismo. A psicanálise investiga o traumatismo e refere-se à resiliência como um processo de reorganização psíquica frente ao mesmo (ANAULT, 2006; TYCHEY & LIGHEZZOLO, 2006). O traumatismo não é constituído unicamente de um choque provocado por um agente externo, mas também pelas possibilidades de reação da pessoa frente ao mesmo. A resiliência implicaria, então, na capacidade do psiquismo para deter o traumático, originando novas condições psíquicas (CABRAL e LEWANDOVSKY, 2013).

Um trauma ocorre quando as defesas psicológicas são transgredidas (PERES; MERCANYE; NASSELO, 2005). Segundo Costa (2007), o trauma psíquico pode ser considerado como uma espécie de ferida, uma lesão na “pele” psíquica. Esta ferida ocorre quando os mecanismos de defesa não conseguem, devido ao impacto provocado pela carga emocional excessiva do trauma, assegurar o equilíbrio, deixando esta lesão aberta. A expressão “pele psíquica” leva a pensar na resiliência como a sua flexibilidade para resistir ao impacto ou abalo pela acentuada carga emocional do trauma, de forma que essa pele não se rompa.

Mellier (2014), traz a ideia de um “envelope psíquico” protetor, e na ausência de tal proteção, o trauma é passível de causar confusão nos vários limites que constituem o aparelho mental: dentro/fora, interno/externo, consciente/inconsciente, corpo/mente ou autopreservação/libidinal satisfação. O que é chamado de “envelope” resulta da introjeção das funções de contenção da mãe, processo que está relacionado às primeiras semanas de vida do bebê recém-nascido.

Cyrulnik, (1999) aponta que onde há resiliência, há trauma, pois o trauma é o agente da resiliência. De acordo com Peres Mercante e Nasselo (2005), os eventos traumáticos em si não são determinantes isolados ou exclusivos do desenvolvimento de transtornos psicológicos, pois as experiências potencialmente intensas e devastadoras possuem efeitos variáveis. Eventos diferentes podem produzir padrões marcadamente diferentes de domínios de crescimento pós-traumático e estresse pós-traumático (LOWE et al, 2020).

Sob o ponto de vista das classificações formais das doenças, a CID-10 (2008) e o DSM-5 (2014) apresentam diferenças marcantes nos critérios para definição do transtorno decorrente de um trauma grave. A CID-10 (2008), na descrição do “Estado de ‘stress’ pós-traumático” (TEPT) define evento traumático como uma situação ou evento estressante (de curta ou longa

duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos.

Já o DSM-5 (2014), ao descrever o “Transtorno de estresse pós-traumático” apresenta o evento traumático de forma mais abrangente, incluindo qualquer evento que represente uma ameaça a própria integridade física ou de outras pessoas. Os eventos traumáticos são definidos, não apenas em função das características objetivas da experiência vivida, mas também em função da resposta subjetiva de intenso medo, impotência ou horror diante do evento.

Para Hoge et al. (2007), diante de um evento traumático o indivíduo resiliente seria aquele que experimenta um trauma e não desenvolve TEPT. Bonanno (2006), também considera a resiliência como ausência de sintomas de TEPT ou a presença de apenas um sintoma desse transtorno. A forma como as pessoas processam e/ou manejam o acontecimento estressante é um dos fatores determinantes para que o trauma se configure.

Se alguém já experimentou um estressor prévio, mas não desenvolveu um transtorno psiquiátrico como TEPT e/ou transtorno depressivo maior, isso sugere que conseguiu gerenciar com sucesso esse estressor sob uma perspectiva psicológica (por exemplo, buscando apoio, estabelecendo rotinas diárias, encontrando sentido) e, portanto, pode estar preparado para lidar com sucesso com futuras exposições traumáticas – conforme a *hipótese de inoculação do estresse* (FERNANDEZ et al, 2020).

O efeito de *inoculação de estresse* afirma que a experiência de vários eventos potencialmente traumatizantes pode permitir que as pessoas fiquem melhor equipadas para enfrentar adversidades futuras e, portanto, podem se relacionar negativamente com a psicopatologia. Pesquisas indicam que a inoculação é afetada por vários fatores, incluindo o momento e a gravidade dos eventos potencialmente traumatizantes iniciais e as diferenças individuais no enfrentamento (SEERY, 2011).

Conforme estudo feito com sobreviventes de desastre no Chile, um histórico de estressores pré-desastre aumentou o risco de desenvolver TEPT pós-desastre e/ou transtorno depressivo maior, mostrando que esta amostra chilena provavelmente tenha experimentado *sensibilização do estresse* (FERNANDEZ et al., 2020), ao contrário do efeito de *inoculação* referido acima. A *sensibilização do estresse* afirma que um estressor tornará um indivíduo mais vulnerável aos efeitos negativos dos estressores subsequentes, em vez de desenvolver resiliência (McLAUGHLIN et al., 2010). Portanto, um indivíduo que tenha experimentado vários estressores em sua vida terá maior risco de desenvolver um transtorno psiquiátrico.

O efeito de aço sugere que a exposição anterior a algumas ou moderadas quantidades de estresse ou adversidade pode fortalecer um indivíduo, aumentando sua resiliência e resistência a estresse posterior. Em comparação, o estresse extremo ou adversidade podem ser opressores demais para facilitar o enfrentamento bem-sucedido, e o estresse mínimo ou adversidade podem não ser suficientemente desafiadores para exigir o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. O estresse moderado ou adversidade é, portanto, proposto como mais benéfico do que o estresse ou adversidade extrema ou mesmo mínima (MC GEE et al., 2018).

Uma possível explicação para o motivo pelo qual alguns indivíduos experimentam um efeito *dose-resposta* e outros experimentam um efeito de *inoculação do estresse* após os eventos potencialmente traumatizantes pode estar relacionada à contagem de tipos de eventos potencialmente traumatizantes. Em outras palavras, pode haver um "ponto de inflexão" ou contagem de limiar dos tipos de eventos potencialmente traumatizantes (KARAM et al., 2014) influenciando a associação entre eventos potencialmente traumatizantes e resultados psicológicos.

Gerber et al. (2018), referem que a contagem de tipos de eventos potencialmente traumatizantes ao longo da vida prevê significativa e linearmente o aumento da gravidade do resultado psicológico. Em seu estudo, os participantes relataram aumento da gravidade do TEPT e dificuldades de tolerância à angústia (excluindo tolerância emocional) com uma contagem crescente de tipos de eventos potencialmente traumatizantes vitalícios.

Inicialmente uma certa quantidade de angústia pode promover força e melhorar a saúde mental até que um limite seja atingido; nesse ponto, a quantidade de angústia se torna avassaladora e pode levar a um declínio na saúde mental. Seery et al. (2010) usaram modelagem quadrática em um estudo longitudinal para examinar os impactos funcionais da exposição à eventos potencialmente traumatizantes em diferentes "doses". Eles descobriram que indivíduos de uma amostra nacional que haviam experimentado adversidades anteriores eram mais propensos a demonstrar resiliência após eventos potencialmente traumatizantes recentes do que indivíduos sem experiência anterior ou com extensa experiência em eventos potencialmente traumatizantes.

O processo psíquico e comportamental do indivíduo resiliente perante uma situação traumatogênica seria comparável ao trabalho da ostra que, para se proteger do grão de areia que a fere segregando nácar à volta do intruso, vai arredondar as asperezas do grão de areia e dar origem a uma joia preciosa (CYRULNIK, 1999). A resiliência seria desenvolvida pelo indivíduo perante as agressões da vida e o sujeito resiliente conservaria, assim, esse precioso

potencial, que o iria ajudar a enfrentar a sua trajetória de vida em boas condições. A metáfora da ostra ilustra bem como, por vezes, é a partir de uma experiência de sofrimento que podemos revelar forças até aí mantidas latentes e desconhecidas. A resiliência surge assim como resultado de um processo paradoxal no qual o confronto com o traumatismo e a ferida geram criatividade. Todavia, a beleza da metáfora da ostra dita que o indivíduo resiliente permanece um ser que foi ferido, cuja ferida não está completamente cicatrizada e pode estar mascarada pelo comportamento resiliente (LARANJEIRA, 2007).

A reação ao trauma referida acima, é uma reação que pode ser comparada ao trabalho de luto que precisamos realizar a todo o momento quando nos depararmos com situações de perda. É comum a alusão ao trabalho de luto gerado pelo envelhecimento, por doença ou pela morte dos próprios pais; o mesmo que é gerado pelo que se denomina “síndrome do ninho vazio”, quando os filhos adolescentes iniciam a exogamia. Esse trabalho de luto também pode ser gerado por alguma enfermidade crônica ou incurável em um indivíduo madurescente, quando morre alguém da sua idade, etc. Todas essas situações ativam o processo de luto, que acaba por promover crescimento e desenvolvimento ao longo de sua tramitação (MONTEIRO, 2013).

Freud, em *Luto e melancolia* (1917) refere que o luto constitui uma atitude normal para com as perdas da vida (a perda de alguém ou de uma abstração que ocupou o lugar de um ente querido); jamais deve ser considerado uma condição patológica e ser submetido a tratamento médico. A melancolia, refere que é caracterizada por um desânimo profundamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição dos sentimentos de autoestima, auto recriminação e uma expectativa de punição, se diferenciando do luto somente pela presença de baixa autoestima, a qual não se encontra no luto normal.

No trabalho do luto o teste de realidade revela que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto, o que recebe uma oposição natural do aparelho psíquico. Essa oposição pode ser tão intensa que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego alucinatório ao objeto. Normalmente prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. Quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1917). Trazendo o

termo utilizado por Costa (2007), é como se “a pele psíquica” do indivíduo voltasse se tornar íntegra e flexível.

A melancolia também pode constituir uma reação a perda de um objeto amado, porém, muitas vezes a reação melancólica acontece sem termos consciência de qual foi a perda. E muitas vezes o paciente sabe que a melancolia é decorrente da perda de alguém, mas ele não identifica o que perdeu nesse alguém. O que torna o trabalho de desprendimento de libido que precisa acontecer para se fazer o trabalho do luto, muito difícil. O melancólico exibe uma diminuição extraordinária de sua autoestima, um empobrecimento de seu ego em grande escala. No luto é o mundo que se torna pobre, na melancolia, é o próprio ego, (FREUD, 1917), e o trabalho para a elaboração dessas marcas psíquicas deve sempre ser estimulado naqueles pacientes idosos que estão em sofrimento em função das perdas conscientes e também inconscientes.

Bonanno (2004), ao enfatizar que indivíduos expostos a eventos violentos ou ameaçadores e que mostram um genuíno trabalho de resiliência não devem ser interferidos com nenhuma intervenção clínica, corrobora a ideia de Freud, de que um indivíduo passando por um luto normal não deve ser submetido a nenhum tratamento.

A maioria dos indivíduos não demonstra reações extremas à perda de um ente querido, e isto não porque apresentem falta de afeto ou negação dos mesmos, mas sim por sua genuína capacidade de resiliência frente a perda. Ao mesmo tempo, vários estudos demonstram que a grande maioria dos indivíduos ao passarem por eventos traumatizantes, como por exemplo a guerra do Golfo, ou mesmo o ataque às torres gêmeas no 11 de setembro, não preenche critérios para TEPT, reforçando a evidência da presença da resiliência como algo mais comum do que se imagina (BONANNO, 2004).

2.3 Mecanismos de defesa na capacidade de ser resiliente

Como Freud descreve, a angústia é um afeto de difícil delimitação, algo não muito óbvio, cuja presença é difícil de provar e que, contudo, o indivíduo sabe que está ali. (FREUD, 1926). Os relatos dos pacientes na clínica o confirmam. Com frequência, a angústia aparece por meio de fenômenos corporais, como taquicardia, falta de ar, desmaios etc. Outras vezes, mais silenciosa, como um desconforto difícil de explicar. E, o que mais chama atenção, muitas vezes sua causa parece ser difícil de localizar, inclusive quando comparamos com outros afetos. Raiva, inveja, medo, podemos entender de que sentimos; tristeza e saudades, o porquê e pelo

quê. Já com relação à angústia, parece que faltam palavras para explicá-la. A frase fica pela metade: “Eu me sinto angustiado...”. (RODRIGUES e MUNOZ, 2020).

Pensando sob o ponto de vista da metapsicologia, Nunberg (1989), baseado em Freud, refere que a angústia é uma reação muito útil do ego, pois o sinal de angústia dirige a atenção ao perigo, provocando medidas defensivas. É evidente que o tipo de reação de defesa dependerá da natureza e da fase de desenvolvimento do ego e da intensidade de perigo que ameaça, tanto internos quanto externos.

Dentre os recursos que o ego possui para garantir a estabilidade adaptativa, destacam-se os mecanismos de defesa. Em 1926, Freud em *Inibições sintomas e ansiedade*, utilizou a expressão *mecanismos de defesa* para denominar todas as técnicas diferentes que o ego emprega em sua luta contra as exigências instintivas (FREUD, 1926), designando desta forma as operações psíquicas que tinham por finalidade proteger o indivíduo de emoções, ideias e impulsos dolorosos. Essas medidas defensivas são utilizadas pelo ego em sua luta contra perigos intrapsíquicos e extrapsíquicos. De acordo com Cabral e Levandowsky (2013), os mecanismos de defesa são meios utilizados pelo ego para dominar, controlar e canalizar os perigos externos e internos. São estratégias inconscientes e involuntárias para regular a homeostase psíquica.

Segundo a concepção da teoria das pulsões, a investigação da resiliência se dá por mecanismos de defesa utilizados no enfrentamento ao traumatismo. Essa abordagem tem por base tais mecanismos e analisa a maneira como estes são utilizados frente a uma situação traumática. As qualidades necessárias ao funcionamento resiliente pressupõem a flexibilidade dos modelos de ajustamento e de manejo de tais mecanismos, seguidas da criatividade nas formas de adaptação para vencer a adversidade (ANAULT 2006).

Dentre alguns mecanismos do ego contra perigos intrapsíquicos temos: a repressão, a regressão, o isolamento, a anulação, a identificação projetiva, a identificação, a projeção e a sublimação. Já os mecanismos de defesa do ego contra perigos extra psíquicos, surgem diante de situações desagradáveis e perigosas que provém do mundo exterior. Dentre eles temos: a negação em atos e palavras, a negação da fantasia, a limitação do ego, a identificação com o agressor temido e a renúncia altruísta. (TALLAFERRO, 1996). O entendimento de cada mecanismo de defesa do ego não será foco de estudo deste trabalho.

No processo resiliente prevalecem as defesas consideradas maduras e adaptativas, que contribuem para um bom estado de saúde mental. Entre estas, destacam-se a sublimação, o humor, a criatividade e o altruísmo, que servem de suporte às frustrações e auxiliam na gestão das pulsões agressivas presentes na situação traumática, condição necessária à manutenção do

equilíbrio intrapsíquico (ANAULT, 2006). Já as defesas consideradas imaturas/primitivas, tais como a projeção, a passagem ao ato e o comportamento passivo-agressivo, contrapõem-se ao processo resiliente, por não possibilitarem ao ego a plasticidade e a flexibilidade necessárias para tal processo. Diante de tais questões, percebe-se que é possível falar em um funcionamento mais ou menos resiliente através dos mecanismos de defesa utilizados pelo ego. Estes se apresentam como estratégias adaptativas para suportar o trauma, bem como o sofrimento que o acompanha (TYCHEY e LIGHEZZOLO, 2006; CABRAL e LEVANDOVSKY, 2013).

Os mecanismos de defesa e adaptação, a sua mentalização e posterior comunicação sob a forma de imagens e emoções sentidas são condição essencial para o funcionamento resiliente a longo prazo (CREMASCO, 2018). Tychey (2001) refere, que um fator isolado pode se tornar traumático quando é intenso e brutal. Uma soma de eventos menores pode levar ao mesmo resultado, desde que exceda as possibilidades de desenvolvimento defensivo e mental do ego do sujeito. Desta forma, a formação da resiliência necessita a ocorrência de um trauma cuja origem pode ser única ou multifatorial e uma capacidade do indivíduo para superá-lo, o que no nível intrapsíquico mobiliza dois parâmetros importantes:

- 1) A natureza, a variedade e, especialmente, a rigidez ou a flexibilidade dos mecanismos de defesa que o ego do sujeito usará, em particular para enfrentar as representações e os efeitos muito importantes do descontentamento; os mecanismos de defesa ajudam a criar resiliência de curto prazo diante de trauma.
- 2) A capacidade de traduzir em palavras, em representações verbais compartilháveis, as imagens e emoções sentidas para lhes dar um significado comunicável, compreensível para os outros e para si próprio primeiro. Geralmente na psicanálise se refere como *mentalização* esse trabalho de pensamento sobre si mesmo para que possa traduzir a emoção em representações compartilháveis, o que implica uma operação de simbolização. A mentalização é a única capaz de estruturar a resiliência de maneira mais duradoura a longo prazo. A mentalização não será foco de nosso estudo.

Dentre as principais defesas que podem ser mobilizadas diante da excitação excessiva, num primeiro momento, temos o uso do imaginário (CREMASCO, 2018). Quando é mobilizada defensivamente, a imaginação deve, no entanto, ser usada alternadamente com o seu oposto em certas situações traumáticas externas específicas (por exemplo, a experiência vivida nos campos de concentração na segunda guerra mundial). De fato, para sobreviver em

um universo de morte, é importante recorrer defensivamente a "um funcionamento psíquico da sobrevivência" (TYCHEY, 2001).

O humor é outro processo defensivo apontado por todos os especialistas de língua francesa em resiliência como fator protetor. É considerado uma defesa que permite sublimar os impulsos agressivos, isto é, uma elaboração destes e das excitações que eles geram por um canal de expressão socialmente valorizada. Além disso, em um nível geral, a sublimação, por exemplo, através da criação artística ou literária (não faltam exemplos), é uma maneira real de desenvolver excitações-tensões através de uma produção que lhes dê significado (TYCHEY, 2001; CREMASCO, 2018)

A negação pode estar relacionada a vários aspectos da realidade. Sua natureza potencialmente adaptativa, desde que seja usada temporariamente e de maneira insustentável, é enfatizada por um grande número de autores. Pode ser mobilizada em vários contextos de situações problemáticas, seja o ajuste após o início de um ataque cardíaco ou a adaptação ao trauma após a perda de uma criança por um pai. Pode ser o último recurso a lidar com uma realidade insuportável. Contrariamente ao seu uso no funcionamento psicótico, ele se relaciona mais ao significado afetivo da realidade insuportável do que à realidade em si mesma no sujeito resiliente (TYCHEY, 2001).

Kubler-Ross (1969), coloca a *negação* como a primeira fase dos estágios de luto, esclarecendo que a *negação* é uma defesa psíquica que faz com que o indivíduo acabe negando o problema, tentando encontrar algum jeito de não entrar em contato com a realidade seja da morte de um ente querido ou da perda de emprego. É comum a pessoa também não querer falar sobre o assunto. Dentro dessa classificação, a *desmentida* corresponderia ao primeiro estágio, que ela descreve como negação, que nos dicionários de psicanálise não são sinônimos.

Em um estudo feito por Vailant & Valiant (1990), avaliando as correlações entre preditores biopsicossociais com os desfechos de saúde física, saúde mental e satisfação com a vida, o mesmo considerou como mecanismos de defesa maduros: a sublimação, a supressão (isto é, a capacidade de adiar a gratificação, mas de não renunciá-la), a antecipação (manter-se consciente de uma dor futura), o altruísmo e o humor. Mecanismos de defesa como fantasia esquizoide, projeção, agressão-passiva, hipocondria, *acting out* e dissociação foram considerados imaturos; enquanto que intelectualização, isolamento, repressão, deslocamento e formação-reativa foram considerados intermediários. A maturidade de mecanismos de defesa teve a maior contribuição independente para o ajustamento psicossocial aos 65 anos na amostra estudada.

Por esse motivo, os mecanismos de defesa maduros têm sido utilizados como um indicador de resiliência, como no estudo de Simeon et al. (2007) com voluntários adultos saudáveis. Nesse estudo, esse indicador esteve inversamente relacionado com o escore total de trauma na infância e positivamente correlacionado com um apego seguro. Trauma na infância foi o maior preditor (negativo) de um mecanismo de defesa maduro.

Todos esses mecanismos de defesa devem ser vistos como tantos dispositivos intrapsíquicos capazes de promover a resiliência cada vez que o sujeito é confrontado com um excesso de excitações, fonte de intenso descontentamento, constituindo um importante fator de proteção para o ego. Utilizados de maneira flexível, ajudam a atenuar o choque, o impacto de representações perturbadoras e os efeitos associados à situação traumática. Constituem um estágio preliminar necessário para autorizar o trabalho posterior de elaboração mental das excitações e de conexão entre afetos e representações próprias da mentalização (TYCHEY, 2001; CREMASCO, 2018).

2.4 Fatores que promovem a resiliência

Em 1895, Freud introduziu uma expressão da qual jamais abriu mão: *equação etiológica das neuroses* (1895/1996a), que expressa um modelo no qual a origem e desenvolvimento das diferentes formas de neurose estaria relacionado com diferentes tipos de variáveis, como por exemplo, a pré-condição, ou seja, os fatores hereditários, causas necessárias duradouras e de difícil modificação.

Uma das mais importantes contribuições da equação etiológica proposta por Freud, que em 1916, em função da amarração de conceitos tais como recalçamento, pulsão e inconsciente ganhou uma complementação e assim se transformou, é o fato de que, além de interações entre o indivíduo e o seu meio externo durante a fase adulta, deve-se também levar em consideração a interação que ocorre durante o desenvolvimento infantil entre aspectos externos e a constituição do indivíduo herdada geneticamente (WINOGRAD; COIMBRA; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2007).

A proposta freudiana, elaborada a partir de suas observações clínicas, segundo a qual a etiologia dos transtornos emocionais está relacionada a uma conjugação entre disposições inatas e interações com o meio ambiente, podem atuar diferentemente em dois momentos: durante os primeiros anos de vida, ou o chamado período crítico, e na idade adulta. No período crítico, o ambiente pode ser entendido como estruturante, marcando profundamente e moldando a organização do sistema nervoso e, conseqüentemente, a atividade mental do indivíduo. Segundo esta hipótese, a conjugação entre os fatores constitucionais e as experiências infantis compõe a

predisposição do indivíduo que indica sua maior ou menor tendência a adoecer psiquicamente. Fora do período crítico, o ambiente tem um efeito disparador ou desencadeante, ou seja, as experiências traumáticas na idade adulta são capazes de desencadear o adoecimento psíquico de acordo com a predisposição singular de cada um (WINOGRAD; COIMBRA; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2007).

Inúmeros estudos vêm mostrando uma clara associação entre adversidades ocorridas na infância, especialmente durante os primeiros meses de vida, e a origem de distúrbios emocionais e cognitivos na idade adulta (GIORDANI; LIMA e TRENTINI, 2020). Entretanto, deve-se notar que estas respostas comportamentais e neurofisiológicas moduladas pela experiência infantil podem não vir a produzir no futuro afecções psicopatológicas.

Dessa forma, a ocorrência de um evento traumático na infância não implica necessariamente no adoecimento frente a um novo trauma na idade adulta, pois, conforme vimos na equação etiológica de Freud, é necessária a concorrência da pré-condição. Nesse sentido, é importante ressaltar que as experiências infantis interagem com a constituição individual, determinando a vulnerabilidade ao adoecimento ou a capacidade resiliente.

A capacidade de responder e se beneficiar de eventos de vida positivos fazem parte do arsenal de resiliência. Embora o acaso e acidentes sejam relevantes para a resiliência, a capacidade de responder positivamente à adversidade é não "aleatória", mas dependente de experiências de apego positivo pré-existentes (HOLMES, 2017).

De acordo com a perspectiva psicanalítica, enfocando a teoria das relações objetais, a resiliência é construída nos primeiros anos de vida, em uma rede vincular caracterizada pela sustentação, apego e identificação, na intersubjetividade que se manifesta na relação com o outro. Dessa forma, a psicanálise propõe-se a investigar a resiliência a partir dos vínculos significativos desenvolvidos pelo indivíduo desde os primeiros anos de vida. Estes podem contribuir para a adaptação bem-sucedida frente ao traumatismo por serem importantes fontes de recursos intrapsíquicos. Destacam-se, nessa perspectiva, especialmente as interações mãe-bebê. A qualidade das interações precoces mãe-bebê possibilita a aquisição de recursos intrapsíquicos fundamentais, que colaboram para a promoção da resiliência no indivíduo. Tais recursos provêm de um processo intersubjetivo que visa proporcionar o desenvolvimento da segurança interna e da autonomia da criança (CYRULNIK, 2004; CABRAL e LEWANDOVSKI, 2013).

Na visão de Boris Cyrulnik, psicanalista considerado o pai da resiliência, ao pensarmos em resiliência devemos entender que esse é um processo que necessita de diversos fatores, o

principal deles é a tecedura de laços afetivos na primeira infância. É de suma importância que a criança desfrute de um apego seguro, pois esse possibilita que, ao se encontrar em uma situação difícil, ela saia em busca de um substituto eficaz (CYRULNIK, 2004). O mesmo enfatiza que nem sempre o apego é encontrado dentro da família. Até mesmo uma estrutura de bairro ou a criação de circuitos de arte e esporte podem ser suficientes para iniciar o processo de resiliência (CYRULNIK, 2005). Todos estes aspectos devem ser considerados ao pensarmos em resiliência, uma vez que, o que protege a criança e a ajuda na sua recuperação é a estabilidade familiar, a disposição de figuras de apego e a compreensão do que lhe ocorreu. Só assim a criança poderá agir sobre o trauma (CYRULNIK 2004).

Apego e resiliência são conceitos altamente relacionados. Conforme Holmes, 2017, dentro do apego seguro, existem quatro fatores que aumentam a resiliência: mentalização (ser capaz de refletir sobre a adversidade é o primeiro passo no sentido de superá-lo; mães mentalizadoras promovem a autonomia de seus filhos), atuação efetiva (em oposição à passividade – criança autônoma é, portanto, uma criança ativa, capaz de enfrentar e superar pequenos estresses e contratemplos), inoculação de estresse e o self estendido (capacidade de "estender" o self para incluir outros significativos para o sujeito).

A adversidade inevitavelmente desperta afeto negativo, portanto a capacidade de regular o afeto é um aspecto vital da resiliência. Em um estudo de Coan, 2016, sobre segurar as mãos, a ativação do eixo HPA (Hipotálamo-Pituitária-Adrenal) em resposta à ameaça leve foi quase ausente quando os sujeitos estavam segurando a mão de seus cônjuges felizes como em comparação com enfrentar a ameaça sozinho. Este estudo demonstra o forte aspecto relacional da resiliência. Esta capacidade de se relacionar, junto com mentalização, engajamento ativo e inoculação de estresse, são as bases da resiliência presentes no apego seguro (HOLMES, 2017).

Segundo Peres, Mercante e Nasselo (2005), a caracterização de um evento como potencialmente traumatizante não depende somente do estímulo estressor, mas da tendência de processamento perceptual do indivíduo. A percepção de si mesmo e os diálogos internos após a ocorrência do evento traumático são preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não. Os diálogos internos de auto piedade, desamparo, auto vitimização e auto depreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas a memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. As pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos. Essa variabilidade de concepções viabiliza a hipótese da construção de fatores para a resiliência em psicoterapia (MORAES e ROCHA, 2017).

Holmes (2017), enfatiza três características principais de resiliência relevantes à psicoterapia: agência, competência de relacionamento e mentalização. Conforme Bandura, (2001) agência seria o poder de originar uma determinada ação, e está presente na capacidade das pessoas de regular e controlar sua cognição, motivação e comportamento por meio da influência das crenças existentes. Mentalizar, mesmo que na forma de "insight" ou "reestruturação cognitiva", é fundamental para a maioria dos trabalhos psicoterapêuticos. Mães mentalizadoras validam as capacidades de agir de seus filhos (agência). Elas vêem seus filhos como seres de escolha ativa, com mentes, gostos e desgostos, metas e objetivos, e projetos próprios.

Nessa perspectiva, a percepção do funcionamento mais ou menos resiliente do indivíduo se dá no trabalho psicoterápico, no qual se observa o seu efeito terapêutico em detrimento de circunstâncias desfavoráveis, mostrando-se como pulso de vida e auxiliando o sujeito a progredir. No trabalho psicoterápico o agente do trauma não poderá ser mudado, mas o impacto do choque poderá ser reelaborado. De certo modo, o próprio processo terapêutico funcionaria como um fator promotor de resiliência (CABRAL e LEVANDOWSKY, 2013).

Avaliando a subjetividade dos idosos, do ponto de vista da psicologia positiva, percebe-se que os mecanismos de auto regulação do self são considerados os elementos centrais e propulsores da resiliência psicológica. Dentre esses mecanismos está o senso de autoeficácia (COUTO, 2010). A autoeficácia pode ser definida como a crença que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para alcançar determinados resultados ou como a crença do indivíduo em sua capacidade pode influenciar a motivação, persistência, vulnerabilidade ao stress e depressão (VIVAN e ARGIMON, 2008).

A partir da avaliação deste construto, vários estudos indicam que quanto maior são os níveis de autoeficácia, menor é a presença de incapacidade, de sofrimento psíquico, de sintomas depressivos, de declínio em atividades básicas e instrumentais da vida diária; e maior é a saúde percebida, o ajustamento à dor, o esforço despendido em atividades requeridas, o ajustamento pessoal e a capacidade de mobilização de recursos de enfrentamento (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017).

De acordo com Rutter (1987), dois tipos de experiências são mais influenciadoras para desenvolver os autoconceitos: relações amorosas harmoniosas e seguras e conquistas de sucesso em tarefas que são consideradas importantes para cada indivíduo. Vários estudos sugerem que as experiências iniciais de vida de vínculo seguro com a mãe promove que a criança cresça com uma autoestima e autoeficácia elevada. Relações entre pais e filhos seguras e harmoniosas

promovem um grau de proteção ao se depararem com situações ameaçadoras ao longo da vida. O segundo tipo de experiência que parece levar a uma elevada autoestima e autoeficácia, são as conquistas de tarefas consideradas importantes para o indivíduo em todos os momentos desde as fases iniciais, infância e adolescência, bem como nas fases mais tardias da vida. As evidências disponíveis sugerem que é protetor ter um senso bem estabelecido de que se vale a pena como pessoa junto com a confiança e convicção de que se pode obter sucesso nos desafios da vida (RUTTER, 1987).

É bem documentada na literatura que a vinculação precoce segura, aumenta a autoestima e a autoeficácia. Relações amorosas e protetoras com o cuidador levam a criança a se sentir amável e dotada de valor. Essa auto-percepção positiva que a criança recebe, em parte, dos outros, oferece uma base segura para a exploração do mundo (BISSONNETTE, 1998).

A auto-estima é intrínseca à resiliência, e os terapeutas querem que seus clientes comecem a acreditar e a se sentir bem consigo mesmos. Assim, identificar e desafiar a baixa autoestima persistente é um importante método terapêutico e tarefa de promoção da resiliência. Isso pode ser feito "cognitivamente" desafiando crenças negativas sobre o self, ou mais psicodinamicamente através da instilação de um "Bom objeto" ou "Base Segura Interna" capaz de mitigar e transcender falhas temporárias e contratempos (HOLMES, 2017).

As raízes do otimismo repousam na infância, nas experiências repetidas de gratificação das necessidades, de ser capaz de confiar que a vida pode ser boa. O otimismo e a esperança, adquiridas através dessas experiências precoces, são reforçados anos mais tarde, na medida em que as separações são seguidas de reencontros e a dor é seguida de conforto. A criança desenvolve confiança de que ela e o ambiente serão capazes de manejar qualquer problema (MURPHY, 1987), e conforme Rutter (1987), parece que a falta de um cuidado afetivo e a orientação cognitiva de desamparo são as chaves principais que podem ter a contribuição no desenvolvimento da baixa autoestima.

Uma falsa percepção muito comum é que as pessoas resilientes não têm pensamentos e emoções negativas, ou que elas são sempre otimistas. Uma ideia mais acurada é a de que indivíduos resilientes desenvolveram técnicas de sobrevivência e estratégias que os permitem lidar de forma mais efetiva com as adversidades e situações de crise. Na medida em que está presente, o seu otimismo ajuda a equilibrar eficazmente as emoções negativas, que podem ser baseadas na realidade (FRIEDBERG e MALEFAKIS, 2018).

Whitbourne (2001), a partir da observação de famílias desfavorecidas, propõe que a capacidade psicológica da resiliência no indivíduo se sustenta em três tipos de fatores. Os

individuais, que seriam o temperamento, a reflexão, as capacidades cognitivas, sentimentos de empatia, humor e competências sociais; os familiares, como o calor humano, a coesão e atenção por parte do principal prestador de cuidado; e os de suporte, como a rede de apoio familiar e sistema de serviços sociais. Segundo Fonagy (2001), esses fatores favorecem a resiliência porque melhoram a autoestima e a auto eficácia e possibilitam novas experiências ao sujeito (LARANJEIRA, 2007; COUTO, 2010).

Em estudo realizado com refugiados estabelecidos no Reino Unido, uma série de aspectos positivos das atitudes demonstradas pelos refugiados foram consideradas como promotoras de resiliência e crescimento. Isso incluía gratidão, religiosidade, serviço aos outros e aceitação. A religião surgiu como um fator importante na promoção de enfrentamento e resiliência. Por exemplo, pode ser benéfico permitir que solicitantes de refúgio e refugiados se envolvam em atividades relacionadas à sua fé e aproveitem seus fortes impulsos altruístas, permitindo que contribuam para a sociedade, em vez de serem excluídos e estigmatizados. (TAYLOR et al., 2020).

Embora tenha havido extensa pesquisa sobre fatores psicossociais e algumas sobre os fatores psicodinâmicos e psicanalíticos que promovem a suscetibilidade ou resiliência a doenças psiquiátricas, os estudos publicados sobre os mecanismos genéticos ou biológicos da resiliência humana ainda estão em sua infância. Pesquisas sugerem que a resiliência ao estresse é mediada por processos neurobiológicos ativos com foco particular nos sistemas serotoninérgico (5-HT), glutamatérgico e ácido γ -aminobutírico (GABA), bem como o eixo hipotalâmico-hipofisário (HPA). Estas vias biológicas podem, em breve, ajudar a melhorar a saúde, longevidade e capacidade mental, especialmente em populações suscetíveis. (FAYE et al., 2018). Estudos relatam que a resiliência é afetada por intervenções farmacológicas, por exemplo, medicamentos antidepressivos; tais descobertas abrem novas áreas de tratamento para transtornos mentais (SHRIVASTAVA; DE SOUZA; LODHA, 2019).

Muitos estudos que testam teorias sobre questões neuroanatômicas mostram que existem processos cerebrais específicos envolvidos na geração de resiliência, que incluem o hipotálamo, o córtex pré-frontal medial, o córtex cingulado anterior, o eixo hipocampal-pituitária-adrenal, e a amígdala (ATKINSON, 2015). Os processos neurobiológicos e neuroanatômicos não serão discutidos nesta pesquisa.

2.5 Resiliência e envelhecimento bem-sucedido

De acordo com Malloy-Diniz e Cocenza (2013), a resiliência é um construto psicológico extremamente relevante para os idosos e que está relacionado com o envelhecimento saudável,

sendo uma capacidade de reserva, um potencial do idoso para mudar e crescer a partir de recursos internos e externos que estejam disponíveis ao indivíduo. Alta resiliência mais tarde na vida tem sido associada a resultados ideais, como depressão reduzida e risco de mortalidade, bem como melhor autopercepção de envelhecimento bem-sucedido (MARTIN et al., 2015), maior qualidade de vida e melhores comportamentos de estilo de vida.

Em uma velhice avançada, as chances de se experienciar vários eventos ao mesmo tempo são bem maiores do que quando se é jovem (PINHEIRO, 2004). Com o processo de envelhecimento torna-se necessário o aumento na capacidade de resiliência para manter o comportamento adaptativo (SCHAIE e HOFER, 2001). A resiliência torna-se um fator crítico na manutenção da saúde e longevidade (FAYE et al., 2018), pois é maior a probabilidade de ocorrerem na velhice eventos desagradáveis relacionados à saúde física e ao bem-estar e relacionados à perda de entes queridos (PINHEIRO, 2004).

De acordo com Smith et al. (2002), as condições crônicas podem levar à diminuição do potencial de os indivíduos experienciar a vida positivamente, especialmente entre aqueles acima de 80 anos de idade. Ao vivenciar um evento negativo que representa ameaça ao senso de controle pessoal e traz numerosas consequências de longo prazo, o indivíduo tende a acionar seus recursos pessoais e sociais (RABELO e NERI, 2005). Assim é possível supor que o desenvolvimento da resiliência mental constitua uma forma de compensação para perdas de capacidade funcional e saúde física (COUTO, 2010).

Diante de perdas, o *self* apresenta resiliência ou capacidade de reserva, isto é, o potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal e a presença de recursos latentes podem ser ativados frente aos desafios e exigências (STAUDINGER; MARKISKE; BALTES, 1995). É proposto que os idosos, mesmo sob condições de limitações e incapacidades funcionais, mantenham um senso positivo de bem-estar (FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009).

O termo Resiliência tem sido associado a indicadores de envelhecimento bem-sucedido, baixa probabilidade de doença relacionada à incapacidade, capacidade cognitiva e funcionalidade física e engajamento com a vida (LARANJEIRA, 2007) boa qualidade de relacionamentos, integração à comunidade, alto uso de enfrentamento adaptativo e enfrentamento relacionado ao desenvolvimento (FONTES et al., 2015).

Com relação à funcionalidade do indivíduo, resiliência tem sido associada à capacidade de manter-se ativo e não desenvolver sintomas depressivos diante da adversidade (FONTES et al., 2015). Avaliando resiliência, fatores demográficos, condições crônicas, status funcional,

atividade física, autoeficácia, sintomas depressivos, saúde percebida e suporte social, foi encontrado resiliência associada a independência nas atividades da vida diária, boa a excelente saúde percebida e poucos sintomas depressivos (HARDY; CONTATO e GILL, 2004).

A resiliência tem sido vista como um fator de proteção tanto em relação às desordens psicóticas, caso em que os indivíduos resilientes seriam possuidores de maior autoestima, autoeficácia, mais habilidades para resolver problemas e maior satisfação com relações interpessoais (RUTTER, 2007), quanto em relação as atividades básicas ou instrumentais de vida diária nos idosos, quando escores de alta resiliência estariam implicados em um nível elevado de independência do idoso enquanto que os mais dependentes nestas mesmas atividades recebem os escores de média a baixa resiliência (LEÃO et al., 2018).

A capacidade de Resiliência é considerada uma característica de personalidade que modera os efeitos negativos do estresse e promove a adaptação (WAGNILD, 2003). Seria uma capa de proteção que contém recursos psicológicos para superação de adversidades, dentre eles a autoestima, as competências pessoais e as crenças de controle (WINDLE; MARKLAND; WOODS, 2008), recursos utilizados para adaptação às tarefas do desenvolvimento (BEUTEL et al., 2009).

Cyrulnik (1998) refere que o indivíduo resiliente, independentemente da idade, na maioria das vezes, seria um sujeito com um coeficiente de inteligência elevado, capaz de ser autônomo e eficaz nas relações com o meio, ter boas capacidades de adaptação relacional e empatia, capaz de prever e planificar e finalmente ter senso de humor. Claro que a totalidade dessas características não é garantia de um bom funcionamento resiliente. Cyrulnik explora com essa abordagem características essencialmente de ordem cognitiva, comportamental e psicossocial, colocando de fora a abordagem metapsicológica dos processos psíquicos que intervêm na resiliência, isto é, os mecanismos de defesa e adaptação, a sua mentalização e posterior comunicação sob a forma de imagens e emoções sentidas (LARANJEIRA, 2007), entretanto, completando a imagem do indivíduo resiliente, se pode supor que ele também teria uma capacidade genuína de utilizar mecanismos de defesa maduros ao se deparar com situações potencialmente traumáticas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um entendimento psicológico das relações entre envelhecimento, trauma e resiliência, examinando de que forma as vivências traumáticas podem ser promotoras da resiliência no processo de envelhecimento.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar as mudanças decorrentes do envelhecimento na perspectiva de cada participante.

- Examinar o quanto a capacidade de resiliência está associada à qualidade do envelhecimento, observando as reações perante às perdas e o nível de bem estar de cada indivíduo neste momento da vida.

- Identificar as reações de cada indivíduo frente às situações traumáticas ao longo da vida relacionando com a capacidade de resiliência apresentada nos momentos atuais de vida.

- Avaliar a capacidade que cada indivíduo apresenta para superar a dor do luto pelas perdas do envelhecimento, analisando quais os mecanismos de defesa e adaptação mais utilizados na construção dos aspectos de resiliência.

- Entender que outros fatores promoveram a capacidade de resiliência de cada indivíduo, a partir da análise das relações afetivas ao longo da vida e da estrutura externa de suporte.

4 MÉTODO

4.1 Opção metodológica

O presente estudo foi desenvolvido a partir de pressupostos metodológicos qualitativos, tanto no que concerne à coleta de dados, quanto em relação à análise dos mesmos.

A metodologia qualitativa é escolhida por entendermos ser esta a mais adequada na busca do objetivo de elaborar um entendimento psicológico da relação entre envelhecimento, trauma e resiliência, a partir do olhar que diferentes idosos dão a esta temática.

4.2 Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por mulheres consideradas longevas (com mais de 80 anos), que realizavam tratamento psiquiátrico ou psicoterápico, e que não apresentavam quadros psicopatológicos graves no momento da entrevista, segundo os critérios do DSM-V, nem sintomas psicóticos ou diagnóstico de demência. A opção por realizar esta pesquisa entrevistando somente mulheres se deu pelo fato de que os idosos do sexo feminino representam a maior parte da população nesta faixa etária variando de 54.8 a 72% (CASTRO-COSTA, 2017). Da mesma forma, segundo dados do IBGE de 2019, no Brasil a expectativa de vida para mulheres também é maior do que para os homens, fato que contribui para que a busca de tratamento psiquiátrico/psicoterápico nesta faixa etária seja maior por mulheres.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Ficha de dados informativos dos participantes da pesquisa

Com a finalidade de obter dados que caracterizem os participantes, foi utilizada uma ficha de dados pessoais e sócio-demográficos (nome, idade, sexo, data de nascimento, naturalidade, estado civil, escolaridade, profissão ou ocupação, religião, entre outros) preenchida pela pesquisadora no início da entrevista. A ficha de dados informativos consta no anexo A.

4.3.2 Entrevista

Para a coleta de dados da pesquisa propriamente dita, foi utilizada uma entrevista individual semiestruturada (com duração aproximadamente de 90 minutos), que foi gravada e posteriormente transcrita, contemplando áreas de investigação previamente estabelecidas a

partir da literatura especializada. Estas áreas de investigação constituíram os critérios norteadores do estudo, envolvendo e/ou focando (1) a trajetória de vida de cada indivíduo, (2) a presença de situações geradoras de sofrimento psíquico e/ou trauma, (3) mecanismos de defesa desenvolvidos para lidar com as situações traumáticas, e (4) relações afetivas na qualidade do envelhecimento. A entrevista encontra-se no anexo B.

4.4 Procedimentos para a análise e interpretação dos dados

Para a análise dos dados obtidos neste estudo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. O presente estudo utiliza a proposta de Moraes (1999), que entende que a análise de conteúdo

constitui uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atender uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (p.9).

4.5 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica da Escola de Medicina da PUCRS e pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. CAAE: 33545720.4.0000.5336

Todos os indivíduos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado ao final do trabalho (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abaixo encontra-se uma tabela com as participantes da pesquisa e um resumo da ficha de dados informativos preenchido por cada uma delas.

TABELA 1. Dados gerais dos participantes do estudo (n=5)

Participantes*	Idade	Estado civil	Mora com quem	Religião	Profissão
Esmeralda	82	Viúva	Sozinha	Judaica	Professora
Safira	80	Viúva	Com filha	Católica	Do lar
Jade	80	Divorciada	Sozinha	Católica	Secretária
Ametista	90	Viúva	Com filha de criação	Católica	Jornalista
Rubelita	83	Viúva	Sozinha	Judaica	Do lar

*Os nomes atribuídos às participantes são fictícios

5.1 Apresentação das categorias

Após a análise do material trabalhado nas 5 entrevistas realizadas, foram definidas as unidades de significado, as quais, por sua vez, foram organizadas em categorias iniciais. De acordo com os critérios norteadores deste estudo, foi possível separar as cinco categorias fundamentais para pensarmos esta pesquisa.

A descrição de cada categoria final (ver tabela 2) foi estruturada a partir das categorias intermediárias que lhe deram origem, sendo que, com a finalidade de proporcionar rigor e validade às categorias, foram transcritas de forma fiel algumas verbalizações dos participantes entrevistados.

TABELA 2. Categorização inicial, intermediária e final dos dados obtidos nas entrevistas com as cinco participantes do estudo.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
<p>Jovem Velhice Envelhecer Idade Comorbidade Viuvez Mudança Longevidade Consequências Amadurecimento Lentidão</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A velhice e as perdas próprias desse processo. ● As consequências do envelhecimento do ponto de vista das relações humanas. ● A longevidade e suas consequências. 	<p>As mudanças decorrentes do envelhecimento</p>
<p>Filhos Felicidade Família Respeito Casar Ter Trabalhar Feliz Vida Vivências Matriarca Gente Amigas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A trajetória de vida e a conquista da família, do trabalho, dos amigos. ● Vivências de respeito e felicidade no convívio com as pessoas. 	<p>Conquistas de uma vida</p>

<p>Só</p> <p>Trauma</p> <p>Preocupação</p> <p>Preconceito</p> <p>Morte</p> <p>Luto</p> <p>Abandono</p> <p>Dificuldade</p> <p>Nervosismo</p> <p>Irritação</p> <p>Abalo</p> <p>Falecimento</p> <p>Medo</p> <p>Falta</p> <p>Negação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Situações potencialmente traumáticas. ● Reações perante situações adversas/ traumáticas ● Mecanismos de defesa como uma forma de se proteger do sofrimento psíquico. 	<p>Situações adversas/traumáticas e reações desencadeadas</p>
<p>Cuidado</p> <p>Comportamento</p> <p>Aprendizado</p> <p>Vontade</p> <p>Preparo</p> <p>Responsabilidades</p> <p>Pais</p> <p>União</p> <p>Escolhas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● As experiências passadas de cuidado determinando as reações presentes ● Recursos internos adquiridos com as relações parentais 	<p>Amparo parental</p>
<p>Deus</p> <p>Lutar</p> <p>Força</p> <p>Superação</p> <p>Enfrentar</p> <p>Ser</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Espiritualidade/Religiosidade ● A capacidade de superação e enfrentamento das adversidades 	<p>A resiliência e a superação das adversidades</p>

5.2 Análise das categorias finais

A primeira categoria final foi denominada **As mudanças decorrentes do envelhecimento**. A senescência caracteriza-se por alterações que ocorrem no organismo, não associadas a doença, resultantes do envelhecimento normal e decorrentes do declínio progressivo do metabolismo celular e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais. De acordo com Cintra e Bicalho (2013) admitem-se duas formas de envelhecimento: O normal, no qual a interferência dos fatores extrínsecos (hábitos de vida, fatores psicossociais, dieta, sedentarismo) exerce importante influência sobre o organismo e o bem-sucedido, no qual existem mínimas perdas das funções fisiológicas. Estas modificações próprias da senescência ficam evidentes nas falas das entrevistadas transcritas abaixo:

“Tudo vais mais lento. A cabeça, o corpo, o espírito às vezes também vai mais lento. Esta é a minha luta constante. De sentir que eu sempre tenho que seguir avançando, e mesmo com essa lentidão, tenho que lutar para seguir em frente”. (Ametista)

“Mas com a idade não é mais como era antes. O serviço braçal, por exemplo, as forças já não são as mesmas de jeito nenhum. A coluna me incomoda, então eu faço uma coisa, daí já descanso, então faço outra, é devagar, mas eu procuro não me entregar, mas eu não desisto”. (Safira)

As cinco entrevistadas referiram as repercussões próprias da senescência, como exemplificado acima, e demonstraram ainda ter uma vida independente e autônoma. Entretanto é importante enfatizar que esta não é a maioria dos casos. Em estudo realizado com idosos longevos no nordeste do Brasil, em 2014, identificou-se alta prevalência (80,9%) de idosos dependentes para as atividades instrumentais e/ou básicas da vida diária, na faixa etária acima dos 80 anos (BRITO et al., 2014).

A maior vivência do envelhecimento são as perdas gradativas a que somos expostos, o que torna esta realidade extremamente dolorosa (DIEFENTHAELER e CATALDO, 2016). Com frequência, o ser humano tenta atenuar as perdas próprias desse processo, a fim de evitar passar pelo doloroso luto decorrente das mesmas. E as mudanças não são só no corpo, são também no comportamento e na forma de se relacionar com os mais jovens. Em função das perdas fisiológicas os mais idosos se sentem impedidos de expressar e dar suas opiniões com a mesma veemência como faziam quando eram jovens, o que contribui para o seu isolamento. Isso é exemplificado na fala da Sra Jade:

“Eu não estou satisfeita em ter envelhecido. Acho difícil conviver com outras pessoas mais jovens, me sinto constrangida, inibida em função da idade. Muitas vezes prefiro ficar em casa”.
(Jade)

Conforme a fala da Sra Esmeralda, o envelhecimento traz medo, angústia:

“Eu sempre tive medo, não de envelhecer, mas de perder aquelas características que a idade não estava me tirando, que eu tinha. De poder dirigir, de poder comprar coisas, de cuidar do dinheiro, de poder sair viajar pelo mundo, e, principalmente, de perder as pessoas que amo”. (Esmeralda)

O envelhecimento nos aproxima da finitude. Devido ao fato de ser sinônimo de perda, sofrimento e dor, ocorre uma visão negativa sobre a morte, bem como o medo de seu enfrentamento. Entretanto, a fuga sobrevém até que o indivíduo se confronte com a morte do próximo e, diante disso, se faz necessário reconstruir uma nova relação com o mundo em que se vive. Nesse cenário, de alguma forma é experimentada a morte dentro de si (SARTORI & BATTISTEL, 2017). Com o envelhecimento não conseguimos mais negar que a morte está se aproximando. A morte torna-se consciente. E na fala da Sra Esmeralda ela mostra que esta foi a situação mais difícil experienciada até então.

“A minha mudança maior foi a viuvez, a falta do M., porque o M. estava sempre, sempre presente... tem sido muito difícil”. (Esmeralda)

Se ao longo de nossa existência experimentamos mudanças a cada etapa do ciclo de vida, as transformações não são diferentes quando chegamos à velhice. É quando os filhos adultos saem de casa, o espaço de casa se torna grande demais e o tempo pode sobrar: chega a “síndrome do ninho vazio”. Amigos e familiares da mesma faixa de idade do idoso ficam mais distantes ou morrem e os ex-colegas de trabalho não têm mais interesses em comum quando já não se frequenta o ambiente profissional. As redes de relacionamentos minguam (COSTA et al, 2020).

O “ninho vazio” e a consequente diminuição na intensidade das relações com os filhos também acarretam a necessidade de elaboração de uma nova forma de se perceber nesse contexto. Ser cuidado e depender dos filhos após ter sustentado o papel e lugar de cuidador e provedor é, quase sempre, fonte de sofrimento. Há, assim, um esvaziamento do valor narcísico da imagem do indivíduo (FARIA, LIMA, & PEREIRA-SILVA, 2019). Entretanto, se o indivíduo é capaz de elaborar esta mudança, pode sentir que está sendo amparado. Como fica evidente na fala da Sra Rubelita;

“Natural que me sinta com mais dificuldade, me acostumando a viver sozinha, mas eu estou muito amparada pelos filhos e fico imaginando como seria se a pessoa não tivesse ninguém para dar este amparo”. (Rubelita)

Nesta primeira categoria final, podem-se perceber, como as mudanças que ocorrem ao longo da vida devem ser elaboradas à medida em que elas vão acontecendo. As mudanças são em todos os níveis, tanto físicas, quanto de papéis e posição. Mudanças e perdas que são consequência da longevidade, que se intensificam à medida que mais se vive. No caso da Sra Esmeralda, ela refere não ter comorbidades e declínios que prejudiquem sua autonomia e independência, mesmo assim, tem que lidar com inúmeras mudanças, até mesmo com a maneira como ela é vista pela sociedade, que muitas vezes não espera determinados comportamentos: *“Olha, não é que eu me assuste, mas é que daí eu começo a tomar um pouco mais de cuidado... assim, as pessoas não esperam determinados comportamentos de uma senhora de 83 anos”*.

Do ponto de vista psicoterapêutico, podemos considerar a clínica psicológica com idosos uma clínica do luto, na medida em que o luto na velhice se apresenta com toda a sua radicalidade. Os temas mais frequentes em sessões de psicoterapia costumam ser conflitos familiares, perda ou temor de perda do cônjuge, perda das capacidades físicas e mentais, perda da própria identidade, questões relacionadas à aposentadoria ou mudanças no nível econômico, diminuição da autoestima, aumento da dependência da própria pessoa em relação aos familiares e cuidadores (DOURADO, SOUZA e SANTOS, 2012).

A Sra Jade nos demonstra como o envelhecimento, no seu ponto de vista, se torna fonte de intenso sofrimento:

“Então envelhecer é algo muito difícil para mim em função das doenças, das perdas, a vida muda muito. Desde a alimentação... Estou achando muito difícil. Me sinto velha, me sinto feia. Acho que eu mudei muito. Antes eu era uma pessoa muito ativa, e agora eu não sou mais aquela pessoa ativa, fui parando... eu era vaidosa; fui perdendo a vaidade à medida que eu fui envelhecendo”. (Jade)

Kreuz e Franco (2017) referem que envelhecer é entregar-se a um lento, constante e necessário trabalho de luto, desta forma reconhecer e acolher o luto do idoso acerca de seu processo de envelhecimento e adoecimento faz-se fundamental ao se trabalhar clinicamente com este indivíduo. O processo, empreendido pelo próprio sujeito, consiste em despojar-se daquilo que foi sua vida, elaborar as marcas deixadas no real do corpo, desinvestir daquilo que não é mais possível realizar e admitir que possui apenas um controle restrito sobre a própria

existência, tratando de encontrar maneiras para conduzir o real e suas possibilidades com o futuro.

Assim, se o luto puder ser trabalhado, será possível perceber o envelhecimento como uma forma de amadurecimento. Alguns indivíduos, com uma capacidade maior de elaborar as perdas, conseguem aceitar de forma mais resiliente as mudanças do envelhecimento. Isto pôde ser visto na fala da Sra Rubelita:

“Eu nunca tive problema com idade. Sempre recebi tudo muito bem. Não sei se porque fisicamente eu me conservo, não tive nenhum problema de saúde. Então eu fico feliz de envelhecer. Também tem as compensações, os netos, bisnetos. A única coisa foi a doença do meu esposo. Mas não tenho problema com envelhecer, acho que é natural da pessoa”.
(Rubelita)

E também na fala da Sra Esmeralda:

“Eu posso ter alguma diferença, mas eu acho que não é tanta diferença, porque eu tive a sorte de não ter uma comorbidade maior. Eu não fiquei toda trêmula, eu não fiquei surda, cega, eu não fiquei com nada. Usar óculos eu uso desde os 40, então cuidar das minhas unhas e dos cabelos eu faço. Na verdade, eu acho que não mudou tanto”. (Esmeralda)

E também na Sra Safira:

“Mas não tenho aquele vigor que eu tinha há anos passados. Ai então eu fico fazendo um tricô, um crochê. E coisas que eu não fazia há um tempo atrás, eu estou fazendo agora. Eu estou fazendo uns sapatinhos para bebê, para levar para o hospital para os bebês que não tem enxovalzinho, isso me alegra muito”. (Safira)

O envelhecimento será percebido de formas diferentes dependendo de como se sente a pessoa neste momento da vida. Para a Sra Safira, além das limitações, o envelhecimento traz ganhos:

“Envelhecer é a gente ir aos poucos amadurecendo mais. A gente não para de amadurecer. Nós não temos uma idade em que nos encontramos maduros. Acho que não. Nós vamos amadurecendo até o último dia. Claro que o envelhecimento, os anos, vão nos pondo limites”. (Safira)

A partir das vivências de perdas próprias do envelhecimento vistas na primeira categoria final, e analisando as reações de cada entrevistada, foi dado andamento à interpretação dos resultados abordando um componente muito importante para lidar com estas perdas. A segunda categoria final foi definida como **Conquistas de uma vida**.

A trajetória de vida, a família, o trabalho e os amigos, se colocam como fundamentais para se lidar com as perdas do envelhecimento. Isto é exemplificado nas falas das entrevistadas abaixo:

“E eu tenho muitas riquezas na vida. Tenho minha família, amizades, sou muito paparicada, faço parte da comunidade de viúvas de pessoas sóas, as colegas têm muito apreço por mim, confiam em mim. As pessoas me tratam com tanto carinho na paróquia, me valorizam, muito além do que eu mereço”. (Safira)

“Gosto de conviver com a família, isto é muito importante. Acho que é uma questão de educação, porque meus 3 filhos se dão muito bem e a gente convive bem também. Sempre fui muito companheira dos meus filhos. Sempre apoiei muito meus filhos. Mas a A é a que me dá mais apoio... Ela é muito apaixonada por mim. E eu pelo P., filho dela, meu neto”. (Jade)

“Mas eu gostaria que todos tivessem a velhice que eu tenho, pois eu tenho a família em volta, o respeito, o interesse da família”. (Esmeralda)

“As pessoas dizem que precisam do meu abraço e outros que me dão cada abraço também. A minha neta tem tanto apreço por mim, está sempre me cuidando. Ela está morando longe agora, mas mesmo de lá ela me governa aqui”. (Safira)

A realização profissional também foi algo apontado como algo a se orgulhar: *“Fui tão bem recebida na escola X, fui crescendo até me tornar diretora. Eles me elogiavam muito e me queriam muito bem. Fui muito feliz lá, me apaixonei pela escola, pelos alunos. Tenho amigas até hoje deste período. Foram vivências muito importantes e significativas”*. (Esmeralda)

Enfatizando a convivência coletiva como um caminho para a vida, A Sra Rubelita nos mostra a importância da amorosidade e dos laços afetivos para lidar com o isolamento característico desta fase de vida:

“A minha rede agora está muito diminuta, mas eu conto muito com meus filhos. E isso é muito importante. A pandemia nos prejudicou muito... Passo bem em função da presença da família e dos filhos; eles me cuidam muito. O apoio da família e dos filhos ao meu redor é muito importante”. (Rubelita)

E na fala da Sra Ametista, *“Se eu estivesse sozinha eu não sei como seria. Seria extremamente duro. Fico pensando nas pessoas que não tem ninguém e sei que é muito difícil. Tenho muita sorte por ter encontrado filhos que não me abandonaram. Gosto muito de mandar cartões e lembranças de aniversário. Gosto muito de visitar as pessoas que são importantes para mim. Cultivar as amizades e os amores é muito importante”*, fica muito clara a necessidade que o indivíduo tem de receber atenção e afeto. Com o envelhecimento a rede de apoio torna-

se mais reduzida, e a carência desses estímulos de vida certamente trarão prejuízo para a qualidade de vida do idoso.

Nesta categoria final, as manifestações da Sra Esmeralda revelam a importância de se ter tido uma vida com realizações plenas, tanto no sentido profissional como afetivo: “ *Eu tenho uma foto com todas as pessoas da minha família. Eu coloquei aquela foto no grupo da família dizendo que eu era a matriarca dessa família. Pois de uma filha única, que nem tinha uma casa cheia de gente, então agora eu tenho, e eu sou muito feliz por isso*”. O fato de a mesma ter construído uma trajetória onde ela se denominou a matriarca, tendo dado origem a uma sucessão de indivíduos capazes de reconhecê-la e valorizá-la, a valida como ser que envelhece. Desta forma, esta categoria final, se mostra como algo de fundamental importância para se ter um projeto de longevidade com qualidade de vida.

Cícero, já em 44 a.C. em seu livro “Saber envelhecer” refere que ser imortal é ficar na história, e trazendo para as vivências de cada cidadão nos tempos atuais, ficar na história de uma família também é uma maneira de se tornar imortal. Cícero enfatiza todas suas conquistas como sendo um legado fundamental para sua tranquilidade, e que os frutos da velhice são todas as lembranças do que anteriormente se adquiriu. E parece que a Sra Esmeralda traz com ela exatamente estes valores, sentindo-se importante para cada descendente.

Lia Luft, em seu livro “Perdas e Ganhos” (2003) refere que ser feliz é sobretudo, uma construção de amorosidade por pessoas e coisas que fazemos e temos, o que da mesma forma corrobora a importância das conquistas tanto afetivas quanto pessoais, para se ter um desfecho mais tranquilo.

Além da importância das conquistas para se contraporem às perdas inerentes ao envelhecimento existe uma outra situação, a qual também foi analisada e que interfere na forma com que indivíduo se coloca perante as mudanças do ciclo de vida. A partir dessas considerações, estruturou-se a terceira categoria final – **Situações adversas/traumáticas e reações desencadeadas.**

Nas falas das entrevistadas abaixo são exemplificadas situações que geraram intenso sofrimento psíquico:

“Minha mãe costumava dizer que eu tinha nascido por descuido, e eu não imaginava que isso poderia ter me causado algum problema interior, mas um dia, já adulta, eu participei de uma palestra onde se falou muito sobre perdão e eu percebi que sim, que isso sempre me incomodou muito. Chorei muito”. (Safira)

“Meu pai nunca morou conosco. Ele era esquizofrênico. E vivia tentando se suicidar e tentava nos matar com cacos de vidro. Certa vez meu irmão mais velho se deu conta e nos salvou. Quando eu tinha 4 anos prenderam meu pai na cadeia, pois não havia hospital psiquiátrico. Até que conseguiram trazer ele para o São Pedro. A partir daí ele não conviveu mais conosco”. (Jade)

“Quando minha mãe me deu para uma senhora, para mim foi brabo. Muito difícil. Eu sentia muita falta da minha família. Mas tive que aguentar. Começou cedo a minha luta. Eu estava com 12 anos. Ela me deu porque estava difícil para criar os 4 filhos e como meu pai estava internado ela teve que me dar”. (Jade)

“No colégio eu tive um episódio muito feio de preconceito contra minha religião. Na época eu não sabia o porquê, não entendi porque a professora fez aquilo comigo, mas daí comecei a entender que eles falavam muito em religião... mais tarde eu aprendi que não... então eu fiquei sabendo de mais coisas”. (Esmeralda)

“O fato de não ter conseguido ter filhos biológicos me causou muita tristeza na época. Lembro quando fui no laboratório e deu negativo outra vez. Chorei por duas quadras seguidas, pois mais uma vez não tinha conseguido. Então nos demos conta que poderíamos ser pais postichos para muitos jovens”. (Ametista)

Esta terceira categoria final demonstra algumas situações potencialmente traumáticas as quais os indivíduos estão suscetíveis ao longo da vida. Dentre elas, aparecem situações de preconceito racial, situações de perda de pessoas queridas, doenças graves, doenças mentais na família, conflitos familiares e pobreza financeira. Estas situações, se não forem elaboradas à medida que ocorrem, vão contribuir para um desfecho de sofrimento psíquico e/ou desenvolvimento de quadro psicopatológico.

Conforme visto na fala da Sra Rubelita: *“Foi uma doença progressiva e muito longa a doença do meu marido. Foi me extenuando. Apesar de eu ter o apoio de médicos que me ajudavam, eu sempre tinha que estar muito atenta. Essa foi a fase mais difícil. Foi o meu auge do estresse na vida. Foram 10 anos de doença, lidando com cada situação, até o dia da morte. O tempo me desgastou e no final eu me esgotei. Tive vontade de morrer”. (Rubelita)*

Já a Sr^a Esmeralda, ao falar da perda do marido, nos mostra uma capacidade de diferenciar o sentir-se abandonada do sentir-se só: *“Eu me sinto só, mas não abandonada. Eu sei que eu estou só, eu sinto que eu estou só, eu não tenho a menor dúvida”*. A mesma refere que estes momentos atuais de vida a tornaram só, em função de não poder compartilhar mais o dia a dia com seu marido falecido, mas independente disso, segue se sentindo acompanhada.

Demonstrou desta forma sua capacidade de elaborar o luto da perda de seu ente querido e assim, de tolerar sua ausência física. Friedberg e Malefakis (2018), refere que as pessoas resilientes tendem a assumir a responsabilidade pelo seu bem-estar emocional e a utilizar a experiência traumática como base para o crescimento pessoal.

Os mecanismos de defesa do ego também estão envolvidos na forma de enfrentar as situações adversas. O *altruísmo* é um mecanismo de defesa bastante utilizado pelas entrevistadas que apresentam um funcionamento mais resiliente. Por exemplo, na fala da Sra Safira: *“O maior ensinamento da vida para mim é amar e perdoar”*. E também na fala da Sra Rubelita: *“A bondade é uma coisa muito importante na vida. A bondade e o amor da família”*. A Sra Ametista também demonstra o *altruísmo* em diversos momentos: *“Acho essencial na vida ter boas relações e amar as pessoas que estão ao nosso redor. Amar e tentar ajudar. Mostrar que aprecio eles e que os quero muito”*.

O *humor* também é considerado um mecanismo de defesa maduro, e pode ser demonstrado na fala da Sra Ametista ao ser questionada como lida com as perdas do envelhecimento: *“Tenho os aparelhos de ouvido (risos), mas não me ajudam muito. Eles (filhos de criação) me ajudam mais. A Sra Ametista segue mostrando sua capacidade resiliente através da sublimação: “Foi muito triste não termos conseguido ter filhos biológicos, mas tive o privilégio de acolher mais de mil jovens desde os anos 60. São jovens que eu e meu marido pudemos acolher e cuidar. E hoje muitos deles seguem comigo. Me cuidando”*.

A Sra Rubelita se utilizou, por muito tempo, da *racionalização* para conseguir dar conta dos cuidados do marido doente. Foram 10 anos cuidando do deterioro mental e físico do marido com doença de Alzheimer: *“Eu já vinha me acostumando com a ideia da perda dele ao longo dos anos. Essa perda eu achava que já estava elaborando há algum tempo. Mas eu tinha a presença dele ao meu lado. Então quando ele faleceu, mudou muito a minha rotina. Foi muito difícil. Mas daí busquei ajuda”*. Após o falecimento do marido a Sr^a Rubelita buscou ajuda, no momento em que suas defesas psicológicas não foram suficientes para assegurar um equilíbrio psíquico ao passar por tantas situações de adversidades. Sua experiência de perdas e de proximidade da morte desencadearam reação de tristeza e angústia o que a pressionou a buscar tratamento psicológico.

Na fala da Sra Esmeralda: *“Ela morreu usando brincos maravilhosos de brilhante, eu não tinha coragem de tirar dela. Minha tia tirou os brincos da mãe depois que ela faleceu e me deu. Eu nunca usei. Vendi. Hoje eu entendo, acho que eu queria negar que ela estivesse morrendo”*, se identifica a *negação* que é um mecanismo muito utilizado por vítimas de traumatismo ou

desastres e pode mesmo ser uma resposta protetora inicial benéfica. Entretanto, no longo prazo, a *negação* pode impedir o indivíduo de incorporar informações desagradáveis sobre si mesmo e sobre a própria vida, impedindo a capacidade reflexiva. No caso da Sra Esmeralda, a negação aparece em alguns momentos, em seguida ao trauma, porém a mesma demonstra que logo consegue abrir mão desta defesa e se volta para a realidade.

Analisando os mecanismos de defesa menos maduros, encontramos a *inibição* no discurso da Sra Jade. A mesma passou por muitas situações traumáticas em sua vida, e apresenta hoje em dia sérias dificuldades para lidar com o envelhecimento; se utilizou da *inibição* para lidar com as sucessivas rejeições:

“Era uma grande tristeza, eu não tinha dinheiro para comprar o enxoval do nenê. E o pai não quis saber... foi muito difícil, eu era muito triste, mas precisava seguir trabalhando.... tive que resolver tudo muito sozinha, com 20 anos. Mais tarde me casei. Mas por conveniência. Nunca mais me apaixonei”.

A Sra Jade também nos mostra o uso do *isolamento* para conseguir levar sua vida de forma menos sofrida:

“Eu sempre fui uma pessoa assim desligada com a família. Eu nunca cuidei da minha mãe. Ela era diabética grave. Talvez tenha ficado uma marca que não me permitiu cuidar dela; é bem provável... eu sempre achava difícil ficar com ela. Eu não tinha disponibilidade para ela”.

Tanto o *isolamento* quanto a *inibição* são considerados mecanismos de defesa imaturos, ou seja, mecanismos menos relacionados com o desenvolvimento da resiliência.

A importância das ligações objetais demonstrada nos discursos das entrevistadas, inauguram a quarta categoria final – **Amparo parental**. Esta categoria trabalha com a importância dos objetos internos no desenvolvimento da capacidade egóica no indivíduo e também na construção de uma base de segurança para enfrentar as diversas adversidades que a vida impõe.

A análise dos discursos demonstrou a diferença nas experiências de amparo parental que as cinco entrevistadas tiveram. Por um lado, quatro delas referiram uma experiência de lar seguro e repleto de amorosidade. Lembrando que na visão de Cyrulnik (2004), ao pensarmos em resiliência devemos entender que esse é um processo que necessita de diversos fatores, o principal deles é a tecedura de laços afetivos na primeira infância.

É de suma importância que o indivíduo idoso tenha desfrutado durante a sua infância, de um apego seguro, pois esse possibilita que, ao se encontrar em uma situação difícil, este indivíduo saia em busca de um substituto eficaz (CYRULNIK, 2004), desta forma, sugere-se

que estas experiências iniciais que as entrevistadas tiveram, proporcionaram uma estrutura fundamental para lidarem com as dificuldades vivenciadas nos anos posteriores de sua vida.

As quatro entrevistadas citadas acima referem com muita ênfase as vivências de união e segurança obtidas na infância, como se isso realmente tivesse construído uma base segura para se colocarem perante as situações difíceis da vida.

“A gente ia muito no Centro. Tudo era feito no Centro e a gente se arrumava melhor e na Rua da Praia era cheio de fotógrafos. Tu não fazes ideia de quantas fotos eu tenho, eu, a minha mãe e meu pai, os três. Sempre de mãos dadas. Eu tive meus pais o tempo todo comigo”. (Esmeralda)

“A mãe fazia o natal da criança pobre, então qualquer retalho que ela pegava ela ia costurando uns saquinhos, e ao longo do ano ia enchendo os saquinhos com lembrancinhas. Quando entrava dezembro, aí nós começávamos a fazer bolachinhas de natal e montávamos os saquinhos. O natal era tão lindo, tão lindo, era inexplicável! Eu fui muito acostumada a ganhar muitos presentes de natal desde pequena. Muitas coisas boas com meus pais, sempre foi muito bom, me sentia segura com eles...” (Safira)

“A relação com os pais era muito boa. Vivíamos em uma casa bastante grande. Todas as tardes quando voltava meu pai eu escutava a chave da porta principal e eu corria a toda a velocidade para me atirar nos braços do meu pai. Este eram os momentos mais felizes do meu dia. Sempre gostei muito do meu pai. Me sentia totalmente segura com meu pai”. (Ametista)

“Sempre fui muito acarinhada pelos meus pais, que sempre foram muito amorosos. Tanto que depois que eu casei, eles sempre vinham para a cidade grande me ver, até que os dois se mudaram para cá com o tempo”. (Rubelita)

Por outro lado, encontramos no discurso da Sra Jade uma experiência completamente oposta, de negligência abuso e rejeição:

“Não cresci num ambiente seguro. Éramos cuidados só pela mãe, com pouco dinheiro, pai doente, ausente. Depois minha mãe me deu para uma senhora... Quando engravidei novamente fui rechaçada”. (Jade)

As experiências de amparo na infância moldam a forma como o indivíduo se coloca nas situações subsequentes de sua vida. Isso é bem evidenciado nas colocações abaixo das entrevistadas: *“Quando descobri a traição do marido e pedi a separação, fiquei muito deprimida. Mesmo sem estar apaixonada aquilo me abalou muito. Não sei o porquê eu me senti tão sozinha com os guris. Pensava: E agora, o que eu faço, sem a companhia do pai? Me senti completamente insegura e sozinha”.* (Jade)

E também:

“Eu sou meio seca. Não me apaixono muito pelas pessoas. Não me entrego muito. Acho que sempre fui um pouco assim”. (Jade)

Por outro lado, as demais entrevistadas que tiveram um lar de apego seguro e adquiriram recursos internos suficientes, conseguiram dar outro desfecho para as adversidades:

“Eu acho que desde menina eu fui educada para ser alguém. Ser eu, ser gente”. (Esmeralda)

“Não só aprendi, como também ensinei, então eu acho que as relações com os pais são dessa forma. Saber receber e aceitar, acolher o que eles têm para ensinar e quando for preciso também ensinar, com caridade e não com arrogância, autoridade. Com caridade”. (Safira)

“Certa vez minha mãe me disse: Odeia as coisas ruins que a pessoa faz, mas nunca odeia a pessoa. Isto até agora eu me lembro. Nunca esqueci essa importantíssima direção que me deu a minha mãe. Agradei muito a ela por ter sido firme comigo”. (Ametista)

“A bondade é uma coisa muito importante na vida, sempre procurar resolver os problemas com calma, não se precipitar em nada e garra para lutar e alcançar aquilo que a gente deseja. Abrir mão de muitas coisas, mas no fim vale a pena. A bondade e o amor da minha família”. (Rubelita)

A análise dos discursos até o momento nos levam ao desfecho buscado nesta pesquisa, que é o entendimento da capacidade de resiliência. Desta forma a quinta categoria final foi denominada **A resiliência e a superação das adversidades**.

Nesta categoria se percebe a capacidade de superação e enfrentamento das adversidades nos discursos de quatro entrevistadas, que demonstram auto-confiança e autoeficácia, acreditando que estão fazendo o seu melhor.

A autoeficácia é um conceito muito utilizado na discussão do envelhecimento saudável, em função de poder ser considerada um fator protetivo (MARTINEZ et al., 2018). O conceito de autoeficácia é descrito como o senso de autoestima ou valor próprio, o sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar os problemas (BANDURA, 1982). A autoeficácia é relacionada com as crenças da pessoa em suas capacidades de exercer controle sobre seu próprio funcionamento e sobre os eventos que afetam suas vidas, e isto pode ser evidenciado nos relatos abaixo.

“Se me fizerem alguma coisa, por mais que esteja doendo aqui dentro eu perdoo. Eu digo: olha, tá doendo, mas eu perdoo. Não carrego ninguém nas minhas costas. Isso é um

ensinamento muito grande. Não fico com aquilo no coração. Não precisa esquecer, só perdoar. Eu tenho essa virtude, essa graça”. (Safira)

“Às vezes não conseguia contatar com os médicos e eu tinha que lidar sozinha com uma situação de crise, de risco que ele estava passando, mas fui muito guerreira neste período. Tanto que me ajuda muito lembrar como o pai foi determinado e conseguiu superar todo o passado de perseguições e de perda”. (Rubelita)

“Acho que superamos o problema da infertilidade de uma maneira muito fértil, e me sinto muito realizada por isso, pois minha vida tem sido muito rica de pessoas que se preocupam e me cuidam. Sou muito grata a Y e X que seguem comigo bem pertinho de mim”. (Ametista)

Abaixo o relato da Sr^a Esmeralda referindo entusiasmo ao enfrentar situações adversas e demonstrando uma atitude pró-ativa com a vida.

“Mas lógico! Eu não tenho medo de ninguém. Assim eu aprendi com meus pais. Enfrentar. Não precisa ter dinheiro, precisa mostrar que tu tens vontade própria. E eu sempre batalhei por isso... pessoa tem que ter uma força para lutar pela vida, seguir fazendo suas coisas, conquistando, trabalhando”. (Esmeralda)

Através do relato acima, se pode assinalar que a Sr^a Esmeralda tende a manter uma conduta otimista e positiva, mesmo nos momentos de mais dificuldade. Conforme comentou, foi ensinada a batalhar por sua vida e desde pequena se esforçou para levar adiante os ensinamentos de seus pais, os quais passaram muita segurança para mesma, fazendo com que desenvolvesse um senso elevado de autoeficácia. Entendo que isto pode ser um forte fator de proteção para a entrevistada.

A Sr^a Rubelita, por outro lado, apesar de se sentir mais deprimida nesta fase mais tardia da vida, teve motivação e iniciativa para buscar ajuda: *“Depois que eu procurei a terapia, me senti melhor de novo. Sabia que precisava de ajuda. Me fez muito bem. Hoje já estou de novo fazendo as minhas coisas, cuidando da casa, resolvendo meus problemas”,* o que pode ser explicado também por possuir um grau significativo de autoeficácia.

Já a Sra Jade, mais uma vez nos mostra em seu discurso toda a sua dificuldade em enfrentar as situações mais difíceis da vida e as perdas que o envelhecimento traz: *“Eu tenho muita dificuldade. Me sinto mal. Me sinto mal até se eu crio um problema para alguém. Não sei como lidar, me sinto culpada. É muito difícil erguer a cabeça e enfrentar as situações. Guardo os sofrimentos por muito tempo. É com muita dificuldade que eu lido com as perdas que o envelhecimento traz, não está sendo fácil envelhecer”. (Jade)*

De acordo com Bandura (1982), as pessoas com autoeficácia baixa têm sentimentos de inutilidade, falta de esperança, crença de que não são capazes de lidar com as situações que enfrentam e acreditam que têm poucas chances de mudá-las, e esta é a situação demonstrada acima pela Sra Jade. Frente a um problema, apresentam tendência de desistência depois da primeira tentativa frustrada. Não acreditam que sua atitude faça alguma diferença nem que tem controle e possibilidade de mudar o próprio destino.

A partir das análises dos discursos das entrevistadas foi evidenciado como a espiritualidade/pensamento religioso está associado ao cotidiano de muitos indivíduos, e como este pensamento pode contribuir com a superação de adversidades. Desta forma, a categoria final 5 também abarca a espiritualidade/religiosidade como elemento de importância neste processo.

Tomando como base nossa amostra de 5 idosas, a maioria delas referiu a importância do pensamento religioso para o enfrentamento dos momentos mais difíceis. Independentemente da religião ou da forma como é experienciada por cada uma delas a espiritualidade, a crença em algo divino e poderoso, capaz de solucionar, ou somente acompanha-las, dava a segurança necessária para seguirem em frente, gerando alívio e resiliência.

“Me sinto agradecida a Deus por viver por tantos anos. Não era uma meta minha chegar aos 90 anos. Deus foi generoso comigo em tantas formas... Diante de uma situação mais difícil eu rezo. Pergunto a Deus como ele quer que eu haja, às vezes não tenho muitas respostas e tenho que buscar de outras formas, num livro, mas sempre Deus dá uma força para seguir adiante. Ele dá a força e o próximo passo”. (Ametista)

“Eu rezo, eu confio em deus. Sei que Deus sabe muito mais. Deus sabe o que faz. Então isso me acalma, me tranquiliza. Se eu sinto que vou ficar mais angustiada, eu rezo mais. Isso me fortalece”. (Safira)

“Durante uma situação de muito estresse eu costumo rezar, acho que me alivia. Uso um pouco de respiração também, para tentar me acalmar. Eu sou ansiosa por natureza, mas aí eu me concentro tento rezar, respirar fundo e me acalmar, e eu vou tentando superar”. (Rubelita)

Gomes et al. (2014) consideram que é a espiritualidade a dimensão mais abrangente, indo além da religiosidade e da religião. Tendo em conta os mecanismos neurais, evidencia-se que não cabe ao indivíduo fazer escolha pela espiritualidade. Esta é uma realidade dada e inerente a cada sujeito. Cabe-lhe, sim dar espaço e aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento da espiritualidade, a qual lhe possibilitará maior ampliação das capacidades de lidar com os

eventos estressores e as questões da própria vida. A não expansão desta capacidade poderá deixá-lo mais suscetível o adoecimento tanto físico quanto emocional.

A espiritualidade não está necessariamente vinculada a uma crença em Deus; remete a uma questão universal e está baseada em um propósito de vida. Além disto, compartilha com a religiosidade a crença em uma divindade, mas não prega nenhuma específica. De outro modo, não descarta a possibilidade de que pessoas espiritualizadas possam acreditar em uma divindade específica. A espiritualidade não afasta a ideia de que a fé religiosa possa ser uma forma específica de vivenciar a própria espiritualidade (NUNES et al., 2017)

Oliveira e Junges (2012) verificaram que a espiritualidade, se bem integrada na vida dos sujeitos, contribui de forma positiva para a sua saúde mental. Diante das dificuldades com que todos se deparam ao longo da vida, algumas podendo levar ao adoecimento, Oliveira e Junges (2012) apontam para a relevância de que se perceba que a espiritualidade/religiosidade oferece relevantes recursos para enfrentar situações estressantes inevitáveis, em uma inter-relação direta com a saúde mental dos indivíduos.

Por fim, a manutenção da fé está diretamente relacionada com a vivência da espiritualidade e possibilita experiências de felicidade para aqueles que acreditam na recompensa divina, independente de professarem alguma religião (GOMES; FARINA e DAL FORNO, 2014). A religiosidade e espiritualidade são consideradas importante estratégia de resiliência no existir da pessoa idosa longeva, pois, por meio dela, é possível alcançar o bem-estar e enfrentar problemas de saúde e sociais (REIS e MENEZES, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise qualitativa dos discursos abordados nesta pesquisa, pôde-se fazer inferências muito relevantes, no que diz respeito ao entendimento das relações entre envelhecimento, trauma e resiliência, as quais vão aprimorar o conhecimento do funcionamento psíquico do idoso longo.

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, num primeiro momento se analisou as mudanças decorrentes do envelhecimento na perspectiva de cada participante. Identificou-se que cada indivíduo percebe o envelhecimento de sua própria maneira. O envelhecimento pode ser algo que traz satisfação, como também tristeza, e mesmo que o envelhecimento traga consigo perdas fisiológicas estas podem ser sublimadas se o indivíduo tem recursos psicológicos suficientes para isso.

A resiliência é um construto fundamental para se viver. Na velhice, fica muito claro o quanto a capacidade de resiliência pode fazer diferença para enfrentar a avalanche de perdas que o envelhecimento acarreta. Uma predisposição resiliente definiria, portanto, indivíduos que, mesmo quando expostos a situações de adversidade, não desenvolvem uma patologia psíquica, mas, ao contrário, apresentam uma capacidade de superar as dificuldades impostas pelo meio. O que contribui para esta capacidade?

A vida de constantes lutas, perdas, derrotas e vitórias, prepara o indivíduo para envelhecer. Porém, pôde ser visto a partir da análise desta pesquisa, que as vivências potencialmente traumáticas ao longo da vida podem não ser somente um fator de preparo. Estas vivências, se excederem a capacidade do indivíduo de enfrentá-las, poderão torná-lo vulnerável, trazendo intenso sofrimento. Lembrando que de acordo com a hipótese de inoculação do estresse que afirma que experimentar estressores gerenciáveis pode melhorar a capacidade de um indivíduo de lidar com futuros estressores, aumentando a resiliência e reduzindo a vulnerabilidade posterior a desfechos de saúde mental ruins (FERNANDEZ et al., 2020), apresentada na Introdução desta pesquisa, os estresses vivenciados não podem ultrapassar um limite.

Uma de nossas entrevistadas passou por muitas situações graves e de intenso sofrimento ao longo de sua infância, e isto a empobreceu de recursos para lidar com as situações difíceis mais adiante em sua vida. As demais entrevistadas, todas elas passaram por situações de dor e sofrimento, como demonstrado acima na análise das categorias finais, mas num nível que pode ter sido estruturante. Conforme refere Serry (2011) experimentar níveis baixos e moderados de adversidade pode contribuir para o desenvolvimento de propensão subsequente à resiliência.

Outro aspecto que se mostrou fundamental para o desenvolvimento da capacidade de resiliência foram as vivências de apego seguro na infância. Nossas quatro entrevistadas que tiveram a vivência de um lar seguro, demonstraram mais recursos resilientes para enfrentar as mudanças próprias do envelhecimento.

Além do amparo parental desenvolver os autoconceitos, a aquisição de recursos internos afetivos e comportamentais adquiridos nos primeiros anos de vida influencia diretamente o modo como a criança encara as adversidades. Logo, as experiências passadas determinam as reações presentes (BECKER, 2017). O que parece ter contribuído para que quatro de nossas entrevistadas enfrentassem os momentos de adversidade ao longo de suas vidas com persistência e sem se desestruturarem.

É importante salientar que uma dessas quatro entrevistadas apresentou um episódio depressivo recentemente após a morte do marido e precisou recorrer a ajuda de um médico. Porém com poucos encontros de psicoterapia conseguiu se sentir melhor e retomou sua vida de forma autônoma e independente. Esta entrevistada, apesar de ter tido pais amorosos como ficou claro na análise do seu discurso, e ter passado por situações adversas consideradas estruturantes, não conseguiu no momento em que desenvolveu o quadro depressivo, dar conta das exigências que a vida estava impondo. Isto mostra que cada indivíduo vai reagir de um jeito perante as situações adversas ao longo da vida, e que a capacidade resiliente não é um atributo fixo da pessoa.

As entrevistadas falam também sobre as perdas de pessoas queridas e o quanto sofreram nesses momentos. Apesar de sermos seres únicos, temos uma necessidade fundamental de relação afetiva, gostamos de ficar juntos, então sofremos ao separarmos-nos. A angústia de separação é um sentimento doloroso de temor quando uma relação afetiva é ameaçada de interrupção ou é interrompida (QUINODOZ, 1993). E, ao longo do desenvolvimento psicológico, utilizar esta solidão como uma forma de individuação e respeito com o próximo, é fundamental para se lidar com a solidão inerente à vida. A elaboração dessas angústias ao longo da vida e o método que cada indivíduo vai se utilizar para enfrentar a situação geradora de dor psíquica vai marcar o desenvolvimento psicológico de cada um.

Quinodoz (2008), refere que as perdas que sofremos na vida podem ser de vários tipos, como perda ou diminuição das capacidades físicas ou mentais, perda do emprego ou moradia, piora da saúde física ou mental ou perda do bem-estar geral. A maioria das entrevistadas ao perderem pessoas importantes ao longo de sua vida, se reergueram sem adoecer. O que fez a

diferença para que pudessem fazer estes lutos? Como foi possível lidar com a perda de pessoas tão fundamentais?

Entendo que isso se explica na qualidade dos vínculos vividos nos primeiros anos de vida. Tanto a Sra Esmeralda, como a Sra Safira, Rubelita e Ametista enfatizaram o quanto se sentiam seguras com seus pais, o quanto sentiam que estavam sempre acompanhadas. A Sra Esmeralda nos mostrou como se sente assim até hoje. Ao referir que se sente só, mas não abandonada, ela nos diz que segue com seus objetos internos dentro de si, e isto a protege da melancolia. Este é um elemento fundamental para se conseguir realizar o trabalho de luto e abrir espaço para novas identificações.

Conforme Freud, o trabalho de luto é um trabalho paulatino, resistente, doloroso e de inesgotável posição investigativa do ego em relação ao seu objeto de amor e de satisfação narcísica que o ego perdeu por morte ou abandono. Esclarece que a libido é resistente em abandonar posições prazerosas já experimentadas e que aos poucos, a ausência do objeto (dado de realidade) se impõe e o ego, exausto, desiste de recriar e salvar o objeto (psicose alucinatória do desejo), ficando livre e desinibido para novos investimentos. E aquilo que foi vivido na realidade externa passa a ser mantido internamente na realidade psíquica como experienciado (FREUD, 1917).

A capacidade de realizar o trabalho do luto também é algo fundamental para se viver em harmonia com o envelhecimento. Esta capacidade vem com o desenvolvimento psicológico na medida em que o indivíduo aprende a ser um ser único, capaz de viver só, e desta forma não se sinta morrendo à medida que vão morrendo seus entes queridos e na medida em que envelhece.

Também se analisou quais os mecanismos de defesa mais utilizados pelas entrevistadas, ao lidarem com suas vivências de sofrimento, e se percebeu que os mecanismos mais maduros estão sim mais associados a um funcionamento resiliente, demonstrando que a capacidade de resiliência é um construto presente nos indivíduos com mais amadurecimento psicológico.

A espiritualidade também se demonstrou relacionada com a capacidade resiliente, apesar de não ter sido relatada por todas as entrevistadas. Três das entrevistadas, com bons recursos para enfrentar as dificuldades do envelhecimento estão intimamente envolvidas com a espiritualidade/religiosidade, a outra entrevistada que também tem excelentes recursos psíquicos não fez nenhuma inferência sobre espiritualidade. A quinta entrevistada, a qual apresenta menos recursos psicológicos e menor capacidade resiliente também não fez nenhuma inferência.

Esta pesquisa nos permitiu analisar as relações entre envelhecimento, trauma e resiliência do ponto de vista de fatores externos do indivíduo, como as vivências de apego seguro na infância e a ocorrência de situações potencialmente traumáticas ao longo da vida, além de outros elementos intrínsecos do indivíduo que também estariam por trás dessa capacidade do indivíduo de lidar com as adversidades e evitar o adoecimento psíquico. A partir dos dados levantados pela pesquisa percebeu-se que uma certa quantidade de angústia pode promover força e melhorar a saúde mental até que um limite seja atingido; nesse ponto, a quantidade de angústia se torna avassaladora e pode levar a um declínio na saúde mental.

Karam et al (2014) referem que existe um ponto de inflexão em cada indivíduo que vai determinar se uma determinada situação adversa vai ocasionar um efeito de dose-resposta ou *sensibilização ao estresse*, gerando vulnerabilidade futura, ou de *inoculação ao estresse* desenvolvendo resiliência. A partir desta pesquisa entendo que o que vai determinar este ponto de inflexão, serão as vivências de amorosidade e apego que este indivíduo teve na infância, a trajetória do mesmo ao longo da vida, incluindo as conquistas e as vivências potencialmente traumáticas, e também as características intrínsecas do indivíduo. A falha em algum desses aspectos tende a diminuir o limiar deste ponto de inflexão e tornar o indivíduo mais vulnerável ao adoecimento psíquico. Mais ou menos resilientes, somos sempre o resultado dos bons e maus encontros entre nossa constituição e o ambiente no qual vivemos.

Como conclusão desta pesquisa, também se observou que tanto a visão psicanalítica, quanto a visão da psicologia positiva ou social, enfatizam a importância da vinculação precoce segura e a rede de apoio, bem como a necessidade de ocorrência de processos potencialmente traumáticos para o desenvolvimento da capacidade de resiliência. Entretanto, na visão psicanalítica, acrescenta-se a isso a importância da compreensão do que lhe ocorreu, só assim o indivíduo poderá agir sobre o trauma. Independentemente dos termos utilizados para se fazer as análises, o ponto comum entre todas elas, é o crescimento do indivíduo como pessoa e sua sensação de segurança no mundo. Estes são os elementos fundamentais para se obter um mínimo grau de resiliência.

Desta forma, conclui-se que:

1. Para haver resiliência é preciso haver um evento traumático prévio.
2. As vivências traumáticas não podem transbordar a capacidade que cada indivíduo tem para lidar com elas. Se houver este excesso, o trauma será prejudicial para o desenvolvimento da resiliência, tornando o indivíduo vulnerável ao sofrimento e ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos.

3. Vivências de apego seguro na infância são fundamentais para desenvolver a capacidade de resiliência.
4. A capacidade de realizar o trabalho de luto está diretamente relacionada com a capacidade de resiliência.
5. Os mecanismos de defesa maduros estão relacionados à capacidade resiliente, bem como os imaturos demonstram a dificuldade do indivíduo em se flexibilizar e aceitar as mudanças do envelhecimento.
6. Os auto-conceitos estão diretamente relacionados à capacidade resiliente.
7. A espiritualidade ajuda na capacidade resiliente do indivíduo, porém não é fundamental.

7 ARTIGO ORIGINAL

RELAÇÕES ENTRE RESILIÊNCIA TRAUMA E ENVELHECIMENTO

RELATIONSHIPS BETWEEN TRAUMA, RESILIENCE AND AGING

Tatiane Gil Asnis¹

Irani Iracema de Lima Argimon²

RESUMO

À medida que se envelhece, cada indivíduo tem sua maneira de lidar com as mudanças e com a perdas próprias do envelhecimento. Alguns sofrem de uma angústia que são incapazes de se recuperar, outros sofrem menos intensamente e por um período bem menor de tempo. Entretanto a maioria parece tolerar os estragos temporários das situações de adversidade muito bem, desta forma, o interesse tem sido direcionado aos fatores de resiliência em potencial que podem fornecer resistência mental. Por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis. Com o intuito de verificar o quanto os eventos potencialmente traumatizantes e as adversidades ao longo da vida são responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência no indivíduo idoso longevo, se realizou pesquisa qualitativa com 5 idosas longevas. Como resultado se obteve as seguintes conclusões: 1) Para haver resiliência é preciso haver um evento traumático prévio. 2) As vivências traumáticas não podem transbordar a capacidade que cada indivíduo tem para lidar com elas. 3) Vivências de apego seguro na infância são fundamentais para desenvolver a capacidade de resiliência. 4) A capacidade de realizar o trabalho de luto está diretamente relacionada com a capacidade de resiliência. 5) Os mecanismos de defesa maduros estão relacionados à capacidade resiliente. 6) Os auto-conceitos estão diretamente relacionados à capacidade resiliente. 7) A espiritualidade ajuda na capacidade resiliente do indivíduo, porém não é fundamental.

PALAVRAS CHAVE: Envelhecimento; resiliência, trauma

ABSTRACT

As you get older, each individual has his own way of dealing with the changes and losses that come with aging. Some suffer from an anguish that they are unable to recover from, others suffer less intensely and for a much shorter period of time. However, most seem to tolerate the temporary damage of adversity situations very well, so the interest has been directed to the potential resilience factors that can provide mental resistance. Resilience is understood as the set of social and intrapsychic processes that enable the healthy development of the person, even

¹Mestranda do curso de Gerontologia Biomédica Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Orientadora: Professora Titular dos cursos de Graduação e de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Professora Titular do Pós-Graduação do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

if they are experiencing unfavorable experiences. In order to verify the extent to which potentially traumatic events and adversities throughout life are responsible for the development of the resilience capacity in the long-lived elderly individual, a qualitative research was carried out with 5 long-lived elderly women. As a result, the following conclusions were reached: 1) In order to be resilient, there must be a previous³ traumatic event. 2) Traumatic experiences cannot overflow the capacity that each individual has to deal with them. 3) Experiences of secure attachment in childhood are essential to develop the capacity for resilience. 4) The ability to do the mourning work is directly related to the capacity for resilience. 5) Mature defense mechanisms are related to resilient capacity. 6) Self-concepts are directly related to resilient capacity. 7) Spirituality helps in the individual's resilient capacity, however it is not fundamental.

KEY WORDS: Aging; resilience, trauma

1 INTRODUÇÃO

O Brasil experimenta um rápido aumento da população com mais de 60 anos, acompanhando uma tendência mundial. Segundo projeções da ONU de 2019, os idosos longevos (com idade igual ou maior que 80 anos), constituem o segmento populacional que tem experimentado maior crescimento em todo o mundo (ALVES, 2019).

À medida que se envelhece, cada indivíduo tem sua maneira de lidar com as mudanças e com as perdas próprias do envelhecimento. Perdas que variam de indivíduo para indivíduo em ordem de aparecimento e de intensidade, mas todas elas inerentes à passagem do tempo (perda da jovialidade, da saúde, da beleza estética, das capacidades osteomusculares, da cognição, da autonomia e por fim da independência). Associa-se a velhice à perda da função reprodutiva, à saída dos filhos de casa, aposentadoria, alteração na posição da pessoa idosa na família (de líder da família a papéis mais periféricos) e morte de amigos e familiares, dentre outros (DAWALIBI, 2013).

A forma com que os indivíduos lidam com esses eventos potencialmente perturbadores difere. Alguns sofrem uma angústia da qual são incapazes de se recuperar, incluindo altos níveis de depressão, ansiedade, estresse, e ideação suicida (TAYLOR et al. 2020). Outros sofrem menos intensamente e por um período bem menor de tempo. Entretanto, a maioria parece tolerar os estragos temporários das situações de adversidade muito bem, sem nenhuma aparente perturbação na sua capacidade de funcionar no trabalho ou nos relacionamentos afetivos, e parece se mover para novos desafios de forma fácil (BONANNO, 2004).

Além das situações de adversidade próprias o envelhecimento, estima-se que 51% das mulheres e 60% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento potencialmente traumático ao longo da vida (GURGEL et al., 2013). Uma vez que a maioria das pessoas que vivenciam esses eventos estressantes não desenvolve psicopatologia, o interesse crescente tem sido direcionado aos fatores de resiliência em potencial que podem fornecer resistência mental (FAYE et al, 2018).

A resiliência é comumente definida como a capacidade do indivíduo ou da família de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las. Assim, por resiliência entende-se o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o

desenvolvimento saudável da pessoa, mesmo esta vivenciando experiências desfavoráveis (PINHEIRO, 2004). É um processo que resulta da interação entre o indivíduo e seu meio ambiente (LARANJEIRA, 2007) e da elaboração psicológica da situação geradora de conflito.

Com o aumento da expectativa de vida, e com as dificuldades que advêm do envelhecimento, a resiliência tem sido relacionada frequentemente à fase de vida mais tardia, quando se propõe que o seu desenvolvimento pode ser um fator protetor para o sofrimento psíquico decorrente das vivências do envelhecimento

A vida de constantes lutas, perdas, derrotas e vitórias, prepara o indivíduo para envelhecer. É a partir desta suposição que esta pesquisa será desenvolvida; com o intuito de verificar o quanto os eventos potencialmente traumatizantes e as adversidades ao longo da vida são responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência no indivíduo idoso longo, e com isto aumentar os conhecimentos acerca desta população que vem crescendo a cada ano.

2 DESENVOLVIMENTO

Traumatismos de todos os tipos podem advir com o avançar da idade, os falecimentos (do cônjuge, de familiares, de amigos) tornam-se cada vez mais frequentes e a perda da utilidade social e a doença podem ocasionar perturbações graves nos idosos (ECKHOLDT, 2018). Entretanto, neste contexto de risco, os idosos podem reagir de formas muito diferentes. Alguns parecem desenvolver um comportamento que facilmente poderemos classificar como resiliente, no qual os acontecimentos normais e esperados de vida são sobretudo precipitantes de novas expressividades ao invés de ameaças à continuidade do *self* (LARANJEIRA, 2007). Para outros, o efeito cumulativo das repetidas perdas, que impede a elaboração do luto e sua resolução, é um fato devastador.

Pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não, e além dos aspectos como temperamento, genética, aspectos sociais e econômicos, relacionamentos afetivos com familiares e amigos, a capacidade de resiliência própria de cada indivíduo será fundamental para essa superação. O mesmo indivíduo pode reagir bem ao risco em certo momento de vida e, em outro, não conseguir fazê-lo. Desta forma, a resiliência não é um atributo fixo da pessoa (STANTON et al, 2019). Devem ser levados em conta as qualidades do próprio indivíduo, o ambiente familiar favorável e também as interações positivas entre esses dois elementos (PINHEIRO, 2004).

O referencial psicanalítico investiga o processo resiliente através da análise do funcionamento intrapsíquico do indivíduo. O processo resiliente é percebido após o trauma (situação adversa), por meio do efeito psíquico gerado pelo mesmo, chamado traumatismo. A psicanálise investiga o traumatismo e refere-se à resiliência como um processo de reorganização psíquica frente ao mesmo (ANAULT, 2006; TYCHEY; LIGHEZZOLO, 2006). O traumatismo não é constituído unicamente de um choque provocado por um agente externo, mas também pelas possibilidades de reação da pessoa frente ao mesmo (CABRAL e LEWANDOWSKY, 2013).

A reação ao trauma, é uma reação que pode ser comparada ao trabalho de luto que precisamos realizar a todo o momento quando nos deparamos com situações de perda. É comum a alusão ao trabalho de luto gerado pelo envelhecimento, por doença ou pela morte dos próprios pais. Esse trabalho de luto também pode ser gerado por alguma enfermidade crônica ou incurável em um indivíduo madurescente, quando morre alguém da sua idade, etc. Todas

essas situações ativam o processo de luto, que acaba por promover crescimento e desenvolvimento ao longo de sua tramitação (MONTEIRO, 2013).

O efeito de *inoculação de estresse* afirma que a experiência de vários eventos potencialmente traumatizantes pode permitir que as pessoas fiquem melhor equipadas para enfrentar adversidades futuras e, portanto, podem se relacionar negativamente com a psicopatologia. Pesquisas indicam que a inoculação é afetada por vários fatores, incluindo o momento e a gravidade dos eventos potencialmente traumatizantes iniciais e as diferenças individuais no enfrentamento (SEERY, 2011).

Conforme estudo feito com sobreviventes de desastre no Chile, um histórico de estressores pré-desastre aumentou o risco de desenvolver TEPT pós-desastre e/ou transtorno depressivo maior, mostrando que esta amostra chilena provavelmente tenha experimentado *sensibilização do estresse* (FERNANDEZ, 2020), ao contrário do efeito de *inoculação* referido acima. A *sensibilização do estresse* afirma que um estressor tornará um indivíduo mais vulnerável aos efeitos negativos dos estressores subsequentes, em vez de desenvolver resiliência (McLAUGHLIN et al, 2010). Portanto, um indivíduo que tenha experimentado vários estressores em sua vida terá maior risco de desenvolver um transtorno psiquiátrico.

Dentre os recursos que o ego possui para garantir a estabilidade adaptativa, ao lidar com situações de ameaça, destacam-se os mecanismos de defesa. Essas medidas defensivas são utilizadas pelo ego em sua luta contra perigos intrapsíquicos e extrapsíquicos. De acordo com Cabral e Levandowsky (2013), os mecanismos de defesa são meios utilizados pelo ego para dominar, controlar e canalizar os perigos externos e internos. São estratégias inconscientes e involuntárias para regular a homeostase psíquica.

No processo resiliente prevalecem as defesas consideradas maduras e adaptativas, que contribuem para um bom estado de saúde mental. Entre estas, destacam-se a sublimação, o humor, a criatividade e o altruísmo, que servem de suporte às frustrações e auxiliam na gestão das pulsões agressivas presentes na situação traumática, condição necessária à manutenção do equilíbrio intrapsíquico (ANAULT, 2006). Já as defesas consideradas imaturas/primitivas, tais como a projeção, a passagem ao ato e o comportamento passivo-agressivo, contrapõem-se ao processo resiliente, por não possibilitarem ao ego a plasticidade e a flexibilidade necessárias para tal processo.

Diante de tais questões, percebe-se que é possível falar em um funcionamento mais ou menos resiliente através dos mecanismos de defesa utilizados pelo ego. Estes se apresentam como estratégias adaptativas para suportar o trauma, bem como o sofrimento que o acompanha (TYCHEY & LIGUEZZOLO, 2006). Os mecanismos de defesa e adaptação, a sua mentalização e posterior comunicação sob a forma de imagens e emoções sentidas são condição essencial para o funcionamento resiliente a longo prazo (CREMASCO, 2018).

Todos esses mecanismos de defesa devem ser vistos como tantos dispositivos intrapsíquicos capazes de promover a resiliência cada vez que o sujeito é confrontado com um excesso de excitações, fonte de intenso descontentamento, constituindo um importante fator de proteção para o ego. Utilizados de maneira flexível, ajudam a atenuar o choque, o impacto de representações perturbadoras e os efeitos associados à situação traumática. Constituem um estágio preliminar necessário para autorizar o trabalho posterior de elaboração mental das excitações e de conexão entre afetos e representações próprias da mentalização (CREMASCO, 2018).

Inúmeros estudos vêm mostrando uma clara associação entre adversidades ocorridas na infância, especialmente durante os primeiros meses de vida, e a origem de distúrbios emocionais e cognitivos na idade adulta (GIORDANI et al., 2020). Entretanto, deve-se notar que estas respostas comportamentais e neurofisiológicas moduladas pela experiência infantil podem não vir a produzir no futuro afecções psicopatológicas. É importante ressaltar que as

experiências infantis interagem com a constituição individual, determinando a vulnerabilidade ao adoecimento ou a capacidade resiliente.

De acordo com a perspectiva psicanalítica, enfocando a teoria das relações objetais, a resiliência é construída nos primeiros anos de vida, em uma rede vincular caracterizada pela sustentação, apego e identificação, na intersubjetividade que se manifesta na relação com o outro. Dessa forma, a psicanálise propõe-se a investigar a resiliência a partir dos vínculos significativos desenvolvidos pelo indivíduo desde os primeiros anos de vida. Estes podem contribuir para a adaptação bem-sucedida frente ao traumatismo por serem importantes fontes de recursos intrapsíquicos. Destacam-se, nessa perspectiva, especialmente as interações mãe-bebê. A qualidade das interações precoces mãe-bebê possibilita a aquisição de recursos intrapsíquicos fundamentais, que colaboram para a promoção da resiliência no indivíduo. Tais recursos provêm de um processo intersubjetivo que visa proporcionar o desenvolvimento da segurança interna e da autonomia da criança (CABRAL e LEWANDOVSKI, 2013).

Na visão de Boris Cyrulnik, psicanalista considerado o pai da resiliência, ao pensarmos em resiliência devemos entender que esse é um processo que necessita de diversos fatores, entre eles a tecedura de laços afetivos na primeira infância, e a criança ter desfrutado de um apego seguro. São aspectos que devem ser considerados ao pensarmos em resiliência, uma vez que, o que protege a criança e a ajuda na sua recuperação é a estabilidade familiar, a disposição de figuras de apego e a compreensão do que lhe ocorreu. Só assim a criança poderá agir sobre o trauma (CYRULNIK 2004).

Apego e resiliência são conceitos altamente relacionados. Conforme Holmes (2017) dentro do apego seguro, existem quatro fatores que aumentam a resiliência: mentalização (ser capaz de refletir sobre a adversidade é o primeiro passo no sentido de superá-lo; mães mentalizadoras promovem a autonomia de seus filhos), atuação efetiva (em oposição à passividade – criança autônoma é, portanto, uma criança ativa, capaz de enfrentar e superar pequenos estresses e contratempos), inoculação de estresse e o self estendido (capacidade de "estender" o self para incluir outros significativos para o sujeito).

Nessa perspectiva, a percepção do funcionamento mais ou menos resiliente do indivíduo se dá no trabalho psicoterápico, no qual se observa o seu efeito terapêutico em detrimento de circunstâncias desfavoráveis, mostrando-se como pulsão de vida e auxiliando o sujeito a progredir. No trabalho psicoterápico o agente do trauma não poderá ser mudado, mas o impacto do choque poderá ser reelaborado. De certo modo, o próprio processo terapêutico funcionaria como um fator promotor de resiliência (CABRAL e LEVANDOWSKY, 2013).

Avaliando a subjetividade dos idosos, do ponto de vista da psicologia positiva, percebe-se que os mecanismos de auto regulação do self são considerados os elementos centrais e propulsores da resiliência psicológica. Dentre esses mecanismos está o senso de autoeficácia. A autoeficácia pode ser definida como a crença que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para alcançar determinados resultados ou como a crença do indivíduo em sua capacidade pode influenciar a motivação, persistência, vulnerabilidade ao stress e depressão (VIVAN e ARGIMON, 2008).

A partir da avaliação deste construto, vários estudos indicam que quanto maior são os níveis de autoeficácia, menor é a presença de incapacidade, de sofrimento psíquico, de sintomas depressivos, de declínio em atividades básicas e instrumentais da vida diária; e maior é a saúde percebida, o ajustamento à dor, o esforço despendido em atividades requeridas, o ajustamento pessoal e a capacidade de mobilização de recursos de enfrentamento (PATRÃO et al., 2017).

De acordo com Rutter (1987), dois tipos de experiências são mais influenciadoras para desenvolver os autoconceitos: relações amorosas harmoniosas e seguras e conquistas de sucesso em tarefas que são consideradas importantes para cada indivíduo. Vários estudos sugerem que as experiências iniciais de vida de vínculo seguro com a mãe promove que a criança cresça com uma autoestima e autoeficácia elevada. Relações entre pais e filhos seguras e harmoniosas

promovem um grau de proteção ao se depararem com situações ameaçadoras ao longo da vida. O segundo tipo de experiência que parece levar a uma elevada autoestima e autoeficácia, são as conquistas de tarefas consideradas importantes para o indivíduo em todos os momentos desde as fases iniciais, infância e adolescência, bem como nas fases mais tardias da vida.

Em estudo realizado com refugiados estabelecidos no Reino Unido, uma série de aspectos positivos das atitudes demonstradas pelos refugiados foram consideradas como promotoras de resiliência e crescimento. Isso incluía gratidão, religiosidade, serviço aos outros e aceitação. A religião surgiu como um fator importante na promoção de enfrentamento e resiliência. Por exemplo, pode ser benéfico permitir que solicitantes de refúgio e refugiados se envolvam em atividades relacionadas à sua fé e aproveitem seus fortes impulsos altruístas, permitindo que contribuam para a sociedade, em vez de serem excluídos e estigmatizados. (TAYLOR et al., 2020).

A resiliência é um construto psicológico extremamente relevante para os idosos e que está relacionado com o envelhecimento saudável, sendo uma capacidade de reserva, um potencial do idoso para mudar e crescer a partir de recursos internos e externos que estejam disponíveis ao indivíduo. Alta resiliência mais tarde na vida tem sido associada a resultados ideais, como depressão reduzida e risco de mortalidade, bem como melhor autopercepção de envelhecimento bem-sucedido (MARTIN et al., 2015), maior qualidade de vida e melhores comportamentos de estilo de vida.

Com relação à funcionalidade do indivíduo, resiliência tem sido associada à capacidade de manter-se ativo e não desenvolver sintomas depressivos diante da adversidade. Escores de alta resiliência estão implicados em um nível elevado de independência do idoso enquanto que os mais dependentes nas atividades básicas ou instrumentais de vida diária recebem os escores de média a baixa resiliência (LEÃO et al., 2018).

3 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivo verificar o quanto os eventos potencialmente traumatizantes e as adversidades ao longo da vida são responsáveis pelo desenvolvimento da capacidade de resiliência no indivíduo idoso longo. Para isto, serão analisadas as mudanças decorrentes do envelhecimento na perspectiva de cada participante; o quanto a capacidade de resiliência está associada à qualidade do envelhecimento; as reações de cada indivíduo frente às situações traumáticas ao longo da vida; a capacidade que cada indivíduo apresenta para superar a dor do luto pelas perdas do envelhecimento; os mecanismos de defesa e adaptação mais utilizados na construção dos aspectos de resiliência; e outros fatores promotores da capacidade de resiliência de cada indivíduo.

4 MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido a partir de pressupostos metodológicos qualitativos, tanto no que concerne à coleta de dados, quanto em relação à análise dos mesmos. A amostra foi constituída por 5 mulheres consideradas longevas (com mais de 80 anos), que realizavam

tratamento psiquiátrico ou psicoterápico, e que não apresentavam quadros psicopatológicos graves no momento da entrevista, segundo os critérios do DSM-V, nem sintomas psicóticos ou diagnóstico de demência. O n de 5 foi estabelecido em função dos critérios de saturação próprios da pesquisa qualitativa.

Como instrumentos se utilizou uma Ficha de dados informativos dos participantes da pesquisa, com a finalidade de obter dados que caracterizassem os mesmos (nome, idade, sexo, data de nascimento, naturalidade, estado civil, escolaridade, profissão ou ocupação, religião, entre outros) e para a coleta de dados se utilizou uma entrevista individual semiestruturada que foi gravada e posteriormente transcrita, contemplando áreas de investigação previamente estabelecidas a partir da literatura especializada. Estas áreas de investigação constituíram os critérios norteadores do estudo, envolvendo e/ou focando (1) a trajetória de vida de cada indivíduo, (2) a presença de situações geradoras de sofrimento psíquico e/ou trauma, (3) mecanismos de defesa desenvolvidos para lidar com as situações traumáticas, e (4) relações afetivas na qualidade do envelhecimento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Científica da Escola de Medicina da PUCRS e pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. CAAE: 33545720.4.0000.5336. Todos os indivíduos entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise do material trabalhado nas 5 entrevistas realizadas, foram definidas as unidades de significado, as quais, por sua vez, foram organizadas em categorias iniciais. De acordo com os critérios norteadores deste estudo, foi possível separar as cinco categorias fundamentais para pensarmos esta pesquisa.

A descrição de cada categoria final (ver tabela 2) foi estruturada a partir das categorias intermediárias que lhe deram origem, sendo que, com a finalidade de proporcionar rigor e validade às categorias, foram transcritas de forma fiel algumas verbalizações dos participantes entrevistados.

A primeira categoria final foi denominada **As mudanças decorrentes do envelhecimento**. A senescência caracteriza-se por alterações que ocorrem no organismo, não associadas a doença, resultantes do envelhecimento normal e decorrentes do declínio progressivo do metabolismo celular e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais. Estas modificações próprias da senescência ficam evidentes nas falas das entrevistadas transcritas abaixo:

“Tudo vais mais lento. A cabeça, o corpo, o espírito às vezes também vai mais lento. Esta é a minha luta constante. De sentir que eu sempre tenho que seguir avançando, e mesmo com essa lentidão, tenho que lutar para seguir em frente”. (Ametista)

“Mas com a idade não é mais como era antes. O serviço braçal, por exemplo, as forças já não são as mesmas de jeito nenhum. A coluna me incomoda, então eu faço uma coisa, daí já descanso, então faço outra, é devagar, mas eu procuro não me entregar, mas eu não desisto”. (Safira)

Nesta primeira categoria final, podem-se perceber, como as mudanças que ocorrem ao longo da vida devem ser elaboradas à medida em que elas vão acontecendo. As mudanças são em todos os níveis, tanto físicas, quanto de papéis e posição. Mudanças e perdas que são consequência da longevidade, que se intensificam à medida que mais se vive. No caso da Sra Esmeralda, ela refere não ter comorbidades e declínios que prejudiquem sua autonomia e

independência, mesmo assim, tem que lidar com inúmeras mudanças, até mesmo com a maneira como ela é vista pela sociedade, que muitas vezes não espera determinados comportamentos: *“Olha, não é que eu me assuste, mas é que daí eu começo a tomar um pouco mais de cuidado... assim, as pessoas não esperam determinados comportamentos de uma senhora de 83 anos”*.

A Sra Jade nos demonstra como o envelhecimento, no seu ponto de vista, se torna fonte de intenso sofrimento:

“Então envelhecer é algo muito difícil para mim em função das doenças, das perdas, a vida muda muito. Desde a alimentação... Estou achando muito difícil. Me sinto velha, me sinto feia. Acho que eu mudei muito. Antes eu era uma pessoa muito ativa, e agora eu não sou mais aquela pessoa ativa, fui parando... eu era vaidosa; fui perdendo a vaidade à medida que eu fui envelhecendo”. (Jade)

Kreuz e Franco (2017) referem que envelhecer é entregar-se a um lento, constante e necessário trabalho de luto, desta forma reconhecer e acolher o luto do idoso acerca de seu processo de envelhecimento e adoecimento faz-se fundamental ao se trabalhar clinicamente com este indivíduo. O processo, empreendido pelo próprio sujeito, consiste em despojar-se daquilo que foi sua vida, elaborar as marcas deixadas no real do corpo, desinvestir daquilo que não é mais possível realizar e admitir que possui apenas um controle restrito sobre a própria existência, tratando de encontrar maneiras para conduzir o real e suas possibilidades com o futuro.

Assim, se o luto puder ser trabalhado, será possível perceber o envelhecimento como uma forma de amadurecimento. Alguns indivíduos, com uma capacidade maior de elaborar as perdas, conseguem aceitar de forma mais resiliente as mudanças do envelhecimento. Isto pôde ser visto na fala da Sra Rubelita:

“Eu nunca tive problema com idade. Sempre recebi tudo muito bem. Não sei se porque fisicamente eu me conservo, não tive nenhum problema de saúde. Então eu fico feliz de envelhecer. Também tem as compensações, os netos, bisnetos. A única coisa foi a doença do meu esposo. Mas não tenho problema com envelhecer, acho que é natural da pessoa”. (Rubelita)

A partir das vivências de perdas próprias do envelhecimento vistas na primeira categoria final, e analisando as reações de cada entrevistada, foi dado andamento à interpretação dos resultados abordando um componente muito importante para lidar com estas perdas. A segunda categoria final foi definida como **Conquistas de uma vida**.

A trajetória de vida, a família, o trabalho e os amigos, se colocam como fundamentais para se lidar com as perdas do envelhecimento. Isto é exemplificado nas falas das entrevistadas abaixo:

“E eu tenho muitas riquezas na vida. Tenho minha família, amizades, sou muito paparicada, faço parte da comunidade de viúvas de pessoas sós, as colegas têm muito apreço por mim, confiam em mim. As pessoas me tratam com tanto carinho na paróquia, me valorizam, muito além do que eu mereço”. (Safira)

A realização profissional também foi apontada como algo a se orgulhar: *“Fui tão bem recebida na escola X, fui crescendo até me tornar diretora. Eles me elogiavam muito e me queriam muito bem. Fui muito feliz lá, me apaixonei pela escola, pelos alunos. Tenho amigas até hoje deste período. Foram vivências muito importantes e significativas”*. (Esmeralda)

Enfatizando a convivência coletiva como um caminho para a vida, A Sra Rubelita nos mostra a importância da amorosidade e dos laços afetivos para lidar com o isolamento característico desta fase:

“A minha rede agora está muito diminuta, mas eu conto muito com meus filhos. E isso é muito importante. A pandemia nos prejudicou muito... Passo bem em função da presença da família e dos filhos; eles me cuidam muito. O apoio da família e dos filhos ao meu redor é muito importante”. (Rubelita)

Nesta categoria final, as manifestações da Sra Esmeralda revelam a importância de se ter tido uma vida com realizações plenas, tanto no sentido profissional como afetivo:

“Eu tenho uma foto com todas as pessoas da minha família. Eu coloquei aquela foto no grupo da família dizendo que eu era a matriarca dessa família. Pois de uma filha única, que nem tinha uma casa cheia de gente, então agora eu tenho, e eu sou muito feliz por isso”. O fato de a mesma ter construído uma trajetória onde ela se denominou a matriarca, tendo dado origem a uma sucessão de indivíduos capazes de reconhecê-la e valorizá-la, a valida como ser que envelhece. Desta forma, esta categoria final, se mostra como algo de fundamental importância para se ter um projeto de longevidade com qualidade de vida.

Além da importância das conquistas para se contraporem às perdas inerentes ao envelhecimento existe uma outra situação, a qual também foi analisada e que interfere na forma com que indivíduo se coloca perante as mudanças do ciclo de vida. A partir dessas considerações, estruturou-se a terceira categoria final – **Situações adversas/traumáticas e reações desencadeadas**.

Nas falas das entrevistadas abaixo são exemplificadas situações que geraram intenso sofrimento psíquico:

“Minha mãe costumava dizer que eu tinha nascido por descuido, e eu não imaginava que isso poderia ter me causado algum problema interior, mas um dia, já adulta, eu participei de uma palestra onde se falou muito sobre perdão e eu percebi que sim, que isso sempre me incomodou muito. Chorei muito”. (Safira)

“Meu pai nunca morou conosco. Ele era esquizofrênico. E vivia tentando se suicidar e tentava nos matar com cacos de vidro. Certa vez meu irmão mais velho se deu conta e nos salvou. Quando eu tinha 4 anos prenderam meu pai na cadeia, pois não havia hospital psiquiátrico. Até que conseguiram trazer ele para o São Pedro. A partir daí ele não conviveu mais conosco”. (Jade)

“Quando minha mãe me deu para uma senhora, para mim foi brabo. Muito difícil. Eu sentia muita falta da minha família. Mas tive que aguentar. Começou cedo a minha luta. Eu estava com 12 anos. Ela me deu porque estava difícil para criar os 4 filhos e como meu pai estava internado ela teve que me dar”. (Jade)

“No colégio eu tive um episódio muito feio de preconceito contra minha religião. Na época eu não sabia o porquê, não entendi porque a professora fez aquilo comigo, mas daí comecei a entender que eles falavam muito em religião... mais tarde eu aprendi que não... então eu fiquei sabendo de mais coisas”. (Esmeralda)

Esta terceira categoria final demonstra algumas situações potencialmente traumáticas as quais os indivíduos estão suscetíveis ao longo da vida. Dentre elas, aparecem situações de preconceito racial, situações de perda de pessoas queridas, doenças graves, doenças mentais na família, conflitos familiares e pobreza financeira. Estas situações, se não forem elaboradas à medida que ocorrem, vão contribuir para um desfecho de sofrimento psíquico e/ou desenvolvimento de quadro psicopatológico.

Conforme visto na fala da Sra Rubelita: *“Foi uma doença progressiva e muito longa a doença do meu marido. Foi me extenuando. Apesar de eu ter o apoio de médicos que me ajudavam, eu sempre tinha que estar muito atenta. Essa foi a fase mais difícil. Foi o meu auge do estresse na vida. Foram 10 anos de doença, lidando com cada situação, até o dia da morte. O tempo me desgastou e no final eu me esgotei. Tive vontade de morrer”*. (Rubelita)

Já a Sr^a Esmeralda, ao falar da perda do marido, nos mostra uma capacidade de diferenciar o sentir-se abandonada do sentir-se só: *“Eu me sinto só, mas não abandonada. Eu sei que eu estou só, eu sinto que eu estou só, eu não tenho a menor dúvida”*. A mesma refere que estes momentos atuais de vida a tornaram só, em função de não poder compartilhar mais o dia a dia com seu marido falecido, mas independente disso, segue se sentindo acompanhada.

Demonstrou desta forma sua capacidade de elaborar o luto da perda de seu ente querido e assim, de tolerar sua ausência física.

Os mecanismos de defesa do ego também estão envolvidos na forma de enfrentar as situações adversas. O altruísmo é um mecanismo de defesa bastante utilizado pelas entrevistadas que apresentam um funcionamento mais resiliente. Por exemplo, na fala da Sra Safira: *“O maior ensinamento da vida para mim é amar e perdoar”*. E também na fala da Sra Rubelita: *“A bondade é uma coisa muito importante na vida. A bondade e o amor da família”*. A Sra Ametista também demonstra o altruísmo em diversos momentos: *“Acho essencial na vida ter boas relações e amar as pessoas que estão ao nosso redor. Amar e tentar ajudar. Mostrar que aprecio eles e que os quero muito”*.

O humor também é considerado um mecanismo de defesa maduro, e pode ser demonstrado na fala da Sra Ametista ao ser questionada como lida com as perdas do envelhecimento: *“Tenho os aparelhos de ouvido (risos), mas não me ajudam muito. Eles (filhos de criação) me ajudam mais”*. A Sra Ametista segue mostrando sua capacidade resiliente através da sublimação: *“Foi muito triste não termos conseguido ter filhos biológicos, mas tive o privilégio de acolher mais de mil jovens desde os anos 60. São jovens que eu e meu marido pudemos acolher e cuidar. E hoje muitos deles seguem comigo. Me cuidando”*.

A Sra Rubelita se utilizou, por muito tempo, da racionalização para conseguir dar conta dos cuidados do marido doente. Foram 10 anos cuidando do deterioro mental e físico do marido com doença de Alzheimer: *“Eu já vinha me acostumando com a ideia da perda dele ao longo dos anos. Essa perda eu achava que já estava elaborando há algum tempo. Mas eu tinha a presença dele ao meu lado. Então quando ele faleceu, mudou muito a minha rotina. Foi muito difícil. Mas daí busquei ajuda”*. Após o falecimento do marido a Sr^a Rubelita buscou ajuda, no momento em que suas defesas psicológicas não foram suficientes para assegurar um equilíbrio psíquico ao passar por tantas situações de adversidades. Sua experiência de perdas e de proximidade da morte desencadearam reação de tristeza e angústia o que a pressionou a buscar tratamento psicológico.

Analisando os mecanismos de defesa menos maduros, encontramos a inibição no discurso da Sra Jade. A mesma passou por muitas situações traumáticas em sua vida, e apresenta hoje em dia sérias dificuldades para lidar com o envelhecimento; se utilizou da inibição para lidar com as sucessivas rejeições: *“Era uma grande tristeza, eu não tinha dinheiro para comprar o enxoval do nenê. E o pai não quis saber... foi muito difícil, eu era muito triste, mas precisava seguir trabalhando.... tive que resolver tudo muito sozinha, com 20 anos. Mais tarde me casei. Mas por conveniência. Nunca mais me apaixonei”*.

A Sra Jade também nos mostra o uso do isolamento para conseguir levar sua vida de forma menos sofrida: *“ Eu sempre fui uma pessoa assim desligada com a família. Eu nunca cuidei da minha mãe. Ela era diabética grave. Talvez tenha ficado uma marca que não me permitiu cuidar dela; é bem provável... eu sempre achava difícil ficar com ela. Eu não tinha disponibilidade para ela”*. Tanto o isolamento quanto a inibição são considerados mecanismos de defesa imaturos, ou seja, mecanismos menos relacionados com o desenvolvimento da resiliência.

A importância das ligações objetais demonstrada nos discursos das entrevistadas, inauguram a quarta categoria final – **Amparo parental**. Esta categoria trabalha com a importância dos objetos internos no desenvolvimento da capacidade egóica no indivíduo e também na construção de uma base de segurança para enfrentar as diversas adversidades que a vida impõe.

A análise dos discursos demonstrou a diferença nas experiências de amparo parental que as cinco entrevistadas tiveram. Por um lado, quatro delas referiram uma experiência de lar seguro e repleto de amorosidade. Referem com muita ênfase as vivências de união e segurança

obtidas na infância, como se isso realmente tivesse construído uma base segura para se colocarem perante as situações difíceis da vida.

“A gente ia muito no Centro. Tudo era feito no Centro e a gente se arrumava melhor e na Rua da Praia era cheio de fotografos. Tu não fazes ideia de quantas fotos eu tenho, eu, a minha mãe e meu pai, os três. Sempre de mãos dadas. Eu tive meus pais o tempo todo comigo”. (Esmeralda)

“A mãe fazia o natal da criança pobre, então qualquer retalho que ela pegava ela ia costurando uns saquinhos, e ao longo do ano ia enchendo os saquinhos com lembrancinhas. Quando entrava dezembro, aí nós começávamos a fazer bolachinhas de natal e montávamos os saquinhos. O natal era tão lindo, tão lindo, era inexplicável! Eu fui muito acostumada a ganhar muitos presentes de natal desde pequena. Muitas coisas boas com meus pais, sempre foi muito bom, me sentia segura com eles...” (Safira)

“A relação com os pais era muito boa. Vivíamos em uma casa bastante grande. Todas as tardes quando voltava meu pai eu escutava a chave da porta principal e eu corria a toda a velocidade para me atirar nos braços do meu pai. Este eram os momentos mais felizes do meu dia. Sempre gostei muito do meu pai. Me sentia totalmente segura com meu pai”. (Ametista)

“Sempre fui muito acarinhada pelos meus pais, que sempre foram muito amorosos. Tanto que depois que eu casei, eles sempre vinham para a cidade grande me ver, até que os dois se mudaram para cá com o tempo”. (Rubelita)

Por outro lado, encontramos no discurso da Sra Jade uma experiência completamente oposta, de negligência abuso e rejeição:

“Não cresci num ambiente seguro. Éramos cuidados só pela mãe, com pouco dinheiro, pai doente, ausente. Depois minha mãe me deu para uma senhora... Quando engravidei novamente fui rechaçada”. (Jade)

As experiências de amparo na infância moldam a forma como o indivíduo se coloca nas situações subsequentes de sua vida. Isso é bem evidenciado nas colocações abaixo das entrevistadas:

“Quando descobri a traição do marido e pedi a separação, fiquei muito deprimida. Mesmo sem estar apaixonada aquilo me abalou muito. Não sei o porquê eu me senti tão sozinha com os guris. Pensava: E agora, o que eu faço, sem a companhia do pai? Me senti completamente insegura e sozinha”. (Jade)

E também:

“Eu sou meio seca. Não me apaixono muito pelas pessoas. Não me entrego muito. Acho que sempre fui um pouco assim”. (Jade)

Por outro lado, as demais entrevistadas que tiveram um lar de apego seguro e adquiriram recursos internos suficientes, conseguiram dar outro desfecho para as adversidades:

“Eu acho que desde menina eu fui educada para ser alguém. Ser eu, ser gente”. (Esmeralda)

“Não só aprendi, como também ensinei, então eu acho que as relações com os pais são dessa forma. Saber receber e aceitar, acolher o que eles têm para ensinar e quando for preciso também ensinar, com caridade e não com arrogância, autoridade. Com caridade”. (Safira)

A análise dos discursos até o momento nos levam ao desfecho buscado nesta pesquisa, que é o entendimento da capacidade de resiliência. Desta forma a quinta categoria final foi denominada **A resiliência e a superação das adversidades**.

Nesta categoria se percebe a capacidade de superação e enfrentamento das adversidades nos discursos de quatro entrevistadas, que demonstram auto-confiança e autoeficácia, acreditando que estão fazendo o seu melhor.

A autoeficácia é um conceito muito utilizado na discussão do envelhecimento saudável, em função de poder ser considerada um fator protetivo (MARTINEZ et al, 2018). A autoeficácia é relacionada com as crenças da pessoa em suas capacidades de exercer controle

sobre seu próprio funcionamento e sobre os eventos que afetam suas vidas, e isto pode ser evidenciado nos relatos abaixo.

“Se me fizerem alguma coisa, por mais que esteja doendo aqui dentro eu perdooo. Eu digo: olha, tá doendo, mas eu perdooo. Não carrego ninguém nas minhas costas. Isso é um ensinamento muito grande. Não fico com aquilo no coração. Não precisa esquecer, só perdoar. Eu tenho essa virtude, essa graça”. (Safira)

Abaixo o relato da Sr^a Esmeralda referindo entusiasmo ao enfrentar situações adversas e demonstrando uma atitude pró-ativa com a vida.

“Mas lógico! Eu não tenho medo de ninguém. Assim eu aprendi com meus pais. Enfrentar. Não precisa ter dinheiro, precisa mostrar que tu tens vontade própria. E eu sempre batalhei por isso... pessoa tem que ter uma força para lutar pela vida, seguir fazendo suas coisas, conquistando, trabalhando”. (Esmeralda)

Através do relato acima, se pode assinalar que a Sr^a Esmeralda tende a manter uma conduta otimista e positiva, mesmo nos momentos de mais dificuldade. Conforme comentou, foi ensinada a batalhar por sua vida e desde pequena se esforçou para levar adiante os ensinamentos de seus pais, os quais passaram muita segurança para mesma, fazendo com que desenvolvesse um senso elevado de autoeficácia. Entendo que isto pode ser um forte fator de proteção para a entrevistada.

Já a Sra Jade, mais uma vez nos mostra em seu discurso toda a sua dificuldade em enfrentar as situações mais difíceis da vida e as perdas que o envelhecimento traz:

“Eu tenho muita dificuldade. Me sinto mal. Me sinto mal até se eu crio um problema para alguém. Não sei como lidar, me sinto culpada. É muito difícil erguer a cabeça e enfrentar as situações. Guardo os sofrimentos por muito tempo. É com muita dificuldade que eu lido com as perdas que o envelhecimento traz, não está sendo fácil envelhecer”. (Jade)

De acordo com Bandura (1982), as pessoas com autoeficácia baixa tem sentimentos de inutilidade, falta de esperança, crença de que não são capazes de lidar com as situações que enfrentam e acreditam que têm poucas chances de mudá-las, e esta é a situação demonstrada acima pela Sra Jade. Frente a um problema, apresentam tendência de desistência depois da primeira tentativa frustrada. Não acreditam que sua atitude faça alguma diferença nem que tem controle e possibilidade de mudar o próprio destino.

A partir das análises dos discursos das entrevistadas também foi evidenciado como a espiritualidade/pensamento religioso está associado ao cotidiano de muitos indivíduos, e como este pensamento pode contribuir com a superação de adversidades. Desta forma, a categoria final 5 também abarca a espiritualidade/religiosidade como elemento de importância neste processo.

Tomando como base nossa amostra de 5 idosas, a maioria delas referiu a importância do pensamento religioso para o enfrentamento dos momentos mais difíceis. Independentemente da religião ou da forma como é experienciada por cada uma delas a espiritualidade, a crença em algo divino e poderoso, capaz de solucionar, ou somente acompanha-las, dava a segurança necessária para seguirem em frente, gerando alívio e resiliência.

“Me sinto agradecida a Deus por viver por tantos anos. Não era uma meta minha chegar aos 90 anos. Deus foi generoso comigo em tantas formas... Diante de uma situação mais difícil eu rezo. Pergunto a Deus como ele quer que eu haja, às vezes não tenho muitas respostas e tenho que buscar de outras formas, num livro, mas sempre Deus dá uma força para seguir adiante. Ele dá a força e o próximo passo”. (Ametista)

“Eu rezo, eu confio em deus. Sei que Deus sabe muito mais. Deus sabe o que faz. Então isso me acalma, me tranquiliza. Se eu sinto que vou ficar mais angustiada, eu rezo mais. Isso me fortalece”. (Safira)

“Durante uma situação de muito estresse eu costumo rezar, acho que me alivia. Uso um pouco de respiração também, para tentar me acalmar. Eu sou ansiosa por natureza, mas aí eu me concentro tento rezar, respirar fundo e me acalmar, e eu vou tentando superar”. (Rubelita)

Gomes et al (2014) consideram que é a espiritualidade a dimensão mais abrangente, indo além da religiosidade e da religião. Tendo em conta os mecanismos neurais, evidencia-se que não cabe ao indivíduo fazer escolha pela espiritualidade. Esta é uma realidade dada e inerente a cada sujeito. Cabe-lhe, sim dar espaço e aproveitar as oportunidades para o desenvolvimento da espiritualidade, a qual lhe possibilitará maior ampliação das capacidades de lidar com os eventos estressores e as questões da própria vida. A não expansão desta capacidade poderá deixá-lo mais suscetível o adoecimento tanto físico quanto emocional.

Por fim, a manutenção da fé está diretamente relacionada com a vivência da espiritualidade e possibilita experiências de felicidade para aqueles que acreditam na recompensa divina, independente de professarem alguma religião (GOMES et al, 2014). A religiosidade e espiritualidade são consideradas importante estratégia de resiliência no existir da pessoa idosa longeva, pois, por meio dela, é possível alcançar o bem-estar e enfrentar problemas de saúde e sociais (REIS, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise qualitativa dos discursos abordados nesta pesquisa, pôde-se fazer inferências muito relevantes, no que diz respeito ao entendimento das relações entre envelhecimento, trauma e resiliência, as quais vão aprimorar o conhecimento do funcionamento psíquico do idoso longevo.

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, num primeiro momento se analisou as mudanças decorrentes do envelhecimento na perspectiva de cada participante. Identificou-se que cada indivíduo percebe o envelhecimento de sua própria maneira. O envelhecimento pode ser algo que traz satisfação, como também tristeza, e mesmo que o envelhecimento traga consigo perdas fisiológicas estas podem ser sublimadas se o indivíduo tem recursos psicológicos suficientes para isso.

A resiliência é um construto fundamental para se viver. Na velhice, fica muito claro o quanto a capacidade de resiliência pode fazer diferença para enfrentar a avalanche de perdas que o envelhecimento acarreta. Uma predisposição resiliente definiria, portanto, indivíduos que, mesmo quando expostos a situações de adversidade, não desenvolvem uma patologia psíquica, mas, ao contrário, apresentam uma capacidade de superar as dificuldades impostas pelo meio. O que contribui para esta capacidade?

A vida de constantes lutas, perdas, derrotas e vitórias, prepara o indivíduo para envelhecer. Porém, pôde ser visto a partir da análise desta pesquisa, que as vivências potencialmente traumáticas ao longo da vida podem não ser somente um fator de preparo. Estas vivências, se excederem a capacidade do indivíduo de enfrentá-las, poderão torná-lo vulnerável, trazendo intenso sofrimento, ou seja, os estresses vivenciados não podem ultrapassar um limite.

Uma de nossas entrevistadas passou por muitas situações graves e de intenso sofrimento ao longo de sua infância, e isto a empobreceu de recursos para lidar com as situações difíceis mais adiante em sua vida. As demais entrevistadas, todas elas passaram por situações de dor e sofrimento, como demonstrado acima na análise das categorias finais, mas num nível que pode ter sido estruturante. Conforme refere Serry (2011) experimentar níveis baixos e moderados de adversidade pode contribuir para o desenvolvimento de propensão subsequente à resiliência.

Outro aspecto que se mostrou fundamental para o desenvolvimento da capacidade de resiliência foram as vivências de apego seguro na infância. Nossas quatro entrevistadas que tiveram a vivência de um lar seguro, demonstraram mais recursos resilientes para enfrentar as mudanças próprias do envelhecimento.

Além do amparo parental desenvolver os autoconceitos, a aquisição de recursos internos afetivos e comportamentais adquiridos nos primeiros anos de vida influencia diretamente o modo como a criança encara as adversidades. O que parece ter contribuído para que quatro de

nossas entrevistadas enfrentassem os momentos de adversidade ao longo de suas vidas com persistência e sem se desestruturarem.

As entrevistadas falam também sobre as perdas de pessoas queridas e o quanto sofreram nesses momentos, porém, a maioria delas, ao perderem pessoas importantes, se reergueram sem adoecer. O que fez a diferença para que pudessem fazer estes lutos? Como foi possível lidar com a perda de pessoas tão fundamentais?

Entendo que isso se explica na qualidade dos vínculos vividos nos primeiros anos de vida. Tanto a Sra Esmeralda, como a Sra Safira, Rubelita e Ametista enfatizaram o quanto se sentiam seguras com seus pais, o quanto sentiam que estavam sempre acompanhadas. A Sra Esmeralda nos mostrou como se sente assim até hoje. Ao referir que se sente só, mas não abandonada, ela nos diz que segue com seus objetos internos dentro de si, e isto a protege da melancolia. Este é um elemento fundamental para se conseguir realizar o trabalho de luto e abrir espaço para novas identificações.

A capacidade de realizar o trabalho do luto também é algo fundamental para se viver em harmonia com o envelhecimento. Esta capacidade vem com o desenvolvimento psicológico na medida em que o indivíduo aprende a ser um ser único, capaz de viver só, e desta forma não se sinta morrendo à medida que vão morrendo seus entes queridos e na medida em que envelhece.

Também se analisou quais os mecanismos de defesa mais utilizados pelas entrevistadas, ao lidarem com suas vivências de sofrimento, e se percebeu que os mecanismos mais maduros estão sim mais associados a um funcionamento resiliente, demonstrando que a capacidade de resiliência é um construto presente nos indivíduos com mais amadurecimento psicológico.

A espiritualidade também se demonstrou relacionada com a capacidade resiliente, apesar de não ter sido relatada por todas as entrevistadas. Três das entrevistadas, com bons recursos para enfrentar as dificuldades do envelhecimento estão intimamente envolvidas com a espiritualidade/religiosidade, a outra entrevistada que também tem excelentes recursos psíquicos não fez nenhuma inferência sobre espiritualidade. A quinta entrevistada, a qual apresenta menos recursos psicológicos e menor capacidade resiliente também não fez nenhuma inferência.

Esta pesquisa nos permitiu analisar as relações entre envelhecimento trauma e resiliência do ponto de vista de fatores externos do indivíduo, como as vivências de apego seguro na infância e a ocorrência de situações potencialmente traumáticas ao longo da vida, além de outros elementos intrínsecos do indivíduo que também estariam por trás dessa capacidade do indivíduo de lidar com as adversidades e evitar o adoecimento psíquico. A partir dos dados levantados pela pesquisa percebeu-se que uma certa quantidade de angústia pode promover força e melhorar a saúde mental até que um limite seja atingido; nesse ponto, a quantidade de angústia se torna avassaladora e pode levar a um declínio na saúde mental;

Conclui-se que para haver resiliência é preciso haver traumatismo prévio, e o que vai determinar o quanto uma situação adversa/traumática vai ser capaz de gerar crescimento ou adoecimento psíquico, ou seja capacidade de resiliência, serão as vivências de amorosidade e apego que este indivíduo teve na infância, a trajetória do mesmo ao longo da vida, incluindo suas conquistas e relacionamentos, e também as características intrínsecas de cada um.

Desta forma, conclui-se que:

1. Para haver resiliência é preciso haver um evento traumático prévio.
- 2) As vivências traumáticas não podem transbordar a capacidade que cada indivíduo tem para lidar com elas. Se houver este excesso, o trauma será prejudicial para o desenvolvimento da resiliência, tornando o indivíduo vulnerável ao sofrimento e ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos.
- 3) Vivências de apego seguro na infância são fundamentais para desenvolver a capacidade de resiliência.
- 4) A capacidade de realizar o trabalho de luto está diretamente relacionada com a capacidade de resiliência.
- 5) Os mecanismos de defesa maduros estão relacionados à capacidade resiliente, bem como os imaturos demonstram a dificuldade do

indivíduo em se flexibilizar e aceitar as mudanças do envelhecimento. 6) Os auto-conceitos estão diretamente relacionados à capacidade resiliente. 7) A espiritualidade ajuda na capacidade resiliente do indivíduo, porém não é fundamental.

REFERÊNCIAS

- ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. *In: Portal do Envelhecimento e LongeViver*. São Paulo, 2019. Disponível em: [http:// www.portaldoenvelhecimento.com.br](http://www.portaldoenvelhecimento.com.br) . Acesso em 23 de maio de 2020.
- ANAULT, M. (2006). La résilience au risque de la psychanalyse ou la psychanalyse au risque de la résilience. *In: B. Cyrulnik & P. Duval (Orgs.), Psychanalyse et Résilience*. Paris: Odile Jacob, 2006.
- ATKINSON, Bradley J. Relationships and the neurobiology of resilience. In K. Skerrett, K. Fergus, K. Skerrett, & K. Fergus (Eds.), **Couple resilience: Emerging perspectives**, New York: Springer, p. 107-120, 2015. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9909-6_6
- BANDURA, Albert. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- BANDURA, Albert. Social cognitive theory: An Agentic Perspective. **Annual Review of Psychology**. v. 52, p. 1–26, fev. 2001.
- BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar 2004.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BECKER, Joana Proença. **Do trauma à psicossomática: As marcas indeléveis da guerra**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra, 2017
- BEUTEL, Manfred E., et al. Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. **Menopause**, Boston, v. 16, n. 6, p. 8-1132, dez. 2009.
- BICALHO, M. A.; CINTRA, M. T. Modificações fisiológicas sistêmicas no envelhecimento. *In: Neuropsicologia do envelhecimento, uma abordagem multidimensional*. MALLOY-DINIZ e organizadores. Artmed. Porto Alegre, p. 43-63, 2013.
- BONANNO, George A. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. **American Psychologist**, Nova Iorque, v. 59, n. 1, p. 20-28, jan. 2004.
- BONANNO, George A., et al. Psychological resilience after disaster - New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. **Psychological Science**, v. 17, n. 3, p. 181-186. 2006.
- BRITO, Maria da Conceição Coelho, et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161-78. 2013.
- BRITO, Thaís Alves., et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 308-313. dec. 2014.

BURMEISTER, S., et al. Reflexões sobre qualidade de vida e envelhecimento. *In*: CATALDO, A. e organizadores. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia VI**. Porto Alegre, Edipucrs, 2016.

CABRAL, Stella Araújo; LEVANDOWSKY, Daniela Centenaro. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. **Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 42-55, 2013.

CALDAS, Célia Pereira. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. *In*: NETTO, M.P. **Tratado de Gerontologia**, 2. ed. São Paulo: Ed Atheneu, 2007.

CASTRO-COSTA, E. Epidemiologia dos transtornos mentais nos idosos brasileiros. *In*: **Psicogeriatria na prática clínica**. TEIXEIRA, A. L., DINIZ, B. S., MALLOY-DINIZ, L. F. São Paulo: Ed Pearson, p. 24-41, 2017.

CÍCERO, Marco Tulio. **Saber Envelhecer e a Amizade**. Trad NEVES, Porto Alegre: L&PM, 2019.

CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Edusp, 2008.

COAN, James A. Attachment and neuroscience. *In*: CASSIDY J, SHAVER P. (Eds.), **Handbook of Attachment**, New York: The Guilford Press, 3. ed, 2016.

COSTA, Mónica Sofia. **A resiliência: Vitimização da Criança e do Adolescente**. 2007. Tese de Mestrado. Medicina de Lisboa. Portugal, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0288.pdf>> Acesso em: 27 de dez. 2020.

COSTA, S. M. Aspectos sociales de la relación entre depresión y aislamiento de los ancianos. Espanha: **GIGAPP Estudios Working Papers**, v. 7, n. 150-165, p. 292-308, 2020.

COUTO, Fernanda Bueno D'Elboux. Resiliência e capacidade funcional em idosos. **Revista Kairós**, São Paulo: Caderno Temático 7, v. 13, 2010.

CREMASCO, Maria Virginia Filomena. Quando a resiliência pode ser uma aposta para a psicanálise: ampliações clínicas do trauma e do luto. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 349-372, 2018.

CYRULNIK, B. **Essas crianças que aguentam**. Revigny-sur-Omain: Hommes et Perspectives, 1998.

CYRULNIK, B. **O Murmúrio dos Fantasmas**. Trad. Claudia Berliner. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CYRULNIK, B. **Os Patinhos Feios**. Trad. Monica Stahel. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CYRULNIK, B. **Uma infelicidade maravilhosa**. Trad. Carlos Correia Monteiro de Oliveira. Porto: Editora Ambar, 1999.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe., et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.

DSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DOURADO, Márcia Cristina; SOUSA, Maria Fernanda Barroso; SANTOS, Raquel Luísa. Teaching psychotherapy with the elderly: Challenges and impasses. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 14, n. 1, p. 92-102, 2012.

ECKHOLDT, Lena; WATSON, Lynn; O'CONNOR, Maja. Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. **Journal of Affective Disorders**, v. 227, p. 338-344, 2018. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.010. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29136603.

EIZIRIK, Cláudio Laks. A velhice. *In*: EIZIRIK Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana**. Porto Alegre: Artmed, 2. Ed, 2013.

FAYE, Charlèle, et al. Neurobiological Mechanisms of Stress Resilience and Implications for the Aged Population. **Curr Neuropharmacol**, v. 16, n. 3, p. 234-270, 2018. doi: 10.2174/1570159X15666170818095105.

FERNANDEZ, Cristina A., et al. Assessing the relationship between psychosocial stressors and psychiatric resilience among Chilean disaster survivors. **The British Journal of Psychiatry**. Cambridge University Press, v. 217, n. 5, p. 630-637, 2020. Publicado on-line. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core>>. Acesso jun 2020.

FONAGY, Peter. Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte. **Psychiatrie de L'Enfant**, v. 44, n. 2, p. 333- 69. 2001.

FONTES, Arlete Portela, et al. Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 7-17. 2015.

FORTES, Tatiane Favarin Rech; PORTUGUEZ, Mirna Wetters; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 455-463, 2009.

FREUD, Sigmund. Inibições, sintomas e ansiedade. *In*: STRACHEY, J. (Ed. E Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 20, (1926/1996).

FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade. *In*: STRACHEY, J. (Ed. E Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, p. 37-38, (1916/1996).

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. *In*. STRACHEY, J. (Ed. E Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, (1917/1996).

FRIEDBERG, Ahron; MALEFAKIS, Dana. Resilience, Trauma, and Coping. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 46, n. 1, p. 81-113, 2018. doi: 10.1521/pdps.2018.46.1.81.

FRUETT, Ana Cassia. **Longeviver: o inconsciente no declínio da vida**. Fortaleza: Editora Premius, 2015.

GERBER, Monica M., et al. Influence of Multiple Traumatic Event Types on Mental Health Outcomes: Does Count Matter? **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 40, p. 645-654, 2018. Disponível em <<https://rdcu.be/b5kzD>>. Acesso em 30 de jun 2020.

GIORDANI, Jaqueline Portella.; LIMA, Carolina Palmeiro; TRENTINI, Clarissa Marcele. Adversidades na Infância: Associação a Fatores Protetivos e Sintomas Internalizantes na Adulthood. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 3, 2020. doi:10.12957/epp.2020.54356. ISSN 1808-4281. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/54356>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

GOMES, Nilvete Soares; FARINA, Marianne; DAL FORNO, Cristiano. Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 6, n. 2, p. 107-112, 2014.

GURGEL, Léia Gonçalves. et al. Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 487-496, 2013.

HARDY, S., CONTATO, J, GILL, T. Resilience of community dwelling older persons. **J Am Geriatr Soc**, v. 52, n. 2, p. 257-262, 2004.

HOGUE, E. A., AUSTIN, E. D., POLLACK, M. H. Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. **Depress. Anxiety**. v. 24, p. 139-152, 2007.

HOLMES, Jeremy. Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. **Attachment & Human Development**, v.19, p. 364-381, 2017. DOI: 10.1080/14616734.2017.1306087.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Editoria de Estatísticas Sociais, 01/10/2018. Disponível em: <<http://www.agenciadenoticias.ibge.gov.com.br>>. Acesso em: 23 mai 2020.

KARAM, E.G., et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the world mental health surveys. **Depression and Anxiety**, v. 31, p. 130–142, 2014.

KREUZ, G.; Franco, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento: Revisão sistemática de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **On death and dying**. New York: Scribner; 1969.

LARANJEIRA, Carlos António Sampaio de Jesus. Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007.

LASLETT, Petter. **A fresch map of life: the emergency of the third age**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.

LEÃO, L.R.B., et al. Capacidade funcional e resiliência em idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife: v. 12, n. 6, p. 6-1500, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231559/29165>>. Acesso em: 07 jun 2021.

LIBERALESSO, Taís Elizabete Manfio et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-110420171>

LOWE, Sara R., et al. Do levels of posttraumatic growth vary by type of traumatic event experienced? An analysis of the Nurses' Health Study II. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**: v. 26, 2020. Doi: 10.1037/tra0000554.

LUFT, L. **Perdas e Ganhos**. Porto Alegre: Editora Record 2003.

MALGARIM, B.G. et al. Resilience and psychoanalysis: a systematic review. **Psico**, Porto Alegre, v. 49, n. 2, p. 206-212. 2018.

MALLOY-DINIZ, L.F.; COCENZA, R.M. Envelhecimento saudável, resiliência e qualidade de vida. In: MALLOY-DINIZ, L.F., COCENZA, R.M. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. São Paulo: Artmed, 2013.

MARAFON, L. P. et al. Associação de fatores de risco e de comorbidade cardiovascular com mortalidade em idosos longevos. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 797-806. 2003.

MARTIN, A. S., et al. Desenvolvimento de uma nova medida de resiliência individual e interpessoal multidimensional para idosos. **Envelhecimento e Saúde Mental**, v.19, n. 1, p. 32-45, 2015. DOI: 10.1080/13607863.2014.909383

MARTINEZ, L. C. F.; MAGALHAES, C. M. C.; PEDROSO, J. S. Envelhecimento saudável e autoeficácia do idoso: revisão sistemática. **Revista Psicologia IMED**, Passo Fundo: v. 10, n. 2, p. 103-118, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em: 25 fev. 2021.

MASTEN, A. Ordinary magic: Resilience process in development. **American Psychologist**: v. 56, n. 3, p. 227-238, 2001.

MC GEE, S. L., et al. Sense of Coherence and Stress-Related Resilience: Investigating the Mediating and Moderating Mechanisms in the Development of Resilience Following Stress or Adversity. **Front Psychiatry**: v. 21, n. 9, p. 378, 2018. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00378.

MCLAUGHLIN, K. A., et al. Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. **Psychol Med**, v. 40, p. 1647-58, 2010.

MELLIER, Denis. The psychic envelopes in psychoanalytic theories of infancy. **Front Psychol**: v. 56, n. 3, p. 227-238, 2014. DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.227.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do pensamento: Epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES A. C. G.; SILVA A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016.

MONTEIRO, G.J. Madurescência: Clínica da incerteza na meia idade. *In*: EIZIRIK C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2. ed, p. 26-207, 2013.

MORAES, L. S. K.; ROCHA, F. N. Resiliência no trauma - a possibilidade de manejo na Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Mosaico**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 03-10, 2017.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre: v. 22, n. 37, p. 07-32. 1999.

MORGAN, David L. **Focus group as qualitative research**, Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

MORSE, Janice M.; FIELD, Paggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed., Thousand Oaks: Sage, 1995.

MURPHY, Louis B. Further reflections on resilience. *In*: ANTHONY, E. J.; COHLER, B. J., **The invulnerable child**. New York: The Guildford Press, 1987.

NUNBERG, Herman. **Princípios da psicanálise**. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 1989.

NUNES, Marília Gabrielle Santos et al . Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>.

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>.

PATRÃO, A. L.; ALVES, V. P.; NEIVA, T., Propriedades psicométricas da escala de auto-eficácia geral em idosos brasileiros. **Psicologia, saúde e doenças**, Brasília. v. 18, n.1, p. 29-38, 2017.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

QUINODOZ, D. Growing old: A psychoanalyst's point of view. **The International Journal of Psychoanalysis**. v. 90, n. 4, p. 773-93, 2008.

QUINODOZ, Jean-Michel. **A solidão domesticada, a angústia de separação em psicanálise**. Artmed, 1993.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá. v. 10, n. 3, p. 403-12, 2005.

REIS, Luana A.; MENEZES, Tânia M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400761&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Apr. 2021.

RODRIGUES, Martina S.; MUNOZ, Nuria M. Entre angústia e ato: Desafios da urgência Subjetiva na Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: **Ágora**, v. 23, n. 3, p. 90-98, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982020000300090&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar 2021. Epub em 16 de outubro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020003009>

ROUGEMONT, Fernanda. A longevidade da juventude. In: GOLDENBERG, Mirian. **Velho é lindo**. Rio de Janeiro: Ed Civilização Brasileira, 2016.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing**: The art of hearing data. Thousand Oaks: Sage, 1995.

RUTTER, M. et al. Resiliência à psicopatologia de adultos após maus-tratos na infância: evidências de uma amostra da comunidade. **Child Abuse & Neglect**. v.31, n.3, p. 211-229, 2007.

RUTTER, Michael. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 57, p. 316-331, 1987.

SCHAE, K. W.; HOFER, S. M. Longitudinal studies in research on aging. In BIRREN, J. E.; SCHAE, K. W. (Eds.), **Handbook of the psychology of aging**. San Diego, CA: Academic Press, 2001.

SHRIVASTAVA, A., DE SOUSA, A., LODHA, P. Resilience as a Psychopathological Construct for Psychiatric Disorders. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, 2019. DOI: 10.1007/978-981-32-9721-0.

SERRANO, Glória P. **Investigacion cualitativa**: Retos e interrogantes. Madrid: La Muralla, 1994.

SEERY, Marky D. et al, Lifetime exposure to adversity predicts functional impairment and healthcare utilization among individuals with chronic back pain. **Pain**, Nova Iorque, v. 150, p. 507–515, 2010.

SEERY, Marky D., Resilience: a silver lining to experiencing adverse life events? **Current Directions in Psychological Science**, Nova Iorque, v. 20, n. 6, p. 390–394, 2011.

SIMEON, D. et al. Factors associated with resilience in healthy adults. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, p. 1149-1152, 2007.

STAINTON, A., et al. Resilience as a multimodal dynamic process. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 725-732, 2019. DOI: 10.1111/eip.12726.

STAUDINGER, U. M.; MARKISKE, M.; BALTES, P. B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In NERI, A. L. (Org.), **Psicologia do envelhecimento: temas relacionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus, 1995.

PERES, J. F. P; MERCANTE, J. P. P.; NASELLO, A. G. Promovendo Resiliência em Vítimas de Trauma Psicológicos. **Revista Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v.12, n.27, p 131-138, 2005.

TALLAFERRO, Alberto. **Curso Básico de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

TAYLOR, S., et al. Loss, grief, and growth: An interpretative phenomenological analysis of experiences of trauma in asylum seekers and refugees. **Traumatology. Advance**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000250>.

TYCHEY, C. Superando a adversidade: fundamentos dinâmicos. **Cashiers de Psychologie Clinique**, Bruxelas. v. 16, n. 1, p. 49-68, 2001.

TYCHEY, C.; LIGHEZZOLO, J. Resiliência em relação à psicologia clínica psicanalítica. In CYRULNIK, B. & DUVAL, P. (Orgs.), **Psychanalyse et Résilience**. Paris: Odile Jacob, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia de pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VAILLANT, G. E.; VAILLANT, C. O. Natural-History of Male Psychological Health: A 45-Year Study of Predictors of Successful Aging at Age 65. **American Journal of Psychiatry**, v. 147, p. 31-37, 1990.

VILETE, L. M. P. **Resiliência a eventos traumáticos: conceito, operacionalização e estudo seccional**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

VIVAN, A. S.; ARGIMON, I. I. L. Dificuldade funcional e coping em idosos. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 28, 2008.

WAGNILD, G. Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontology Nursery**, v. 29, n. 12, p. 42-49, 2003.

WHITBOURNE, S. **Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives**. New York: John Wiley and Sons, 2001.

WINDLE, G.; MARKLAND, D. A.; WOODS, R. T. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. **Aging Mental Health**, v. 12, n. 3, p. 285-92, 2008.

WINOGRAD, M.; COIMBRA, Carlos A. Q.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. O que se traz para a vida e o que a vida nos traz: uma análise da equação etiológica proposta por Freud à luz das

neurociências. Porto Alegre: **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 20, n. 3, p. 414-424, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300009>.

YALOM, Irvin D. **De frente para o sol**: como superar o terror da morte. Rio de Janeiro: Editora Agir, 2008.

ZONANA, R. A. **Pensando em Freud e transitoriedade**. Comemoração ao centenário do trabalho de Sigmund Freud: “Sobre a transitoriedade” (1916). Federação Brasileira de psicanálise (FEBRAPSI), 2016.

8 ANEXOS

8.1 FICHA DE DADOS INFORMATIVOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Dados de Identificação

1. Nome do entrevistado: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Data de Nascimento: _____
5. Naturalidade: _____
6. Estado civil: _____
7. Escolaridade: _____
8. Religião: _____
9. Profissão antes da aposentadoria _____
10. Mora com quem: _____

Dados referentes à infância e adolescência

1. adversidades e/ou eventos potencialmente traumatizantes _____

2. marcos importantes (conquistas) _____

Dados referentes à fase adulta

1. adversidades e/ou eventos potencialmente traumatizantes _____

2. marcos importantes (conquistas) _____

Dados referentes à terceira idade

1. adversidades e/ou eventos potencialmente traumatizantes _____

2. marcos importantes (conquistas) _____

Dados referentes à fase atual

1. adversidades e/ou eventos potencialmente traumatizantes _____

2. marcos importantes (conquistas) _____

8.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões iniciais a serem propostas

1. O que significa envelhecer?
2. Como te sentes neste momento da vida? Fale sobre isso.
3. Quais foram as situações que consideras mais adversas e/ou traumáticas na tua vida e como foi tua reação em cada uma delas?
4. Como costumavas reagir, hoje em dia, quando passas por uma situação de adversidade?
5. Como fazes, hoje em dia, para lidar com as perdas que o envelhecer traz?
6. Pensando na infância, como era tua relação com pais/cuidadores?
7. Entendes que viveste em um ambiente de segurança?
8. O que as relações afetivas representam para você?
9. Entendes que as relações afetivas podem ter algum papel na qualidade do envelhecimento?
10. Qual o ensinamento mais valioso que a vida lhe trouxe?

8.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Você está sendo convidado a participar da presente pesquisa, que tem como objetivo principal avaliar as relações existentes entre o envelhecimento, a resiliência e os traumas vividos. Esta pesquisa está relacionada a uma dissertação de Mestrado desenvolvida pela mestrande Tatiane Gil Asnis na linha de pesquisa Aspectos Clínicos, Emocionais no Envelhecimento junto ao Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no ciclo vital (AICV), coordenado pela Dra. Irani Iracema de Lima Argimon, no programa de pós graduação da PUCRS. Tal estudo prevê a participação de pessoas com 80 anos ou mais, que estejam dispostas a participar de uma entrevista a respeito de sua história de vida. A entrevista será gravada em áudio (com o seu consentimento), precedida do preenchimento de uma ficha de dados informativos. O procedimento será individual e a duração dependerá do tempo necessário para suas respostas, em média 1 hora.

- Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins de publicações científicas, mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação dos participantes. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para participar das entrevista. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@puers.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado(a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos através do telefone (51) 99972-5202 da mestrande Tatiane Gil Asnis, assim como também, poderei contatar com a Dra. Irani Iracema

de Lima Argimon (51)33203633 ramal 8745, professora orientadora deste estudo. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado(a) de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do participante

Data

Tatiane Gil Asnis

Data

Irani Iracema de Lima Argimon

Data

8.4 ANEXO 4



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 9928

Porto Alegre, 2 de junho de 2020.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Relações entre Resiliência, trauma e envelhecimento". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

8.5 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relações entre resiliência, trauma e envelhecimento

Pesquisador: Irani Iracema de Lima Argimon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33545720.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Capes Coordenação Aperf Pessoal Nivel Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.098.451

Apresentação do Projeto:

O projeto busca um entendimento psicológico das relações entre envelhecimento, trauma e resiliência, examinando de que forma as vivências traumáticas podem ser promotoras da resiliência no processo de envelhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar as mudanças decorrentes do envelhecimento através da escuta da história de vida de cada participante.

Examinar o quanto a capacidade de resiliência está associada à qualidade do envelhecimento, observando as reações perante às perdas e o nível de bem estar de cada indivíduo neste momento da vida.

A partir da análise das reações de cada indivíduo frente às situações traumáticas vivenciadas ao longo da vida, identificar o quanto estas vivências podem ter sido responsáveis pelo desenvolvimento da resiliência apresentada nos momentos atuais de vida.

Avaliar a capacidade que cada indivíduo apresenta para superar a dor do luto pelas perdas do envelhecimento, analisando quais os mecanismos de defesa e adaptação mais utilizados na construção dos aspectos de resiliência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: São considerados mínimos

Benefícios: Contribuir para o entendimento psicológico do indivíduo idoso, no que concerne ao desenvolvimento da resiliência, capaz de proporcionar um envelhecimento bem sucedido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo, baseado em questões norteadoras numa entrevista que será gravada.

A amostra do estudo será constituída de homens ou mulheres considerados longevos (com mais de 80 anos), que realizam tratamento psiquiátrico ou psicoterápico, e que não apresentem quadros psicopatológicos graves.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresenta convite a entrevista que será gravada de forma adequada, atende os critérios éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS n° 466 de 2012, Resolução n° 510 de 2016 e a Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa Relações entre resiliência, trauma e envelhecimento proposto pela pesquisadora Irani Iracema de Lima Argimon com número de CAAE 33545720.4.0000.5336.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1570991.pdf	12/06/2020 11:28:04		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_equipe_de_pesquisa.pdf	12/06/2020 11:27:26	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_conhecimento_do_responsavel.pdf	12/06/2020 11:24:41	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_VERSAO_FINAL.pdf	09/06/2020 19:00:04	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	09/06/2020 18:44:07	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	04/06/2020 12:05:37	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao_do_projeto.pdf	04/06/2020 11:36:41	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.pdf	04/06/2020 11:15:15	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	04/06/2020 11:08:11	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Porto Alegre, 19 de junho de 2020

Assinado por: Denise Cantarelli Machado
(Coordenador(a))

8.6 ARTIGO DE REVISÃO

PSICOTERAPIA E RESILIÊNCIA NAS FASES MAIS TARDIAS DA VIDA

PSYCHOTHERAPY AND RESILIENCE IN LATER STAGES OF LIFE

RESUMO

A maior vivência do envelhecimento são as perdas gradativas a que somos expostos, o que torna esta realidade extremamente dolorosa. Ao depararmos com as perdas do envelhecimento e com a proximidade da própria morte, a angústia da separação pode ressurgir de forma intensa, tornando as fases mais tardias da vida extremamente difíceis. É comum o idoso procurar terapia neste momento, após uma doença grave ou a morte de uma pessoa próxima, parente ou amigo. O luto que esta pessoa vive se sobrepõe ao luto pela própria morte que se aproxima. Em uma velhice avançada, as chances de se experimentar vários eventos ao mesmo tempo são bem maiores do que quando se é jovem. Dessa forma, torna-se necessário o aumento na capacidade de resiliência, para manter o comportamento adaptativo. A partir da análise do caso clínico de uma senhora de 87 anos em tratamento psicoterápico, ilustramos como a psicoterapia pode possibilitar que o idoso reconstrua sua história e a preencha de significados, desenvolvendo simultaneamente a capacidade de resiliência tão necessária para este momento de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Psicoterapia, Resiliência.

ABSTRACT

The greatest experience of aging are the gradual losses to which we are exposed, which makes this reality extremely painful. When faced with the loss of aging and the proximity of death itself, the anguish of separation can reappear intensely, making the later stages of life extremely difficult. It is common for the elderly to seek therapy at this time, after a serious illness or the death of a close person, relative or friend. The mourning that this person lives overlaps with the mourning for his own approaching death. In an advanced old age, the chances of experiencing several events at the same time are much greater than when you are young. Thus, it is necessary to increase the resilience capacity to maintain adaptive behavior. From the analysis of the clinical case of an 87-year-old woman undergoing psychotherapeutic treatment, we illustrate how psychotherapy can enable the elderly to reconstruct their history and fill it with meanings, developing at the same time the resilience capacity so necessary for this moment in life.

Keywords: Aging, Psychotherapy, Resilience.

Artigo submetido em: 05 de fevereiro de 2021 à Revista Psicologia, Ciência e Profissão.

1. INTRODUÇÃO

A maior vivência do envelhecimento são as perdas gradativas a que somos expostos, o que torna esta realidade extremamente dolorosa (DIEFENTHAELER e CATALDO, 2016). Com frequência, o ser humano tenta atenuar as perdas próprias desse processo, a fim de evitar passar pelo doloroso luto decorrente das mesmas. Em seu texto “Sobre a Transitoriedade”, Freud ressalta que “a evanescência da beleza da forma e da face humana apenas lhes empresta renovado encanto... e que o valor de toda a beleza e perfeição é determinado somente por sua significação para nossa própria vida emocional” (FREUD, 1916/1996, p. 37), nos transmitindo a ideia de que a transitoriedade da juventude não pode ser motivo para estragar a fruição da beleza da vida. Ao tecer seu pensamento Freud denota a dificuldade do homem em realizar o luto pelas perdas que a vida inevitavelmente impõe; desprender-se dos objetos amados, perdê-los, expõe ao desamparo, à fragilidade, não só da beleza, mas da vida (ZONANA, 2016).

À medida que se envelhece, cada indivíduo tem sua maneira de lidar com as mudanças, com as situações próprias da vida e com as perdas próprias do envelhecimento. Perdas que variam de indivíduo para indivíduo em ordem de aparecimento e de intensidade, mas todas elas inerentes à passagem do tempo (perda da jovialidade, da saúde, da beleza estética, das capacidades osteomusculares, da cognição, da autonomia e, por fim, da independência). Associa-se a velhice à perda da função reprodutiva, da saúde, à saída dos filhos de casa, aposentadoria, alteração na posição da pessoa idosa na família (de líder da família a papéis mais periféricos), morte de amigos e familiares, dentre outros (DAWALIBI et al., 2013).

O “ninho vazio” e a conseqüente diminuição na intensidade das relações com os filhos acarretam a necessidade de elaboração de uma nova forma de se perceber nesse contexto. Ser cuidado e depender dos filhos após ter sustentado o papel e lugar de cuidador e provedor é, quase sempre, fonte de sofrimento. Há, assim, um esvaziamento do valor narcísico da imagem do indivíduo (FARIA; LIMA; PEREIRA-SILVA, 2019).

Além das perdas citadas acima, o envelhecimento nos aproxima da morte, o que também é fonte de intenso sofrimento. Irvin Yalom (2008) refere que o que mais assusta na morte é a sensação de uma vida mal vivida. Quanto mais mal vivida é a vida, maior é a angústia da morte; quanto mais fracassamos em viver, mais tememos a morte. Muitas pessoas só despertam para a vida quando ocorre um “encontro concreto com a morte”.

A proximidade da morte pode ser causadora de intenso sofrimento, porém quando somos jovens, por estarmos teoricamente mais distantes da morte, se torna mais fácil não pensar nela, não pensar nos riscos que corremos na vida, ou que nossos familiares correm. Desenvolvemos uma capacidade de negação da morte, que é importante para conseguirmos viver com certa tranquilidade. É comum a fuga do tema para evitar o confronto com a dura realidade.

Devido ao fato de ser sinônimo de perda, sofrimento e dor, ocorre uma visão negativa sobre a morte, bem como o medo de seu enfrentamento. Entretanto, a fuga sobrevém até que o indivíduo se confronte com a morte do próximo e, diante disso, se faz necessário reconstruir uma nova relação com o mundo em que se vive. Nesse cenário, de alguma forma é experimentada a morte dentro de si (SARTORI e BATTISTEL, 2017). Com o envelhecimento não conseguimos mais negar que a morte está se aproximando. A morte torna-se consciente.

A forma com que os indivíduos lidam com esses eventos, e também com outros potencialmente perturbadores, como situações de ameaça externa, tragédias naturais, guerras, pandemias, entre outros, difere. Alguns sofrem uma angústia da qual são incapazes de se recuperar. Outros sofrem menos intensamente e por um período bem menor de tempo. Outros parecem se recuperar rapidamente, mas em seguida começam a apresentar problemas de saúde inesperados como dificuldade de concentração ou uma perda na capacidade de aproveitar a

vida. Entretanto, a maioria parece tolerar os estragos temporários dos eventos adversos muito bem, sem nenhuma aparente perturbação na capacidade de funcionar no trabalho ou nos relacionamentos afetivos, e parecem se mover para novos desafios de forma fácil (BONANNO, 2004).

A hipótese de inoculação do estresse, afirma que experimentar estressores gerenciáveis ao longo da vida pode melhorar a capacidade de um indivíduo de lidar com futuros estressores, aumentando a resiliência e reduzindo a vulnerabilidade posterior a desfechos de saúde mental ruins (FERNANDEZ et al., 2020). Aqueles que tiveram muitos sofrimentos ao longo da vida, e que enfrentaram situações mais traumáticas, terão uma maior capacidade de elaborar os lutos e desta forma, uma maior capacidade para aceitar as perdas da velhice.

Conforme Seery (2011), diversos achados demonstram que, em relação a uma história de adversidade acumulada ou alta, ao longo da vida, uma história de alguma adversidade está associada a uma melhor saúde mental e bem-estar e menos sofrimento e perturbação diante da dor. Esses achados são consistentes com a explicação de que experimentar níveis baixos e moderados de adversidade pode contribuir para o desenvolvimento de propensão subsequente à resiliência diante de dificuldades, sejam eventos importantes da vida ou aborrecimentos relativamente mundanos.

Especificamente, um histórico de algumas adversidades ao longo da vida prediz melhores resultados do que não apenas um histórico de alta adversidade, ou sem adversidades. Isso tem implicações importantes para a compreensão da resiliência, sugerindo que algum grau de adversidade pode trazer benefícios (SEERY, 2011).

A resiliência é definida como um processo em que um sujeito, exposto a adversidades que lhe demandam esforços de enfrentamento, apresenta um desfecho caracterizado por bem-estar e ausência de psicopatologia (BRANDÃO e NASCIMENTO, 2019). A pessoa que se tornou resiliente será capaz de lidar com estas experiências de modo a diminuir as consequências negativas, tornando-se apta a enfrentar desafios posteriores (PRIOLO e RODRIGUES, 2018). Desta forma, a resiliência encontra-se estreitamente relacionada com o fato de o sujeito, apesar das perdas associadas à velhice, conseguir envelhecer de forma ativa, permitindo-lhe, através de adaptações, manter a sua qualidade de vida, a sua saúde física, cognitiva e social, ao longo do ciclo de desenvolvimento (MARGAÇA e RODRIGUES, 2019).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Segundo projeções da ONU de 2019, dentro do grupo das pessoas idosas, aquelas com idade igual ou maior que 80 anos, denominadas de longevos ou “muito idosos”, constituem o segmento populacional que experimenta maior crescimento em todo o mundo (ALVES, 2019). Com o aumento da expectativa de vida e com as dificuldades que advêm do envelhecimento, a resiliência tem sido relacionada frequentemente à fase de vida mais tardia, e o seu desenvolvimento pode ser um fator protetor para o sofrimento psíquico decorrente das vivências do envelhecimento.

Na visão de Boris Cyrulnik, psicanalista considerado o pai da resiliência, ao pensarmos em resiliência devemos entender que esse é um processo que necessita de diversos fatores, o principal deles é a tecedura de laços afetivos na primeira infância. É de suma importância que o indivíduo idoso tenha desfrutado durante a sua infância, de um apego seguro, pois esse possibilita que, ao se encontrar em uma situação difícil, este indivíduo saia em busca de um substituto eficaz (CYRULNIK, 2004). O mesmo enfatiza que nem sempre o apego é encontrado dentro da família. Até mesmo uma estrutura de bairro ou a criação de circuitos de arte e esporte podem ser suficientes para iniciar o processo de resiliência (CYRULNIK, 2005). Todos estes aspectos devem ser considerados ao pensarmos em resiliência, uma vez que, o que protege a criança e a ajuda na sua recuperação é a estabilidade familiar, a disposição de figuras de apego e a compreensão do que lhe ocorreu. Só assim a criança, adulto ou idoso poderá agir sobre o trauma (CYRULNIK, 2004).

Ao depararmos-nos com as perdas do envelhecimento, com as situações potencialmente traumáticas ao longo da vida e com a proximidade da própria morte, a angústia de separação que já foi intensa nos períodos iniciais de vida e ao ser trabalhada ao longo da vida tornou o indivíduo capaz de viver só (QUINODOZ, 1993) pode ressurgir naqueles indivíduos idosos com uma menor capacidade de resiliência, causando um impacto importante na qualidade de vida, tornando as fases mais tardias extremamente difíceis. É comum o idoso procurar terapia neste momento, após uma doença grave ou a morte de uma pessoa próxima, parente ou amigo. O luto que essa pessoa vive se sobrepõe ao luto pela própria morte que se aproxima.

Muitos idosos que nunca realizaram tratamento psicoterápico antes, chegam nesse momento da vida sem uma capacidade resiliente suficiente para conseguir encarar as perdas e a proximidade da morte. Na terapia com o paciente idoso, o tempo torna-se um desafio, o tempo é limitado tanto ao paciente quanto ao terapeuta e a atitude frente à morte é um dos pontos centrais do processo de envelhecimento. Desta forma, o terapeuta necessita encontrar dentro de si recursos psíquicos suficientes para lidar com as angústias do paciente e as suas próprias, facilitando esta jornada. O terapeuta deve se colocar como um possível tutor de resiliência que ajude a ressignificar este momento potencialmente traumático.

O objetivo deste estudo é, a partir de uma experiência profissional, avaliar o grau de importância da psicoterapia e desenvolvimento da resiliência nas fases mais tardias da vida, bem como refletir sobre o viver e morrer.

2 CASO CLÍNICO

Sr.^a Ágata, 87 anos, aposentada, viúva. Num primeiro momento, busca atendimento por estar apresentando tristeza e desânimo. Diz que seu sofrimento começou quando o problema de artrose nos joelhos se intensificou e suas dores a incapacitaram de realizar as atividades de vida diária de forma independente. Devido às dores e dificuldade de deambulação, há cerca de 6 meses precisou deixar seu apartamento e morar com uma das suas filhas. Refere que a partir daí, perdeu seu espaço. E, sem capacidade de tomar suas próprias decisões, sente que também perdeu sua autonomia. Foi neste momento que procurou ajuda de um psicoterapeuta. Nas sessões de psicoterapia a paciente chora ao dar-se conta destas perdas.

Na sua história de vida, casou-se cedo, teve três filhas, trabalhou como professora por muitos anos. Refere ter tipo pais acolhedores na infância, entretanto, quando tinha 18 anos refere que passou por sua primeira perda: a morte do irmão mais velho por suicídio. Foi algo totalmente inesperado, e até hoje paciente e familiares não conseguem entender o que aconteceu.

Casou-se pouco tempo depois do ocorrido e refere ter tido e um relacionamento estável com o marido. Sua vida foi abalada novamente com a doença dos pais na velhice dos mesmos, o que a levou a reviver a dor da perda de um ente querido. Desta vez refere que estava mais preparada, já que pôde se acostumar com a ideia em função do quadro crônico dos mesmos. Parou de trabalhar aos 60 anos para aproveitar a vida junto com seu marido que havia se aposentado. Nesta época suas 3 filhas já estavam casadas, e a paciente já contava com 5 netos.

Viveu bem até os 75 anos, quando teve sua primeira crise depressiva após o falecimento do marido por câncer de pulmão. Refere que tudo aconteceu de forma muito rápida, desde o diagnóstico até a morte do mesmo, e que não estava preparada para ficar sozinha, já que as filhas há vários anos já tinham suas próprias famílias e moravam longe. Entretanto, refere ser uma mulher forte, e com o tempo foi se recuperando e se acostumando com a nova realidade.

No início do processo de psicoterapia, que durou cerca de três anos, a paciente falava muito das dores nos joelhos, e faltava às sessões com frequência. À medida que o vínculo foi se fortalecendo a Sr.^a Ágata começou a se sentir compreendida na sua dor e medo da solidão, pois por mais que estivesse morando com uma filha, sentia-se extremamente só. Referia também medo de estar atrapalhando a vida da filha. Tinha a sensação de estar causando desarmonia na dinâmica familiar e receio de trazer discórdia para sua filha e genro, sentindo-se um incômodo. Desejava muito poder voltar a ter seu próprio lar.

Com o tempo de tratamento e o olhar empático da terapeuta, a Sr.^a Ágata pode se sentir mais segura do seu papel dentro da família. Neste momento terapeuta e paciente puderam conversar sobre a importância de a mesma expressar as suas opiniões perante as filhas e em que pontos a Sr.^a Ágata poderia fazer suas próprias escolhas. Com este movimento, sentiu-se melhor. Os meses foram passando e a paciente parecia mais adaptada à rotina de sua nova vida. Porém, logo sofreu uma queda e fraturou o quadril, precisando usar cadeira de rodas. Neste momento sua saúde começou a ficar ainda mais fragilizada, recebendo o diagnóstico de quadro grave de insuficiência cardíaca. A paciente se entristeceu muito nesta época, pois tinha a sensação que ainda não tinha vivido o suficiente. A proximidade da morte causou extrema angústia; sentia um vazio dentro de si, o qual nada parecia preencher.

Em terapia, muito se conversava sobre seu luto em relação ao corpo, e sobre as possibilidades de melhora. Percebeu que seu tempo de vida estava se esgotando. Teve medo da morte. Ao dar-se conta disso, sentiu grande alívio somente pelo fato de ser escutada. A terapeuta, com muita habilidade, pode demonstrar compaixão e seguiu com seu olhar de vida. Neste momento a paciente entendeu que precisava trabalhar em terapia as questões acerca do seu envelhecimento e também de preparação para sua morte.

Nesta fase do tratamento a Sr.^a Ágata muito se lembrou de sua história de vida, de seus pais, dos momentos mais difíceis e também dos momentos de vitória. Chorou, sorriu e sentiu alívio em muitos momentos ao relatar sua história. Saboreou cada detalhe lembrado de suas conquistas importantes. Com o decorrer das sessões de psicoterapia, entendeu que seria importante abordar o tema do envelhecimento e terminalidade também com suas filhas.

Com a ajuda da terapeuta, a Sr.^a Ágata pôde conversar com suas filhas sobre as sensações frente à velhice e sobre os medos de cada uma delas com relação à terminalidade. Refere que, desta forma, todas encontraram alívio e se permitiram planejar mais como seria o tempo delas juntas no decorrer do ano. Aos poucos foi se sentindo como alguém com direito de se gratificar. Sentia-se acolhida dentro e fora de casa. Decidiu começar a participar de um grupo de idosas da igreja, onde faziam enxovais de bebês para doar no hospital público de sua cidade. Sentia grande satisfação com este gesto, e relatava estas experiências com muita riqueza de detalhes para a terapeuta. Nessa época, sentia-se bem. Entendeu que “a vida só passa a ter sentido no momento em que se pode dividir as experiências, tanto boas quanto ruins, e essa visão da nossa existência é fundamental para se morrer com tranquilidade”.

3 DISCUSSÃO

Diante do diagnóstico de uma doença grave, as pessoas entram em sofrimento desde o diagnóstico. A morte anunciada traz a possibilidade de um encontro veloz com o sentido da vida, mas traz também a angústia de talvez não ter tempo suficiente para vivenciar este encontro. O sofrimento emocional é muito intenso. Nele o doente toma consciência de sua mortalidade. E essa consciência o leva à busca do sentido de sua existência (ARANTES, 2019).

De acordo com J. Quinodoz (1993), a angústia de separação é um sentimento doloroso, de temor, quando uma relação afetiva é ameaçada de interrupção ou é interrompida. Apesar de sermos seres únicos, temos uma necessidade fundamental de relação afetiva, gostamos de ficar juntos, então, sofremos ao separarmos-nos, e a elaboração dessas angústias ao longo da vida marca o desenvolvimento psicológico de cada indivíduo.

Ao aproximarmos-nos do fim, a angústia de separação, que já foi intensa nos primórdios da vida, até o indivíduo desenvolver a capacidade de estar só e entender que é um ser único, capaz de perceber o outro (QUINODOZ, J., 1993) torna-se, mais uma vez, presente, e a solidão veste-se novamente de perseguidora, de morte.

Em 1920, com a publicação de “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/1969) apresenta seu novo dualismo pulsional — Eros x Tanatos. A noção de pulsão de morte representa para Freud a tendência fundamental de todo o ser vivo a retornar ao estado inorgânico, manifestando-se em contraposição à pulsão de vida. Haveria, portanto, em todo o ser vivo, uma tendência para a morte que é irremediavelmente cumprida.

Do ponto de vista pulsional, a saúde mental do indivíduo está não só na dependência da neutralização de Tanatos por Eros, mas também na qualidade das operações sublimatórias do indivíduo. A energia disponível de Eros, entendida como libido, procura neutralizar as tendências destrutivas da pulsão de morte. Eros ligar-se-á à pulsão de morte para colocá-la a serviço da vida (ASNIS, 2013).

Garcia-Rosa (1999) enfatiza que a pulsão de vida se encarregaria não de evitar que a morte ocorra, mas, sim, de evitar que se dê através de formas não naturais. A pulsão de vida nada mais faria do que normalizar o caminho para a morte.

Podemos considerar a clínica psicológica com idosos uma clínica do luto, na medida em que o luto na velhice se apresenta com toda a sua radicalidade. Os temas mais frequentes em sessões de psicoterapia costumam ser conflitos familiares, perda ou temor de perda do cônjuge, perda das capacidades físicas e mentais, perda da própria identidade, questões relacionadas à aposentadoria ou mudanças no nível econômico, diminuição da autoestima, aumento da dependência da própria pessoa em relação aos familiares e cuidadores (DOURADO; SOUZA e SANTOS, 2012).

É comum a alusão ao trabalho de luto gerado pelo envelhecimento, por doença ou pela morte dos próprios pais; o mesmo que é gerado pelo que se denomina “síndrome do ninho vazio”, quando os filhos adolescentes iniciam a exogamia. Esse trabalho de luto também pode ser gerado por alguma enfermidade crônica ou incurável em um indivíduo maduro, quando morre alguém da sua idade, etc. Todos os temas que envolvem o trabalho de luto e a elaboração de feridas narcísicas (DOURADO; SOUZA e SANTOS, 2012) e que, quando bem elaborados, acabam por promover crescimento e desenvolvimento ao longo de sua tramitação (MONTEIRO, 2013).

No trabalho do luto, o teste de realidade revela que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto, o que recebe uma oposição natural do aparelho psíquico. Essa oposição pode ser tão intensa que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego alucinatório ao objeto. Normalmente prevalece o respeito pela realidade, ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. Quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido (FREUD, 1917/1996).

A melancolia também pode constituir uma reação à perda de um objeto amado, porém, muitas vezes, a reação melancólica acontece sem termos consciência de qual foi a perda. E, muitas vezes, o paciente sabe que a melancolia é decorrente da perda de alguém, mas ele não

identifica o que perdeu nesse alguém, tornando o trabalho de desprendimento de libido que precisa acontecer para se fazer o trabalho do luto, muito difícil. O melancólico exibe uma diminuição extraordinária de sua autoestima e um empobrecimento de seu ego em grande escala. No luto, é o mundo que se torna pobre; na melancolia, é o próprio ego (FREUD, 1917/1996). O trabalho para a elaboração dessas marcas psíquicas deve sempre ser estimulado naqueles pacientes idosos que estão em sofrimento em função das perdas conscientes e também inconscientes.

A maioria dos indivíduos não demonstra reações extremas à perda de um ente querido, e isto não porque apresentem falta de afeto ou negação dos mesmos, mas sim por sua genuína capacidade de resiliência frente a perda. Ao mesmo tempo, vários estudos demonstram que a grande maioria dos indivíduos ao passarem por eventos traumatizantes, como por exemplo a guerra do Golfo, ou mesmo o ataque às torres gêmeas no 11 de setembro, não preenche critérios para TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático), reforçando a evidência da presença da resiliência como algo mais comum do que se imagina (BONANNO, 2004).

Bonanno (2004), ao enfatizar que indivíduos expostos a eventos violentos ou ameaçadores e que mostram um genuíno trabalho de resiliência não devem ser interferidos com nenhuma intervenção clínica, corrobora a ideia de Freud, de que um indivíduo passando por um luto normal não deve ser submetido a nenhum tratamento.

De acordo com Malloy-Diniz e Cocenza (2013), a resiliência é um construto psicológico extremamente relevante para os idosos que está relacionado com o envelhecimento saudável, sendo uma capacidade de reserva, um potencial do idoso para mudar e crescer a partir de recursos internos e externos que estejam disponíveis ao indivíduo. Silva et al. (2019) referem que o processo de resiliência, pode resultar num senso de ajustamento importante e de equilíbrio na velhice, já que as chances de se experimentar, na velhice avançada, vários eventos de perdas e adversidades ao mesmo tempo são bem maiores do que quando se é jovem (PINHEIRO, 2004).

O processo psíquico e comportamental do indivíduo resiliente perante uma situação traumatogênica seria comparável ao trabalho da ostra que, para se proteger do grão de areia que a fere segregando nácar à volta do intruso, vai arredondar as asperezas do grão de areia e dar origem a uma joia preciosa (CYRULNIK, 1999). A resiliência seria desenvolvida pelo indivíduo perante as agressões da vida e o sujeito resiliente conservaria, assim, esse precioso potencial, que o iria ajudar a enfrentar a sua trajetória de vida em boas condições. A metáfora da ostra ilustra bem como, por vezes, é a partir de uma experiência de sofrimento que podemos revelar forças até aí mantidas latentes e desconhecidas. Nas práticas clínicas, o risco será de subestimar os aspectos de eventual sofrimento ligado ao desencadear de processos defensivos nos sujeitos considerados resilientes e de considerar erradamente a sua resiliência como invulnerabilidade perante os contextos nocivos. A resiliência surge assim como resultado de um processo paradoxal no qual o confronto com o traumatismo e a ferida geram criatividade. Todavia, a beleza da metáfora da ostra dita que o indivíduo resiliente permanece um ser que foi ferido, cuja ferida não está completamente cicatrizada e pode estar mascarada pelo comportamento resiliente (LARANJEIRA, 2007).

Indivíduos não são considerados resilientes se nunca tiverem sofrido uma ameaça significativa ou um trauma (MASTEN, 2001). Um trauma ocorre quando as defesas psicológicas são transgredidas (PERES; MERCANTE e NASELLO, 2005). Segundo Costa (2007), o trauma psíquico pode ser considerado como uma espécie de ferida, uma lesão na “pele psíquica”. Essa ferida ocorre quando os mecanismos de defesa não conseguem, devido ao impacto provocado pela carga emocional excessiva do trauma, assegurar o equilíbrio, deixando uma lesão aberta. A expressão “pele psíquica” leva a pensar na resiliência como a sua flexibilidade para resistir ao impacto ou abalo pela acentuada carga emocional do trauma, de

forma que essa pele não se rompa, e o trabalho de luto realizado pelo psiquismo será o responsável por esta recuperação.

Cyrulnik (1999) aponta que onde há resiliência, há trauma, pois o trauma é o agente da resiliência. De acordo com Peres et al., 2005, os eventos traumáticos em si não são determinantes isolados ou exclusivos do desenvolvimento de transtornos psicológicos, pois as experiências potencialmente intensas e devastadoras possuem efeitos variáveis.

Segundo Tychey (2001) um fator isolado pode se tornar traumático quando é intenso e brutal. Uma soma de eventos menores pode levar ao mesmo resultado, desde que exceda as possibilidades de desenvolvimento defensivo e mental do ego do sujeito. Desta forma, a formação da resiliência necessita a ocorrência de um trauma cuja origem pode ser única ou multifatorial e uma capacidade do indivíduo para superá-lo, o que no nível intrapsíquico mobiliza dois parâmetros importantes:

1) A natureza, a variedade e, especialmente, a rigidez ou a flexibilidade dos mecanismos de defesa que o ego do sujeito usará, em particular para enfrentar as representações e os efeitos muito importantes do descontentamento; os mecanismos de defesa ajudam a criar resiliência de curto prazo diante de trauma.

2) A capacidade de traduzir em palavras, em representações verbais compartilháveis, as imagens e emoções sentidas para lhes dar um significado comunicável, compreensível para os outros e para si próprio primeiro. Geralmente na psicanálise se refere como mentalização esse trabalho de pensamento sobre si mesmo para que possa traduzir a emoção em representações compartilháveis, o que implica uma operação de simbolização. A mentalização é a única capaz de estruturar a resiliência de maneira mais duradoura a longo prazo.

Os mecanismos de defesa maduros têm sido utilizados como um indicador de resiliência (SIMEON et al., 2007). Todos esses mecanismos de defesa devem ser vistos como tantos dispositivos intrapsíquicos capazes de promover a resiliência cada vez que o sujeito é confrontado com um excesso de excitações, fonte de intenso descontentamento, constituindo um importante fator de proteção para o ego. Utilizados de maneira flexível, ajudam a atenuar o choque, o impacto de representações perturbadoras e os efeitos associados à situação traumática. Constituem um estágio preliminar necessário para autorizar o trabalho posterior de elaboração mental das excitações e de conexão entre afetos e representações próprias da mentalização (TYCHEY, 2001).

Ao passar por uma situação traumática, muitas pessoas tendem a procurar ajuda profissional para orientação nesse contexto adverso. O psicoterapeuta é um desses profissionais que possui formação para disponibilizar-se a tal ajuda (ANGST, 2009). Peres et al. (2005) afirmam que a finalidade do tratamento psicoterapêutico para um sujeito que foi vítima de uma situação potencialmente traumática é lhe atribuir novos significados emocionais à situação. “Aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas de vida e desenvolver a capacidade de lidar com adversidades severas são aspectos cruciais a serem trabalhados em psicoterapia” (PERES et al., 2005, p. 136).

Os idosos estão, geralmente, mais disponíveis para processos introspectivos, bem como mais capazes para efetuar uma revisão da sua história de vida, com atribuição de novos significados (FERREIRA; COSTA e GASTAUD, 2017). Ao reescrever sua vida, o idoso tem a possibilidade de encontrar um sentido, e dessa forma, pode seguir fazendo planos para o futuro. A capacidade individual de compreender e tomar atitudes sobre o uso do próprio tempo se acelera nas fases mais tardias (ARANTES, 2019). Uma das peculiaridades da psicoterapia na terceira idade reside no fato de que as lembranças podem ser usadas como um balanço de vida, uma revisão cujo objetivo é preencher um vazio. O lembrado também tem outra função mais específica, já que pode ser ressignificado e atualizado de forma a abrir a possibilidade de traçar planos para o futuro (QUINODOZ, D., 2010).

D. Quinodoz (2011) refere que, para integrar as experiências passadas, é necessário descobrir que é possível conservar interiormente, no mundo psíquico, o que perdemos na realidade todos os dias: trata-se de guardar vivas interiormente, em nosso presente, todas as perdas que nosso envelhecimento acarreta; e a proximidade da morte poderá ser uma aliada, no processo terapêutico, pois pressiona inconscientemente o idoso a rever a própria vida e tecer comparações entre metas passadas e as conquistas atuais.

O relato de experiência profissional apresentado ilustra muito bem os referenciais teóricos expostos acima. A Sr.^a Ágata demonstra de forma explícita seu sofrimento em função da percepção de sua saúde fragilizada, momento em que começa a entrar em contato também com sua mortalidade, o que fez com que procurasse a ajuda de um psicoterapeuta. A busca para aliviar o intenso sofrimento abriu espaço também para buscar um sentido para sua vida.

A Sr.^a Ágata procurou tratamento no momento em que suas defesas psicológicas não foram suficientes para assegurar um equilíbrio psíquico ao passar por tantas situações de adversidades. Sua experiência de perdas e de proximidade da morte desencadearam reação de tristeza e angústia o que a pressionou a buscar tratamento psicológico.

Nos três anos em que se tratou, a Sr.^a Ágata pôde chorar por cada situação de perda que se apresentava, e com a ajuda da terapeuta, pôde trabalhar internamente, e também com seus familiares, estes aspectos, de forma a elaborar o luto e a proximidade com a morte. A terapeuta, com seu olhar atento e cuidadoso, incapaz de fazer julgamentos se colocou como um objeto de apego e com sua escuta empática conseguiu junto com a paciente reconstruir sua história de vida, de forma a proporcionar o preenchimento de um vazio, reconhecimento do seu valor como pessoa e sua importância para família.

A Sr.^a Ágata referiu ter tido pais acolhedores e demonstrou ao longo de seus relatos, mesmo com muito sofrimento, sua capacidade para superar situações mais difíceis como a morte do marido. Capacidade que talvez tenha sido estimulada pelas vivências de apego seguro com os pais durante sua infância.

Porém nesta fase mais tardia, seus recursos internos não foram suficientes: as doenças, mudança de papéis, perda de pessoas importantes, proximidade da própria morte superaram sua capacidade de elaboração de lutos e sua pele psíquica foi ferida. Entretanto, o olhar e escuta da terapeuta foram o gancho que ela precisava para reorganizar sua história e lembrar seu valor como pessoa. A Sr.^a Ágata recebeu o acolhimento necessário para que não se sentisse só neste processo.

Junto com a terapeuta, seus esforços para dar-se conta de aspectos de amorosidade, e a reconstrução de sua história, funcionaram como uma injeção de vida. Ao reescrever sua história, a Sr.^a Ágata pode novamente fazer planos para o futuro, o que ficou claro ao decidir realizar a produção de enxovais a serem doados nas instituições de caridade. Foi como se sua vida voltasse a ter sentido. A pulsão de vida acionada pela terapeuta, agiu como propulsora para o desenvolvimento da resiliência, mitigando a pulsão de morte.

4 CONCLUSÃO

Traumatismos de todos os tipos podem advir com o avançar da idade, os falecimentos (do cônjuge, de familiares, de amigos) tornam-se cada vez mais frequentes e a perda da utilidade social e a doença podem ocasionar perturbações graves nos idosos. Desta forma, o envelhecimento poderia ser considerado como um contexto de risco, e de acordo com Eizirik (2013), muitos acreditam que uma das tarefas evolutivas principais do processo de envelhecimento seria encontrar reparação para estas perdas biopsicossociais inevitáveis.

Entretanto, neste contexto de risco, conforme Whitbourne (2001), os idosos podem reagir de formas muito diferentes.

Alguns parecem desenvolver um comportamento que facilmente poderemos classificar como resiliente, no qual os acontecimentos normais e esperados de vida são sobretudo precipitantes de novas expressividades ao invés de ameaças à continuidade do *self* (LARANJEIRA, 2007). Para outros, o efeito cumulativo das repetidas perdas, que impede a elaboração do luto e sua resolução, é um fato devastador (EIZIRIK, 2013).

Desta forma, pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não, e além dos aspectos como temperamento, genética, aspectos sociais e econômicos, relacionamentos afetivos com familiares e amigos, a capacidade de resiliência própria de cada indivíduo será fundamental para essa superação.

Indivíduos mais resilientes seguem com uma força de vida mais intensa e indivíduos com mais dificuldades em aceitar as mudanças decorrentes do envelhecimento se apresentam com uma tendência maior para desenvolverem quadros depressivos, ou somente com uma perda da qualidade de vida, com intenso sofrimento psíquico. Lembrando que de acordo com a hipótese de inoculação do estresse, aqueles indivíduos que passaram por situações de adversidades ou ao longo da vida podem estar mais preparados para lidar com situações de perdas futuras, pois terão desenvolvido uma maior capacidade de resiliência (FERNANDEZ et al., 2020).

Nas fases mais tardias da vida, o declínio físico, perdas, doenças e proximidade da terminalidade intensificam os pensamentos de morte. As perdas afetivas e a evidência de que os dias chegam ao fim fazem com que as forças pulsionais tanáticas se engrandeam, o que pode acelerar o processo de morte. Quando há desistência do próprio passado, o idoso defronta-se com um vazio que o impossibilita de encontrar recursos próprios para a elaboração de seus lutos e perdas. Daí a importância de se trabalhar ativamente na busca de se reconstruir a história afetiva de amorosidade. É necessário convidar o paciente a se implicar nesse processo. Muito mais do que uma escuta roteirizada, é relevante ter habilidade para lidar com o inusitado e com a possibilidade de perdas (MORAIS et al., 2019).

Kreuz e Franco (2017) referem que envelhecer é entregar-se a um lento, constante e necessário trabalho de luto, desta forma reconhecer e acolher o luto do idoso acerca de seu processo de envelhecimento e adoecimento faz-se fundamental ao se trabalhar clinicamente com este indivíduo. O processo, empreendido pelo próprio sujeito, consiste em despojar-se daquilo que foi sua vida, elaborar as marcas deixadas no real do corpo, desinvestir daquilo que não é mais possível realizar e admitir que possui apenas um controle restrito sobre a própria existência, tratando de encontrar maneiras para conduzir o real e suas possibilidades com o futuro.

A psicoterapia possibilita que o idoso reconstrua sua história e a preencha de significados. Mas, para que ele consiga passar por esse processo de ressignificação, é necessário que tenha alguém disposto a essa escuta, mas não apenas isso, além da escuta, o ouvinte tem que ser capaz de ter empatia pelo que está escutando e não emitir julgamento. Empatia, essa capacidade de se colocar no lugar do outro, é certamente um fator essencial da resiliência (CYRULNIK, 2005).

Arantes (2019), ao trabalhar com pacientes terminais, refere a importância de se estar perto de quem está morrendo. Enfatiza a importância da compaixão pela dor do outro, respeitando esta dor, porém sem senti-la como sua. Desta forma pode proporcionar socorro e oferecer ajuda. O terapeuta que acompanha um idoso nas suas perdas deve se colocar desta mesma maneira: demonstrando compaixão a fim de não se paralisar frente ao sofrimento de seu paciente.

Diante de um contexto tão difícil, ao passar pelo processo de psicoterapia, o paciente tem a chance de encontrar no terapeuta, um tutor de resiliência que, com sua escuta empática o auxilie a ressignificar sua história, seus traumas e também introjetar uma nova figura de apego. Talvez assim o idoso em sofrimento possa ver o mundo de uma outra forma, menos ameaçador

e com isso o final da vida pode ser a chance de um recomeço com novos planos e metas a serem realizados.

Do ponto de vista do terapeuta, é importante que ele esteja aberto a ouvir, e que possa, ao entrar em contato com seus próprios lutos, permitir genuinamente que a chama de vida que há dentro dele se comunique com a chama do paciente que começa a se apagar, e, dessa forma, juntos, possam dar um sentido para a história desse indivíduo. O tratamento psicoterapêutico do idoso, apesar de lidar diretamente com um dos temas mais pesados em psicanálise, que é a morte, deve ser visto como uma travessia para a vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. *In: Portal do Envelhecimento e LongeViver*. São Paulo, 2019. Disponível em: [http:// www.portaldoenvelhecimento.com.br](http://www.portaldoenvelhecimento.com.br) . Acesso em 23 de maio de 2020.
- ANGST, R. Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, v.27, n.58, p.253-260, 2009. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/20225/19509>
- ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- ASNIS, N. (2013). **O homem bomba**. Porto Alegre: Buqui, 2013.
- BONANNO, George A. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, Nova Iorque, v. 59, n. 1, p. 20-28, jan. 2004.
- BRANDÃO, J. M., NASCIMENTO, E. (2019). Resiliência psicológica: Da primeira fase às abordagens baseadas em trajetória. *Memorandum*, v.36, p.1-31. 2019 doi:10.35699/1676-1669.2019.6875
- COSTA, Mónica Sofia. **A resiliência: Vitimização da Criança e do Adolescente**. 2007. Tese de Mestrado. Medicina de Lisboa. Portugal, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0288.pdf>> Acesso em: 27 de dez. 2020.
- CYRULNIK, B. **O Murmúrio dos Fantasmas**. Trad. Claudia Berliner. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- CYRULNIK, B. **Os Patinhos Feios**. Trad. Monica Stahel. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- CYRULNIK, B. **Uma infelicidade maravilhosa**. Trad. Carlos Correia Monteiro de Oliveira. Porto: Editora Ambar, 1999.
- DAWALIBI, Nathaly Wehbe., et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.
- DIEFENTHAULER, E. C., CATALDO, A., N. Psicodinâmica do envelhecimento. *In* A. Cataldo Neto, C. H. A. Schwanke, I. I. L. Argimon, & I. G. Silva Filho (Orgs.), **Atualizações em geriatria e gerontologia VI: Envelhecimento e saúde mental** (pp. 301-328). Porto Alegre: Edipucrs, 2016.
- DOURADO, Márcia Cristina; SOUSA, Maria Fernanda Barroso; SANTOS, Raquel Luísa. Teaching psychotherapy with the elderly: Challenges and impasses. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 14, n. 1, p. 92-102, 2012.
- EIZIRIK, Cláudio Laks. A velhice. *In*: EIZIRIK Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana**. Porto Alegre: Artmed, 2. Ed, 2013.

- FARIA, L. J. F., LIMA, P. M. R., PEREIRA-SILVA, N. L. (2019). Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.14, n.1, 2019. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v14n1/14.pdf>
- FERNANDEZ, Cristina A., et al. Assessing the relationship between psychosocial stressors and psychiatric resilience among Chilean disaster survivors. **The British Journal of Psychiatry**. Cambridge University Press, v. 217, n. 5, p. 630-637, 2020. Publicado on-line. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core>>. Acesso jun 2020.
- FERREIRA, C., COSTA, C. P., GASTAUD, M. Perfil de idosos que buscam psicoterapia em ambulatório de saúde mental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v.19 n.3, p.17-32. 2017 doi:10.5935/2318-0404.20170002.
- FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade. *In*: STRACHEY, J. (Ed. E Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, p. 37-38 (1916/1996).
- FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. *In*. STRACHEY, J. (Ed. E Trad.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, p. 245-263 (1917/1996).
- FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. *In* STRACHEY, J. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** Rio de Janeiro: Imago. v.18, p.13-75 (1920/1969).
- GARCIA-ROSA, L. A. **A introdução à metapsicologia freudiana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento: Revisão sistemática de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017.
- LARANJEIRA, Carlos António Sampaio de Jesus. Do Vulnerável Ser ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007.
- MALLOY-DINIZ, L.F.; COCENZA, R.M. Envelhecimento saudável, resiliência e qualidade de vida. *In*: MALLOY-DINIZ, L.F., COCENZA, R.M. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**. São Paulo: Artmed, 2013.
- MASTEN, A. Ordinary magic: Resilience process in development. **American Psychologist**: v. 56, n. 3, p. 227-238, 2001.
- MONTEIRO, G.J. Madurecência: Clínica da incerteza na meia idade. *In*: EIZIRIK C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2. ed, p. 26-207, 2013.
- MARGAÇA, C., RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: Uma revisão. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.31, n.2, p.150-157. 2019 doi:10.22409/1984-0292/v31i2/5690

MORAIS, J. L. M., et al. Lágrimas de solidão: Semelhanças reacionais no luto por perdas e abandono na velhice. **Revista Kairós Gerontologia**, v.22, n.3, p.467-491. 2019 doi:10.23925/2176-901X.2019v22i3p467-491

PERES, J. F. P., MERCANTE, J. P. P., NASELLO, A. G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológicos. **Revista Psiquiatria**, v.12, n.27, p.131-138. 2005.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PRIOLO, S. R., F., RODRIGUES, M. B. Resiliência e a promoção do desenvolvimento saudável na infância, adolescência e adultez: Novas discussões dos conceitos psicológicos. **Psicologia Argumento**. v.36, n.92, p 163-174. 2018 doi:10.7213/psicolargum.36.92.AO02

QUINODOZ, Jean-Michel. **A solidão domesticada, a angústia de separação em psicanálise**. Artmed, 1993.

QUINODOZ, Danielle. **Growing old: A journey of self-discovery**. New York: Routledge.2010.

QUINODOZ, Danielle. [Conferência proferida na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo]. (12 de maio 2011).

SARTORI, A. V., BATTISTEL, A. L. H. T. (2017). A abordagem da morte na formação de profissionais e acadêmicos da enfermagem, medicina e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.25, n.3, p. 497-508. 2017.

SEERY, Marky D., Resilience: a silver lining to experiencing adverse life events? **Current Directions in Psychological Science**, Nova Iorque, v. 20, n. 6, p. 390–394, 2011.

SIMEON, D. et al. Factors associated with resilience in healthy adults. **Psychoneuroendocrinology**, v. 32, p. 1149-1152, 2007.

SILVA, E. G., Jr., et al. A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.1. 2019 doi:10.1590/1413-81232018241.32722016

TYCHEY, C. Superando a adversidade: fundamentos dinâmicos. **Cashiers de Psychologie Clinique**, Bruxelas. v. 16, n. 1, p. 49-68, 2001.

WHITBOURNE, S. **Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives**. New York: John Wiley and Sons, 2001.

YALOM, Irvin D. **De frente para o sol: como superar o terror da morte**. Rio de Janeiro: Editora Agir, 2008.

ZONANA, R. A. **Pensando em Freud e transitoriedade**. Comemoração ao centenário do trabalho de Sigmund Freud: “Sobre a transitoriedade” (1916). Federação Brasileira de psicanálise (FEBRAPSI), 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
SAF Sul Quadra 2 Lote 2 Bloco B Sala 104 Térreo, Ed. Via Office - Zona Cívico Administrativa - Bairro Asa Sul, Brasília/DF, CEP
70070-600
Telefone: - <http://www.cfp.org.br>

DECLARAÇÃO

O Conselho Editorial da Revista Psicologia: Ciência e Profissão declara que as autoras Tatiane Gil Asnis e Irani Iracema de Lima Argimon submeteram o artigo "Psicoterapia e Resiliência nas Fases mais Tardias da Vida " que que será avaliado tão logo seja possível.

Atenciosamente,
Gustavo Gonçalves
Secretaria da Revista Psicologia: Ciência e Profissão / Gerência Técnica
Conselho Federal de Psicologia

Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Gonçalves, Técnico Administrativo - Administrativa**, em 07/06/2021, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.cfp.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0313518** e o código CRC **AFBB1E70**.
